



Universidad Nacional del Comahue  
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Comunicación Social

## Tesis presentada para optar por la Licenciatura en Comunicación Social.

“Representaciones sociales sobre vasectomía en profesionales de la salud del Hospital Francisco López Lima de la ciudad de General Roca, Rio Negro: Un análisis desde la relación comunicación - salud”

Directora: Mg. María Valeria Albardonedo

Estudiante: Lucas Urrutia

2019

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>- 4 -</b>
Objetivos de la investigación.....	- 7 -
Objetivo General .....	- 7 -
Objetivos específicos.....	- 7 -
<b>ESTADO DEL ARTE .....</b>	<b>- 9 -</b>
Representaciones sociales de profesionales.....	- 10 -
Salud sexual y masculinidad .....	- 12 -
Representaciones sociales de hombres y adolescentes vinculadas a salud sexual .....	- 13 -
Lecturas concluyentes .....	- 14 -
<b>DECISIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS .....</b>	<b>- 16 -</b>
Génesis del campo de la comunicación en la salud .....	- 17 -
Nuevas perspectivas para pensar en la Comunicación/Salud.....	- 18 -
Nuestra investigación inmersa en el campo.....	- 21 -
Las representaciones sociales.....	- 23 -
La teoría del género, masculinidades y dominación masculina .....	- 26 -
Decisiones metodológicas.....	- 28 -
Unidad de análisis y unidad de observación .....	- 29 -
Población.....	- 29 -
Muestra.....	- 30 -
Técnicas de recolección de datos .....	- 31 -

<b>VALORACIONES, CONCEPCIONES Y EVALUACIONES SOBRE LA VASECTOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....</b>	<b>- 32 -</b>
La vasectomía a partir de la asociación con la ligadura.....	- 32 -
La vasectomía vinculada a la responsabilidad de las mujeres en la salud sexual.....	- 35 -
El acceso a la vasectomía.....	- 38 -
<b>LA CONSTRUCCIÓN DE SENTIDOS VINCULADA A LA INFORMACIÓN QUE CIRCULA EN EL HOSPITAL .....</b>	<b>- 41 -</b>
Información referida a la difusión y asesoramiento en el área de salud sexual .....	- 42 -
Información referida a la difusión y asesoramiento en los especialistas médicos.....	- 47 -
Información sobre la realización de la práctica en la institución médica .....	- 50 -
Protocolos de comunicación en el Hospital.....	- 51 -
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>- 53 -</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>- 56 -</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>- 62 -</b>
Instrumento de recolección de datos .....	- 62 -
Ficha de Consentimiento Informado.....	- 63 -

## Introducción

En Argentina desde el 2006 existe la ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica, que garantiza la realización de la ligadura de trompas y la vasectomía. Los únicos requisitos para su realización son ser mayor de edad y otorgar el consentimiento informado<sup>1</sup>, sin necesidad de que medie la intervención de un juez. La práctica se realiza de manera gratuita en los establecimientos de salud pública. A pesar de esto, el número de varones que acceden a la práctica, es significativamente bajo: en el 2016 se realizaron 12.976 ligaduras de trompas y tan solo 97 vasectomías<sup>2</sup> en todo el país

La ley de anticoncepción quirúrgica se enmarca en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva creado por la ley nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada en 2002. En Río Negro existe un antecedente normativo previo a la sanción, en 1996, que es la ley provincial 3.059 modificada en el 2000 por la ley 3.450 que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana. En el articulado del programa provincial, aparecen los objetivos tendientes al ejercicio libre, informado y responsable de los derechos sexuales. Inclusive, el inciso c) del artículo 3° dispone que los establecimientos médicos deban garantizar “la aplicación de métodos de contracepción quirúrgica tales como ligaduras de trompas de Falopio y vasectomía” (Ley N° 3450, 2001).

Ahora bien, en el 2006 se sancionó la ley nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica y en ese mismo año se dictó la Resolución 755/2006 de la Superintendencia de Servicios de Salud, la cual establece que “las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud deberán implementar y garantizar el acceso a las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía", debiendo proceder a su cobertura total”<sup>3</sup>. Si bien en las leyes nacionales y provinciales se busca una mayor participación de mujeres y varones en la salud sexual y reproductiva, no se advierten acciones concretas para interpelar a estos últimos. Podemos pensar entonces que, el problema no es la falta de políticas públicas, sino más bien, la “debilidad de las políticas públicas, ya sea por falta de voluntad política, la permanencia de conflictos que estaban presentes en la redacción

---

<sup>1</sup> Artículo 2 de la ley 26.130

<sup>2</sup> Datos extraídos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva Nacional.

<sup>3</sup> Artículo 1 de la Resolución 755/2006

de leyes, y la brecha (...) que se produce entre la formulación y la implementación de una política” (Petracci y Pecheny, 2009: p. 42). Así, planteamos el estudio de la vasectomía en el marco de las políticas públicas ya que las mismas encuadran procesos sociales que se constituyen como objetos de análisis para caracterizar al Estado (Ozlack y Odonell, 1981)

Como veremos a lo largo de este escrito, la situación que describen los profesionales de la salud del Hospital Francisco López Lima de la ciudad de General Roca -Fiske Menuco<sup>4</sup>- se corresponde con las asimetrías que marcan los datos generales de intervenciones realizadas en todo el país, aunque no hay estadísticas oficiales.

Si observamos esta situación bajo la perspectiva de género para analizar los roles atribuidos socialmente a varones y a mujeres –y la relación desigual que esto genera-, es dable partir de dos supuestos que permiten una primera aproximación a la problemática general. El primero es que la práctica de la vasectomía no se realiza porque operan diversos imaginarios que ponen en cuestión el universo simbólico socialmente construido acerca de la masculinidad. Es decir, por desconocimiento del método, aparecen una serie de mitos y creencias sobre la pérdida de virilidad y la potencia sexual tras realizar la intervención. De esta forma, los imaginarios creados alrededor de la vasectomía tienden a dislocar las formas que configuran la masculinidad hegemónica. El segundo, es que históricamente los derechos sexuales y reproductivos fueron (y son) una responsabilidad de las mujeres. Recién a partir de 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) se realizó por primera vez un llamado a la participación masculina y se acuñó el término “salud sexual y reproductiva” reemplazando al anteriormente utilizado “salud materna e infantil”. Esta conferencia representó una disputa en el significado de la salud sexual ya que “es en la CIPD donde por primera vez se hizo alusión a los varones en relación a la salud sexual y reproductiva” (Galoviche, 2018: p. 247). También podemos ver esa responsabilidad, en los métodos anticonceptivos que se brindan desde el Estado. Para varones tan solo se proporciona el preservativo y la vasectomía, mientras que para las mujeres se encuentran las

---

<sup>4</sup> Este es el nombre con el cual las comunidades originarias tehuelche-mapuches se referían el territorio donde hoy se encuentra General Roca antes de la campaña del desierto. En adelante nos referiremos simplemente a General Roca.

pastillas combinadas, pastillas de una sola hormona, anticonceptivos inyectables, ligadura tubaria, implante subdérmico, dispositivo intra uterino y la anticoncepción de emergencia.

Como en toda práctica de salud y cuidado, también aparecen ciertas valoraciones y percepciones por parte de los profesionales vinculadas a la práctica de la vasectomía. Estas valoraciones, evaluaciones y percepciones se construyen, a su vez, en la interacción con las valoraciones de los usuarios de salud y se dan en el marco de relaciones dentro del sistema de salud pública.

El sistema de salud público de Río Negro es el garante de la cobertura sanitaria de la provincia. Comprende un Nivel Central -el Ministerio de Salud ubicado en Viedma- que cumple un rol normativo y de conducción general; y una red de establecimientos prestadores de servicios. La Ley Provincial 2570 sancionada en 1992 establece en su artículo 1º que

“El Ministerio de Salud a través del Consejo Provincial de Salud Pública, cumplirá la función indelegable de garantizar el derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución Provincial; a través de acciones de planificación, programación, fiscalización, coordinación, evaluación y apoyo técnico y administrativo a los efectores del subsector público, a fin de asegurar la prestación de servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud humana, (...) asegurando la atención gratuita para las personas que no posean cobertura social ni otros medios para afrontar el costo de las prestaciones; cumpliendo el precepto constitucional que asegura el acceso en todo el territorio provincial al uso igualitario, solidario y oportuno de los más adecuados métodos y recursos de prevención, diagnóstico y terapéutica”.

El artículo 59 de la Constitución Provincial sostiene que

“La salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Los habitantes de la Provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad. El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación” (Constitución de la provincia de Río Negro, 1992, art. 59).

.El Hospital Francisco López Lima se encuentra inserto dentro del sistema público de Salud de la provincia de Río Negro. Los recursos con los que lleva adelante su tarea provienen mayoritariamente del presupuesto provincial, salvo programas específicos descentralizados desde el Estado Nacional (Carrasco, Duquelsky, Espinosa, Parra, Roco, Sainz, Silva y Varela 2016). Es el Estado Provincial el encargado de dictar las políticas referidas a la administración de los recursos en el hospital y los CAPS. El Hospital Francisco López Lima es el establecimiento de salud de cabecera de la Zona Sanitaria I de la ciudad de General Roca. El hospital reviste la categoría de complejidad VI por las especialidades que garantiza. Además, cuenta con doce Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) los cuales están situados en los distintos barrios de la ciudad.

### **Objetivos de la investigación**

Por lo expuesto anteriormente, el presente trabajo se propone investigar las representaciones sociales sobre la vasectomía de los profesionales de la salud del Hospital Francisco López Lima por su cotidianeidad con la temática.

Además, consideramos que sus representaciones poseen un gran valor en los sentidos que construyen los usuarios sobre la práctica y sobre las decisiones de los usuarios de la salud, por lo que discursos se tornan una importante fuente de conocimiento. Dicho esto, establecimos los objetivos generales y específicos de la investigación que llevamos adelante.

### **Objetivo General**

- Analizar las representaciones sociales de los profesionales de la salud vinculados la vasectomía en el Hospital Francisco López Lima

### **Objetivos específicos**

- Describir las valoraciones, concepciones y evaluaciones de los profesionales de la salud respecto de la vasectomía
- Identificar la información que circula en el hospital referida a la difusión, asesoramiento y realización de la vasectomía.

- Describir el protocolo de comunicación<sup>5</sup> al momento de solicitar y efectuar una vasectomía

Una vez establecido el problema y los objetivos de la investigación, estamos en condiciones de proponer la organización de la presente tesina en 4 capítulos con el objetivo de presentar un esquema argumentativo. En el primero realizamos un diálogo crítico con la construcción del conocimiento previo tanto en Argentina como en América Latina, focalizado en el estudio de las representaciones sociales vinculadas a salud sexual de profesionales de la salud y de potenciales usuarios del método de la vasectomía. A partir del diálogo establecido con las investigaciones, en el segundo capítulo explicamos las decisiones teóricas y metodológicas vinculadas a la construcción del objeto de estudio en el contexto de articulación entre el campo de la comunicación y la salud.

En el capítulo tercero, buscaremos dar cuenta de las valoraciones, concepciones y evaluaciones de los profesionales de la salud respecto de la vasectomía valiéndonos de los aportes teóricos del estudio de las representaciones sociales y la clasificación que realiza Uranga (2004) de esos conceptos. En el capítulo cuarto, analizaremos la información que circula referida a la difusión, asesoramiento y realización del método de anticoncepción quirúrgica y observaremos el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten garantizar el servicio de la vasectomía. En el último capítulo abordaremos las conclusiones finales con todo el conocimiento construido a lo largo de esta tesis.

---

<sup>5</sup> El protocolo de comunicación lo comprendemos como un sinónimo del sistema de Referencia y Contrareferencia. Este define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

## Estado del Arte

En este capítulo daremos cuenta de las investigaciones previas sobre la temática con el fin de establecer un dialogo crítico con el conocimiento producido sobre representaciones sociales vinculadas a la salud sexual. Para la sistematización de este proceso establecimos como criterio de búsqueda trabajos que aborden las representaciones sociales vinculadas a derechos sexuales y reproductivos. Esta delimitación es pertinente considerando que el presente trabajo propone centrar su estudio en las representaciones, valoraciones y sentidos de los profesionales de la salud respecto de la vasectomía en el Hospital Francisco López Lima de la ciudad de General Roca. En este marco, se busca dar cuenta de la importancia del estudio de las representaciones sociales en tanto concepto teórico que permite acceder a las formas de objetivar el mundo de diferentes grupos sociales. Por lo tanto, se espera que los estudios de las representaciones sociales de los profesionales de la salud respecto de la vasectomía permitan dar cuenta de los sentidos que se ponen en juego a la hora del acceso a la práctica y la realización de la misma. Desde esta perspectiva, ajustamos la búsqueda hacia artículos que aborden la relación entre representaciones sociales, proceso salud- enfermedad-atención (PSEA) y derechos sexuales y reproductivos

Una vez establecido el criterio de búsqueda, dimos con que el conocimiento producido en referencia a nuestra temática, consta de trabajos que son abordados desde las ciencias sociales y la psicología. Los mismos evidencian la manera en que el campo de la medicina excluye los sentidos que se construyen en el PSEA en relación a la sexualidad y los cuidados. Esta exclusión es propia del Modelo Médico Hegemónico (MMH). El mismo tiene sus bases en el pensamiento racionalista cartesiano y la física newtoniana y divide la naturaleza humana en cuerpo y mente, donde “el cuerpo es considerado como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes” (Baeta, 2015: p. 82). Este modelo, si bien ha obtenido logros en la mejora de la salud de la humanidad, no centra su atención a los contextos culturales, las valoraciones y creencias de usuarios o las formas de enfermar y atenderse en cada grupo específico.

De acuerdo a la multiplicidad de implicaciones que caracteriza el tema/problema de investigación, la construcción del Estado del Arte se organizó en tres partes. En principio,

indagamos sobre las representaciones sociales de profesionales de la salud vinculadas a salud sexual. Seguidamente se exploraron investigaciones referidas a masculinidades y salud sexual para dar cuenta de las asimetrías que existen en la participación de varones en esta temática. Por último, se indagó en representaciones sociales de varones y adolescentes vinculados a salud sexual. Se utilizaron buscadores de contenidos académicos donde se colocaron palabras clave como Representaciones Sociales – Vasectomía – Derechos sexuales y Reproductivos – Salud Sexual – Comunicación.

### **Representaciones sociales de profesionales**

Emprender el estudio de las representaciones sociales de los profesionales de la salud en un hospital público, nos lleva a caracterizar el modelo predominante bajo el cual se ejerce la práctica médica, es decir el MMH. Utilizamos este modelo para situar el contexto en el cual se construyen estas representaciones. El MMH determina las formas de estar saludable, de enfermar y de padecer. Menéndez (1988) fue quien acuñó el término de MMH y destacó una serie de rasgos característicos como el biologismo, la aculturalidad, la ahistoricidad, la asimetría en la relación médico-paciente que devienen en el autoritarismo y participación subordinada y pasiva del paciente excluyendo el conocimiento que este posee. En este sentido, los profesionales de la salud bajo este paradigma, son la “voz autorizada” en el momento de una consulta, porque “es a través de lo que dicen o no dicen que comunican la visión legítima de las formas aceptables de conducir una vida sexual y procreativa” (Viveros, Gómez y Otero, 1998: p. 99). De ahí la importancia de tener en cuenta sus formas de objetivar el mundo.

Además, como sostiene Mateo (2018) “son *los trabajadores* de la salud quienes establecen el lazo entre la política pública y la población objetivo” (p. 94). En este sentido, en una investigación realizada en Bogotá, Colombia, sobre las representaciones sociales de orientadores del servicio de vasectomía, observamos la importancia de la relación entre el usuario y el profesional de la salud, ya que “se construyen en el espacio institucional en el cual trabajan y en contacto con las representaciones de usuarios del programa” (Viveros et. al., 1998: p. 99). Pero además, este texto tiene una especificidad única por la cercanía al tema de la presente tesis, y dentro de esa especificidad nos permite dar cuenta de algunas referencias acerca de las representaciones sobre la vasectomía: los profesionales de la salud

la comprenden como un método inocuo y sencillo pero destacan que hay algunos impedimentos de otro orden que imposibilitan la práctica y que responden a “la asociación que el usuario establece entre la vasectomía y el posible deterioro de su posterior desempeño sexual” (Viveros et. al., 1998: p. 100).

En esta misma línea podemos agregar las conclusiones de una investigación acerca de los discursos de profesionales de la salud sobre la esterilización realizada en Santiago, Chile, donde sostienen que la esterilización masculina y femenina son buenos métodos de planificación familiar a la cual se puede acceder libremente. Destacan también la importancia de la relación médico-paciente bajo el paradigma médico hegemónico, donde “se manifiesta la influencia que ejercen los especialistas en los consultantes, debido a que su conocimiento y experticia los pone en una relación de poder frente a los pacientes” (Donoso y Quesada, 2013: p. 37). Esta investigación también problematiza las asimetrías que existen en la solicitud y acceso a las prácticas de anticoncepción entre mujeres y varones. Por los roles asignados socialmente a cada uno de los géneros, se puede observar que las prácticas de anticoncepción son ampliamente desiguales, recayendo el cuidado de la salud sexual en las mujeres. Sostienen las autoras que “la anticoncepción recae en la mujer, debido a que socialmente se entiende que deben ser ellas, por su capacidad de reproductoras, las que deben hacerse cargo de tareas respectivas a la fecundidad o al control de esta y el consecuente cuidado de los hijos” (Donoso y Quesada, 2013: p. 39).

En Argentina, en la provincia de Buenos Aires se llevó adelante una investigación de similares características, referida a reconstruir las opiniones sobre la salud sexual y reproductiva de quienes trabajan en atención primaria de salud. Entre las principales conclusiones del trabajo se destaca que aún existen barreras en el acceso a la salud sexual y reproductiva, sobre todo en lo que respecta a los métodos de anticoncepción. Por ejemplo, basándose en entrevistas a centros de atención primaria, no apareció una mención a la vasectomía como forma de anticoncepción. Las autoras vinculan esta omisión a la “invisibilización de los varones a los temas de Salud Sexual y Reproductiva” (Mateo, 2018: p. 108). Esto se afirma si complementamos con investigaciones sobre participación masculina en programas de salud sexual.

## Salud sexual y masculinidad

La preocupación por la participación masculina en salud sexual es un tema de investigación recurrente, tanto en diversas disciplinas de las ciencias sociales, como en organizaciones que investigan sobre salud sexual. En una investigación realizada por Galoviche (2018) en San Juan, Argentina, se destaca la importancia del diseño de políticas públicas con perspectiva de género y la importancia de incorporar a los varones a los programas de salud sexual y reproductiva. El objetivo principal de esa investigación es comprender percepciones y estrategias en relación con la participación masculina en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de San Juan-Argentina. La autora sostiene que los profesionales de salud de la provincia de San Juan no reconocen estrategias específicas para lograr un involucramiento masculino. El trabajo concluye sosteniendo que los varones juegan un papel fundamental en la salud sexual y reproductiva, por lo tanto se deben pensar estrategias para que los varones participen en condiciones más responsables y equitativas, pues “no se trata solamente de aumentar la participación de los varones, sino de modificar la forma en que lo hacen” (Galoviche, 2018: p.10).

Así mismo, realizamos una revisión de los programas del Ministerio de Salud de Argentina incluidos en el presupuesto nacional del 2018<sup>6</sup>, donde buscamos identificar políticas públicas que promuevan la participación masculina en salud sexual. De los 47 programas, solo uno llamado “Desarrollo de la salud sexual y la procreación responsable” incluye entre uno de sus objetivos “incorporar a los varones a la oferta de anticoncepción”. El programa se plantea promover la salud sexual y la salud reproductiva de la población, desde una perspectiva de género y derechos humanos.

Además de la ausencia de estrategias y políticas públicas que pongan en foco la participación masculina hay otros mecanismos que operan en esta problemática y que responden a determinadas construcciones socioculturales. Una investigación llevada adelante en Maracay, Venezuela, propone pensar la relación entre los constructos socioculturales de “ser hombre” y los cuidados de salud sexual bajo una perspectiva de género. En este sentido, observan cómo opera ese universo simbólico del deber ser hombre poniendo en riesgo tanto su salud como la de terceros. Sostienen que:

---

<sup>6</sup> Política presupuestaria de la Jurisdicción 80 – Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en la web: <https://www.minhacienda.gob.ar/onp/documentos/presutexto/proy2018/jurent/pdf/P18J80.pdf>

“La salud masculina, y sobre todo la salud sexual y reproductiva de los hombres, se ve condicionada por la construcción genérica de la masculinidad, ya que ésta responde a diferentes procesos de salud y enfermedad entre hombres y mujeres que no se basan exclusivamente en las categorías biológicas y/o socioeconómicas, sino que éstas confluyen con un determinado rol social que ha sido establecido históricamente por la cultura y que por lo tanto, caracteriza comportamientos específicos para cada sexo”. (Abou Orm Saab y Camacaro Cuevas, 2013: p.26)

En esta investigación aparece la idea de que las prácticas de la sexualidad masculina están estrechamente relacionadas a la virilidad y las “proezas” sexuales, ideas que podrían integrarse en los discursos que aparecen en el asesoramiento de la vasectomía y en las reticencias a la realización de la práctica. Las autoras también reflexionan en la importancia de fomentar la participación masculina en políticas públicas de salud, haciéndose este un tema ineludible para reducir las asimetrías en los cuidados de la salud sexual. Como aspecto concluyente destacamos que:

“La construcción de la masculinidad da una importancia a la genitalidad que resulta en la negación de procedimientos como la vasectomía, en la creencia de que el preservativo masculino disminuye su placer sexual y en grandes temores relacionados con la pérdida de funcionalidad sexual de sus órganos” (Abou Orm Saab y Camacaro Cuevas, 2013: p .33).

### **Representaciones sociales de hombres y adolescentes vinculadas a salud sexual**

El último criterio de búsqueda que trazamos para el dialogo con investigaciones previas consistió en observar las representaciones sociales de varones respecto a prácticas de salud sexual y reproductiva. Las representaciones, sentidos o experiencias de los propios varones, quienes son los potenciales usuarios del método, resulta adecuada ya que revelan las asimetrías que caracterizan la participación en la salud sexual. Es decir, son nuestras propias representaciones y valoraciones las que sustentan y reproducen las formas en las que “participamos” en salud sexual. Sin embargo en la presente investigación no tomaremos estas representaciones como unidad de análisis ya que centraremos nuestro estudio en las representaciones sociales de los profesionales de la salud.

En un trabajo realizado en Cartagena, Colombia, acerca de las percepciones de los varones en torno a la práctica de la vasectomía, aparecen nuevamente los mitos y prejuicios referidos a la pérdida de virilidad o vigor sexual tras la realización de la práctica. Así, sostienen que: “la vasectomía es considerada un procedimiento complejo que afecta la vida sexual de los hombres debido a la falta de información, lo que implica la poca utilización de los métodos de anticoncepción en la población masculina” (Fernández, Ruydiaz, Berrío y Rosales, 2014: p.1).

Al respecto de las representaciones sociales en grupos específicos, recabamos una investigación realizada en la zona rural de Goya, Argentina, acerca de las representaciones que tienen los adolescentes sobre la salud sexual y reproductiva. El texto evidencia que los profesionales de la salud mantienen cierta distancia de las representaciones que tienen sobre sexualidad los adolescentes de la zona rural y que por lo tanto “existe una especificidad que es necesario tener en cuenta para el diseño y ejecución o bien para la readecuación de las políticas en salud” (Logiovine y Ceriani, 2014: p. 107). Lo que nos invita a pensar que es necesario conocer los factores culturales que atraviesan las políticas de salud sexual y reproductiva en un ámbito particular. Las autoras nos proponen “establecer canales de formación profesional permanente y de reflexión sobre las prácticas sanitarias en el ámbito público”. Sostienen además la importancia de realizar actividades en las cuales las poblaciones a las que están dirigidas se apropien de la política “valorando y evaluando el accionar en salud sexual y procreación responsable de forma integral, tomando en cuenta la persona que los atiende hasta las características del lugar de atención” (Logiovine y Ceriani, 2014; 110).

### **Lecturas concluyentes**

Con este diálogo con el conocimiento previo intentamos dar cuenta de una serie de investigaciones realizadas tanto en Argentina como en otros países de América Latina respecto de las representaciones sociales, tanto de profesionales como de varones y adolescentes, en torno a la salud sexual y reproductiva. A través de la lectura, reflexión y acercamientos al campo de estudio, estamos en condiciones de proponer que la situación de la vasectomía en la provincia de Río Negro se condice con la situación en los países de América Latina en los cuales se realizaron las investigaciones. Esto significa que el acceso

limitado a la vasectomía responde a ciertos imaginarios creados alrededor de las disfunciones sexuales por desconocimiento del método, por los roles socialmente atribuidos a los hombres en cuestiones de salud sexual y por temores que tienen como principal tópico la pérdida de virilidad luego de la intervención.

Por otro lado, los profesionales de la salud, muestran su preocupación ante la falta de participación masculina en salud sexual dando cuenta de la asimetría que existe en esta materia. Debe destacarse además que las investigaciones relevadas y la búsqueda realizada en general, revelan la ausencia de estudios que den cuenta del tipo de participación que tienen los varones en los cuidados y la atención de la salud sexual. Se espera que la presente investigación aporte al estudio de las representaciones sociales de profesionales de la salud en relación al acceso limitado a la vasectomía

## Decisiones Teórico-Metodológicas

La presente investigación se enmarca en la articulación dialógica entre la Comunicación y la Salud, un campo en permanente renovación teórica y epistémica. Desde principios del Siglo XX hasta hoy, los debates y las complejidades político-económico-culturales han ido engrosando las perspectivas que recorren la articulación de estos campos. Sumado a esto, los alcances del concepto de salud y de comunicación han ido complejizándose en mayor medida. Por un lado, la salud dejó de ser considerada la ausencia de enfermedad para entenderla en términos más amplios como un proceso de salud-enfermedad-atención que se da en un determinado momento histórico con diversas circunstancias socio-culturales. Por otro lado, la comunicación dejó de centrar su análisis en el trinomio emisor-mensaje-receptor, para incorporar nuevos actores, contextos culturales y nuevas significaciones. En términos generales podemos definir dos perspectivas que han guiado las investigaciones en comunicación y salud: un enfoque instrumental donde la comunicación juega un papel accesorio en la trama de la salud y otro enfoque procesual en el que la comunicación es parte constitutiva del proceso de salud-enfermedad-atención (Cuberli s/f). Realizaremos un recorrido para comprender de forma más acabada la relación entre estas dos áreas del saber y así centrar nuestra investigación en la perspectiva que se caracteriza por comprender la comunicación y salud desde una perspectiva procesual.

Así mismo, al comprender la relación comunicación/salud como un proceso, se advierten los fenómenos sociales y sus prácticas inmersas en un marco cultural que se desenvuelve en la vida cotidiana. Es por esto que definimos como herramienta teórico metodológica el análisis de las representaciones sociales y para ello definiremos su alcance y sus premisas.

Considerando que las representaciones sociales objetivan el mundo real a través de procesos subjetivos, ciertas representaciones producen y reproducen estereotipos que a su vez, generan desigualdades. Analizaremos las desigualdades en el proceso de salud-enfermedad-atención bajo la perspectiva de género, valiéndonos de la teoría de género, concepto de masculinidad (Connell, 1995) y dominación masculina (Bourdieu, 2000) para así analizar el acceso a la vasectomía.

## **Génesis del campo de la comunicación en la salud**

La comunicación y salud tiene como antecedente ineludible a la Comunicación para el Desarrollo (CpD), una perspectiva que nace nutriéndose de los primeros estudios en comunicación llevados adelante por la Mass Communication Research y la Escuela de Chicago en Estados Unidos. La CpD se da en el marco de un proceso que se inicia a finales de la década del cincuenta conocido como desarrollismo. Podemos decir siguiendo a Pereira, Benavidez y Bonilla (1998) que el concepto de desarrollo adquiere protagonismo más precisamente en 1949 a partir de un discurso, pronunciado por el entonces presidente de los Estados Unidos Harry S. Truman, utilizado para designar una serie de programas de gestión gubernamental y empresarial dirigidos hacia la planificación del cambio en América Latina. Dicho en otras palabras, es una forma de intervención política, económica y cultural de los Estados Unidos en el territorio latinoamericano. Así, las sociedades tradicionales de los países subdesarrollados deberían atravesar una serie de etapas para alcanzar el desarrollo, tal como había sucedido en la Europa de la posguerra.

En esta intervención se concibe a la comunicación como un agente de cambio, productora de conductas modernas y reguladora de los desequilibrios sociales, cuya piedra angular radica en el manejo eficiente de los medios de comunicación. Como señala Beltrán (1995) “numerosos estudios demostraron, a fines de los cincuenta, que existe una correlación estrecha entre la comunicación social y el desarrollo nacional, entendido como la transición de la sociedad tradicional a la moderna, sobre las bases del crecimiento económico y el avance material de un país” (p. 33). Entonces, la CpD se constituirá en un paradigma que se define como “un proceso de incorporación de los países en desarrollo dentro del sistema comunicativo mundial para la difusión de la tecnología industrial, las instituciones sociales modernas y el modelo de sociedad de libre mercado” (Pereira et. al., 1998: p. 124). Para llevar adelante esta tarea, se crearon programas modernizadores en el ámbito de la educación, la agricultura, la planificación familiar y la salud. Desde este último, es que se constituye la Comunicación para la Salud como un campo de estudio e intervención.

Podemos decir que durante esas épocas la comunicación para la salud consiste “en la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad, compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias

y planes de salud pública” (Beltrán, 1995: p.33). Así, las propuestas teórico-metodológicas surgen ligadas a la teoría de la conducta y la persuasión en base a perspectivas sistémicas y funcionalistas con un enfoque instrumental. Pueden enunciarse como principales: la mercadotecnia social, el método precede-procede, el cambio de conductas aplicado y el modelo de planificación desarrollado por la oficina de información sobre el cáncer (Cuberli, S/f).

Bajo esta perspectiva, la comunicación intenta torcer los comportamientos de las personas hacia hábitos más saludables propuestos por los especialistas de la salud. La labor de la comunicación se centraba en definir qué información se dará, en base a lo que dictaban epidemiólogos y especialistas de la salud pública, a quiénes y mediante qué canales (emisor-mensaje-receptor) para luego identificar la eficacia y la eficiencia de esos mensajes y retroalimentar este modelo. Por otro lado, el concepto de salud aparece tan solo como la ausencia de enfermedad y sin considerar la relación dinámica entre procesos socio-culturales, los modos de concebir y conservar la salud y los procesos de enfermar. Por lo tanto la reducción dicotómica salud-enfermedad describía los síntomas aislados de cualquier contexto social. Las personas formadas en la medicina eran la única voz autorizada para definir que era la salud y qué era la enfermedad y también, en dicha perspectiva, los referentes de los contenidos a transmitir en las estrategias de comunicación para la salud.

### **Nuevas perspectivas para pensar en la Comunicación/Salud**

Los programas de la CpD y sus postulados tuvieron su apogeo en la década del cincuenta y treinta años después, para los ochenta, casi habían desaparecido debido al fracaso que planteaba la dialéctica desarrollo-subdesarrollo. Los programas y las herramientas propuestas por la CpD no tenían en cuenta las especificidades de las poblaciones a las cuales se dirigían y tampoco concedían el estatuto de actor con capacidad de transformación a la diversidad social y cultural de los países Latinoamericanos (Pereira et. al., 1998).

Ante este panorama, las nuevas perspectivas comunicacionales empezaron a brindar un lugar central a los destinatarios de las políticas como actores y productores de sentido, dejando de centrar su estudio en la producción y recepción de los mensajes. El enfoque instrumental de la comunicación iba dejando paso a otro enfoque que centraba su estudio en

los procesos de producción de sentidos. Este corrimiento se debe, en parte, a las nuevas teorías propuestas por pensadores latinoamericanos como Barbero (1987), Prieto Castillo (1986) y Kaplún (1985). Barbero fue quien propuso un enfoque que quite la centralidad de los análisis en los medios de comunicación para entender a los actores en sus propios contextos culturales e incorporarlos como capaces de generar, resignificar y disputar sentidos. Con Prieto Castillo (1986) problematizamos el esquema emisor-mensaje-receptor para pensar la comunicación como proceso en totalidad, retomando los conceptos de formación social y marco de referencia. El primero refiere a la articulación de las instancias políticas, económicas e ideológicas dentro de un modo de producción dominante y de las relaciones sociales de él derivadas. El segundo hace alusión el contexto inmediato de la vida cotidiana que se presenta como un campo de análisis de las prácticas sociales, donde se producen, valoran y disputan sentidos sobre la base de la interacción entre las personas. Kaplún (1985), utilizando las propuestas teóricas del pedagogo brasileño Paulo Freire, sistematiza una pedagogía y metodología de la comunicación popular, poniendo énfasis en el proceso comunicativo para formar a las personas y que así puedan transformar su realidad.

Con el correr del tiempo los aportes de distintos intelectuales se fueron sumando a ese plexo teórico, como es el caso de Uranga (2004) quien propone la situación de comunicación para analizar desde la comunicación las prácticas sociales. Esto es pensar la comunicación como:

“un 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, 2013: 7).

Conforme se iban ampliando los alcances del campo de la comunicación, surgieron nuevas formas de comprender la noción de salud. Siguiendo a Laurell (1982), hacia finales de los años sesenta empezaba a entrar en crisis lo que se puede llamar la Salud Pública desarrollista, que postulaba que uno de los efectos del crecimiento económico sería el mejoramiento de las condiciones de salud. Esto se sumó a una corriente de intelectuales como Menéndez (1988), del campo de la antropología y Testa (1978) del campo de la medicina, que a partir de los setenta dieron origen a una línea de pensamiento que

cuestionaba el modelo funcionalista de análisis e intervención en las prácticas y procesos de salud, teniendo en cuenta que los modos de enfermarse y de curarse de una población son mejor explicados si se tiene en cuenta el contexto de producción del proceso de salud-enfermedad-atención (Regis, 2007). Esta línea de pensamiento era conocida como la Medicina Social y proponían que una manera posible de descifrar la realidad sanitaria era a través del carácter social del proceso de salud-enfermedad. Así, constataron empíricamente una serie de fenómenos que daban cuenta del carácter histórico y social de los procesos biológicos, proporcionando perfiles epidemiológicos y de mortalidad que se distinguían de una sociedad a otra y de una clase social a otra. (Laurell, 1982).

Los aportes de la medicina social al campo de la salud incluyeron las dimensiones históricas y sociales, criticando los modelos de intervención y las prácticas en los procesos de salud, sumándose a las reivindicaciones de acuerdos multilaterales como la Carta de Ottawa llevada adelante en 1986, donde se propuso una versión holística de salud incorporando “factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos”.

Un abordaje complejo de las problemáticas de salud hace que la comunicación en el sentido propuesto más arriba, se torne una parte constitutiva del proceso salud-enfermedad-atención. A partir del pronunciamiento de la Carta de Ottawa, se insta a tomar las acciones necesarias para la promoción de la salud teniendo en cuenta el involucramiento de los actores destinatarios de la salud y que “los gobiernos, los sectores sanitarios, los sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación coordinen sus acciones hacia la promoción de la salud” (Carta de Ottawa, 1986). De esta forma la medicina ya no sería la única disciplina que aborde las problemáticas de la salud, sino que se incorporarían otras como la antropología, la psicología y en este caso la comunicación.

Entender el campo de la salud en su dimensión social implica considerarlo:

“no sólo ni principalmente como un escenario de prácticas, sino como un terreno de luchas simbólicas acerca de las formas de aproximarse al modo en que las personas nacen, viven, enferman, padecen y mueren, y respecto a las respuestas sociales frente

a tales procesos” Stolkiner y Ardila Gómez, 2012 citado en Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez (2014: p. 218).

Por eso, desde la comunicación estudiaremos los procesos de salud-enfermedad teniendo en cuenta los procesos sociales de producción de sentido. Siguiendo estas líneas de pensamiento adscribimos un paradigma que “se caracteriza por tener una visión ampliada de los problemas de salud, tendiente a la búsqueda de las tramas causales que los determinan, integrando a la solución de los mismos aportes de distintos campos disciplinarios” (De Lellis, 2009: p. 13).

### **Nuestra investigación inmersa en el campo**

Una vez situada la perspectiva comunicacional con la cual abordaremos el problema de investigación, centraremos nuestro estudio en la dimensión interpersonal de la comunicación. Más específicamente en los sentidos construidos por los profesionales de la salud vinculados a la vasectomía para analizar el acceso a la práctica. Estudiar desde la comunicación el acceso a la intervención “hace referencia al vínculo que se construye entre las personas y los servicios, vínculo que se origina en las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos” (Petracci, Cuberli y Palopoli 2010: p.12). Para considerar los sentidos vinculados a la vasectomía por parte de los profesionales de la salud, prestaremos atención a los vínculos que entablan entre sí y con los pacientes desde sus concepciones socio-culturales, su formación profesional y sus intereses y prácticas cotidianas (Petracci et. al., 2010).

Esta dimensión la complementaremos con la dimensión organizacional, teniendo en cuenta las dimensiones cultural y social, por medio de las cuales los sujetos generan diversas percepciones y demandas en determinados marcos organizacionales. La comunicación organizacional “se concibe como un aspecto relacional de la organización en tanto espacio que produce sentidos y que se constituye a partir de la construcción imaginaria de un campo común creado a partir de prácticas y discursos” (Petracci et. al., 2010: p. 13).

La dimensión organizacional también comprende a la organización inmersa en contextos de distintos niveles. Por un lado, el interno que responde a las dinámicas propias

de las organizaciones y, por otro, al externo que tiene en cuenta los factores políticos, sociales, económicos y las negociaciones y tensiones que tiene la organización con el sistema estatal. Si bien el Estado de Río Negro promulgó leyes en materia de salud sexual y reproductiva previamente a las sanciones de las leyes nacionales, según lo que expresan los profesionales de salud, el número de vasectomías realizadas aún no es un indicador significativo. Por lo tanto, pondremos en consideración al Estado, que juega un papel de importancia en la perpetuación de la dominación masculina. Una perpetuación que se intensifica a través de las acciones que caracterizan a las políticas públicas y en la tensión que plantea la relación entre la legalidad y el acceso. Una perpetuación que se cristaliza, por ejemplo, en las políticas públicas de salud sexual.

Entenderemos a las políticas públicas siguiendo la perspectiva propuesta por Ozlak y O'donell (1998), quienes las definen como “un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (Ozlak y O'donell, 1998: p. 113). Así, las sucesivas tomas de posición de diferentes actores frente a la cuestión “definen y encuadran un proceso social que puede constituirse en privilegiado objeto de análisis para acceder a un conocimiento más informado sobre el Estado” (Ozlak y O'donell, 1998: p.110).

La toma de posición de uno o varios actores frente a una determinada política pública supone la existencia de núcleos de conflictividad social. “La conflictividad como constante en las relaciones sociales implica la existencia de condiciones económico-estructurales y psicológico-culturales que hacen que las personas y grupos se comporten de cierta manera particular frente a sus necesidades, intereses y problemas, frente a otros actores” (Monzón, s/f). Es decir, la toma de posición del Estado en favor de un sector de la sociedad a través de las políticas implica la reproducción de la conflictividad constitutiva de las sociedades capitalistas. De esta forma entendemos que la conflictividad es un proceso y no una simple suma de conflictos particulares: un proceso complejo en el cual se articulan múltiples dimensiones”. (Mazzoni, s/f). Para esta tesis, ubicamos un núcleo de conflictividad social referido al acceso a la vasectomía, ya que la provincia tiene un amplio desarrollo en leyes de salud sexual y reproductiva, pero se mantiene la media del dato empírico a nivel nacional.

Como sostuvimos en el diálogo con la construcción del conocimiento, es dable pensar que las construcciones acerca de la masculinidad hegemónica restringen en gran medida el acceso a la anticoncepción quirúrgica.

En resumen, valiéndonos del concepto amplio de la comunicación como proceso de producción, negociación y disputas de sentido, llevaremos adelante nuestra investigación en la trama de la salud pública de Río Negro. Comprendemos además, la salud como un proceso social situado en un contexto cultural específico y que se construye en el devenir de la vida cotidiana. De esta forma analizaremos las representaciones sociales de profesionales de la salud vinculados a la vasectomía en un hospital público, que surgen en la comunicación interpersonal y organizacional, lo que implica pensar a la organización inmersa en un contexto específico. Por ello pondremos en consideración el papel del Estado y su toma de posición a través de las políticas públicas de salud sexual. Considerando que estudiaremos procesos comunicacionales construidos en la vida cotidiana en la trama de la salud, decidimos utilizar la teoría de las representaciones sociales.

### **Las representaciones sociales**

Las concepciones de representaciones sociales son múltiples debido a la complejidad de los fenómenos que da cuenta (Umaña, 2002). Fue Sergei Moscovici quien desarrolló la idea de representaciones sociales a partir de 1961, introduciendo las nociones teóricas de Berger y Luckmann y las definió como:

“(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” Moscovici, 1979 en Umaña, (2002. p. 27).

Por su parte, Jodelet arriba a una definición de representaciones sociales como la manera en la que aprehendemos el mundo en la vida diaria, es decir, el conocimiento

espontaneo o conocimiento del sentido común que se constituye a partir de las experiencias intersubjetivas de interacción social (Umaña 2002).

Ivana Marková explicita en su definición la relación entre lo individual y lo social al decir que:

“La teoría de las representaciones sociales es fundamentalmente una teoría del conocimiento ingenuo. Busca describir cómo los individuos y los grupos construyen un mundo estable y predecible partiendo de una serie de fenómenos diversos y estudia cómo a partir de ahí los sujetos “van más allá” de la información dada y qué lógica utilizan en tales tareas. Son parte de un entorno social simbólico en el que viven las personas. Al mismo tiempo ese entorno se re-construye a través de las actividades de los individuos, sobre todo por medio del lenguaje... Estos dos componentes de las representaciones sociales, lo social y lo individual, son mutuamente interdependientes”. Marková, 1996 en (Umaña, 2002 p. 29)

Finalmente, Doise destaca la importancia entre la relación que tienen las representaciones sociales con la ubicación social de las personas que las comparten y sostiene que las representaciones “constituyen principios generativos de tomas de postura que están ligados a inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y que organizan los procesos simbólicos implicados en esas relaciones” Doise, 1998 en Umaña (2002 p. 30)

En resumen, las representaciones sociales permiten estudiar el conocimiento del sentido común, en el marco de relaciones de interacción entre los individuos, pero también basados en las experiencias subjetivas e intersubjetivas a través de los cuales se aprehende la realidad en forma objetiva. Siguiendo lo propuesto por Umaña (2002) el sentido común es una forma de percibir y razonar en el devenir de la vida cotidiana. Y el conocimiento del sentido común es conocimiento social porque está socialmente elaborado.

Como buscamos acceder al contenido de una representación y a los sentidos de los profesionales de la salud, abordaremos el estudio de las mismas desde un enfoque procesual, poniendo el énfasis en el proceso social mediante el cual se construyen las representaciones.

Este enfoque entiende a las personas como productoras de sentidos que construyen el mundo en el que viven a través de la interacción, y su interés está centrado “sobre el objeto de estudio en sus vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas” (Umaña, 2002 p. 51).

Por todo lo anterior, definimos utilizar las representaciones sociales ya que suponen un concepto teórico que arroja luz sobre las formas en que las personas objetivan el mundo. Así, las representaciones sociales pueden brindar información entre lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social. En otras palabras, “las representaciones sociales constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que se constituyen como sistemas de códigos orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva” (Umaña, 2002: p11).

En este marco hay dos elementos que son necesarios para comprender las representaciones sociales: la realidad social y su proceso de construcción social. Para comprenderlos, seguiremos los postulados teóricos de Berger y Luckmann (1991), quienes sostienen que la construcción social de la realidad hace referencia a la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas (Umaña, 2002). Es decir, las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada que les es impuesta y aparece ante ellas objetivada. A través las prácticas, valores y estereotipos, se construye una realidad que, su vez, construye a las personas. A la vez que el lenguaje y la comunicación crean y transforman la realidad, estos dos componentes son el marco en que la realidad adquiere sentido (Umaña 2002). Sin embargo, cabe destacar que el análisis de los aspectos simbólicos de los grupos no garantiza una comprensión absoluta de la realidad.

De esta forma, es pertinente recurrir a esta herramienta teórico-metodológica para descubrir qué valoraciones, significaciones, formas de ver el mundo poseen los profesionales de la salud respecto de la vasectomía. En este sentido, las representaciones sociales de quienes difunden, asesoran y realizan la práctica contribuyen a indagar sobre el acceso a la anticoncepción masculina ya que son quienes están en contacto directo con los usuarios y quienes de manera cotidiana se vinculan con la problemática en cuestión. Por todo esto, para estudiar las representaciones sociales tendremos el contexto organizacional -el sistema salud-

en el cual desarrollan sus prácticas y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario, pues estas influyen en su forma de ver, en su identidad social y la forma en la que se percibe la realidad social.

### **La teoría del género, masculinidades y dominación masculina**

La perspectiva de género será transversal para esta investigación, ya que evidencia cómo ciertos roles son atribuidos socialmente a varones y mujeres -con base en la división dicotómica del sexo<sup>7</sup>- y cómo en esa relación, las mujeres -y disidencias- ocupan un lugar de subordinación. Entonces, veremos que en realidad, esta asignación de roles que se creía una división natural, es en verdad un proceso histórico, dinámico y cambiante. De esta forma, “la perspectiva de género se planteó en una dimensión completamente relacional, en este sentido, una perspectiva crítica de género se instala como una categoría de análisis para las desigualdades sociales producidas a partir de la diferencia sexual” (Grollmus, 2012: p. 35). Siguiendo esta perspectiva, las asimetrías producidas por la asignación de roles de género determinará en forma diferenciada el proceso de salud-enfermedad-atención para cada uno de los géneros. Esto quiere decir que:

“La perspectiva de género permite abordar la salud como resultado de la organización y funcionamiento de la sociedad. Desborda el análisis de la determinante biológica, es decir, la diferencia sexual anatómica y fisiológica; presupone un nivel de análisis dirigido a contextualizar la influencia de los factores sociales que conforman la subjetividad diferencial entre hombres y mujeres y por ende, los modos de vivir, enfermar y morir”. (Abascal, 2006: p. 20).

Analizar la trama de la salud con perspectiva de género es dejar de pensar las problemáticas de salud como “diferencias” y pensarlas como “desigualdades”, estas últimas producidas por los factores culturales que operan en la construcción de ser mujer y ser varón. Nuestra investigación centrará su estudio en el acceso a la vasectomía, ya que esta práctica

---

<sup>7</sup> “El sexo hace referencia a las características biológicamente determinadas, ya sean anatómicas o fisiológicas, tales como el sexo cromosómico, el gonadal, el genital, el endocrino o el hipotalámico hipofisario, que establecen las diferencias entre la hembra y el macho de las especies sexuadas” (Montoya, 2009: p. 108)

cristaliza las desigualdades en la participación de la salud sexual de varones. Sostenemos que una aproximación a la definición de masculinidad puede ayudar a comprender de forma más acabada las asimetrías producidas en el acceso a las prácticas de anticoncepción.

Definimos las masculinidades como “un proceso, un conjunto de prácticas que se inscribe en un sistema sexo/género culturalmente específico para la regulación de las relaciones de poder, de los roles sociales y de los cuerpos de los individuos” Connell, 1995 en Grollmus (2018: p. 41). Connell (1995), retomando el concepto de hegemonía de Gramsci, propone pensar en determinadas estructuras, prácticas y formas de masculinidad, donde se adquiere y retiene el poder sobre otros géneros pero también sobre otras masculinidades. Las prácticas sexuales de los varones significadas desde el modelo hegemónico de masculinidad, nos ofrecen un sujeto “descentrado” de las decisiones reproductivas (Gómez, 2000). Esto, además se da en el marco de una sociedad en la que el orden social es presentado como un orden moral basado en la preeminencia absoluta de los hombres respecto a las mujeres, es decir “el orden social funciona como una enorme máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya” (Bourdieu, 2000: p. 22).

Siguiendo el pensamiento de Bourdieu (2000) respecto de la dominación masculina podemos decir que:

“No es que las necesidades de la reproducción biológica determinan la organización simbólica de la división sexual del trabajo y, progresivamente, de todo el orden natural y social, más bien es una construcción social arbitraria de lo biológico, y en especial del cuerpo, masculino y femenino, de sus costumbres y de sus funciones, en particular de la reproducción biológica, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí de todo el cosmos” (p. 19)

Es decir, que una construcción arbitraria de lo biológico que determina lo masculino y lo femenino y sus funciones, brinda como natural la división sexual y el ordenamiento de cada una de las esferas de la vida. Con la vasectomía se quiebra la acción fecundadora del hombre, alterando el orden simbólico que se sustenta en aquello que es presentado como

natural. Esto se evidencia, por ejemplo, en la asimetría en el acceso a las prácticas de la vasectomía y de la ligadura de trompas de Falopio.

Por ello, la perspectiva de género no sólo será transversal a la investigación, además será de suma importancia para analizar de qué forma operan los estereotipos de género en las representaciones sociales de los profesionales y en la información que circula alrededor de la práctica

### **Decisiones metodológicas**

La presente tesis es un estudio cualitativo de tipo descriptivo que se llevó adelante en un efector de salud pública en la ciudad de General Roca. Las investigaciones cualitativas se fundamentan en un proceso inductivo que busca explorar y describir fenómenos sociales, sin intención de obtener muestras representativas, sino más bien de conocer el objeto de estudio en profundidad. Buscamos interpretar una situación particular a través de los significados y las experiencias producidas por los participantes (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2006). Así, comenzamos un primer acercamiento al campo, donde realizamos una entrevista informal a una referente del área de salud sexual y reproductiva en la cual pudimos establecer que una de las problemáticas refería a la asimetría en el acceso a la anticoncepción quirúrgica, garantizada por ley desde el 2006. Una vez delimitado ese gran núcleo, decidimos abordar esta asimetría centrándonos en las representaciones sociales de los profesionales de la salud vinculadas a la vasectomía

Como señalamos en la introducción, los indicadores a nivel nacional mostraban que eran menos de cien las cirugías que se realizaban en el país y que, en gran medida, esto se debía a una serie de creencias que se generaban por desconocimiento del método. En una segunda instancia de acercamiento al campo, realizamos otra entrevista a una referente del área de salud sexual y reproductiva, preguntando por esos supuestos y dimos con que la problemática, según las propias referentes, seguía las tendencias en el hospital. Sobre esta base, construimos procesualmente nuestro problema de investigación, comenzamos un diálogo con investigaciones previas y la construcción del marco teórico. Cabe destacar que seguimos lo propuesto por Hernández Sampieri (2006) al decir que “el proceso cualitativo no es lineal, sino iterativo o recurrente, las supuestas etapas en realidad son acciones para

adentrarnos más en el problema de investigación y la tarea de recolectar y analizar datos es permanente” (p. 523). El alcance de esta investigación es descriptiva, ya que se buscó mostrar con precisión las representaciones sociales de los profesionales de la salud (Hernández Sampieri, et, al, 2006).

### **Unidad de análisis y unidad de observación**

Es preciso delimitar qué entendemos por unidades de análisis y diferenciarlas de lo que se denomina unidades de observación, en función de precisar nuestro objeto de indagación. Para ello, utilizaremos lo propuesto por Azcona (2015) que define la unidad de análisis como el “tipo de objeto delimitado por el investigador para ser investigado” (p. 68). El autor, para un abordaje más completo del concepto, desglosa sus partes y propone hablar de *unidad* como el dominio circunscripto y diferenciable con propiedades inherentes distinguido de otras entidades y de *análisis* porque se supone que la unidad definida es pasible de conocerse siguiendo algún tipo de procedimiento de indagación (Azcona, 2015).

Por otro lado, la unidad de observación es el soporte de las técnicas de recolección de datos, es el material al que se le aplican, es decir que las unidades de observación suponen siempre un referente observable (Azcona, 2015).

Entonces, podemos delimitar que nuestra unidad de análisis son las representaciones sociales de las referentes del área de salud sexual y reproductiva, por un lado y de los urólogos, por otro. Nuestra unidad de observación son los informantes claves.

### **Población**

Una vez definida las unidades de análisis, delimitamos la población. Siguiendo a Emanuelli (2013), definimos población como el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones o características de interés a la investigación, es decir al conjunto de elementos susceptibles de ser investigados que poseen la o las características básicas para el análisis del problema que se estudia. En este caso, nuestra población incluyó a los profesionales de la salud del Hospital Francisco López Lima en ejercicio durante este año.

## **Muestra**

El tamaño de la muestra también fue realizado teniendo en cuenta los tres factores propuestos por Hernández Sampieri (2006), a saber, la capacidad operativa de recolección y análisis, teniendo en cuenta los recursos disponibles, el número de casos que nos permite la consecución de los objetivos propuestos para el entendimiento del fenómeno y la naturaleza del mismo. Además, la muestra se caracterizó por ser emergente, y dirigida (Hernández Sampieri, et. al., 2006); emergente, porque a medida que realizamos distintos acercamientos pudimos dar cuenta que nuestra unidad de observación podían ser, no solo las referentes del área de salud sexual sino también los especialistas del hospital; dirigida ya que buscamos informantes claves, es decir alguien que está inmerso en el contexto en el cual indagamos. Esto se suma a que, para el enfoque cualitativo, las muestras no probabilísticas o dirigidas son de gran valor si se procede cuidadosamente y con una profunda inmersión inicial en el campo (Hernández Sampieri, et. al., 2006).

Así, establecimos en principio el muestreo por conveniencia con las referentes del área de salud para recolectar los primeros datos y establecer las problemáticas en conjunto con las trabajadoras. Con base en entrevistas previas realizadas, pedimos a las informantes claves que nos recomendaran otros posibles participantes para llevar adelante la investigación, lo que devino en la selección de los especialistas del hospital. Este procedimiento se llama muestreo por bola de nieve y fue seleccionado para recolectar los datos en función de la consecución de los objetivos.

En síntesis, se tomó como muestra para esta investigación el personal del área de salud sexual y reproductiva del hospital, por un lado y los especialistas médicos, por el otro.

Nos parece adecuada la selección del personal del área de salud sexual y reproductiva puesto que trabajan en un espacio de consejería denominado “espacio de planificación familiar” donde se brinda información, de forma sistemática y planificada, sobre los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, formas de violencia, entre otros aspectos (Ministerio de Salud, 2018). Por lo tanto sus experiencias, valoraciones e ideas revisten importancia ya que son quienes asesoran y difunden la vasectomía y se encuentran en contacto cotidiano con la problemática. Por otro lado, los especialistas son quienes realizan la práctica, los que bajo el modelo médico hegemónico anteriormente analizado poseen “la

voz autorizada”. Su saber y experiencia los colocan en una relación desigual de poder a la hora de realizar la práctica y sus representaciones incidirán necesariamente en las representaciones de los usuarios de la salud.

### **Técnicas de recolección de datos**

Considerando que las representaciones sociales emergen en el discurso, realizamos un grupo focal con el área de salud sexual y reproductiva. Eso se complementó con una entrevista semiestructurada con una trabajadora social del área que no pudo participar del grupo focal, de forma tal que se obtuvo la visión de la totalidad de los profesionales que trabajan en el espacio de planificación familiar. Por otro lado, se realizó una entrevista semiestructurada a uno de los especialistas médicos del Hospital, encargado de realizar las intervenciones quirúrgicas. Este tipo de entrevistas se basan en un guía de preguntas donde se tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar u obtener mayor información sobre los temas deseados (Hernández Sampieri, et. al., 2006). Con el grupo focal del área de salud sexual sumaremos a estas entrevistas la técnica de la asociación libre que consiste en que las personas a quienes se dirige la técnica produzcan un término, adjetivo o concepto a partir de uno o más términos inductores que el investigador proponga, para así tener acceso a los elementos que constituyen el universo semántico del término o del objeto estudiado (Umaña, 2002). De esta forma, pretendimos identificar la información utilizada para difundir y asesorar sobre este método, como forma de acceder al contenido de las representaciones sociales y poder llevar adelante el estudio de la dimensión interpersonal de la comunicación.

Para identificar los protocolos de comunicación al momento de solicitar y efectuar una vasectomía, realizaremos una observación participante consultando los trámites necesarios para acceder a la práctica en la ventanilla del hospital. Esta presencia directa es indudablemente “una valiosa ayuda para el conocimiento social porque evita algunas mediaciones (...) ofreciendo a un observador crítico lo real en toda su complejidad” (Guber, 2011: p. 56). Complementamos esta observación con los datos extraídos de las entrevistas realizadas.

## Valoraciones, concepciones y evaluaciones sobre la vasectomía de los profesionales de la salud

Comprendemos que en la práctica es una tarea casi imposible discriminar entre valoraciones, concepciones y evaluaciones en su relación con las condiciones materiales de existencia. Sin embargo para fines analíticos, seguimos lo propuesto por Uranga (2004) para definir las concepciones como “la manera de entender algo, de juzgarlo y que “resultan de una mezcla de conceptos y estereotipos, donde los límites entre lo que puede ser demostrado (...) y lo que proviene de la experiencia, están poco marcados” (p. 48). Por otro lado, las evaluaciones hacen referencia a los atributos que se le da a algún objeto, ser o situación. Estas concepciones y valoraciones determinan la forma de percibir, porque a la vez que algo está siendo observado, también se lo está interpretando y valorando (Uranga, 2004).

Dicho esto, pudimos observar que en las expresiones de los profesionales de la salud de las distintas áreas, no se representan de la misma manera ciertas cuestiones referidas a la práctica de la vasectomía. En principio, a pesar de que no hubo mención a la anticoncepción femenina por nuestra parte, la vinculación con la ligadura de trompas surgió espontáneamente en cada una de las entrevistas. Todo parece indicar que, en base a una asociación tácita que opera en los discursos de los profesionales de la salud, la responsabilidad de la salud sexual sigue siendo un patrimonio de la mujer. Por otro lado, se puede pensar que esta asociación deviene de la enunciación de la ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica, que garantiza ambos métodos en un mismo texto legal. Esto porque, si bien desde el área de salud sexual y reproductiva advierten constantemente en sus expresiones de esta situación, el discurso médico incidiría en reforzar dicha responsabilidad. Finalmente, podemos vincular las percepciones sobre la vasectomía vinculadas al acceso a la práctica. Estas percepciones, en general están vinculadas a la edad de quien solicita la práctica y la cantidad de hijos que posee. De esta forma, todavía existen algunas reticencias a la hora de garantizar el acceso a varones cuya edad se aproxima a los 18 años.

### **La vasectomía a partir de la asociación con la ligadura**

Sobre la base de las entrevistas realizadas, advertimos que la vasectomía no surge como una unidad individual, sino que regularmente se la asocia con la ligadura de trompas. En esta asociación discursiva aparecen los beneficios de la vasectomía con respecto a la

ligadura. Podríamos identificar que la vinculación con la ligadura aparece en reiteradas ocasiones porque, según los profesionales, es una práctica a la cual un varón accede, o al menos pregunta sobre el método, a través del acompañamiento a una consulta sobre la ligadura tubaria. Esto coloca al varón en el lugar de acompañante en la salud sexual y reproductiva y expresa la construcción diferencial de subjetividades entre hombres y mujeres y por ende, los modos de atravesar el proceso de salud-enfermedad-atención. Así, se refuerzan los roles socialmente atribuidos a la mujer vinculados al cuidado de la salud sexual que siguen resonando en los discursos de los profesionales.

Aunque desde el área de salud sexual dan cuenta constantemente de la responsabilidad histórica de la mujer en la salud sexual, comentan que: *“Hay algunos varones que acompañan a sus mujeres en el espacio de planificación familiar y a veces reciben la información de coetazo y revierten”* (Entrevistado 1 del grupo Focal).<sup>8</sup>

Además, sopesan los beneficios vinculados a la accesibilidad y a la realización de ambas prácticas anticonceptivas. Así sostienen que la vasectomía es una práctica *“más ambulatoria que la ligadura de trompas. Porque la ligadura de trompas necesita por lo menos un día de internación. Y la vasectomía se hace en un consultorio”* (Entrevistado 4 del grupo Focal). A esto se le suma la declaración de una entrevista realizada a una trabajadora social del área que sostiene que:

*“En la vasectomía el paciente, el varón, entra y sale caminando a quirófano (...). Con la ligadura de trompas no. Tienes que internarte un día antes. La mayoría sigue sosteniendo el cuidado de los niños a cargo de la mujer, entonces, es diferente también porque pasan una noche por fuera de su casa. El hombre entra y sale.”* (Trabajadora Social).

El médico especialista concuerda sobre esta situación y sostiene que cuando el realiza la vasectomía, un hombre puede estar realizando *“una vida prácticamente normal luego de 48hs”*. Así, un profesional sostuvo que la vasectomía en comparación con la ligadura posee *“una resolución más rápida, menos invasiva y que la exposición de ellos es muchísimo*

---

<sup>8</sup> En investigaciones posteriores debemos analizar la relación entre los varones que acompañan a las mujeres, es decir si son parejas estables, si conviven, entre otras.

*menor” (Entrevistado 5 del Grupo Focal). En ese mismo sentido, sostiene que “es más fácil que hacerte una ligadura, menos riesgoso. Y eso es real, eso es así”.*

Agrega que, a diferencia de la ligadura de trompas, la vasectomía es más sencilla de explicar ya que *“vos mismo te puedes tocar los conductos deferentes y bueno eso es lo que hacemos nosotros” (Entrevistado 6)*

Respecto a los riesgos sobre las intervenciones, tanto el médico como el área de salud sexual concluyen que, al ser menos invasiva la vasectomía, es menos riesgoso realizar la práctica. En una expresión surgida en el grupo focal, una de las trabajadoras del área sostuvo que

*“cuando ve que la exposición de ellos es muchísimo menor que el de la mujer hacen ese razonamiento de ‘no, lo hago yo porque ella ya paso por tres, cuatro partos, cesáreas, entonces ya está ahora me toca a mí’” (Entrevistada 5 del grupo focal).*

Según las percepciones de los especialistas, quienes a diario recogen experiencias en el Hospital, evalúan a un varón descentrado de las decisiones de salud sexual y reproductiva que solo comienza a participar activamente cuando la mujer ha tenido una sobreexposición a situaciones de riesgo y, es solo en ese momento, que debe tomar la decisión de incorporarse y comprometerse en la salud reproductiva.<sup>9</sup>

Con lo expuesto hasta aquí, estamos en condiciones de observar que parte de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre la vasectomía aparecen vinculadas a la ligadura, ponderando los beneficios y ventajas de la primera sobre la segunda. Esta forma de apreciar la intervención nos invita a pensar que, por el solo hecho de ser más beneficiosa, un varón debería acceder a la práctica. Si bien en las valoraciones sobre la vasectomía se vinculan a ser un método más sencillo, entendemos -en base a la teoría

---

<sup>9</sup> Un disparador emergente para próximas investigaciones aparece a la hora de caracterizar la salud no reproductiva. Quizás el varón en cuestiones de reproducción toma la iniciativa como procreador, tal como vimos en capítulos anteriores, pero una vez tomada consumada dicha iniciativa entran en juego otras cuestiones del orden simbólico.

construida en este escrito- que las desigualdades se reproducen en tanto el varón continúe sin involucrarse en la vida sexual y reproductiva.

Como bien sostuvimos al principio de este apartado, los discursos sobre la vasectomía en el Hospital están estrechamente vinculados a la ligadura tubaria porque -según lo expresado por los profesionales de la salud basándose en su cotidianeidad con la problemática- es a través de acompañar a sus parejas que algunos varones comienzan a repensar e informarse sobre la vasectomía. Si observamos estas expresiones y las comparamos con la teoría, podríamos decir que esta situación responde a que las mujeres continúan siendo las responsables de la reproducción y de la salud sexual en base a los roles socialmente asignados a los géneros. Esto en parte, refuerza la idea de una masculinidad hegemónica distante de la participación en salud sexual, reteniendo el poder y los roles socialmente atribuidos. Algo que también se condice con que los procesos de salud-enfermedad-atención son diferentes tanto para varones como para mujeres, debido a los roles atribuidos socialmente a cada género. Y más que diferentes, representan la desigualdad en el acceso a las prácticas y cuidados de la salud sexual que colocan al varón como un sujeto descentrado de estas decisiones. Sobre todo si consideramos que, según los profesionales, la vasectomía es un método más accesible que la ligadura pero que, a pesar de ello se realizan muchas menos anticoncepciones masculinas<sup>10</sup>.

Finalmente, podemos pensar que la asociación entre la ligadura y la vasectomía podría encontrarse vinculada a la enunciación de la ley de anticoncepción quirúrgica que garantiza ambas prácticas anticonceptivas, “toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud”. (Ley 26.130, 2006)

### **La vasectomía vinculada a la responsabilidad de las mujeres en la salud sexual**

En relación con lo que expusimos en el apartado anterior, desde el área de salud sexual proponen a la vasectomía como una práctica que viene a cuestionar y poner en tensión

---

<sup>10</sup> Estudiar el acceso a las prácticas de contracepción quirúrgica masculinas y femeninas se presenta como otro disparador emergente para profundizar en investigaciones posteriores.

esa responsabilidad socialmente construida vinculada al rol reproductivo de la mujer y por ende de las decisiones de la salud sexual. Cuando se preguntó acerca de la participación masculina en las decisiones vinculadas a la salud sexual, surgió la idea de que “*culturalmente la responsabilidad sobre la reproducción es de las mujeres*” (Entrevistada 2 del Grupo Focal). Desde el área sostienen que operan cuestiones históricas del machismo<sup>11</sup> y que dificultan la realización de la práctica:

*“Para mi tiene que ver con la historicidad del machismo en la sociedad misma. Tiene que ver con eso. Mientras sigamos sosteniendo esa cultura estamos como muy difícil. Sobre todo teniendo en cuenta que la cuestión de anticoncepción está a cargo de la mujer. Vos mira todos los anticonceptivos que tenes para la mujer y los que tenes para el varón. ¿A quién se responsabiliza de todas estas opciones?” (Trabajadora social)*

Atribuyen también que el Estado, a la hora de garantizar los anticonceptivos, solo ofrece dos posibilidades a varones y las restantes se responsabilizan a las mujeres. No solo el Estado, sino también la medicina, destinan como usuaria y reguladora de la reproductividad a la mujer, perpetuando de esta forma la dominación masculina (Bourdieu, 2000) a través de mecanismos históricos mediante los cuales, el varón desatiende y perpetúa su estatus sobre la salud sexual. A esto agregamos que, con un Estado menos presente, se ve aún más en tensión la garantía de los métodos anticonceptivos. Cuando hablamos de un Estado menos presente, referimos a los recortes en el área de salud que se materializan, por ejemplo, en la conversión en secretaría del Ministerio de Salud<sup>12</sup>. Además, según un informe realizado por la Fundación Soberanía Sanitaria, “el presupuesto para la Secretaría de Gobierno en Salud presenta una reducción real del 8,1% respecto al de 2018”.

En referencia a esto, un trabajador social sostuvo que la vasectomía es el “*desafío para los hombres. El desafío para los hombres en la responsabilidad de la reproducción*”

---

<sup>11</sup> El machismo es el énfasis o exageración de las características masculinas y la creencia en la superioridad del hombre derivada de la dominación masculina, expuesta en capítulos anteriores.

<sup>12</sup> En el año 2018 en Argentina, el Ministerio de Salud pasó a ser una secretaría bajo la égida del Ministerio de Desarrollo Social. También pasaron a ser secretarías los Ministerios Trabajo, Agroindustria, Energía, Cultura, Turismo, Modernización y Ciencia y Tecnología, dejando la cartera de ministerios más baja de América Latina

(Entrevistado 2 del grupo Focal). En los capítulos anteriores propusimos al campo de la salud como un terreno de prácticas y luchas simbólicas. Lo que observamos a partir de esta afirmación es que se busca instar, bajo las lógicas de la masculinidad hegemónica, al involucramiento masculino. Esta forma de promoción, como un desafío a superar, también reproduce la representación del varón descentrado o con un rol accesorio de las decisiones pues, para él es un “desafío para las mujeres tácitamente una responsabilidad. Creemos que esto, en última instancia, reproduce una de las tramas causales que dificultan el acceso. Ya que, por lo que proponen desde el área, no pareciera ser un desafío ni el acceso, ni la realización, sino más bien todo lo contrario.

Cabe destacar que, más allá de las valoraciones, los profesionales de salud que trabajan en el área de salud sexual y reproductiva son conscientes de que las responsabilidades de los cuidados son de las mujeres, será tarea de próximas investigaciones pensar en conjunto que medidas y disputas se llevan adelante para revertir esta situación en favor de una participación activa y comprometida tanto de varones como de mujeres. Esto considerando que, en la entrevista con el especialista, no apareció este cuestionamiento sobre dicha responsabilidad. Por el contrario, cuando se pregunto acerca de las solicitudes de la vasectomía en el hospital argumentó: “*Me imagino que debe ser una combinación, algunas ginecólogas le dirán al marido de la paciente que se la fuera a hacer. Otro la misma mujer, que le dice hacete una vasectomía anda a ver al urólogo*” (Entrevistado 6). La afirmación da cuenta que, el hombre al que refiere el especialista, también está descentrado de las decisiones de salud sexual y solo se incorpora a los cuidados a través de la mujer.

También, más adelante cuando se consultó sobre los sectores poblaciones a los cuales aún no se garantiza el acceso, el médico sostuvo que deben dirigirse hacia “*el círculo de familias con pocos recursos económicos y (...) sociales, de educación, ahí habría que prestar atención porque son por ahí la gente que tiene relaciones y enseguida queda embarazada y las mujeres viven embarazadas*” (Entrevistado 6). A partir de estas afirmaciones, podemos observar una percepción que invisibiliza el rol reproductivo los varones, y da cuenta que el hecho de quedar embarazada es una responsabilidad estricta de la mujer. Pues, ni siquiera se nombra al varón al recurrir a la expresión “*quedar embarazada*”. Esta expresión refuerza los estereotipos y las construcciones culturales de las que hablan los propios profesionales del

área de salud sexual. Por otro lado, la afirmación trasluce que la vasectomía es considerada un método de control poblacional, vinculado a la necesidad de realizar la práctica en sectores con menos recursos económicos.

El hecho de considerar a la mujer como responsable de la salud sexual es parte constitutiva del problema de acceso a la vasectomía y guía en gran parte las valoraciones y concepciones sobre la práctica en los profesionales de la salud. Por un lado, dar cuenta de la responsabilidad histórica de las mujeres en la salud sexual, representa a la vasectomía como una alternativa para disputar este sentido. Por otro lado, a pesar de que se dé cuenta de esta responsabilidad, el discurso médico sigue sosteniendo este rol.

### **El acceso a la vasectomía**

Las percepciones sobre vasectomía tienen una continuidad al considerar que son casi nulas las barreras institucionales para realizar la práctica. Además, sostienen que de la mayoría de las prácticas en salud, esta es la que menos reticencias tiene. Hubo una contradicción en los discursos de los profesionales de la salud al momento de consultar sobre la situación de la vasectomía en el hospital. Sostenemos que esto se debe, en parte, a que no existen estadísticas oficiales que permitan corroborar y acceder públicamente a la cantidad de vasectomías realizadas. Mientras que el médico especialista sostiene que en el último tiempo *“cada vez se hacen más. Nosotros estamos haciendo al mes, alrededor de entre 7 y 10 vasectomías. Y se va aumentando”*, en el área de salud sexual sostienen que es la *“práctica que menos se hace”* (Entrevistado 3 del Grupo Focal) a pesar de que, al haber menos solicitudes hay menos demanda lo que genera más disponibilidad en los turnos.

También surge una situación particular cuando el acceso a la práctica se vincula con la edad y la cantidad de hijos. El especialista, cuando se realizó la pregunta dijo que:

*“Uno de los cuestionamientos que uno tenía era la persona que no tenía hijos y que venía hacérselo, uno decía: "Bueno mira, esto es definitivo, en un principio lo mandábamos a hacer una consulta psicológica, para tener un aval ¿también no? La persona estaba bien y bueno hoy no, ni eso hace falta. Ojo, nosotros tratamos de inducirlo, a ver, alguien que es muy joven y que no tiene hijos, antes que lo repiense*

*¿no? por el hecho de que esto es algo definitivo. Pero bueno, si siguen insistiendo se hacen”. (Entrevistado 6)*

A partir de esta expresión, podemos sostener que si la persona no tiene hijos o es muy joven, se intentará inducirla a que no se realice la práctica. A partir de allí, deberá haber una insistencia para realizarse la vasectomía. En este sentido, aún se observan ciertas reticencias a la hora de realizar la práctica a personas jóvenes, a pesar de que la ley garantiza la realización a las personas mayores de 18 años. Esto también revela una asimetría en la relación médico y paciente, una de las concepciones y rasgos del Modelo Médico Hegemónico, ya que se excluyen las decisiones de los usuarios de salud.

Las siguientes afirmaciones surgidas del grupo focal pueden sostener aquello que intentamos demostrar:

*“Una vez vino un chico de 19 años. Entonces vino el urólogo y dice “bueno yo no sé porque capaz que no está decidido del todo, todavía está transitando su adolescencia” como sé que no se va arrepentir (...) Por ahí se quiere asegurar y pide una interconsulta con otro servicio donde digamos se quita un derecho que ya lo tiene por la ley misma. Entonces para qué generarle más vueltas en la institución” (Entrevistado 2 del Grupo Focal).*

*“Todavía hoy, vos tenes 21 años y venís a pedir una ligadura o una vasectomía y te van a vueltear un poco, te van a decir ‘mira piénsalo y volvé el año que viene, usa preservativo’, sobre todo con respecto a la edad tienen bastante resistencia todavía” (Trabajadora Social).*

En base a las valoraciones sobre el acceso por parte de los profesionales de la salud, podríamos identificar que, si un joven cercano a los 18 años sin hijos quisiera realizar una vasectomía, se encontraría con ciertas resistencias por parte del sistema de salud y esto revela que en el acceso a la práctica circulan representaciones que valoran fuertemente la reproducción<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup>En futuras investigaciones podríamos observar qué sucede con esos varones, en esa franja etaria, que solicitan la práctica. Es decir, si consideran no realizársela o avanzan en los protocolos de comunicación para llevarla adelante.



## La construcción de sentidos vinculada a la información que circula en el Hospital

Creemos que estudiar las formas en que circula la información sobre difusión, asesoramiento y realización nos puede acercar a los contenidos de las representaciones sociales de los profesionales de la salud y nos permite realizar un estudio de la dimensión interpersonal de la comunicación en la trama de la salud (Petracci, 2010). Esto porque las representaciones sociales se constituyen en la interacción entre los individuos a partir de las experiencias de la vida cotidiana y en el vínculo entre los usuarios y los servicios de salud. En otros términos, las representaciones sociales se constituyen, en parte, a través de la información que circula y que brindan los profesionales de la salud en los espacios de conserjería y en el consultorio.

En primera instancia identificamos la información correspondiente a la difusión y asesoramiento de la vasectomía –y de cuestiones vinculadas a salud sexual- en el área de salud sexual y reproductiva. Esta área posee un espacio institucional de difusión y asesoramiento denominado “espacio de planificación familiar”. Luego, identificamos la información vinculada a la difusión en los especialistas de la medicina. Estos especialistas no son los encargados institucionales de difundir la cirugía, pero sostienen que se deben utilizar los medios de comunicación para masificar la información sobre la vasectomía: *“Si se puede dar un televisivo, porque bueno la gente ve mucha tele y escucha radio (...) Difundís esto y la gente le entra y se pone a pensar” (Entrevistado 6)*. En una segunda instancia definimos la información vinculada a la realización de la práctica, primero en el área de salud sexual y luego los médicos especialistas. Así dimos cuenta que la información que circula en el Hospital no es homogénea en los profesionales de salud, ya que son distintas las percepciones sobre la difusión, asesoramiento y realización por parte de los especialistas médicos y el área de salud sexual.

La diferencia en la percepción sobre la información que circula nos aporta al estudio de la dimensión organizacional, situando al Hospital como un espacio que produce y disputa sentidos, constituidos a partir de prácticas y discursos (Petracci, 2010). Además, estas percepciones sobre la información, en buena medida responden a la heterogeneidad de las trayectorias profesionales y las distintas posiciones hacia dentro de la comunidad médica.

Como pudimos dar cuenta en el diálogo con las investigaciones previas, el campo de la medicina, excluye los sentidos vinculados al proceso de salud-enfermedad-atención, una exclusión que es propia del modelo médico hegemónico. Como veremos más adelante, emerge de los discursos del área de salud sexual y reproductiva que la posición para la difusión y asesoramiento de la salud sexual se aborda desde perspectiva de derechos y de género, en parte por no contar con profesionales de la medicina. Por otro lado, los especialistas médicos apelan a la información técnica y en un lenguaje propio de la medicina. Cuando consultamos acerca de qué es la vasectomía, su respuesta refirió que: *“Es un método quirúrgico ambulatorio que consiste en la ligadura definitiva de los conductos deferentes, que son los que transportan los espermatozoides desde los testículos a la próstata”* (Entrevistado 6). A continuación, veremos detalladamente como se relacionan estos discursos en la institución y las representaciones que de ello surgen.

### **Información referida a la difusión y asesoramiento en el área de salud sexual**

Según las concepciones de los profesionales de la salud –trabajadores sociales y médicos especialistas- la vasectomía es una de las prácticas más accesibles que se realizan en el Hospital. Los beneficios de la cirugía recaen en su carácter ambulatorio y la sencillez de su intervención. Sin embargo, a pesar de existir un número creciente de intervenciones, la cantidad de cirugías aún no es significativa. Nos proponemos en este apartado, identificar las formas en las que los profesionales del área de salud sexual y la institución hospitalaria construyen y difunden la información sobre la vasectomía.

En el hospital hay espacios institucionales formales en los cuales, a través de una modalidad de charlas grupales y taller, se dialoga sobre métodos anticonceptivos y otras cuestiones referidas a salud sexual.

*“El espacio de planificación familiar que tiene que ver con la vasectomía y la ligadura de trompas, en ese espacio conversamos sobre los métodos anticonceptivos y quizás otros temas que tengan que ver con la salud sexual en general”* (Entrevistado 1 del Grupo Focal).

Este espacio de planificación familiar funciona como una consejería integral el primer y tercer lunes de cada mes. Tal como afirma una trabajadora social *“nosotros dejamos*

*abiertos los espacios de acá del hospital que son los espacios de salud sexual y reproductiva digamos, como la conserjería integral” (Trabajadora Social).*

El espacio es parte del área de salud sexual y está conformado por la totalidad de los informantes que participaron del grupo focal: *“Nosotros no somos médicos somos todos trabajadores sociales (...) recientemente tenemos una obstétrica y dos agentes sanitarios, pero no hay médicos” (Entrevistado 2 del Grupo Focal).* Sobre esto destacan que, al no haber médicos, la forma de abordar este espacio es con una perspectiva de derechos:

*“El hecho de no ser profesionales médicos también por ahí, nuestra forma de abordar ese espacio, es posicionarnos más sobre lo que sería los derechos reproductivos y no reproductivos, porque aprovechamos para hablar un poquito de la legislación vigente. A veces también hablamos de unas cuestiones de género” (Entrevistado 2 del Grupo Focal)*

Y agregan que:

*“Las implicancias de la cirugía y las cuestiones médicas claramente no son cosas que nosotros podamos, o sea podemos comentar a partir del hecho de trabajar acá, pero no podemos ser, como específicos ni minuciosos en eso porque son respuestas que tienen que dar los médicos. Pero si nuestro lugar es más del lugar de los derechos” (Entrevistado 2 del Grupo Focal).*

En este sentido, en la entrevista realizada a la trabajadora social, también menciona la perspectiva de derechos y de la promoción de la salud, intentando facilitar la información brindada de forma tal que se instruya a los potenciales usuarios a tomar sus propias decisiones: *“Uno promociona, con la folletería, les hablamos de la ley, no tienen que acordarse el nombre y el número, lo que tienen que decir es una ley que las ampara. Habla del derecho de acceder a esa práctica y nosotros la obligación de que ustedes accedan” (Entrevistado 7).*

Aquí hay un núcleo de sentidos que surge vinculado al distanciamiento de las ciencias médicas y la posibilidad de abordar el espacio desde una posición de derechos con perspectiva de género. Sin embargo, según lo expuesto en las entrevistas, las “cuestiones médicas” no son abordadas minuciosamente en este espacio, porque son los especialistas de

la medicina los que deben dar esas respuestas. Y como veremos más adelante, los especialistas desconocen la información que se brinda en el área de salud sexual. Por lo tanto, basándonos en las expresiones de ambos grupos profesionales, la información brindada en cada una de las áreas no encuentra un punto de complemento.

Planteado así, estamos en condiciones de proponer que, por la diversidad de trayectorias de los profesionales, la información es abordada desde perspectivas distintas. Más aun, las trabajadoras sociales dan cuenta de los rasgos del Modelo Médico Hegemónico, sobre todo los vinculados a la característica de *Aculturalidad* propuesta por Menéndez (1990) que refiere a la exclusión de factores culturales por parte de la biomedicina. Aquí emerge la idea de que la información –y la comunicación- son procesos sociales de construcción de sentidos, los cuales son constitutivos a su vez de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Si retomamos la entrevista de la trabajadora social, esta refirió a “*una ley que las ampra*”, en sujeto femenino. Entendemos que esta expresión, como veremos enseguida, deviene de la escasa participación masculina en estos espacios de difusión y asesoramiento. Pero además el hecho de no disociar las prácticas anticonceptivas –la ligadura tubaria y la vasectomía- puede influir en las dinámicas de su difusión. A pesar de llevar adelante la difusión y el asesoramiento desde una perspectiva de derechos, aparecen estas tensiones enunciativas que, en última instancia subyacen en la responsabilidad de la mujer en los cuidados de la salud sexual. Este ordenamiento simbólico, que a su vez deviene del orden social, ratifica la dominación masculina (Bourdieu, 2000) -al menos en los discursos de los profesionales- a través de que esta responsabilidad continúa siendo de las mujeres.

Retomando el espacio de planificación familiar, uno de los trabajadores expresa que estos espacios de difusión y asesoramiento surgen a partir de la Ley Nacional de Sida N° 23.798 y su Decreto reglamentario N°1244/91.

*“En realidad esos espacios a partir de la ley de VIH SIDA son como sugerencias que se hacen en el marco de una ley específica para de alguna manera tener más instancias de difusión o brindar más información respecto a una temática, en este caso ligadura de trompas y vasectomía” (Entrevistado 4 del Grupo Focal).*

Las sugerencias a las que refiere el trabajador se vinculan a la interpretación del artículo 1 y 4 de la ley que refieren a políticas educativas y comunicativas basadas en la información para una tarea de prevención. Por último, sostiene que *“ese mismo espacio muchas veces funciona en los centros de salud con el mismo sentido. Puede cambiar un poco la forma pero más o menos el mismo sentido”*. (Entrevistado 4 del Grupo Focal). Si bien lo que se busca es generar más instancias de difusión de la información, en este caso vinculada a la anticoncepción quirúrgica, no se tienen en cuenta las formas en las que se aprehende esta información por parte de los profesionales. Por lo que sostuvimos antes, la información que circula en el hospital es heterogénea en las distintas áreas, en parte, por las distintas trayectorias de los profesionales. Entonces, no solo es cuestión de brindar más información sobre la vasectomía sino que además pensar de qué maneras se construye los sentidos vinculados a la práctica.

Respecto de la participación ciudadana en el espacio de planificación familiar en el hospital, desde el área sostienen que es mayor la participación femenina que la masculina: *“participan juntas mujeres y varones. Muchas más mujeres que varones, siempre”* (Entrevistado 1 del Grupo Focal). Desde la perspectiva de los profesionales, esta expresión da cuenta que son las mujeres las que ocupan los espacios institucionales vinculados al asesoramiento de los derechos de salud sexual y reproductiva. La escasa participación masculina nos permite observar que estas prácticas de los varones significadas bajo la masculinidad hegemónica complementan el conjunto de prácticas que regulan el poder, los roles sociales y los cuerpos de los individuos (Connell, 1995).

En el capítulo anterior destacamos que los profesionales de la salud, en base a su experiencia cotidiana, vinculaban el involucramiento masculino a través de las consultas de las mujeres. Este es el espacio en el cual, a través de una consulta por la ligadura tubaria, se insta a que el varón tome la decisión de realizarse una vasectomía. Retomando lo propuesto en el capítulo anterior, el discurso de los profesionales de salud deja en evidencia que *“algunos varones que acompañan a sus mujeres en el espacio de planificación familiar y a veces reciben la información de coletazo y revierten”* (Entrevistado 1 del Grupo Focal). A través de la utilización del término *“revierten”* podemos pensar que la información que

circula en el área de salud tiene un rol persuasivo y dirigido al cambio de conductas. Es decir, a través del traslado de información de un emisor a un receptor, se pueden revertir las decisiones de este último en detrimento de lo propuesto por el primero. Esto responde al paradigma funcionalista en el cual se intentan torcer las conductas de un emisor a través de la información brindada desde la institución. Si bien desde lo expresado en el grupo focal se habla de una conserjería integral con perspectiva de género y de derechos, también podemos pensar que esta conserjería de salud aún sigue retomando la creencia del carácter instrumental y persuasivo de la comunicación.

Las temáticas que se abordan en este espacio sobre vasectomía y ligadura, refieren sobre todo al consentimiento informado, aunque también se toma en cuenta las construcciones socioculturales vinculadas a la vasectomía y la ligadura: *“trabajar sobre los mitos de la ligadura y la vasectomía y profundizar en el tema de la información que se tiene, que circula. Y después el consentimiento que ella está solicitando”*. (Trabajadora Social). Nuevamente, la trabajadora se refiere al sujeto femenino. En otra entrevista agregan que: *“Se cuenta más o menos cuales son los pasos a seguir para acceder a la práctica, eso es lo que se hace. Se conversa sobre el consentimiento informado”* (Entrevistado 2 del Grupo Focal).

En este espacio, según lo que se desprende de los discursos de los profesionales, se firma el consentimiento informado y por lo tanto lo que buscan es que los usuarios dimensionen que la vasectomía es un método definitivo e irreversible: *“cuando firman el consentimiento es importante que entienda que están tomando la decisión definitiva de no tener hijos”* (Entrevistado 2 del Grupo Focal). Además, desde el grupo focal buscan trabajar sobre esos mitos, apelando a los beneficios de la vasectomía: *“Guiados por el prejuicio, los mitos, que se yo, no preguntan, no tienen esta cosa de que es una resolución más rápida, menos invasiva, todo esto”* (Entrevistado 5 del Grupo Focal). Esto, otra vez, da cuenta de las prácticas vistas bajo la masculinidad hegemónica: los mitos construidos alrededor de las disfunciones sexuales –los cuales propusimos en el dialogo con las investigaciones previas– no permiten incorporar al hombre en el ejercicio de la salud sexual, a pesar de las valoraciones positivas que brindan los profesionales de la salud en los espacios de difusión y asesoramiento. También, desde el espacio de planificación familiar fomentan el uso del

preservativo para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), ya que la vasectomía resulta en un método anticonceptivo eficaz pero no previene las ITS.

Según lo expresado en el grupo focal, el espacio de planificación familiar posee “*una mirada integral de la salud (...) no es que porque seas hombre y vengas a pedir una vasectomía vas a tener un espacio aparte (Entrevistado 2 del Grupo Focal)*. La mirada integral parece referir a no distinguir entre mujeres y varones. Pero si pensamos la mirada integral incorporando los saberes de las ciencias médicas y de las perspectivas de derechos que proponen en el área de salud sexual, observamos que la información circundante dentro del Hospital no refleja esta integralidad.

Destacan además, que en el último tiempo, las consultas sobre vasectomía han aumentado “*Yo noto que preguntan más. Que hay un poco más. No sé si concretan pero por lo menos consultan*” (Entrevistado 2 del Grupo Focal).

Ahora bien, el espacio institucional destinado a la difusión sobre cuestiones referidas a salud sexual y reproductiva lleva el nombre de planificación familiar. Aquí hay otro núcleo de sentidos a explorar, pues en primera instancia, la información que circula sobre salud sexual es vinculada directamente con la planificación familiar. Es decir que a pesar de tener una perspectiva de derechos, el espacio se plantea como un lugar para planificar la familia y, al menos en la designación, no incorpora el ejercicio subjetivo de la sexualidad.

### **Información referida a la difusión y asesoramiento en los especialistas médicos**

Siguiendo lo propuesto en este capítulo en el cual buscamos identificar la información que circula en profesionales de salud, consultamos al especialista sobre su visión acerca de la difusión de la práctica. Además le preguntamos acerca de si ellos se encargan de difundir el método, o bien esa es tarea del área de salud sexual. En principio, sostuvo que el acceso a la información está garantizado por los nuevos soportes tales como la computadora y el internet y que ello facilita la tarea de brindar información. Pero además, mostró desconocimiento respecto de la información que circula en el área de salud sexual: “*la verdad que no sé lo que brinda la parte de salud sexual. Nosotros le explicamos el método y a veces uno se los dibuja o se los representa. A ver hoy tenes esto -señala la computadora-, que es muy fácil*”. (Entrevistado 6).

Siguiendo lo expresado por el especialista y las entrevistas realizadas, suele suceder que los varones consultan directamente con el especialista para la realización de la vasectomía. Por lo tanto, el especialista desconoce las formas por las cuales una persona se interioriza sobre la vasectomía: *“A mí ya me llega el paciente, yo no sé si lo deriva un clínico, o si me viene ya porque sabe que es una patología que la hace el urólogo”*. (Entrevistado 6).

Estas expresiones dan cuenta de que la información entre el área de salud sexual y los médicos especialistas no presenta características de integralidad y que su discurso a veces es hasta contradictorio. Deducimos por las expresiones recolectadas en las entrevistas que no existen espacios de articulación entre las áreas, lo que deviene en que las representaciones sobre la vasectomía sean disimiles en cuanto a su acceso y la información que posteriormente brinden a los usuarios no se complemente. Retomando lo expuesto en el capítulo anterior, por un lado desde los especialistas de la medicina sostienen que cada vez se realizan más vasectomías *“Nosotros estamos haciendo al mes, alrededor de entre 7 y 10 vasectomías. Y se va aumentando”* (Entrevistado 6) y desde el área sostienen que en el área de salud sexual sostienen que es la *“práctica que menos se hace”* (Entrevistado 3 del Grupo Focal).

El especialista entrevistado propone la utilización de los medios de comunicación masivos para lograr incorporar a la agenda la difusión y realización de la práctica. En este sentido, remarca la eficacia de los medios a la hora de difundir ciertas actividades y retoma como ejemplo una campaña realizada por su mismo grupo en relación a la prevención del cáncer de próstata: *“Si se puede dar un televisivo, porque bueno la gente ve mucha tele y escucha radio (...) la gente escuchaba en la radio y enseguida se anotaba. (...) Difundís esto y la gente le entra y se pone a pensar”*. (Entrevistado 6)

Esta forma de concebir a la comunicación en los especialistas médicos en estrecha vinculación con los medios de comunicación y el traspaso de información da cuenta que aún los postulados de la comunicación para el desarrollo y, particularmente el enfoque instrumental de la comunicación, continúan vigentes en la institución. Como sostuvimos en nuestro marco teórico, la difusión de la información sobre vasectomía, bajo esta perspectiva, da cuenta de que los medios de comunicación deben torcer las conductas de los destinatarios –pasivos a quienes “le entra” la información- a través de mecanismos vinculados a la

persuasión para lograr comportamientos activos de la comunidad (Beltrán, 1995). Entendemos la importancia de los medios de comunicación en las sociedades contemporáneas, sin embargo se debe retomar la centralidad que poseen destinatarios de las políticas como actores y productores de sentido<sup>14</sup>.

Con respecto a la información que se le brinda cuando consultan sobre una vasectomía, el médico especialista remarca que el método es definitivo, ofreciendo el servicio como una cirugía irreversible. *“Hay gente que podrá decir que sí pero, creo que tiene un componente comercial muy alto asique yo cuando, digamos, alguien me viene a consultar lo ofrezco como un método definitivo”*. (Entrevistado 6). También sostiene que cuando la persona no conoce el método, al ser una intervención sencilla, se le brinda la información en el consultorio: *“Otros no saben y se lo explicas en consultorio y como no es algo difícil de entender (...) esto es un testículo, este es el deferente, lo que hacemos es agarrar esto y ligar esto”* (Entrevistado 6). El especialista también refiere a las personas que consultan en el hospital sobre la vasectomía y deduce que *“La gente que viene, que consulta en el hospital, son gente que vos ves que tienen un nivel cultural, por lo menos tiene un secundario”* (Entrevistado 6). Esto se desprende de las expresiones analizadas en el capítulo anterior, referidas a que la vasectomía debería proponerse en sectores poblacionales con escasos recursos económicos, pues considerando su experiencia cotidiana en la institución, el sostiene que quienes consultan sobre vasectomía tienen al menos el nivel secundario finalizado. Esta conexión entre recursos y conocimientos se transluce en una de sus expresiones, al decir que *“Uno a veces piensa que la gente que va al hospital tiene menos recursos, eso es así, pero que también tiene menos conocimiento”* (Entrevistado 6).

En estas expresiones del médico especialista subyace un rasgo característico del Modelo Médico Hegemónico: la asimetría en el vínculo médico paciente. La asimetría refiere a la falta de igualdad que se observa en la relación médico/paciente cuando se excluye su palabra y sus referencias socio culturales. Es decir, quienes acceden a la práctica tienen un

---

<sup>14</sup> Parte del sentido político y académico de la tesis está en comprender la comunicación en un sentido que incluya las formas de significar la vasectomía en varones que potencialmente pudieran acceder al método, para engrosar los debates sobre las perspectivas comunicacionales en el campo de la salud.

determinado “nivel cultural” vinculado a los estudios alcanzados que les permite consultar sobre la vasectomía, cuestión que no sucede con aquellos que tienen recursos más escasos.

### **Información sobre la realización de la práctica en la institución médica**

Esta información, en general, está en estrecha vinculación con las cuestiones de acceso analizadas en el capítulo anterior. Nuevamente el hecho de no poseer estadísticas oficiales lleva a que las percepciones sobre la realización de la práctica sean disímiles y por lo tanto la información sobre esta temática no sea igual en el área de salud sexual y en los médicos especialistas. Esto se complementa con lo que desarrollamos acerca de la heterogeneidad de la información vinculado a que no existen espacios de articulación entre el área de salud sexual y los médicos especialistas

Desde el área de salud sexual sostienen que *“la vasectomía tiene poca demanda”* (Entrevistado 1 del Grupo Focal) a pesar de que sea una de las prácticas que menos barreras institucionales posee. Sin embargo, el especialista médico tiene un panorama distinto y sostiene que en el último tiempo se han incrementado las realizaciones de la práctica.

*Cada vez se hacen más. Nosotros estamos haciendo al mes, alrededor de entre 7 y 10 vasectomías. Y se va aumentando. (...) Hay limitaciones en salud pública y lo que se prioriza es lo oncológico, por cuestiones obvias. Y yo creo que el tema digamos, de machismo, ya se está dejando bastante de lugar. (Entrevistado 6)*

Cabe destacar que en ningún momento hicimos alusión al concepto del machismo. Aun así, el especialista sugiere que “el tema del machismo” se está “dejando de lugar”. Una percepción que dista de lo que pudimos dar en la entrevista con la Trabajadora Social donde sostenían que los principales problemas de acceso y realización de la vasectomía tienen que ver con cuestiones del machismo en la sociedad. Podemos deducir que el machismo aún opera en las prácticas de salud sexual y en el proceso de salud enfermedad atención, teniendo en cuenta la escasa participación masculina en los espacios de difusión y las percepciones de los especialistas médicos responsabilizando a la mujer en los cuidados de la salud sexual.

## Protocolos de comunicación en el Hospital

Una de las últimas tareas que nos propusimos para esta tesis, fue describir los protocolos de comunicación al momento de solicitar y efectuar la vasectomía. Entenderemos por protocolos de comunicación a aquellos procedimientos y actividades que permiten a los servicios de salud, brindar sus servicios a los usuarios y garantizar su accesibilidad, así como también las actividades técnicas administrativas para solicitarlos. Gran parte de esto fue definido en los párrafos anteriores, de manera que sistematizaremos la información, el contenido en este apartado con el fin de cumplimentar los objetivos propuestos.

De esta forma, los protocolos de comunicación no parecen existir. Tenemos algunas pistas sobre cómo alguien puede acercarse a preguntar sobre la vasectomía:

*“Hay dos formas: la forma de las mujeres es una cosa de desesperación que ya llegan después de haber fracasado más de una vez en los sistemas institucionales, de llegar desesperadas por la ligadura, traen al marido por las dudas de que haya que firmar algo, porque eso sigue sobrevolando, por más de que hace años de que tenemos una ley que dice que solamente la mujer mayor de dieciocho firma listo. Los varones llegan desde otro lugar, que llegan a nosotros al menos. Llegan a través de los urólogos” (Entrevistado 1 del Grupo Focal) <sup>15</sup>*

Lo que también podemos decir es que, los especialistas tampoco tienen en claro desde donde surge la necesidad de consultar sobre la vasectomía: *“A mí ya me llega el paciente, yo no sé si lo deriva un clínico, o si me viene ya porque sabe que es una patología que la hace el urólogo” (Entrevistado 6).*

En la ventanilla de consulta del hospital, suponiendo que el usuario se acerque a solicitar una vasectomía, solo debería solicitar un turno con el especialista e iniciar con los trámites pertinentes. De lo que podemos interpretar en base a lo expresado por trabajadores del área, es que los especialistas no obstaculizan la práctica: *“El tema de la vasectomía es de*

---

<sup>15</sup> En próximas investigaciones se podría analizar desde donde vienen esos varones, cuál es ese otro lugar.

*fácil acceso. Es un análisis de sangre y una evaluación con el urólogo. Y el urólogo mismo ya te da el ok” (Entrevistado 7).* Para asesorar sobre el método y dialogar sobre cuestiones referidas al consentimiento informado, existe el espacio de planificación familiar, el cual funciona dos veces y del cual participan mayoritariamente mujeres (dos varones y cinco mujeres).

Podemos decir entonces, que no hay protocolos de comunicación establecidos y que los profesionales no tienen claridad respecto de las motivaciones, expectativas y el conocimiento previo de las personas al solicitar la vasectomía. Sin embargo, por lo que pudimos destacar a lo largo de este escrito, esta práctica es una de las que “*menos barreras físicas e institucionales tiene” (Entrevistado 3 del grupo Focal)*, aunque surgen algunas resistencias vinculadas a la edad y la cantidad de hijos. Una vez realizada la intervención, se le brindan los últimos detalles de información y al cabo dos meses, los especialistas médicos solicitan un estereograma para comprobar que no existan más espermatozoides. Desde el área y los especialistas instan a la utilización del preservativo como método de prevención de ITS y ya no como un método anticonceptivo.

## Conclusiones

La construcción de nuestro problema de investigación respecto al acceso a la vasectomía se basó en dos supuestos: los imaginarios creados alrededor de la práctica vinculados a la disfunción sexual que restringen el acceso y la responsabilidad de la mujer en la salud sexual. Respecto del primer supuesto no se destacó ni se hizo demasiado hincapié en las entrevistas realizadas. Creemos que en parte, esos imaginarios son difíciles de percibir por parte de los profesionales en la interacción con los usuarios. Esto porque, si pensamos en las prácticas de los varones normadas bajo la masculinidad hegemónica, difícilmente puedan hablar libremente de su sexualidad.

El segundo de los supuestos vinculados a la responsabilidad en los cuidados de salud sexual de la mujer fue recurrente en las entrevistas realizadas a los trabajadores del área de salud sexual y reproductiva, dando cuenta constantemente de ello. Por parte del especialista, pudimos deducir de su discurso que no se problematiza esta situación e inclusive tiende a sostenerla a través de sus expresiones, por ejemplo invisibilizando el rol reproductivo de los varones, reforzando de esta forma estereotipos de género que luego son cuestionados en el área de salud sexual.

Y en vinculación con este último supuesto, uno de los hallazgos representativos de esta tesis, fue la enunciación vinculante entre la ligadura de trompas y la vasectomía. El instrumento de recolección de datos no mencionó la ligadura tubaria, pero surgió espontáneamente en cada una de las entrevistas. Entendemos que esta asociación que opera en los discursos de los profesionales, reproduce implícitamente el protagonismo obligado de la mujer en la salud sexual. Pero además, puede devenir de la forma de enunciación en la ley 26.130, que las vincula como prácticas anticonceptivas sin distinción. En esta vinculación, sin embargo se ponderaban los beneficios de la vasectomía en relación a la ligadura, por ser una intervención más sencilla y con menos barreras institucionales. Otro de los hallazgos representativos, fue que los profesionales de la salud conciben que el varón debía acceder a la práctica por el hecho de ser más beneficiosa, sin embargo, no resuelve el problema de fondo que refiere a involucrar a los hombres en la vida sexual y reproductiva, haciendo más

equitativa nuestra participación. Además, la escasa participación de los varones en salud sexual es parte constitutiva del problema de acceso a la vasectomía y guía en gran parte las valoraciones y concepciones sobre la práctica en los profesionales de la salud

El hecho de no disociar las prácticas anticonceptivas hizo aparecer algunas tensiones enunciativas que permitirían pensar en la delegación inconsciente de la responsabilidad de la mujer en los cuidados de la salud sexual.

Por otro lado, las percepciones sobre la vasectomía estaban mediadas por dos condicionantes: uno referido a la edad de quien solicita la práctica y otro a la cantidad de hijos que posee. Así, en los discursos aparecen ciertas reticencias a la hora de garantizar el acceso a varones cuya edad se aproxima a los 18 años. Salvo estas excepciones, los profesionales si están de acuerdo en que la vasectomía es un método que no tiene barreras institucionales y que, de las prácticas en salud, es la que menos resistencias institucionales tiene,

Pudimos establecer, según las percepciones de los profesionales, quienes a diario recogen experiencias en el Hospital, que las representaciones sociales sobre vasectomía configuran a un varón descentrado de las decisiones de salud sexual y reproductiva que solo comienza a participar activamente cuando la mujer ha tenido una sobreexposición a situaciones de riesgo. Además, los médicos especialistas no solo destacan la sencillez de la cirugía, sino que también la consideran un método de control poblacional, vinculado a la necesidad de realizar la práctica en sectores con menos recursos económicos.

Respecto de la información que circula en el Hospital, no es unívoca y el discurso de los médicos especialistas y de los trabajadores del área de salud sexual, a veces, es hasta contradictorio. Deducimos por las expresiones recolectadas en las entrevistas que no existen espacios de articulación entre estos profesionales, lo que deviene en que las representaciones sobre la vasectomía sean disimiles en cuanto al acceso y la información que posteriormente brinden a los usuarios no se complementen.

Podemos decir que la información que circula entre los profesionales de las distintas áreas no siempre encuentra complementariedad y, al no existir estadísticas oficiales, resulta imposible corroborar y acceder públicamente a la cantidad de vasectomías realizadas.

Estas percepciones sobre la información, en buena medida responden a la heterogeneidad de las trayectorias profesionales y las distintas posiciones hacia dentro de la comunidad médica. Como pudimos dar cuenta en el dialogo con las investigaciones previas, el campo de la medicina con su expresión en el modelo médico hegemónico, excluye los sentidos vinculados al proceso de salud-enfermedad-atención.

Y sobre el modelo médico hegemónico, destacamos que aparecen ciertos rasgos característicos en las percepciones de los profesionales: la aculturalidad y la asimetría en la relación médico paciente.

Podemos agregar que no hay protocolos de comunicación establecidos y que los profesionales no tienen claridad respecto de las motivaciones, expectativas y el conocimiento previo de las personas al solicitar la vasectomía.

Pusimos en consideración el rol del Estado y por un lado, hubo una reducción en los fondos destinados a salud, pero también por otro lado, en conjunto con la medicina, destinan como usuaria y reguladora de la reproductividad a la mujer, perpetuando de esta forma la dominación masculina y las prácticas de salud sexual de los varones. Entendemos que parte de esta responsabilidad se visibiliza en los discursos del efector de salud y en la cantidad de métodos anticonceptivos destinados a mujeres y varones. Esto se complementa con la inexistencia de estrategias vinculadas a promover y equiparar la participación masculina en salud sexual

Finalmente, basándonos en los fragmentos de las entrevistas presentadas, podemos decir que los profesionales de la salud aún vinculan la comunicación y la salud desde una perspectiva instrumental. Los postulados teóricos de la Comunicación para el Desarrollo continúan sobrevolando en las formas de articular estos dos campos, cuestión que también se advierte en los discursos y las representaciones que enuncian a la vasectomía como una práctica que se informa para revertir conductas

## Bibliografía

Abascal Castañeda, I. (2006). *Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género*. Recuperado el 3 de octubre de 2019 en [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-4662007000200011&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-4662007000200011&script=sci_arttext)

Abou Orm Saab, K y Camacaro Cuevas, M. (2013). Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y Salud*, vol. 11 (1), pp. 25-34. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375740252005>

Azcona, M., Manzini, F., Fernando y Dorati, J. (2015). Precisiones metodológicas sobre la unidad de análisis y la unidad de observación. Aplicación a la investigación en psicología. *IV Congreso Internacional de investigación*. Argentina.

Baeta S, María F. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud*, vol. 13 (2), pp. 81-84. Recuperado en 3 de octubre de 2019, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011&lng=es&tlng=es).

Barbero, J. M. (1987). *De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili S.A. Recuperado el 2 de Agosto de 2019 en [https://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/de\\_los\\_medios\\_a\\_las\\_mediaciones.pdf](https://perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/de_los_medios_a_las_mediaciones.pdf)

Beltrán, L. R (1998). Salud pública y comunicación social. *Revista Chasqui*, N° 51. pp. 33-37.

Berger, P., Luckmann, T. (1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bourideu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*. Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Carrasco F, Duquelsky P., Espinosa A, Parra M, Roco J., Sainz V., Silva G. y Varela M. (2016). Diagnostico comunicacional en el Hospital Francisco López Lima en el marco de la cátedra de planificación y gestión de la comunicación en la carrera de comunicación social. Universidad Nacional del Comahue

Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.

Constitución de la Provincia de Río Negro (1957)

Cuberli, M (s/f). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question, 1*(18). Recuperado el 15 de noviembre de 2018 en <https://www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/524>

Donoso, Natalia y Quezada Constanza (2013). *Desigualdad de Género y Sistemas de Salud Chilenos: Una Mirada Social a los discursos Sobre Esterilización*. Recuerpado el 13 de Noviembre de 2019 en <https://observatoriodesigualdades.icso.cl/wp-content/uploads/Discursos-Sobre-Esterilizaci%C3%B3n.-Donoso-y-Quezada.pdf>

De Lellis, M & Mozobancyk S. (2009). *El proceso de salud-enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja*. Cátedra de salud pública/salud mental. Facultad de Psicología. UBA

Montoya, J. (2009). La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 8 (17), pp. 106-122. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Emanuelli, P. (2013). *Herramientas de Metodología para investigar en Comunicación*. Córdoba: Copy-Rapido

Fernández S., Ruydiaz K., Baza G., Berrío D., Rosales Y. (2013). Percepción de los hombres ante la aceptación o rechazo de la vasectomía. *Duazary* 11(1), pp. 22 – 29. Recuperado el 15 de Julio de 2019 en <https://doi.org/10.21676/2389783X.717>

Galoviche Victoria (2018). *Masculinidades y Salud: miradas desde los agentes ejecutores del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de San Juan*. Recuperado el 6 de Octubre de 2019 en [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/9911/galoviche-victoria.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9911/galoviche-victoria.pdf)

Gómez. A y Güida, Carlos (2000). *Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad*. Recuperado el 6 de Octubre de 2019 en [https://psico.edu.uy/sites/default/files/aportes\\_de\\_los\\_estudios\\_de\\_genero\\_en\\_la\\_conceptualizacion\\_sobre\\_masculinidad.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/aportes_de_los_estudios_de_genero_en_la_conceptualizacion_sobre_masculinidad.pdf)

Grollmus Achongue, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* 2 (2), 27-65.

Huber, R (2011). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. 1º Ed.- Buenos aires: Siglo Veintiuno Editores.

-Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (Cuarta edición). Iztapalapa: Interamericana Editores.

Soberanía Sanitaria (2018). Informe FSS No 37 1/5. Recuperado el 10 de noviembre de 2019 <http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/2019-se-profundizan-los-recortes-en-salud/>

Kaplan, M. (1985). *El comunicador popular*. Ecuador: Ediciones CIESPAL

Laurel, A. C (1982). Crisis y salud en América Latina. *Cuadernos Políticos* 33, pp. 32-45. México D.F., ed. Era

La Ley Provincial de Río Negro 2.570. Ley del sistema de salud de Río Negro. Viedma, Río Negro, 1992.

Ley Provincial de Río Negro N° 3.450. Creación del programa provincial de salud reproductiva y sexualidad humana. Viedma, Río Negro, 30 de Mayo de 2001.

Ley Nacional N° 26.130. Anticoncepción Quirúrgica. Buenos Aires, Argentina, 28 de Agosto de 2006.

Ley Nacional N° 25673. Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina, 21 de Noviembre de 2002.

Logiovine, S.y Ceriani, S. V. (2014). Problemáticas, prácticas y representaciones sociales vinculadas a la salud sexual y reproductiva de adolescentes de la zona rural de goya, provincia de corrientes. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Lois, I. (2013). Salud sexual y reproductiva: políticas de comunicación en disputa en las instituciones de salud. *AVATARES de la comunicación y la cultura*, N° 5

Mazzoni, M. (s/f)- Conflictividad social, Estado y políticas públicas en el Alto Valle de la provincia de Río Negro

Mateo, N (2018). La salud sexual y reproductiva en debate: las opiniones de quienes trabajan en atención primaria de la salud. *Sociodebate* N° 7, pp 87-113.

Menéndez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.

Menéndez, E. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana

Michalewicz, Alejandro, & Pierri, Carla, & Ardila-Gómez, Sara (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su

conceptualización. Anuario de Investigaciones, XXI, Recuperado el 26 de Septiembre de 2019 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139994021>

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Publicado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Documento G.E. CLACSO/Nº4. Pág. 99-129.

Petracci M. y Pecheny M. (2009). Panorama de derechos sexuales y reproductivos, Argentina 2009. *Argumentos* Revista de crítica social Nº 11, pp 38-62.

Petracci M. & Cuberli, M. & Palopoli, A (2010). Comunicar salud: una propuesta teórica y práctica. Comité argentino de educación para la salud de la población concurso en honor de la educadora Haydee de Luca "determinantes de la salud", CAESPO 2010

Pereira, J. M. & Bonilla, J. I & Benavides J. E (1998). La comunicación en contextos de desarrollo: balances y perspectivas. *Revista signo y pensamiento*. Nº 32 (17), pp. 119-138.

Prieto Castillo, D (1986): La comunicación como proceso en totalidad. En Diagnóstico de comunicación. Quito, CIESPAL

Regis, S. (2007). Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud. *Question, I* (13). Recuperado el 6 de Agosto de 2019 en <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/331>

Resolución 755/2006 de la Superintendencia de Servicios de Salud. Buenos Aires, Argentina, 31 de Octubre de 2006

Testa, M (1978). ¿Atención primaria o primitiva? Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978. Recuperado el 14 de noviembre de 2019 en [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa\\_\\_mario\\_\\_atencion\\_\\_primaria\\_o\\_primitiva\\_\\_de\\_salud.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa__mario__atencion__primaria_o_primitiva__de_salud.pdf)

Umaña, S (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de ciencias sociales 127. Costa Rica, FLACSO.

Uranga, W. (2004). Mirar desde la comunicación. Una manera de analizar las prácticas sociales. Recuperado el 15 de Noviembre de 2019 en <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/uranga.pdf>

Viveros, Mara, Gómez, Fredy, & Otero, Eduardo. (1998). Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina. El punto de vista de los orientadores del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre, en Bogotá, Colombia. *Cuadernos de Saúde Pública, 14*. Recuperado el 20 de Noviembre en <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500019>

## Anexos

### Instrumento de recolección de datos

Objetivo Especifico	Preguntas
Datos Sociodemográficos	Edad  1- Breve descripción del trabajo que realiza en el hospital y el área donde se desempeña
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir las valoraciones, ideas, percepciones de los profesionales de la salud respecto de la vasectomía</li> </ul>	2- ¿Qué es la Vasectomía? (ideas) 3- ¿Cómo se mide la eficacia de un método anticonceptivo? ¿Es la vasectomía un método eficaz? ¿Por qué? (valoraciones) 4- ¿Cómo es la situación con la vasectomía en este hospital? (percepciones)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la información que circula referida a la difusión, asesoramiento y realización de la vasectomía.</li> </ul>	5- ¿Cómo se acercan a solicitar la vasectomía? ¿Los que se acercan conocen el método? ¿Qué insumos se le brindan? (difusión)  6- ¿Existen espacios institucionales de asesoramiento? ¿Cuáles son, donde están que días se llevan adelante? (asesoramiento)  7- ¿Quiénes se pueden realizar una vasectomía? ¿Quiénes no? (realización)

	8- ¿Cuántas vasectomías se realizan en este hospital? ¿Hay datos oficiales? (realización)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir el proceso de referencia contra referencia al momento de solicitar y efectuar una vasectomía</li> </ul>	9 - ¿Dónde se solicita la vasectomía?

### **Ficha de Consentimiento Informado**

**Proyecto de Tesis:** Representaciones sociales de profesionales de salud del Hospital Francisco López Lima vinculadas a la vasectomía. Universidad Nacional del Comahue

### **Objetivos de la Investigación:**

#### Objetivo General

- Analizar las representaciones sociales de los profesionales de la salud vinculados a la vasectomía en el Hospital Francisco López Lima

#### Objetivos específicos

- Describir las evaluaciones, percepciones y concepciones de los profesionales de la salud respecto de la vasectomía
- Identificar la información que circula en el hospital referida a la difusión, asesoramiento y realización de la vasectomía.
- Describir el proceso de referencia contra referencia al momento de solicitar y efectuar una vasectomía

**Investigador** Lucas Urrutia

Estudiante de la Lic. En comunicación social (FADECS - UNCO)

**Técnica de relevamiento:** Entrevista semiestructurada con Consentimiento Informado (informar y solicitar el permiso de los sujetos para ser entrevistados)

Septiembre-Noviembre 2019 Facultad de Ciencias Sociales

**Consentimiento Informado para la realización de entrevistas a profesionales de la salud del Hospital Francisco López Lima**

La información que Ud. brinda es totalmente anónima y confidencial, es decir, su nombre no aparecerá en ningún lugar. No hace falta que de su nombre verdadero. Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no es preciso que lo haga. No hay respuestas correctas o incorrectas. No existe ningún perjuicio para su persona ni para su trabajo la participación de Ud. en esta Investigación.

El propósito de esta entrevista es conocer sus concepciones y opiniones sobre estos temas, no es una prueba ni una evaluación. Los datos recogidos en este estudio podrían llegar a ser publicados conservando la confidencialidad de la fuente.

Se grabará la entrevista para que el análisis, después, resulte más simple. ¿Está de acuerdo con lo leído y con realizar la entrevista?

Si/ No

Firma del entrevistado: \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador: \_\_\_\_\_