

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Las percepciones y prácticas en relación con la salud sexual y reproductiva en el equipo de salud del Hospital Santa Teresita-Cerrillos y las mujeres que viven en la Localidad de Cerrillos, Salta, Argentina

Paula Ulivarri

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, debido a las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene gran impacto en la salud. Para ello propone un enfoque de la salud pública basada en el género, lo cual “implica abordar la influencia de los factores sociales, culturales y biológicos en los resultados sanitarios, para mejorar así la eficiencia, cobertura y equidad de los programas” (OMS, 2011).

En nuestro país, el Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable², como iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación (2009), no refiere únicamente al conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos, sino que tiene como objetivo abordar y pensar las políticas públicas y las acciones vinculadas a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, a partir de la participación de las mujeres en la toma de decisiones; tiene que ver con un problema de desarrollo y de derechos humanos.

En ambos casos se pone en juego la dimensión ontológica en relación con la manera en que se relacionan y ponen en tensión ambas entidades, a

saber: las mujeres que utilizan el servicio y los efectores de un hospital público ubicado en zona rural.

A partir de esto: ¿El Hospital de Cerrillos aborda la salud de la mujer desde esta perspectiva?, ¿Conoce los factores psicosociales y culturales que influyen en la toma de decisiones de la vida cotidiana de la comunidad? ¿Se ponen en juego ambas percepciones en la práctica y acciones sanitarias?

Motivó este proyecto los resultados de las evaluaciones del Hospital Santa Teresita. El Programa de Atención Primaria en Salud (APS) cubre una población de 13.690 habitantes¹. Las mujeres en edad fértil son 4.381, el 19,84% utilizan algún método anticonceptivo. El 36,86% de embarazadas se encuentran en riesgo y 25,15% son menores de 19 años. Las jóvenes que no finalizaron los estudios secundarios, debido fundamentalmente a la maternidad, alcanza al 40%.

A pesar de los esfuerzos del equipo por realizar *charlas* de educación sexual en las escuelas, la oferta de métodos anticonceptivos gratuitos y la existencia de un consultorio de salud sexual y reproductiva (con un funcionamiento discontinuo desde el 2014), no se observaron resultados *satisfactorios*. Esta misma preocupación origina

Paula Ulivarri. Maestra en Salud Pública. Profesora de Psicología Comunitaria. Universidad Católica de Salta, Ministerio de Salud Pública de Salta, Jefe de Atención Primaria en Salud, Hospital Santa Teresita, Cerrillos, Salta, Argentina.
Correo-e: ulisalta@gmail.com

¹ El 57.43% vive en zona urbana, 26.40% en zona periurbana y 16.08% en zona rural. Programa de APS

diversos discursos *entre pasillos* en torno a la maternidad: “la asignación universal por hijo”, “desidia”, “falta de proyectos de vida”. Ahora bien, las acciones sanitarias ¿responden siquiera a estos preconceptos?, ¿Las propuestas se adaptan al contexto?

San José de los Cerrillos, pueblo donde se encuentra el Hospital Santa Teresita, abarca zonas rurales, urbanas y periurbanas, con una economía basada en producción agrícola; la mayoría es empleada en la administración pública, el resto realiza trabajos puntuales y temporales o recibe planes sociales (39%²). Se suman entre septiembre y abril (época de tabaco) las comunidades *golondrinas*, que duplican la población durante 9 meses. En la mayoría de los casos, el hospital es la única puerta de acceso a la salud; debido sobre todo a las dificultades económicas de las familias, aun las que cuentan con obra social eligen la atención gratuita.

Métodos

Interesó a este trabajo un contexto determinado, por lo cual se utilizaron las herramientas metodológicas más adecuadas para conocer, analizar y comprender una realidad compleja, a partir de los discursos y prácticas de las personas implicadas en el proceso. Se optó, entonces, por plantear un diseño acorde al interés de esta investigación siguiendo el modelo y metodología propios de la investigación cualitativa. El hecho de estar orientada hacia la intervención –siempre intervenimos y somos intervenidos- formando parte de la realidad social que investigamos, hace imposible situarse en una relación de exterioridad.

Específicamente, el diseño cualitativo que se seleccionó fue el de la Teoría Fundamentada, en la cual la construcción de la teoría se basa en los datos empíricos que la sustentan siguiendo un procedimiento de análisis deductivo. Sus herramientas metodológicas son el Método Comparativo Constante y el Muestreo Teórico (Vasilachis, 2006³). La primera permitirá orientar el análisis de la saturación de información y su foco de análisis no es tanto la recolección de datos

² Datos aportados por el Programa de APS- Hospital Santa Teresita, AO XXX, Ministerio de Salud Pública.

sino la organización de las ideas que surgen de su análisis. La recolección de datos y su análisis ocurren alternativamente, ya que este último es el que dirige el muestreo de aquellos (muestreo teórico). Consta de cuatro etapas: comparación de incidentes aplicables a cada categoría, integración de las categorías y sus propiedades, delimitación de la teoría y construcción de teoría.

El muestreo teórico se refiere a la modalidad de recogida de datos que generarán la teoría, marca una diferencia entre el muestreo inicial necesario y el resto del proceso de recolección, ya controlado por la teoría emergente. El criterio para finalizar el proceso es la saturación teórica, es decir, cuando no se encuentra información adicional para desarrollar más propiedades de una categoría.

Las herramientas utilizadas fueron el cuaderno de campo, la observación participante, las entrevistas en profundidad y los grupos focales.

Población

Jóvenes mujeres de 15 a 29 años, que viven en la localidad de Cerrillos, con más de dos hijos. Miembros del equipo de salud del AO XXX, Salta. Para determinar la muestra se siguió el concepto de saturación teórica, considerando los criterios de propósito teórico y relevancia.

Resultados

A partir los datos obtenidos con las herramientas propias de la metodología cualitativa, se conformaron dos categorías de análisis:

- 1- Accesibilidad de las acciones sanitarias del equipo de salud en relación con la SSR de jóvenes de la localidad de Cerrillos.
 - 2- La práctica de la maternidad en sectores sociales vulnerables
- 1- Accesibilidad de las acciones sanitarias del equipo de salud en relación con la SSR de jóvenes de la localidad de Cerrillos.

En un sentido estricto, las acciones sanitarias refieren la implementación o aplicación o simplemente el ejercicio de los conocimientos enseñados. Siguiendo la estrategia de APS, esta práctica debe ser universal, integral e integrada, poniendo énfasis en la prevención y la promoción

y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción (OMS⁴, 2005).

Por otro lado, estas prácticas son los espacios de encuentro/desencuentro con el otro (paciente, cliente), el cual será subjetivado u objetivado, donde normativas institucionales, modelos asistenciales, valores culturales, subjetividad e ideologías se configuran y se materializan en el trabajo cotidiano de los servicios de salud.

Autores como Montoya⁵ (2007) apoyan la importancia del vínculo entre el equipo de salud y las personas que consultan sobre su salud, en especial en lo referente a la salud sexual y reproductiva (SSyR). Para ello, resulta útil el concepto de ética del cuidado, como constructo teórico y práctico, a partir de una relación basada fundamentalmente en las emociones y el respeto. Su estrategia de trabajo es el diálogo bioético donde la reciprocidad de conocimientos e información genera empatía y trato humanizado. La ética del cuidado exige una condición básica de idoneidad y competencia técnica, sobre todo en lo que se refiere a la promoción de la salud sexual.

Pocos terrenos en la ciencia médica suelen tener tantas tensiones éticas como los relativos a la salud sexual y reproductiva. En los países de América Latina se encuentran, además, marcadas polarizaciones sociales respecto de temas como el aborto, la anticoncepción de emergencia, los derechos de las personas homosexuales, el uso del condón y las estrategias para la educación sexual, por sólo mencionar algunos (Montoya, 2007: 175).

Para su abordaje se realizaron grupos focales y entrevistas a diferentes miembros del equipo de salud del AO: agentes sanitarios (AS), enfermeros (E), médicos (M) y personal de limpieza y mantenimiento (PM), muchos de los cuales pertenecen a la localidad de Cerrillos.

Se identificaron las siguientes subcategorías:

La CSSR en el AO XXX

Las CSSR requieren un trabajo interdisciplinario e intersectorial además del apoyo institucional para

llevarlo a cabo. En el caso de Cerrillos, se observa que funciona de manera aislada. Los talleres (charlas y clases) se llevan a cabo a demanda de cada institución. Sumado a esto se encuentra el desconocimiento o falta de utilización por parte del equipo de salud de la existencia del consultorio de CSSR.

En general, se observó una posición crítica frente a la SSR de la comunidad, sobre todo de los jóvenes.

No tienen precaución cuando se van a pinchar (hace gestos) con cualquiera y vuelven preñadas... (M1). No, hoy en día la relación sexual no es planificada, y después vienen por la "pastilla del día después". (M1). Acá lo que pasa es que la de 14 años (...) no saben quién es el padre (M1). Las de 14, desde los 12 a los 17 años por un sándwich de milanesa las tienen ahí. La necesidad tiene cara de hereje (M1).

Para que las consejerías sean efectivas es indispensable modificar las estructuras de poder existentes en los sistemas de salud respecto de los varones y mujeres, niñas, niños y adolescentes que acuden a los servicios (Ministerio de Salud de Nación¹, 2010).

(...) los hombres no quieren que se cuiden. Porque piensan que los van a engañar. En la cultura se entiende, "¿para qué te vas a cuidar? Para estar con otro". Además, ellas se preocupan de que el hombre las abandone... (E2).

Las CSSR deben abordar la temática de manera integral, sin centrarse en una parte del cuerpo sino en la totalidad de la persona; su historia de vida, sus necesidades, sus creencias.

Pero eso sí. ¿No? Aquí hay mucha promiscuidad, muchísima. A mi consultorio llegan las embarazadas, y te exigen la fecha exacta (...) y ya cuando empiezan así, ya sabes que lo carneró al marido y no saben quién es el padre (M1).

Se observó una rápida generalización a partir de algunos casos observados en consultorio externo, esto puede deberse sobre todo a la formación universitaria, donde la inducción es un modo de pensar (y de actuar). Por lo tanto, el problema

surge cuando se generaliza y se toma como verdad una situación particular.

Existen prejuicios fuertemente arraigados y naturalizados en la sociedad en general, que provienen de concepciones y representaciones culturales acerca de la sexualidad, sobre todo, de la mujer. Sin embargo, se debe tener en cuenta que se está hablando del personal sanitario, perteneciente a una Institución pública que en muchos casos es la única puerta de entrada a la salud. Además, si bien es cierto que también son parte de la sociedad (condicionados entonces por la cultura, las representaciones sociales y sus propios prejuicios y resistencias) es de esperar que el rol profesional les permita hacer lugar a la persona que consulta, con sus propios saberes y sus condicionamientos. Sin embargo, se observa que al momento de la consulta y atención se basan en sus creencias e ideología personal.

(...) parte de la sociedad, por 500, 600 pesos se dedican a tener hijos... es gente que está viviendo de arriba... Y esa plata ni siquiera la usan para los hijos. Nosotros acá le damos medicamentos, y si alguno no hay y le pedimos que compren, no compran... pero los ves llegar con moto nueva, con zapatillas que parecen barcos... y ves que los chiquitos están todos sucios... (M1). (...) Encima son delincuentes, cualquier cosa y te denuncian (E2).

Las CSSR tienen como punto de partida el trabajo desde una perspectiva de género y de derechos. Tomar una decisión autónoma implica el ejercicio de los derechos por parte de las personas, que debería poder ser acompañada a partir del respeto por las preferencias, y opciones, tomando en cuenta sus condiciones de vida. Aquí cobra importancia el tipo de vínculo que se establece entre el personal sanitario y la comunidad donde trabaja.

Las chicas, hay mucha promiscuidad, antes había más control sobre el cuerpo, o se tiene ganas y se encaman con cuantos quieren (O).

Pudo observarse un perfil dicotómico y socialmente diferenciado; por un lado, la inclusión del varón en la problemática fue escasa y por el otro, la multiparidad como producto de la ignorancia y la pobreza. En este caso, la pobreza es considerada como una cualidad intrínseca de

las personas, no como una condición, lo que implica despojarla de sus condicionantes sociales, económicos, culturales.

Hay mucha violencia de género... El chico no crece en un ambiente saludable, y por transmisión va a hacer lo mismo... Como son los hombres, oso hormiguero mete la trompa en cualquier agujero, así hay, muchas ETS, por ejemplo, desde que yo llegue vi tres casos de sífilis y era porque todos habían estado con la misma mujer... (M1).

Incluir una perspectiva de género implica atender las relaciones que se establecen entre los servicios y las personas en razón a su género, reconociendo y analizando las relaciones de poder inmersas en el abordaje de cada situación.

La cristalización de la reproducción como área "exclusivamente" femenina refuerza la responsabilización de las mujeres en las decisiones reproductivas. Incluso cuando la dimensión relacional de género intrínseca a las cuestiones de planificación familiar es referida como importante, el ejercicio práctico de las acciones resulta contradictorio con la perspectiva que defienden.

La accesibilidad a las Consejerías implica un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. Aquí la escucha activa y la revisión de conceptos propios se convierte en esencial.

Yo creo que Uds. no están haciendo las preguntas correctas. ¿Ustedes saben que la homosexualidad es una enfermedad mental? ¿Que el aborto es un asesinato? ¿Que el parche, el DIU y otros métodos anticonceptivos son un negociado? ¿Que algún estúpido ginecólogo dijo que eran buenos, y por eso los utilizamos? (M1).

Para lograr dicha accesibilidad se requiere no sólo la disponibilidad de los equipos, sino el trabajo interdisciplinario, talleres de sensibilización y articulación (derivaciones, horarios, mensajes y espacios físicos claros).

Sobre la maternidad de las jóvenes cerrillanas

Se señalaron varios ámbitos que en los últimos tiempos habrían sufrido cambios que repercuten negativamente en la SSR de los jóvenes: en el ámbito familiar, por ejemplo, cómo los padres viven la tarea de educar a sus hijos; en la esfera de la vida juvenil, las nuevas formas en que los jóvenes pasan el tiempo libre; en un ámbito social más general, la mayor fuerza e influencia de los medios o la menor percepción de riesgo en relación a las ETS y, a nivel institucional, las políticas preventivas y de educación sexual.

Los miembros del equipo de salud tienen diferentes respuestas, entre las que se encuentran causas individuales (comportamientos, capacidad para medir el riesgo y/o proyectar un futuro diferente, la relación con los padres), causas sociales (condiciones de exclusión, expectativas culturales), causas relacionadas a las políticas públicas (consejerías, estrategias de promoción y prevención).

En la mayoría de las entrevistas se observó una *posición moralista* donde hay un sujeto externo (la comunidad) y un sujeto interno (equipo de salud), desde un discurso hegemónico a través del cual se crean y extienden significados y estereotipos en torno a las personas constituidas en situación de pobreza, representados en sus múltiples rostros. De esta manera se justifica la ejecución de severos procesos de educación y transformación a través de dispositivos como la educación para la salud, el cambio de hábitos, el reto y maltrato en los consultorios y salas de espera.

La medicina se constituyó a lo largo de los años en el discurso que diferencia lo normal de lo anormal, lo sano de lo patológico, lo verdadero de lo falso, lo moral de lo inmoral. En este sentido uno de los prejuicios que más aparece es la “hipersexcualidad”, sobre todo de las mujeres.

Las madres también erotizan a las niñas, tienen 14 años y les ponen polleras cortas, escotes, salen provocativas. Y ya tienen en primer novio y les dicen maridos, y ya el marido tiene derechos sobre esa mujer, para todo. Las madres las van largando, para desligarse de su cuidado (O).

Del mismo modo, aparece en el discurso un ideal de madre difícil de conseguir hasta para ellos mismos. Se observa un traslado de la autoridad técnico-científica hacia aquella de naturaleza moral, desde un *deber ser*.

Los planes sociales y su relación con la SSyR

La moralización de la pobreza aparece no sólo al momento de opinar sobre la sexualidad de la comunidad sino también al profundizar sobre las causas de la multiparidad. En muchos casos ni siquiera fue necesario preguntar sobre los planes sociales; fueron relacionados inmediatamente a las causas antes mencionadas.

(...) la juventud de ahora más hace por los planes sociales, los jóvenes no tienen mucha responsabilidad. (PL2). Cobran más o menos, entre \$600 y \$800 (PL2). Más o menos, \$800 te pagan por la asignación universal (PL1). Si cobran más que nosotros (PL2).

La incorporación de la AUH al grupo de planes sociales habilitó el resurgimiento de un discurso arraigado sobre la pobreza, las comunidades vulnerables y el modo de comportarse ante dichos planes. Este discurso que surge desde una clase media, asalariada, es reproducido –junto con los prejuicios y estigmatizaciones– por la mayoría de los miembros del personal de salud.

Mira, yo te soy sincero, yo detesto los planes sociales, vos te fijas y hay personas que duermen todo el día y van una fecha al mes tranquilos a cobrar, y para la joda, porque no es que es para el hijo. Y uno que labura todo el día, todos los días y madruga para ir al banco tenés que estar esperando, por ellos (E1).

Para los entrevistados los jóvenes tienen una percepción de baja vulnerabilidad al riesgo, son complacientes con las posibles consecuencias y no consideran racionalmente los costos y beneficios de sus decisiones y comportamientos.

Hay otras prioridades: con los planes sociales, tienen Direct TV, celulares, se lo gastan en cerveza, en diversión, en lugar de ocuparse de los chicos como corresponde (E2). Y ellas, en definitiva, hacen los papeles para todos los

planes que pueden cobrar, y terminan ganando más que uno, que labura (M1).

Uno de los riesgos que se presentan cuando trabajamos en comunidades con estas características deviene de una posición de desconocimiento de la incidencia de las coordenadas que toca la pobreza extrema, cuyas condiciones llevan a que las personas se concentren permanentemente en las tareas necesarias para la supervivencia, no quedando margen para las necesidades emocionales con una vivencia del tiempo signada por la “urgencia” y un continuo presente, todo sucede aquí y ahora, debiendo solucionarse de la misma manera.

A diferencia de otras investigaciones, no surge como problemática o preocupación la morbi-mortalidad de las mujeres jóvenes como producto de la multiparidad.

2-La práctica de la maternidad en sectores sociales vulnerables

Para esta segunda categoría se realizaron entrevistas profundas a mujeres multíparas, entre 17 y 28 años, entre 2 y 7 hijos; de zonas urbana, periurbana y rural, a fin de tener en cuenta los determinantes cultural y social en cada caso.

Las entrevistas se dividieron en tres dimensiones. La Institucional (conocimiento del marco legal, los espacios que ofrece el sistema de salud y su circuito). La sociocultural (contexto, condiciones y patrones de vida). La personal-relacional (percepciones, expectativas y modalidades de resolución).

Dimensión Institucional

La mayoría de las mujeres desconoce la Ley de SSR, sus derechos y donde puede consultar; relacionando la SSR con el servicio de ginecología.

En general el nivel de conocimiento de los MAC es bastante bueno, lo cual en un buen porcentaje es gracias a la labor que se realiza en las escuelas; siendo el segundo espacio el grupo de amigas. Aunque resultó notorio el gran temor a los efectos secundarios que podrían producir los anticonceptivos.

Las mujeres no exigen información sobre las diferentes intervenciones a las cuales se encuentran expuestas, con una posición pasiva frente al profesional.

Yo nunca preguntaba nada. Siempre fue así, cuando no se qué hacer, recién voy. Tiene que ser mucho para que vaya. Las primeras consultas son terroríficas.

Como tema recurrente surgió la reacción del personal de salud ante la relación edad/cantidad de hijos:

Me trataron como a un perro. A esa Dra. Y, no la banco, cuando estaba por tener a mi primer bebé me decía “espero que ya estés por parir”, “bueno, mami, apurate porque vos sos la que tiene que parir, no yo. El ginecólogo Z es un cochino, depravado. Me decía que yo tenía muchos chicos porque me encamaba con un hombre y con otro. Una nutricionista me retó, me dijo que ya era la tercera vez, que no llego a los dos años y ya tengo otro. El Dr. Z no respeta a las mujeres: cómo para abrirte no te duele.

Dimensión Sociocultural

Entre los principales factores culturales se encuentran además de los temores a los posibles efectos adversos que el uso de los métodos pueda tener sobre el cuerpo de la mujer, la concepción del deber de la mujer de dar hijos al hombre, la influencia del cónyuge y de la familia sobre sus decisiones.

Y si... fijate, yo tengo siete chicos, siempre te dicen que es mucho, o que no vas a poder, que sos irresponsable... yo cuido a todos mis hijos, no sé por qué opinan. La verdad que no entiendo que está bien, yo tuve el primero a los 20, y ya me decían que estaba grande para ser mamá... y después fui mamá y ya me decían que pare... al final quién sabe (se ríe). Yo tuve a mi primer bebé a los 21 años, buscábamos y no me podía quedar.

Para las mujeres existen consecuencias emocionales y económicas que limitan su desarrollo y madurez psicosocial, disminuyendo sus oportunidades de crecimiento.

Dimensión personal-relacional

El inicio de las relaciones sexuales en promedio es de 15 años, en ese momento desconocían los MAC o confiaban en que el varón “las iba a cuidar”. La mayoría de ellas tienen con un intervalo gestacional de dos o menos años, conviven con sus familias extendidas. Si bien el hombre de la casa es el que aporta el dinero a partir de su trabajo y decide su utilización, las mujeres son las que manejan las AUH: en este caso, la decisión de cómo se gasta este dinero es de la mujer.

En relación con el cuidado de la casa y la crianza de los hijos, se observa un atravesamiento de la cuestión de género.

En realidad, creo que soy indispensable, porque una vez tuvimos una discusión y yo me fui a la casa de mi mamá, y no se aguantó ni cinco horas. Yo decido todo de los chicos, el nunca se metió. Yo soy la que está con los chicos.

Discusión

A continuación de ponen en debate algunos puntos relevantes obtenidos del análisis de los resultados.

1. Cuando inician su actividad sexual, las jóvenes desconocen aspectos cruciales en relación con la sexualidad y su cuidado.
2. A pesar del desconocimiento de los MAC, la asociación con sus efectos perjudiciales cobra más jerarquía.
3. Las jóvenes cerrillanas no consideran al hospital –y su equipo– como posibilidad de acceso a la SSR.
4. La maternidad en jóvenes cerrillanas tiene consecuencias económicas, sociales, culturales, familiares y demográficas que se traducen en una limitación de la mujer en educación y empleo. El proceso de autonomía se encuentra reducido, debido fundamentalmente a la dimensión personal y social.
5. El fortalecimiento ciudadano es poco y débil, no existe un trabajo intersectorial ni interdisciplinario en relación con la SSR.

6. Existe una repitencia de maternidad precoz o familia numerosa, tienden a conformar familias extendidas. Tanto la maternidad como la multiparidad conspiran en contra de su realización personal fuera del ámbito doméstico, disminuyendo sus expectativas y reduciéndolas a ver a sus hijos felices.
7. La formación del equipo de salud pone el acento en lo biológico, dejando de lado el abordaje interdisciplinario y multicausal. Existe desigualdad de género y violación de los derechos sexuales y reproductivos, a la vida, a la libertad, a la salud en los servicios de salud locales.
8. Las representaciones sociales y las actitudes del equipo de salud afectan las percepciones de las mujeres, convirtiéndose en determinantes ante la posibilidad de garantizar el acceso a las prácticas de SSR.

La formación permanente y continua del personal en aspectos psicosociales y culturales y la posibilidad de constituir un espacio privado y confidencial son cruciales a considerar en el abordaje de las políticas locales en SSR. Esta formación, a partir de un aprendizaje situado, implica un ajuste entre el modelo profesional ideal (que se enseña en las universidades), con el modelo real (que se forma en actividad), el modelo demandado por los servicios de salud y el modelo que necesita la comunidad local.

El contexto ideológico local e institucional tiene efectos en la implementación de las políticas y opera limitando o posibilitando las prácticas. Por eso es imprescindible abordar el prejuicio, las actitudes, la información del equipo de salud. En este sentido, pensar las prácticas, interpelar las acciones sanitarias, poner en tensión la subjetividad, incluir la participación comunitarias son opciones que la medicina social presenta como alternativa a la medicina liberal y biologicista.

Finalmente, tener en cuenta que todas las personas se hallan frente a un complejo de posibilidades (y no todas se realizan necesariamente); por lo cual, toda reflexión no puede realizarse en abstracto,

aislando al ser humano del entorno que le es propio y eliminando las relaciones que establece con las cosas, las personas y consigo mismo (conocimiento situado).

Agradecimientos

A Luz María Vallejo, Daniela Belen Torres y Andrea Jimena Andrade.

A todas las mujeres que accedieron a las entrevistas y nos abrieron sus casas y corazones. A todo el equipo de salud del Hospital Santa Teresita, AO N° XXX- Salta.

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Riesgos para la salud de los jóvenes. Ginebra; 2011. ND N°345. Disponible en <http://www.who.int>
- 2 Ministerio de Salud Pública de la Nación. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil de la mujer y adolescentes. Argentina; 2009. Disponible en <http://www.msal.gob.ar>
- 3 Vasilachis de G, I. Estrategias de investigación cualitativa. Buenos Aires: GEDISA; 2006
- 4 Organización Mundial de la Salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra: Autor; 2005
- 5 Montoya Montoya, G. La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. Chile, 2007. *Acta bioethica*, 13 (2): 168-175.

Recibido: 4 de noviembre de 2017.

Aceptado: 7 de junio de 2018.

Conflicto de intereses: ninguno.

