

# “En la sala de espera: una metodología disruptiva en el trabajo en derechos sexuales y reproductivos”

Valeria Grabino, Serrana Mesa, Susana Rostagnol, Mariana Viera Cherro<sup>22</sup>

## I. Introducción

En el presente artículo nos proponemos reflexionar en torno a algunos ejes emergentes de lo que ha sido la experiencia de aplicación de una metodología que consideramos novedosa<sup>23</sup>. Si bien el proyecto aún está en curso, la experiencia en los meses transcurridos permite una reflexión acerca de la puesta en marcha de esta metodología.

Se trata de problematizar su aplicación –de carácter abierto– en el campo, así como de reflexionar sobre la proyección del dispositivo hacia otras áreas geográficas y de conocimiento.

## II. Presentación del proyecto

El proyecto “Construyendo ciudadanía en la sala de espera: Talleres con mujeres que esperan la consulta ginecológica”<sup>24</sup> busca generar espacios de intercambio con la población femenina adolescente y adulta de diversas localidades de Cerro Largo, respecto a temas vinculados a salud y derechos, fundamentalmente a la salud sexual y reproductiva, así como a la violencia.

La estrategia de intervención consiste en la realización de ‘talleres’ con las mujeres que se encuentran en la ‘sala de espera’, en tanto espacio privilegiado de socialización de los grupos femeninos caracterizados por intercambios de informaciones. El propio espacio habilita la puesta en común de tales temáticas, evitando al mismo tiempo la inasistencia de las mujeres a una convocatoria específica. Previamente se realizaron encuentros e instancias de discusión con referentes de cada localidad vinculados/as a los diversos centros asistenciales a fin de que la estrategia de trabajo pudiera hacerse sostenible en el largo plazo. Lo que se intenta con la implementación de este trabajo es facilitar un espacio de intercambio, donde puedan “dialogar” los diversos conocimientos involucrados: el de cada mujer- el de las usuarias- el del personal del centro de salud, el nuestro.

El proyecto persigue, como objetivo general, avanzar en la situación de equidad de

<sup>22</sup> *Equipo Género, Cuerpo y Sexualidad, Instituto de Ciencias Antropológicas-Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UDELAR*

<sup>23</sup> *En el Hospital Argerich de Buenos Aires, Argentina, se realizan ‘talleres’ de manera sistemática en la sala de espera con los adolescentes desde hace ya varios años.*

<sup>24</sup> *Proyecto financiado por CSEAM- UDELAR periodo 2007-2008. Susana Rostagnol (Coordinadora); Mariana Viera; Valeria Grabino; Serrana Mesa. Equipo Género, Cuerpo, Sexualidad, Instituto de Ciencias Antropológicas, Depto. De Antropología Social, FHCE- UDELAR.*

género en el departamento de Cerro Largo a partir del agenciamiento / empoderamiento de las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva, y sus derechos sexuales y reproductivos.

## II. Contexto de intervención: caracterización de las localidades seleccionadas

Cerro Largo es uno de los departamentos de la frontera seca que limita Uruguay y Brasil. Tiene una situación de desventaja respecto a otros departamentos, de acuerdo al índice de desarrollo humano<sup>25</sup> (PNUD, 2005). El informe sobre la “Situación de (In) Equidad en el Departamento de Cerro Largo” también da cuenta de una situación de desventaja para las mujeres. Es un departamento donde la cultura rural tiene una fuerte presencia. La población urbana se concentra en Melo y Rio Branco, habiendo algunos centros poblados de menor entidad (Fraile Muerto, Aceguá), mientras que la rural se desparrama en algunos pequeños centros y caseríos.

En este proyecto se definieron policlínicas de algunos centros urbanos y un número mayor de policlínicas rurales. Las ciudades, poblados y parajes considerados fueron: Melo, Aceguá, Fraile Muerto, Isidoro Noblía, Arbolito, Centurión, Cañas, Cerro de las Cuentas, Tres Islas, Arévalo y Quebracho. Aún no hemos podido trabajar en las policlínicas de Aceguá, Noblía y Arévalo (en éste último caso porque hace varios meses que no concurre médico/a). De modo que la información que sigue, proviene de tres policlínicas urbanas (Melo y Fraile Muerto) y de seis rurales, algunas de ellas bastante aisladas. La mayoría tiene la visita del/a médico/a mensualmente, de modo que esto se convierte en un acontecimiento social que convoca a concurrir, no sólo a quienes desean atender su salud, sino a otros/as miembros/as de la comunidad.

## III. Perspectiva teórica-conceptual

El proyecto se basa en un triple eje conceptual para sustentar la intervención: la ‘extensión crítica’; la perspectiva de género; y de los derechos humanos.

Respecto a la ‘extensión crítica’, compartimos la “necesidad de generar procesos de extensión, enmarcados en lo que entendemos como extensión crítica, cuyo rol fundamental es el de estimular el surgimiento de individuos/as capaces de reconocer sus posiciones en la sociedad, y capaces al mismo tiempo de creer que son necesarias transformaciones sociales importantes” (Tommasino et al, 2006: 289)<sup>26</sup>. Se trata de una práctica que se aleja de los supuestos donde el técnico o capacitador, extensio-

<sup>25</sup> El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida sintética de los logros de una sociedad en términos de desarrollo humano. En la dimensión salud lo que se evalúa es la esperanza de vida al nacer: promedio de años que vivirá un recién nacido en un determinado momento, sometido a los riesgos en que nace y vive la población real a la cual el niño pertenece; los riesgos reales están representados por las tasas de mortalidad por edad y sexo de la población en estudio. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) es quien lo elabora anualmente. El índice se basa en la propuesta desarrollada por Amartya Sen.

<sup>26</sup> La itálica es nuestra.

nista en definitiva, va a brindar conocimientos; sino que se propone una extensión al servicio de la construcción de ciudadanía por parte de todos/as los/as individuos/as, consistiendo la ciudadanía en el “derecho a tener derechos” (Arendt, 1974).

En relación a la perspectiva de género, consideramos que el género es una construcción cultural, colectiva e histórica; constituye tanto un atributo personal como un ordenador de la sociedad (Rostagnol, 2001: 78-81); está conformado por roles, prácticas, ideas y discursos que definen lo masculino y lo femenino. Como atributo personal, involucra sentimientos, actitudes, representaciones subjetivas y autorrepresentación del sujeto sobre sí mismo y el/la otro/a (De Barbieri, 2000). “El género es tanto una construcción social como un sistema de representaciones basado en una relación de poder” (Rostagnol, 2008). Las relaciones asimétricas resultantes colocan a las mujeres en situación de desventaja respecto a los hombres, tanto en relación a la producción, acceso, uso y control de bienes materiales y simbólicos, como en la toma de decisiones. El lugar subordinado de las mujeres con frecuencia está naturalizado, con lo cual no sólo se pierde toda posibilidad de problematizarlo, sino que también hace que muchas mujeres se visualicen como naturalmente incapaces, dependientes de un compañero para tomar decisiones que, en muchos casos, las involucran corporal y/o subjetivamente. Contrariamente, la equidad de género supone una distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres más justa.

En relación a los derechos humanos, partimos de la base que “son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí” de acuerdo a la Conferencia de Viena<sup>27</sup>. De modo que los derechos relativos a la sexualidad y a la reproducción son parte de los derechos humanos y no pueden pensarse independientemente de otros. También observamos, siguiendo a Giulia Tamayo (2002:18-22) que los derechos humanos son procesos sociales, normativos e institucionales. Esto elude cualquier visión cristalizada; por el contrario hace necesario “corporeizar los hechos y las construcciones sociales” (Tamayo, 2002:18). El ejercicio de los derechos humanos exige la existencia de condiciones habilitantes, lo cual da lugar a la tensión que deviene “entre quienes tienen el poder de brindar esas condiciones y reconocer el estatus de sujeto moral, y quienes muchas veces no logran ni siquiera visualizarlas por la relación de subordinación en que se encuentran, y menos aún exigir las” (Rostagnol y Viera, 2006:303). Finalmente, entendemos por derechos sexuales y reproductivos la capacidad de los seres humanos para decidir sobre sus prácticas sexuales y reproductivas de manera libre e informada, y para exigir a los estados las mayores garantías para la materialización de tales decisiones. Los derechos humanos se ejercen, por lo cual forman parte de las prácticas cotidianas y experiencias vitales de las personas.

Articulamos estos conceptos centrales a través de la noción de vida cotidiana, siguiendo a Agnes Heller (1970), en el entendido que son las acciones cotidianas, a pesar de pasar frecuentemente desapercibidas, las que posibilitan los cambios en la macrohistoria. Es en el terreno de la vida cotidiana y a la luz de nuestro triple eje conceptual que elaboramos el dispositivo de abordaje e intervención. Entre las reflexiones que nos proponemos está el revisar las expectativas delineadas en relación a la experiencia concreta de trabajo, en la puesta en marcha de tal dispositivo.

#### IV. Dispositivo de abordaje e intervención

El dispositivo de abordaje e intervención debía contemplar nuestro triple eje conceptual, articulándolos sinérgicamente. Esta no es una tarea compleja ya que “hablar de extensión desde una perspectiva crítica, implica construir conocimiento de forma que se constituya en una herramienta emancipatoria.” (González y Grabino, 2006: 140). La perspectiva de género, especialmente aquella que deviene de algunas teóricas feministas proponen una práctica que permita avanzar hacia la autonomía de las mujeres en relaciones más equitativas que pongan fin a la subordinación femenina. Finalmente, en el terreno de los derechos humanos, cada vez más se enfatiza la necesidad de contextualizarlos como prácticas concretas, junto a la exigencia que todo individuo ejerza la titularidad de los derechos, para lo cual necesariamente debe darse un proceso emancipatorio.

Al privilegiar una intervención que partiera del abordaje de la vida cotidiana en consonancia con nuestros presupuestos conceptuales, nos propusimos irrumpir, intervenir en un espacio de mujeres al que acudían por un motivo que podría denominarse rutinario (ir al ginecólogo). El ‘proyecto’ irrumpe en la sala de espera y la convierte en otra cosa. La opción de trabajar en la sala de espera resultó de varias consideraciones. En primer lugar porque permite aprovechar un supuesto tiempo muerto, sin exigirle a las mujeres sumar otra actividad (ir a un taller) a sus múltiples tareas y a las posibles dificultades de participación por parte de algunas. En otro orden, irrumpir en la sala de espera nos permite llegar a todas las mujeres que están allí y no sólo a aquellas que pudieran estar interesadas en la temática de los talleres. Finalmente, coloca la discusión de determinados temas en su cotidianidad (siendo un espacio al que concurren habitualmente), en la interacción con los/as otros/as actores/as sociales (personal de salud). Sin embargo, quizás lo más interesante de utilizar el espacio de la sala de espera para realizar los “talleres” es la ruptura: el quiebre con un espacio que usualmente sufre un proceso de ‘sacralización’ como consecuencia de la asimetría y la distancia simbólica entre quienes van a atenderse y quien dispensa esa atención: el/la médico/a, la dependencia del saber del médico del cual puede depender el bienestar y la salud y hasta la vida de la mujer.

En suma, lo que nos propusimos fue lograr un espacio y/o momento de ruptura con el desarrollo cotidiano de un día de consulta ginecológica o médica, una interrupción en el devenir cotidiano de las mujeres. De acuerdo a Garfinkel (2006) las rutinas de la vida cotidiana se basan en cierta confianza en que todo continuará sucediendo de la manera que lo ha hecho en el pasado, cuando acontece algo que modifica las expectativas se produce una ‘brecha’ o ‘ruptura’. Nuestra propuesta se inspira en lo que Garfinkel denomina “breaching” o brecha, y que consiste en la perturbación de rutinas (Coulon, 1988: 86). A partir de esta metodología de “ruptura” se logra que las personas tomen conciencia de elementos de la vida cotidiana que no son advertidos, de los supuestos subyacentes que guían las acciones, de los significados compartidos. Esto permite ver que aquello determinado por el sentido común y la costumbre no es inmutable, sino una construcción social, que se crea y recrea en cada interacción.

Algunas de las “herramientas” de trabajo propuestas fueron:

- Propiciar el intercambio a partir del relato de experiencias propiamente femeninas, como el embarazo, el parto, la primera menstruación, pudiendo abordar, otras experiencias como la primera relación sexual o experiencias de aborto o violencia sexual.

- Enfatizar en los tópicos que se observen como más demandados por las presentes, y teniendo en cuenta las problemáticas de mayor incidencia en la población con la que se está interactuando, según el relevamiento antes realizado.
- Plantear un problema hipotético en relación a la sus cuerpos, la salud/enfermedad, su bienestar y discutir sobre posibles respuestas al problema, intentando llegar a un consenso sobre su resolución.
- Plantear un asunto hipotético sobre el que se solicita una toma de posición individual y grupal. Reflexionar acerca de por qué se eligió determinada respuesta, entre otras.
- Desarrollar dinámicas grupales tales como juegos de “calentamiento”; juego de roles discusiones en pequeños grupos, entre otras.

Más que talleres estructurados debemos hablar de encuentros a los que llegamos con una “caja de herramientas” que incluyó dinámicas varias y una lista de tópicos en torno a salud sexual y reproductiva y a los derechos, que adecuamos a cada caso. También nos adecuamos al grado de comprensión y participación que habilita la población destinataria, a sus características etarias, así como a los factores externos: el espacio físico de la sala de espera; permanencia en el lugar, entradas y salidas, cantidad de personas presentes y presencia de “otros”, como hombres y niños.

Es claro que nuestra estrategia de intervención es de carácter “abierto” y por tanto, supone por parte de quienes la lleven a cabo una actitud de constante “alerta” sobre el grupo, adecuando las propuestas y reformulándolas in situ.

## Las intervenciones: los ‘talleres’

Como ya se mencionó se trata de un proyecto en curso. Al momento de elaborar este artículo se han realizado actividades en nueve policlínicas, tres urbanas (tanto de Melo como del interior urbano) y las restantes rurales. También se llevaron a cabo distintas instancias con los referentes locales y el personal de salud de los centros involucrados en el proyecto, incluyendo un grupo de discusión, así como visitas a las policlínicas. En esta oportunidad discutiremos exclusivamente la experiencia de los ‘talleres’ desarrollados en las mismas.

A fin de posibilitar un análisis de los aspectos metodológicos, se ordenó la información correspondiente a cada uno de los talleres de acuerdo a algunos ejes. Este análisis debería complementarse con otro que pusiera el énfasis en los casos, a fin de mantener la riqueza de los encuentros.

## La ruptura 'espacial'

### I. Elección de un espacio definido para otro fin

Siendo éste uno de los sustentos del dispositivo de abordaje, es fundamental interrogarse sobre qué consecuencias tuvo en el desarrollo de las interacciones.

En siete 'salas de espera' las mujeres fueron sorprendidas por nuestra presencia. En la mayoría de los casos, tanto policlínicas urbanas como rurales, las mujeres se involucraron, a veces muy vivamente, otras con altibajos, algunas mucho y otras poco. En algunos 'talleres' expusieron sus vivencias mientras que en otros participaron desde una 'racionalidad' que dejaba fuera las propias subjetividades. En todos estos casos el factor sorpresa, es decir la ruptura de su cotidianidad, parece haber jugado a favor del éxito de la propuesta.

La sorpresa no se dio en dos de las policlínicas rurales, donde las promotoras habían informado a las mujeres sobre nuestra visita. En un caso esto no alteró el desarrollo del taller, en el otro tuvo una consecuencia negativa, ya que se generó una expectativa entre las mujeres -basada probablemente en experiencias previas de talleres-, que la instancia propuesta no logró colmar, pretendían una metodología más tradicional basada en la transmisión de información y conocimientos, que no les exigiera participar y expresarse.

## La ruptura jerárquica

### I. La palabra es de todas

Quienes conformamos el equipo de este proyecto reunimos una serie de características que generan distancias simbólicas con las usuarias, en muchos casos similares a las que se tienen con los médicos/as: universitarias, poseedoras de un saber que nos otorga poder. Una primera ruptura, por tanto, supone lograr que las mujeres entablen una relación horizontal, lo cual no siempre es sencillo para mujeres que han naturalizado su subordinación. Prueba de ello fue la experiencia en una policlínica, donde sólo pudo transmitirse información, tal vez incluso demasiada. Se trató de un caso particular de atención a adolescentes, por lo que pensamos que la variable edad es significativa. En las restantes policlínicas la población se caracterizó por la diversidad de edades, siendo las más jóvenes quienes con frecuencia se involucran en menor grado. También vale consignar otra policlínica donde la horizontalidad en el diálogo se generó desde el primer momento.

En el corto lapso de tiempo en que se desarrolla el taller, se enfatizó particularmente en escuchar e intercambiar informaciones con las mujeres. En varias ocasiones los temas iban siendo propuestos por las mismas mujeres, quienes a su vez se cuestionaban e interpeaban entre ellas, al tiempo que nos hacían preguntas y contaban sus vivencias. Con esto pretendemos generar un cambio en su visión sobre sus posibilidades y potencialidades para relacionarse con los distintos agentes de salud, que les permita demandar información y plantear sus dudas y necesidades desde otro lugar. El taller está diseñado para ello. La metodología elegida se aleja de una capacitación, es decir de la difusión de recetas o información, de forma unidireccional, sino que pretende, y lo ha ido logrando en los términos que corresponden a una experiencia aún no concluida: generar nuevos conocimientos en cada instancia, y que las mujeres revaloricen su

voz, lo que ellas tienen para decir es importante, sus conocimientos (conocimientos subalternos al decir de Foucault) son importantes y merecen ser tomados en cuenta.

## 2. La risa también es de todas

El humor constituyó un puente fundamental entre las talleristas y las mujeres; fue una herramienta utilizada en casi todos los talleres. Habilitó el tratamiento de varios temas tabú según las localidades<sup>28</sup> y permitió descomprimir algunas situaciones. En una policlínica rural el humor fue la puerta de acceso, fundamentalmente a temas relacionados a la sexualidad, cuando el grupo se presentó dispuesto a entrar en este registro; así el ingreso del humor fue también propuesto desde las propias mujeres. En una policlínica rural las usuarias, al poner nosotras en entredicho la obvedad de la pareja heterosexual, comentaron “esa moda no llegó todavía acá”; de ahí en más muchos de los temas que se proponían (violencia, infidelidad, entre otros) pasaban a señalarse como “una moda que sí llegó” o “una moda que no llegó”. El involucramiento a través de a humor permitió en muchos casos tratar temas complicados.

## 3. Ruptura del espacio ‘sacralizado’

La relación jerárquica que caracteriza la relación efector de salud-usuaria, no parece ser observada como tal por la mayoría de las mujeres participantes de los talleres, al menos no se la verbaliza. Esto nos obligó a utilizar creativamente nuestra ‘caja de herramientas’ a fin de profundizar en las prácticas correspondientes al ejercicio de derechos, específicamente aquellos que involucran la salud y la reproducción.

En una de las policlínicas urbanas, el tema del ejercicio del poder por parte del personal de salud fue ampliamente tratado y manejado por las mujeres, logrando un amplio consenso al respecto. Las quejas fueron varias y aparecían con una profundidad generacional, ya que muchas de las presentes, todas adolescentes, aludían a relatos que les habían hecho, tantos sus madres o tías, como amigas de la misma edad.

Reflexionando sobre el intercambio que se suscitó llama la atención la identificación de las parteras en tanto mujeres, a las cuales dirigir todas estas quejas, incluso insultándolas abiertamente (por ejemplo llamándolas “yegua”), pero la ausencia de reclamos en relación al médico, identificado siempre como hombre. Según lo que las mujeres expresaban, las parteras debían ser más comprensivas con la mujer que está atravesando un parto -en este caso las mujeres que estaban en la policlínica iban justamente a controlar su embarazo- porque como mujeres podían comprender mejor el estar en tal situación. Las usuarias aludieron a la falta de respeto hacia los saberes de las mujeres sobre cómo actuar durante el parto y a la generación, por parte de la institución -a la que se adjetivó de “monstruo”-, de una dependencia que luego es reclamada a la mujer en este momento de gran vulnerabilidad.

En relación al cuerpo, es interesante observar que las mujeres lo consideran desde un lugar asociado a la dignidad y la limpieza, y dependiente de la mirada del otro. Así en instancias tan personales como el parto, se vuelve más importante no quedar en ridículo frente al personal de salud, que dar rienda suelta a la experiencia corporal vivida. La ruptura de la distancia, es decir la posibilidad de articular una relación sobre una base equitativa, también pudo trabajarse a partir de enunciados de las mujeres. A

<sup>28</sup> Algunos temas eran tratados abiertamente en una sala de espera, mientras que en otra las mujeres tenían reparos y dificultades para tratarlos, a esto nos referimos como temas tabú de acuerdo a las localidades.

modo de ejemplo, en una policlínica rural las participantes afirmaron que no siempre se tiene que hacer lo que el médico dictamina, porque uno muchas veces conoce mejor su cuerpo que el efector de salud.

Asimismo algunas dinámicas generaron procesos de acercamiento que no estaban previstos, o por lo menos no se pensaban tan productivos como demostraron ser luego. Durante el taller mostramos distintos MAC (DIU, condón masculino, condón femenino, ACO, AE) y también dejamos un folleto con información sobre los derechos de las mujeres, realizado especialmente para el proyecto. En varias oportunidades al mostrar el condón femenino, las médicas, enfermeras o promotoras se acercaban a verlo porque no lo conocían y manifestaban este desconocimiento abiertamente. Esto generó una igualación en un no-saber que consideramos aminoró distancias. Con frecuencia este momento estuvo también teñido por el humor.

En otras oportunidades el diálogo mantenido con las médicas al compartir el trayecto de ida y regreso de la policlínica rural nos dio la pauta que a partir de nuestra intervención, habían podido tener una visión diferente de sus usuarias, lo cual también modificaba la distancia desde ellas.

Finalmente, en algunas de las policlínicas rurales, donde existe un trabajo de larga data de parte de la médica con la población local, que pasa también por intentar empoderar a la “figura intermediaria” -la promotora de salud-, fue posible ver, a través de las respuestas de las/os usuarias/os, cómo la pretensión de horizontalidad ya estaba dada de antemano.

## Sala de espera como espacio propio<sup>29</sup>

### I. Presencia de otros

Si bien habíamos definido realizar los talleres en instancias donde hubiese sólo mujeres, lo que estaba vinculado a concebirlo como un espacio de bajo riesgo, sabíamos previamente a las intervenciones que en algunos casos esto iba a ser imposible, ya que las mujeres van acompañadas por sus hijos pequeños y en algunas policlínicas rurales es frecuente que también haya algunos hombres, ya que la ‘visita’ del médico es un acontecimiento que sucede una vez al mes.

Para el caso de los niños, se logró que no interfirieran en la participación de sus madres en la instancia de intercambio con nosotras a través de proponerles una actividad plástica. Así, mientras duró el taller, las mujeres no se preocuparon tanto por su rol de “cuidadoras”.<sup>30</sup>

Respecto a la presencia de hombres, en la mayoría de los casos fue capitalizada positivamente. Se los incitó a participar y en muchos casos sus opiniones fueron utilizadas como disparadores para la discusión. Asimismo el hecho de discutir temas considerados “propiamente femeninos” entre varones y mujeres (muchas veces estaban las

<sup>29</sup> *Utópicamente pensado como un primer paso hacia el cuarto propio de Virginia Wolf*

<sup>30</sup> *Esta decisión metodológica para el trabajo con los niños/as presentó una contradicción. En las policlínicas rurales sobre todo, la propuesta plástica fue recibida de forma entusiasta por los/as niños/as, dándonos indicios que son actividades poco frecuentes (más aún en el espacio de la policlínica). Sin embargo, en una de las policlínicas, fuimos advertidos por la doctora en que no era la actividad más apropiada ya que los/as niños/as iban a la consulta con la mejor ropa que tenían y los marcadores que les dábamos para dibujar los usaban ex profeso o sin quererlo, para ensuciársela. Era algo que no habíamos considerado.*

parejas) fue un proceso muy interesante, por ejemplo, en relación a los métodos anticonceptivos. Por lo general se supone que entre mujeres puede darse una mayor confianza, sobre todo para ingresar en algunos temas, y porque muchas veces las mujeres, en presencia de los hombres, inhiben su participación, se auto-censuran. Poner en práctica estas instancias de forma mixta permitió avanzar hacia diálogos en equidad.

## Herramientas utilizadas

Las dinámicas y materiales utilizados para interactuar con las mujeres, buscaron no colocarlas en lugares problemáticos o de subordinación respecto a las talleristas. Se intentó al principio del taller que pudieran expresar sus opiniones sin necesidad de tener que articular un discurso, leer o escribir, ya que el analfabetismo es una realidad presente en algunos contextos donde trabajamos. Como ejemplo se utilizó una dinámica que consistió en que una de las talleristas leía una frase (tomada del sentido común) y las personas expresaban su acuerdo o desacuerdo a través de mostrar una tarjeta verde o roja respectivamente. El recurso de las tarjetas, funcionó como una propuesta de “bajo riesgo” al permitir a todos/as los/as presentes en la sala participar, sin la necesidad de expresar verbalmente su opinión, lo que genera mayor resistencia. El debate posterior se efectúa así, más gradualmente desde el punto de vista del involucramiento de los/as participantes. En algunos casos, luego de mostrar sus posiciones se generaba un debate al respecto y de allí se derivaba a otros temas no previstos. En otros casos la dinámica se desarrolló en un lapso más breve, ya que no se generaron desacuerdos o debates.

Partir de experiencias propiamente femeninas como el embarazo permite entrar en un mismo registro discursivo. En algún caso específico, como la atención a mujeres embarazadas jóvenes en una policlínica urbana, este era el tópico por excelencia. En esa oportunidad se aplicó una dinámica referida al embarazo, que permitió a las mujeres comentar sus vivencias, y diversos aspectos de la situación vital que estaban atravesando. Concomitantemente aparecieron temas vinculados, como la atención en el parto, cuya discusión permitió ingresar a la temática de los derechos de la parturienta. En las sucesivas instancias de talleres, la flexibilidad respecto a las distintas técnicas a utilizar (la ‘caja de herramientas’) unida a la mirada alerta de las talleristas, permitió ahondar en aquellas temáticas que concitaban mayor interés entre las participantes respetando sus puntos de vista. La perspectiva antropológica fue decisiva en este proceso. Permitted aproximarnos a las personas desde una actitud abierta, reflexiva en cuanto a evitar los sesgos sociocéntricos<sup>31</sup>, buscando los sentidos emic<sup>32</sup> de las situaciones que nos eran relatadas. Esto permitió trabajar un amplio abanico de temas, sin estigmatizaciones, buscando siempre los nudos que más preocupaban al colectivo para discutirlos y problematizarlos procurando encontrar posibilidades emancipatorias.

<sup>31</sup> El sociocentrismo puede definirse como la tendencia a identificar nuestra perspectiva particular del mundo social (producto de una construcción socio-histórica-cultural) a modo de perspectiva universal.

<sup>32</sup> Emic refiere al significado de pautas culturales para un determinado grupo, tanto en aspectos valorativos como cognitivos.

## Los primeros pasos hacia la autonomía

La apertura al diálogo entre personas que por lo menos en el medio rural, se conocen y tratan habitualmente pero pocas veces ingresan en determinadas temáticas, permitió que ciertas preocupaciones se pusieran en común y pudieran pensarse quizás formas de abordarlas a futuro. Más allá del planteo de dudas y necesidades de la población hacia nosotras para poder tematizarlas, problematizarlas y discutir las, la misma población se adueña de esos temas y realmente nosotras pasamos a jugar el rol más deseable en estos casos: moderadoras de un intercambio que debía de pasar por las personas presentes y que debía conducir a uno de los objetivos planteados: generar un ámbito real de encuentro entre vecinos/as, con sus propias problemáticas. A modo de ejemplo, en una policlínica rural, una de las mujeres presentes afirmó que una mujer que abandona a su hijo merece ser golpeada. El resto de las/os participantes estuvieron en desacuerdo y le respondieron respetuosamente que en realidad lo que esa mujer necesitaba no era una paliza sino que la entendieran. Lo interesante en este caso radica en que la problematización se dio entre los/as vecinos/as desde dentro, sin la necesidad de nuestra intervención.

## V Algunas reflexiones para seguir trabajando

En este artículo intentamos transmitir el modo en que se viene aplicando una metodología de intervención novedosa en nuestro país, para el trabajo en derechos sexuales y reproductivos, dando cuenta de algunos resultados del proyecto que se encuentra en curso.

La experiencia de trabajo nos muestra que intervenir desde el ámbito de la sala de espera presenta un importante potencial a los fines de la extensión, entendida desde una perspectiva crítica ya que en términos generales, nos ha permitido alcanzar los objetivos propuestos en el proyecto.

Al mismo tiempo -creemos que este punto es central- la metodología elegida quiebra con representaciones y prácticas internalizadas, en particular en el ámbito de la salud: una actitud activa de los/as efectores de salud (que detentan el saber) frente a una actitud pasiva de los/as usuarios/as (que requieren ese saber). Esta tradicional relación de dependencia y poder, es puesta en suspenso -por lo menos durante el taller- en el propio ámbito médico: usuarias y usuarios discuten sobre lo que consideran son sus problemáticas en torno a salud; esbozan posibles resoluciones; dialogan y discuten sobre diferentes temáticas; evidencian las carencias y potencialidades de los servicios de salud; dan cuenta de las barreras objetivas y subjetivas vinculadas a la atención en salud y a la calidad de vida. Por sobre todas las cosas, y quizás en este aspecto la metodología sea realmente disruptiva, se refieren al/la médico/a que en ese momento se encuentra dentro del consultorio y con quien luego se atenderán, que al mismo tiempo, escucha del otro lado de la puerta. En algunos casos, dialoga con ellas/as, en otros casos, indaga con nosotras, las representaciones de las/os usuarias/os sobre su desempeño.

Por último, debemos destacar que esta metodología permite intervenir desde la perspectiva crítica de la extensión en el sentido del rol y posición que ocupamos nosotras,

universitarias en el campo. El hecho que la metodología sea abierta y aplicada particularmente, genera en nosotras al comienzo de cada taller sensación de incertidumbre frente a lo que va a suceder. El momento de la presentación es siempre diferente y el éxito del taller depende principalmente de la empatía que logremos. Esta incertidumbre aminora distancias entre las universitarias y la población local, ya que nuestro saber está puesto constantemente a prueba y quienes lo evalúan en última instancia son las usuarias y usuarios.

## VI Bibliografía

- Arendt, Hanna (1974) *Los orígenes del totalitarismo*, Madrid, Taurus,
- Coulon, Alain (1988) *La etnometodología*, Cátedra, Madrid
- De Barbieri, Teresita (2000). *Certezas y malos entendidos sobre la categoría género*. En: Rostagnol, Susana y Sapriza, Graciela (selección de textos). *Lo público y lo privado desde los estudios de género*. Publicaciones Universitarias
- González, M. Noel y Grabino, Valeria, (2006). “Género y extensión rural: vaivenes de una relación”. En: Humberto Tommasino y Pedro de Hegedüs, (editores) *Extensión: reflexiones para la intervención en el medio urbano y rural*, Facultad de Agronomía, UDELAR, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Agronomía, Montevideo
- Heller, Agnes (1970) *Historia y vida cotidiana*. Ed. Grijalbo, España
- Garfinkel, Harold (2006) *Estudios de etnometodología*. Ed. Anthropos, Madrid.
- PNUD (2005) *Índice de Desarrollo Humano*, Montevideo. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
- Rostagnol, Susana (2001) “Cuerpo y género. El género en la construcción de cuerpo sexuado”. En: A.M. Araujo, L. Behares, G. Sapriza (org.) *Género y sexualidad*. Centro de Estudios Interdisciplinarios del Uruguay/Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UDELAR, Montevideo, pp. 78- 87
- Rostagnol, Susana (2008) *Aportes a la construcción del género desde el Sur del continente*”, Encuentros (CEIL/CEIU, Facultad de Humanidades y Ciencias), junio 2008.
- Rostagnol, Susana, Viera, Mariana (2006) “Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay”, En: Susana Checa (comp.) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Paidós, Buenos Aires pp. 299-316.
- Tamayo, Giulia (2001) *Bajo la piel*, Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”, Lima.
- Tommasino, H; et alter (2006). “o”. En: Humberto Tommasino y Pedro de Hegedüs, (editores) *Extensión: reflexiones para la intervención en el medio urbano y rural*, Facultad de Agronomía, UDELAR, Departamento de Publicaciones de la Facultad de Agronomía, Montevideo