

**Estudios sobre sexualidades
en América Latina**

Kathya Araujo y Mercedes Prieto, editoras

Estudios sobre sexualidades en América Latina



FLACSO
ECUADOR

Índice

Presentación	9
Introducción <i>Kathya Araujo y Mercedes Prieto</i>	11
SECCIÓN 1: SEXUALIDADES EN DEBATE	
Entre el paradigma libertario y el paradigma de derechos: límites en el debate sobre sexualidades en América Latina	25
<i>Kathya Araujo</i>	
Nuevas (y viejas) configuraciones de la intimidad en el mundo contemporáneo: amor y sexualidad en contextos de cambio societal	43
<i>Claudia Moreno Standen</i>	
Agendas de sexualidad y masculinidad	59
<i>Carlos Sáez Larravide</i>	
“Queer no me da”: traduciendo fronteras sexuales y raciales en San Salvador y Washington D. C.	91
<i>María Amelia Viteri</i>	

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 323 8888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

ISBN: 978-9978-67-160-3
Cuidado de la edición: Cristina Mancero
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena
Imprenta: Crearimagen
Quito, Ecuador, 2008
1ª. edición: junio, 2008

SECCIÓN 2:

IDENTIDADES EN REVISIÓN

Vírgenes, putas y emancipadas en el mundo imaginario de los adolescentes	109
<i>Horst Nitschack</i>	

Del padre ausente al padre próximo. Emergencias de nuevas formas de paternidad en el Chile actual	123
<i>Loreto Rebolledo González</i>	

Maricones: entre la disputa y la clandestinidad	141
<i>Patricio Aguirre Arauz</i>	

SECCIÓN 3:

POLÍTICAS EN SEXUALIDADES

La revolución de la píldora anticonceptiva y la cuestión demográfica en Buenos Aires: apropiaciones y resignificaciones de un debate internacional (1960-1973)	161
<i>Karina Felitti</i>	

Al filo de la ley: el debate de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673 - Argentina) como tecnología de género	179
<i>Mabel Alicia Campagnoli</i>	

Cuando el saber no tiene lugar: la difícil implementación de la educación sexual en el sistema educativo uruguayo	199
<i>Silvana Darré Otero</i>	

El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay	215
<i>Susana Rostagnol Dalmas</i>	

Las cuestiones reproductivas y sexuales en Bolivia (La Paz y El Alto)	233
<i>Virginie Rozée</i>	

SECCIÓN 4:

CUERPOS Y RESISTENCIAS

Sacudiendo el yugo de la servidumbre: mujeres afroperuanas esclavas, sexualidad y honor mancillado en la primera mitad del siglo XIX	253
<i>María de Fátima Valdivia del Río</i>	

Entre la clandestinidad y la liberación: representaciones del aborto en la ciudad de Quito	269
<i>Soledad Varea Viteri</i>	

No hay mujer fea: conceptos de la belleza entre las adolescentes guayaquileñas	291
<i>Erynn Masi de Casanova</i>	

Mujeres, cuerpo y encierro: acomodo y resistencias al sistema penitenciario	309
<i>Jenny Pontón Cevallos</i>	

Mujeres, cuerpo y performance en América Latina	331
<i>Josefina Alcázar</i>	

Las cuestiones reproductivas y sexuales en Bolivia (La Paz y El Alto)

Virginie Rozée¹

Resumen

El artículo aquí presentado se apoya sobre un estudio sociológico de la salud reproductiva y sexual de las mujeres bolivianas conducido *in situ* entre 2003 y 2006. La investigación describe y analiza las realidades reproductivas y sexuales de las mujeres bolivianas, paceñas y alteñas, y constituye un balance actual de la situación de los derechos reproductivos y sexuales en estas dos ciudades de Bolivia. El estudio sigue un enfoque integral y pluridisciplinar de los derechos y de la salud de las mujeres, un campo de investigación bastante reciente en las ciencias sociales y políticas. Esta investigación muestra cómo y por qué las mujeres consultadas no deciden sobre sus vidas reproductivas y sexuales, y discute tres factores que conducen a esta situación: dominaciones políticas, sociales, culturales y médicas.

Palabras claves: Bolivia, mujeres, derechos reproductivos y sexuales, anti-concepción, aborto.

1 Doctora en Sociología. Investigadora post-doctorante en el Centro de Investigación y Documentación de América Latina (CREDAL), París. Información de contacto: rozeevirginie14@yahoo.fr

Figura 1 - Protesta, “Por la liberación sexual de las mujeres”, La Paz, Bolivia.



(Fotografía de Christian Lombardi, 2004)

Introducción

La investigación siguiente es el resultado de una tesis de sociología que consistía en el estudio y análisis de la aplicación en América Latina, sobre todo en Bolivia, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), principal Convención de las Naciones Unidas que defiende los derechos humanos de las mujeres. Ilustré esta problemática en un estudio de caso sobre un tema preciso del Convenio CEDAW: los derechos reproductivos y sexuales, bajo un contexto particular circunscrito a las ciudades de La Paz y El Alto.

Los derechos reproductivos y sexuales hacen parte de una nueva generación de derechos reivindicados por la comunidad feminista, recientemente reconocidos como derechos humanos por la Comunidad Internacional, en las conferencias de Cairo (1994) y Beijing (1995), en particular. Serían, según autores feministas, la clave de la liberación femenina: “la liberación de las mujeres empieza en el vientre”, declaraba Simone de

Beauvoir (De Beauvoir, 1949). Como lo afirma Françoise Héritier, antropóloga francesa, no es el sexo, sino la fecundidad lo que diferencia realmente lo masculino de lo femenino (Héritier, 1996). Los derechos reproductivos y sexuales constituyen entonces una antigua reivindicación feminista, pero hoy día, la libertad reproductiva y sexual, definida en términos de derechos, sigue aún representada como fundamental, para gozar de los otros derechos de la mujer (así lo declara por ejemplo la Plataforma de Beijing, 1995). Sin embargo, las cuestiones reproductivas y sexuales son un tema de actualidad política y científica espinoso y controvertido, que genera amplios y numerosos debates mundiales, regionales y nacionales, y se ha vuelto un reto en las relaciones políticas, así como un objeto de políticas internacionales y gubernamentales.

Es necesario diferenciar los derechos reproductivos y los derechos sexuales. Hoy en día, existe una reproducción sin sexualidad (la fecundación *in Vitro* en particular), y una sexualidad sin reproducción (con los anticonceptivos por ejemplo). Así, hay derechos reproductivos sin base sexual y derechos sexuales sin base reproductiva. Sin embargo, no hice aquí la distinción por los componentes que elegí: la anticoncepción y el aborto que llaman, a la vez, al ejercicio de los derechos reproductivos (en la medida que supone una elección reproductiva, aceptar o rechazar la maternidad), y al ejercicio de los derechos sexuales (gozar de relaciones sexuales sin la preocupación o el miedo del embarazo).

Mi investigación, que se basa en los estudios de género y de sociología de la salud, tiene como respaldo una vasta investigación teórica, y esencialmente un largo y considerable trabajo de campo. Primero observé y encontré varios grupos de mujeres, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y personalidades políticas en América Latina (Buenos Aires, Montevideo y Lima) para sensibilizarme y familiarizarme con las realidades y las reivindicaciones de las mujeres en la región. Me di cuenta, *in situ*, que los derechos reproductivos y sexuales se encontraban dentro de la agenda política y social, feminista y femenina actual, lo que confirmó mi elección para este tema de investigación. En efecto, una gran parte de la sociedad civil organizada latinoamericana se moviliza y lucha hoy día por la libertad y la autonomía reproductivas y sexuales.

Realicé una estadía de más de tres años en Bolivia, un país que elegí por varias razones: la diversidad cultural y social del país (era entonces interesante ver las repercusiones de derechos definidos como universales en una comunidad femenina plural), las importantes movilizaciones de las mujeres en el país, los avances políticos y normativos en materia de igualdad entre hombres y mujeres, y finalmente, porque el país se sitúa entre los más pobres de la región y sus índices de género y de salud, reproductiva y sexual, están entre los peores del continente.

Las cuestiones reproductivas y sexuales bolivianas quedan inexploradas en Francia, muy poco estudiadas en Bolivia, y, sin embargo, constituyen estudios científicos primordiales, dados los índices demográficos y sociales que se encuentran. En América Latina, incluso en Bolivia, estas cuestiones están esencialmente en las manos de la sociedad civil organizada y de la cooperación internacional. La investigación aquí presentada describe y analiza las realidades reproductivas y sexuales de las mujeres bolivianas, paceñas y alteñas; es un balance actual de los derechos aferentes en dos principales ciudades de Bolivia. El estudio sigue un enfoque integral y pluridisciplinario de los derechos y de la salud de las mujeres, un campo de investigación bastante reciente en las ciencias sociales y políticas. La salud, desde un enfoque social y político, es un tema naciente en la investigación científica; la reproducción y la sexualidad constituyen una temática actual, tanto en la investigación *in situ* como en la búsqueda de políticas públicas y acciones sociales.

Es cierto que la investigación relativa a Bolivia en ciencias sociales muchas veces se concentra en el altiplano o el mundo andino. Sin embargo, he decidido hacer esta investigación en La Paz y El Alto porque es precisamente allí donde se toman las decisiones políticas, y donde existe mayor capacidad de organización y movilización social. Fue interesante ver cómo las medidas y las acciones sociales y políticas repercuten directamente en la población. Además, las características de género y salud reproductiva y sexual de estas dos ciudades resultaron ser relevantes para el estudio.

En este marco, el objetivo del estudio era observar e informar cómo los derechos reproductivos y sexuales, a través de la anticoncepción y el aborto, eran normalizados y promovidos en el mundo político boliviano;

cuáles eran sus expresiones legales y sociales, y sobre todo, cómo eran reappropriados por las mujeres. Estas preguntas guiaron un importante trabajo de campo a tres niveles: el nivel institucional (las políticas públicas y sociales), la sociedad civil organizada, y la población femenina no movilizada. Hice más de 100 entrevistas cualitativas a responsables de asociaciones, servicios médicos y gubernamentales; es decir, a los actores políticos y sociales que rigen el tema de las mujeres y de la salud reproductiva y sexual en el país.

La población femenina no movilizada fue la población meta de la investigación. Los servicios y los consultorios ginecológicos y obstétricos públicos aparecieron como el lugar más apropiado para el estudio, siendo que, en teoría, estos servicios aplican directamente las medidas de salud del gobierno, y que las mujeres están allí expuestas a ejercer sus derechos reproductivos y sexuales. Integré, entonces, de manera cotidiana, tres hospitales públicos de La Paz y El Alto. Allí encontré, entrevisté y observé a más de 180 mujeres hospitalizadas, parturientas y consultantes. Las entrevistas siguieron aquí los principios metodológicos del “Diálogo de Saberes”, porque estos me parecieron los más adecuados para el contexto estudiado.

En resumen, el “Diálogo de Saberes”, desarrollado por Susanna Rance, importante figura de la sociología boliviana, considera la investigación como un diálogo entre la persona que entrevista y la persona entrevistada; como un intercambio de conocimientos, de experiencias y de ideas que va más allá de un beneficio instrumental o de la confirmación de una teoría. En este contexto, la conversación no sigue las formalidades protocolarias de la entrevista, y privilegia lo que la persona encontrada quiere contar. Los/las entrevistados/as se vuelven sujetos activos y receptivos de la investigación, y no son únicamente considerados como una fuente de información. Contribuyen, en particular, a conocer y transformar su realidad. Esta metodología me permitió poder escuchar a las mujeres en profundidad, ser bien aceptada por ellas, y obtener muchas historias personales y pertinentes para el estudio.

Paralelamente, conduje observaciones meticulosas, participantes y permanentes, de la atención médica, con objeto de conocer las oportunidades ofrecidas a las mujeres pacientes para ejercer sus derechos en mate-

ria de reproducción y sexualidad. Estas observaciones consistían en ayudar al personal del Hospital, asistir a las consultas y a los partos, consultar las historias clínicas, siempre respetando la intimidad y el pudor de las mujeres. Para completar la información recogida, organicé grupos de mujeres en La Paz y El Alto, y con más o menos 40 mujeres, realicé talleres sobre el tema de la salud femenina y materna, siguiendo también la metodología del “Diálogo de Saberes”. Se trataba de involucrar a las participantes con sus historias e ideas, y de brindar espacios de reflexión y análisis sobre sus propias prácticas y actitudes comparándolas con las perspectivas presentadas.

La realización de esta investigación encontró varias dificultades. El factor “mujer” se reveló como una ayuda para investigar en los servicios ginecológicos y obstétricos. Pero el factor de ser “gringa, aunque suscitó la curiosidad, también generó, en algunos casos, el recelo y hasta el rechazo, sobre todo en la ciudad de El Alto. Por otra parte, la investigación fue conducida en los hospitales con total discreción. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que mi presencia ha debido influir en el contexto estudiado, en los discursos obtenidos y en las prácticas del personal.

En el mismo orden de dificultades, la definición de mi papel —es decir, del papel de la investigadora—, no fue evidente ni por el personal ni por las mujeres observadas y entrevistadas. El trabajo del sociólogo es muy desconocido y es frecuentemente asociado al trabajo de psicólogo o de trabajador social. Además, en cada hospital, tuve que llevar puesta la blusa blanca de médico. Esta confusión entre mi trabajo de investigación y el trabajo de un médico, una psicóloga u otra personalidad del hospital ha debido influir sobre la calidad de los discursos, asunto que hay que tomar también en cuenta, así como los hospitales donde tuvieron lugar las entrevistas.

Una de las dificultades más grandes fue cuando se me negó, en un hospital, la posibilidad de investigar los servicios de hospitalización, bajo el pretexto de que mi metodología, que no presentaba un cuestionario estándar, no valía y no convenía al contexto. Solo aceptaron mi presencia y mi investigación en la sala de espera de las consultas exteriores.

A pesar de estas dificultades, mi investigación destacó ciertas realidades de la salud reproductiva y sexual en Bolivia. Sin embargo, los resultados

aquí presentados no se pueden generalizar, ya que que la investigación fue realizada en lugares particulares (3 hospitales), y en un contexto urbano específico (La Paz y El Alto). Otras realidades hubiesen sido observadas en otras instituciones y contextos. El estudio es, entonces, representativo de la muestra investigada, sin ninguna generalización posible a la realidad boliviana en su conjunto.

La realidad social de la salud reproductiva y sexual

Cuando les pedía a las mujeres de las maternidades que me cuenten la historia del recién nacido, cómo había llegado, algunas me describieron un embarazo decidido y planificado, pero la mayoría explicó que su embarazo era totalmente imprevisto y no programado —por descuido, interrupción o falla del método anticonceptivo, desconocimiento del proceso de reproducción y de lactancia, o violación—. Ciertas mujeres declararon que se arrepentían o decían no haber querido “tanto/as” hijo/as. Que no sea programado no significa que no sea esperado con amor y deseado; se notó, por ejemplo, una real abnegación de las mujeres, en caso de complicaciones de la salud del recién nacido.

Sin embargo, observaciones y diálogos me permitieron sospechar embarazos no deseados. Mujeres hospitalizadas con amenaza de aborto o de parto prematuro se negaban a tomar el tratamiento o querían volver a casa, aunque eso pudiese significar la pérdida de la criatura. Otras mujeres habían declarado —o los médicos sospechaban—, haber tomado mates que tienen efectos sobre el embarazo. Estos embarazos no planeados y no deseados señalan, entre otras cosas, las demandas y necesidades en anticoncepción no satisfechas. Existe una importante demanda para limitar o espaciar los embarazos. Cuando preguntaba a las madres si el recién nacido iba a tener hermano/as, algunas explicaban que no sabían todavía, pero que preferían esperar un buen tiempo, esperando que éste sea grande: “No... la única. No, ya no... tal vez con el tiempo pero... mientras ella sola va a estar... solamente ella; después con el tiempo, ya vamos a ver...” (Madre de 23 años, 1 hija, en unión).

Otras madres declararon que ya no querían más hijo/as porque el embarazo y el parto eran demasiado dolorosos. Evocaron también la situación económica², la necesidad de trabajar, que no se puede siempre conciliar con el cuidado de lo/as niño/as, y preferían ofrecer una educación de calidad: “No (...) Trabajar y todo y eso no (...). Que vale la pena llevarlo al mundo y no darle la atención (...) [un hijo] ves que es lo que le gusta, lo que necesita, que en particular quiere (...)” (Madre de 22 años, 1 hijo, soltera); “No... porque (...). Después (...) él va a querer estudiar... No le voy a poder dar ya... Entonces (...), yo quiero que ya... que estudie, ser profesional. Algo, algo que puede (...) Voy hacerlo estudiar (...) Y con otro, no voy a poder” (Madre de 34 años, 3 hijos, unión estable).

Estos discursos coinciden con las conclusiones de las encuestas nacionales oficiales. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 1998, el porcentaje de mujeres que no desean más hijo/as (excluyendo las mujeres esterilizadas) es de 64,8%; el porcentaje de mujeres que desean espaciar el próximo embarazo a más de dos años llega a 13,2%. Esta misma encuesta revela también que la tasa de fecundidad es estimada en 4,2 hijo/as por mujer, mientras la tasa deseada es evaluada en 2,6 hijo/as por mujer (ENDSA 1998). La diferencia entre la fecundidad observada y la fecundidad deseada muestra que muchos de los embarazos no están programados, y que existe una necesidad de planificación familiar no satisfecha.

A menor escala, fue observado que muchas mujeres habían tenido más hijo/as de lo que habían deseado o programado. A pesar de esta demanda, si la mayoría de las mujeres encontradas en los hospitales y dentro de los talleres parecían conocer o por lo menos haber escuchado hablar de ciertos métodos para cuidarse, mucho menos usaban o habían usado uno, o sino, lo habían hecho de manera inapropiada.

Todas estas características alimentan el fenómeno predominante del aborto. En los hospitales estudiados, muchas mujeres eran hospitalizadas por complicaciones de embarazo, amenazas de aborto o hemorragias. También la mayoría de las mujeres encontradas había tenido más emba-

2 Se puede hablar aquí de “*maltusianismo* de la pobreza” (Cosío, 1992).

razos que hijo/as nacidos, y habían así abortado una o varias veces. En los talleres, el aborto era también una experiencia conocida por familiares o por las mismas participantes.

Existen dos tipos de aborto: el aborto espontáneo y el aborto provocado. Dado que los informes médicos usan el término “hemorragias”, por cualquier falla del embarazo, sin identificarla, es difícil identificar el tipo de aborto. También porque la práctica es penalizada en Bolivia, aunque es autorizada en caso de violación, rapto no seguido de matrimonio, incesto, o cuando el embarazo es un riesgo para la salud de la madre, según el artículo 266 del Código Penal. No obstante, este artículo no se aplica. El aborto voluntario se practica entonces en la clandestinidad, en condiciones insalubres que amenazan la salud y la vida de las mujeres. Se mantiene así una tasa elevada de mortalidad materna, estimada (por ENDSA 1994) en 390 por 100 000 nacido/as vivo/as³, y sería responsable, según datos oficialmente reconocidos el mismo año, de alrededor del 30% del total de las mortalidades maternas.

Así, en Bolivia, y sobre todo en La Paz y El Alto, la situación relativa a los derechos reproductivos y sexuales se expresa socialmente por embarazos no planificados y/o no deseados, por demandas insatisfechas en materia de anticoncepción, por un amplio recurso a abortos clandestinos, y una alta tasa de mortalidad materna. A pesar de la mejora de los índices de salud reproductiva y sexual, me pregunté sobre las razones de esta realidad oficialmente denunciada por los grupos de mujeres, las cooperaciones y algunos actores políticos, y sociológicamente observada. La respuesta que quiero discutir es que, en Bolivia, las mujeres aparecen sometidas a varias dominaciones de orden político, social, cultural y médico para ejercer sus derechos en materia de reproducción y sexualidad.

3 Según ENDSA 2003, la última encuesta nacional sobre demografía y salud, la tasa de mortalidad materna estimada sería de 229 por 100 000 nacido/as vivo/as.

Las dominaciones que impiden a las mujeres decidir sobre sus vidas reproductivas y sexuales

Las dominaciones políticas

El mundo político normalizó y promovió los derechos reproductivos y sexuales, firmando convenios internacionales (la CEDAW, los Programas de Cairo y Beijing), adoptando políticas especializadas como los sucesivos Programas de Salud Reproductiva y Sexual, e implementando sistemas de seguro relativos a la salud sexual y sobre todo reproductiva. La expresión política de estos derechos se apoya, entonces, sobre la formulación de políticas, y sobre el reconocimiento de la planificación familiar como un derecho, y del aborto como un problema de salud pública.

Sin embargo, la política en salud reproductiva y sexual es fuertemente condicionada por la inestabilidad política del país. Dado que estas medidas no son protegidas por la ley, el seguimiento y la continuidad resultan difíciles. Como dijo Sandra Aliaga, comunicadora social en tema de género, durante nuestro encuentro: “solo la continuidad permite el éxito”.

También interviene la falta de recursos del país, que confiere a la política estatal en general, particularmente en salud, una dependencia de la cooperación internacional. Las políticas –como la mayoría de las acciones sociales– son así sometidas a presiones financieras, a través de los créditos condicionados, pero también a presiones ideológicas, particularmente las de Estados Unidos –país que tiene, con la Agencia de Desarrollo de Estados Unidos (USAID), casi el monopolio de la ayuda cooperativa–, y las de la Iglesia Católica, importante actor del mundo civil y político en Bolivia⁴. USAID, como Agencia de los Estados Unidos, sigue la Ley Mordaza o Regla de Obstrucción Global que impone la “certificación”, y censura a las organizaciones que trabajan en cuestiones de aborto, que sugieren el placer sexual de la homosexualidad, o la normalidad de las relaciones sexuales de los adolescentes. Por otra parte, la Iglesia Católica mantiene una posición radical respecto de la sexualidad placentera de la mujer,

⁴ Bolivia es constitucionalmente un país católico.

la anticoncepción moderna y el aborto, defendiendo el “derecho a la vida” y la sexualidad procreadora.

Bajo esta doble dependencia, las políticas no abordan la salud reproductiva y sexual de manera integral, y se enfocan en la salud materna, en el binomio “madre-hijo/a” o “sexualidad-reproducción”. Un ejemplo de esta política restringida es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el último seguro materno infantil aprobado, que cubre únicamente a las mujeres embarazadas y lo/as niño/as hasta sus 5 años. Esta asociación “madre-hijo/a” deja al margen otros componentes de la salud reproductiva y sexual, como la sexualidad de las mujeres fuera de la reproducción, la responsabilidad del hombre en materia de sexualidad y de reproducción, o el tema de los embarazos no deseados que llevan al aborto. Se nota así un cierto desfase entre las exigencias políticas y las demandas sociales.

Las dominaciones sociales y culturales

Las características socioeconómicas y socioculturales de la sociedad boliviana resultan también elementos primordiales a considerar cuando se trata del tema de los derechos reproductivos y sexuales en Bolivia. Es cierto, ningún derecho se ejerce al margen de las condiciones económicas y materiales. La situación económica y social es un factor que demuestra tener una influencia sobre la construcción de la salud sexual y reproductiva en Bolivia. El Dr. Aramayo, que era entonces concejal en derechos reproductivos y sexuales en la Comisión de los Derechos Humanos del Parlamento, explicó que, detrás de la salud reproductiva y sexual, se ocultaban la pobreza y la segregación de la mujer. En su libro *Las wawas del Inka*, Denise Arnold y Juan de Dios Yapita escriben que “los riesgos ‘sociales’ (la pobreza, la ignorancia acerca de la planificación familiar y los embarazos de jóvenes solteras) son más significativos que los riesgos ‘biológicos’” (Arnold y Yapita, 2002:18).

La pobreza de las mujeres y su bajo nivel de escolaridad las exponen a riesgos importantes de salud, salud reproductiva y sexual, en particular, y condicionan las decisiones y autonomías reproductivas y sexuales. Durante el estudio, se notó efectivamente que los derechos reproductivos y

sexuales eran más accesibles a las mujeres con mayor nivel de escolaridad, y con mayores recursos: ellas saben dónde acudir, dónde informarse, y pueden pagar una atención médica de mayor calidad, un aborto en mejores condiciones, por ejemplo.

Ningún derecho se ejerce tampoco al margen de las ideologías presentes en toda la sociedad. Las dos principales ideologías que influyen en el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales son aquí la dominación masculina y su corolario, la imagen de la “madresposa”, para tomar la expresión de la antropóloga feminista mexicana, Marcela Lagarde (1990).

Por su expresión más común —es decir, la violencia doméstica y la irresponsabilidad paterna—, la dominación masculina puede ser responsable de embarazos no planificados y no deseados, de abortos, y de muertes maternas. He observado que el hombre tenía un papel clave en la planificación de su familia, amenazando a la mujer que usaba un método anticonceptivo moderno, símbolo de infidelidad y de emancipación sexual, o decidiendo del uso o no de un método. Antes de optar o no por un anticonceptivo, las mujeres entrevistadas y observadas querían consultar al marido o compañero: “Yo he pensado... Ligamento de trompa... para no tener más bebés... Yo, la verdad, no quiero más bebés. Pero, tengo que consultar a mi esposo, que es lo que dice” (Madre de 26 años, 2 hijos, casada). “Entonces, eso también le voy hablar con él para decidir... Si tal vez la T de cobre o para preguntarle...” (Madre de 34 años, 3 hijos, en unión libre).

Esta dominación masculina alimenta la imagen de la “madresposa”, una imagen impuesta por la sociedad, la religión, y por las mujeres mismas, que las condena al descuido y a la negligencia de su propia salud, las responsabiliza totalmente de la reproducción, y discrimina a las que no son ni madres ni esposas, o a las que rechazan la maternidad (las mujeres que abortan, por ejemplo). De la misma manera, estas dos ideologías conllevan una baja autoestima y un débil empoderamiento de las mujeres, elementos necesarios para el ejercicio de derechos tales como los reproductivos y sexuales.

Por fin, lo que condiciona el ejercicio de estos derechos a nivel social son todas las representaciones y prácticas culturales existentes acerca de la reproducción y la sexualidad. A través de la fuerte diversidad cultural del

país, no existe uno sino varios patrones culturales del comportamiento reproductivo y sexual, y varias expresiones culturales de los derechos reproductivos y sexuales. Los aymaras consideran, por ejemplo, que la mujer es fértil durante la menstruación, lo que conduce a un método andino del calendario contrario a la enseñanza occidental y científica. Creen que el parto limpia el cuerpo, lo que podría justificar embarazos seguidos. Piensan también que el período de las mujeres limpia el cuerpo, que la sangre menstrual es una sangre sucia que tiene que salir, como un acto de purificación, lo que puede incidir en el uso de métodos anticonceptivos modernos que suspenden la menstruación (las inyecciones, por ejemplo).

Hice mi investigación en un contexto urbano y peri-urbano, donde las reivindicaciones culturales son menos fuertes. Pero, anécdotas de usuarias e inclusive de médico/as ilustraron esta barrera cultural. Queda entonces, como una tarea importante, incorporar la pluralidad de las mujeres en Bolivia para evaluar la salud y los derechos en materia de reproducción y sexualidad. Las concepciones culturales y tradicionales pueden llevar a la desconfianza, incluso al rechazo, de la medicina occidental, de la anticoncepción moderna, y al sub-acceso a los servicios de salud que, muchas veces, no consideran y discriminan estas creencias y prácticas.

Las dominaciones médicas

La atención médica es, con frecuencia, denunciada como un factor determinante del ejercicio de los derechos en materia de reproducción y sexualidad. He observado, efectivamente, que es central la calidad de la atención médica en las decisiones y la autonomía de las mujeres relativas a su sexualidad y reproducción. Las observaciones conducidas en los hospitales paceños y alteños, así como las conversaciones dentro de los grupos de mujeres, presentan una atención médica institucionalizada bastante conservadora, autoritaria, y esencialmente medicalizada. Un sentimiento de malestar, de discriminación, alimenta una cierta pasividad de las mujeres respecto de su salud reproductiva y sexual.

Si algunas mujeres observadas y entrevistadas mostraron una real satisfacción por la hospitalización y la atención recibida, muchas se quejaron del frío, de la comida y del lugar. La falta de infraestructura, de material, de recursos y de espacio condiciona una cualidad de atención relativa. El tiempo de espera es largo, las revisiones rápidas, los cuartos acogen a muchas mujeres, quienes son a veces instaladas en los pasillos del hospital. Ciertas mujeres se quejaron también del personal médico, de las enfermeras en particular, descritas como “no cálidas” y a veces “malas”. A través de la atención médica observada, no se notó ningún maltrato, pero sí una falta de respeto al pudor y a la intimidad de las mujeres. Las puertas de los consultorios y las de los cuartos no eran sistemáticamente cerradas. Muchos estudiantes y personal de salud asistían a las consultas médicas y a los partos, sin la aprobación de las mujeres pacientes.

Observé, así, una deshumanización del trato médico. Las mujeres aparecieron como objetos de auscultación. Los médicos daban poca información o recomendaciones: informaban e interrogaban, sobre todo, los estudiantes. Las consultas, y hasta los partos, eran más bien un intercambio entre los internos y los doctores; más eran una clase, que una real atención a las mujeres. De esta manera, muchas mujeres no sabían por qué tomaban un tratamiento, por qué no tenían alta médica, o por qué el recién nacido había muerto.

Por otra parte, como hemos visto, las mujeres consultadas eran demandantes en materia de anticoncepción. Sin embargo, durante el estudio, la orientación se reveló escasa e incluso inexistente. Eran orientadas, más que todo, las madres consideradas por los médicos con “demasiado/as hijo/as”. La anticoncepción fue siempre presentada como un medio de regulación y de limitación de la fecundidad, y jamás como una manera de gozar de relaciones placenteras sin riesgos de embarazo o de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). La orientación se reveló también poco detallada y completa. Los médicos no exponían los diferentes métodos ofrecidos en Bolivia. Se dedicaban únicamente a la promoción de la T de Cobre y a la esterilización quirúrgica femenina. No respetaban, entonces, la “libre elección informada”; es decir, ofrecer una información completa y detallada sobre todos los anticonceptivos para permitir a la mujer decidir sobre el método más apropiado.

Como lo señala Ineke Dibbits⁵ en su libro *Lo que puede el sentimiento*, cuando la información es incompleta o manipulada, cuando la oferta de una parte de los anticonceptivos existente es mínima, no se puede hablar de respeto de los derechos reproductivos y sexuales (Dibbits, 1994). Además, los métodos aconsejados, como la ligadura de trompas, requerían, en los hospitales observados, una autorización conyugal; es decir, requerían la aprobación del marido o del compañero, aun si la pareja era oficiosamente separada. Esta autorización ya no es un requisito legal desde la conferencia de Cairo, pero sigue en vigor en algunos centros médicos.

Conclusión

Con la movilización de las mujeres, la presión internacional, las encuestas oficiales que denuncian una realidad social preocupante relativa a la salud reproductiva y sexual, Bolivia da prueba de avances normativos importantes en materia de derechos reproductivos y sexuales. Pero los progresos no han sido acompañados de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales necesarias para su aplicación. Los derechos reproductivos y sexuales fueron y son reconocidos, pero los compromisos de la CEDAW, de Cairo y de Beijing se han quedado en un plan teórico. Existe, así, un gran desfase entre la existencia de políticas, su realización, y las necesidades y demandas de la población femenina.

Las mujeres entrevistadas y observadas eran sometidas a varias dominaciones políticas, sociales y médicas, que no les permitían elección en sus vidas reproductivas y sexuales. No eran consideradas y no se consideraban como sujetos de derecho y de decisión en materia de reproducción, y menos en materia de sexualidad. Las mujeres que encontré no tenían conocimiento suficiente de las oportunidades para ejercer sus derechos reproductivos y sexuales. La legislación avanzada se basa en una igualdad

5 Antropóloga, responsable del Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU) y coordinadora de Red Boliviana para la Humanización del Parto y Nacimiento (REBOHUPAN).

que no existe en Bolivia. Está siempre en desfase con el desconocimiento y la negación de estos derechos. Parece necesario que el Estado y el sector médico otorguen servicios accesibles, oportunos y apropiados, pero las mujeres bolivianas tienen también que tomar consciencia de su salud y sus derechos en materia de reproducción y sexualidad, y renegociar las dominaciones evocadas. La autonomía y la autodeterminación son reivindicaciones primordiales, pero su concretización dependerá de la apropiación aferente por cada mujer según sus propios deseos de empoderamiento.

Desde la elección de Evo Morales en diciembre de 2005, la política boliviana parece ofrecer un nuevo contexto para las mujeres y el ejercicio de sus derechos, incluso sus derechos reproductivos y sexuales. El nuevo gobierno reivindica, en el marco de la indianidad y de la paridad, un enfoque intercultural y de género en todas las acciones y medidas políticas y sociales del país, y preconiza la autonomía política, disminuyendo las dependencias financieras e ideológicas de los Estados Unidos y de la Iglesia Católica. Una Asamblea Constituyente fue reunida en agosto de 2006. En el seno del debate constitucional estaban incluidos temas directamente vinculados con los derechos reproductivos y sexuales (el derecho al aborto, el matrimonio homosexual y la laicidad). Por otra parte, el proyecto de ley sobre los derechos reproductivos y sexuales (Ley 810), repetidas veces revocado por el Congreso Nacional, está actualmente en etapa de revisión en el Parlamento, lo que engendra controversias y debates. Por último, importantes leyes y medidas relativas a la salud fueron aprobadas por el gobierno o están previstas. Desde el primero de abril de 2006, el SUMI fue extendido a toda la población femenina, y otorga prestaciones de prevención de los cánceres femeninos y de las ITS. Esta ley presta también atención en planificación familiar a todas las mujeres y adolescentes, independientemente de su estatuto matrimonial o situación reproductiva. Desde enero de 2007, el gobierno de Evo Morales intenta implementar un sistema de seguro universal para todos los hombres y todas las mujeres hasta los 21 años.

¿Estas medidas estarán a la altura de las demandas y necesidades de la población femenina? ¿Favorecerán el ejercicio, por parte de las mujeres, de sus derechos reproductivos y sexuales, en particular? El contexto parece favorable, pero queda incierto.

Bibliografía

- Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita (2002). *Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*. Informes de Investigación II, N°2. La Paz: ILCA.
- Cosío Zavala, María Eugenia (1992). *Transition démographique et développement social dans les PVD*. New York: ONU.
- De Beauvoir, Simone (1949). *Le deuxième sexe*. Tomes 1 et 2. Paris: Editions Gallimard.
- Dibbits, Ineke (1994). *Lo que puede el sentimiento*. La Paz: TAHIPAMU.
- Héritier, Françoise (1996). *Masculin / Féminin. La pensée de la différence*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Instituto Nacional de Estadística (Bolivia) (1994, 1998, 2003). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*.
- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rance, Susanna (2002). “Diálogo de Saberes”, en Susanna Rance, Verónica Kaune, María Dolores Castro, Silvia Salinas, Claudia de la Quintana, Ester Veldhius y Jacqueline Michaux, comps., *Encuentros sobre “Metodologías de investigación sociocultural”. Experiencias en Investigación Sociocultural*. La Paz: CIEPP.
- Rozée, Virginie (2007). *Les droits reproductifs et sexuels en Bolivie*. Base de Datos HAL-SHS. Documento electrónico disponible en www.halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00181344/fr/