

Cuando me salió positivo, yo no hacía sino llorar. Pero era ¿cómo le digo a mi mamá?, yo eso Dios no podía vivir tranquila. Yo era triste, aburrida"



-Yo sólo llorar y llorar...
¿Que ganó con pegarse...
que usted esté en...
hecho estaba, pero

El trabajo que realizan en la casa; organizando, limpiando, lavando y al mismo tiempo pendientes de los niños pero con toda esa responsabilidad hay muchas que son alegres y no le ven dificultad a nada"



Grupo Mujer, Comunicación y Liderazgo

GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ESCUELA
DE ESTUDIOS
DE GÉNERO

.....
Boletina Anual # 7

“Cuando me salió positivo, yo no hacía sino llorar. Pero era ¿cómo le digo a mi mamá?, yo eso días no podía vivir tranquila. Yo era triste, aburrida”



“Yo sólo llorar y llorar...
¿Qué ganó con pegarse a mí?
que usted esté en el mundo
hecho estaba, pero...”

“El trabajo que realizan en la casa: organizando, limpiando, lavando y al mismo tiempo pendientes de los niños pero con toda esa responsabilidad hay muchas que son alegres y no le ven dificultad a nada”



Grupo Mujer, Comunicación y Liderazgo

GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA

Boletina No. 7

GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Séptima edición: Bogotá, Colombia, Noviembre de 2019

ISSN: 2256 - 1269

Todos los derechos reservados

© Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas,
Escuela de Estudios de Género.

© Olga L. González, Editora.

© Andrés Mauricio Castellanos Marulanda, Ángela Ramírez, Blanca Bermudo de Mateo,
Camilo Andrés Guanes Naranjo, Colectivo de comunicaciones Nepono Bania, Fernanda
Marcela Torrentes Gomes, Laura Victoria Jaramillo, Lina Restrepo, Lissell Quiroz,
Luciana Patricia Zucco, Luis Miguel Hoyos Vertel, Mounia El Kotni, Myriam Carbajal,
Roberto Castro Arce, Rosamaria Carneiro, Sara Ortiz Ospina, Virginie Rozée.

© Varias (os) autoras (es).

Comité de publicaciones:

Dora Isabel Díaz, Franklin Gil Hernández y Tania Pérez Bustos.

*Los artículos publicados en el presente texto son responsabilidad de cada una (o)
de las autoras (es).

*Imágenes empleadas con fines netamente académicos e ilustrativos
todos los derechos pertenecen a sus autores.

* Foto de portada: Colectivo Nepono Bania

Diseño y Diagramación: Mónica Najar

Producción editorial: MN-Taller Gráfico S.A.S.

Boletina No. 7

ÍNDICE

EMBARAZO Y PARTO

INTRODUCCIÓN

"Género y salud sexual y reproductiva" 10-11
OLGA L. GONZÁLEZ (Editora)

1.En ese cuarto tan frío 16-21
LISSELL QUIROZ

2.Reflexiones de un enfermero profesional 22-29
frente a las barreras de acceso al sistema de salud en el Pacífico colombiano durante el embarazo
LUIS MIGUEL HOYOS VERTEL

3.Parir en el Brasil de hoy. Comentarios a 30-37
la película brasileña "El renacer del parto 3" de Eduardo Chauvet
ROSA MARÍA CARNEIRO

4.Permitir que te golpeen: violencia 38-43
ginecobstétrica, silenciosa y sistemática
LAURA VICTORIA JARAMILLO

Intermedio 1. 44-49
El coro de las mujeres (Extracto)
MARTIN WINCKLER

ABORTO Y ANTICONCEPCIÓN

5.La historia ordinaria y silenciada de un aborto clandestino en una gran ciudad de América Latina 52-57
VIRGINIE ROZÉE

6.Anticoncepción forzada en el sistema de salud pública mexicano 58-67
MOUNIA EL KOTNI

7.Historias de embarazo en las mujeres adolescentes indígenas del territorio de San Lorenzo: camino al hospital 68-77
SARA ORTÍZ, LINA ALEJANDRA RESTREPO, ÁNGELA YURANI RAMÍREZ, COLECTIVO NEPOND BANIA

8.Aborto no campo dos direitos sexuais e reprodutivos na Latinoamerica: um debate racializado 78-85
FERNANDA MARCELA TORRENTES GOMES Y LUCIANA PATRICIA ZUCCO

Intermedio 2. Esta es mi sangre 86-93
ELISE THIEBAUT

SEXUALIDAD E ITS

9.La elección de la píldora en las jóvenes migrantes latinoamericanas de la segunda generación en Suiza: ¿cuestión de negociación o reflejo de desigualdad de género? 96-103
MYRIAN CARBAJAL

10.Hilvanando una perspectiva feminista para analizar la aplicación Grindr más allá de los riesgos sexuales 104-111
CAMILO ANDRÉS GUANES NARANJO

11.Trans MtF latinas y PrEP: reflexiones desde Francia 112-119
BLANCA BERMUDO DE MATEO

12.Entrevista a *Las callejeras*: Trabajo sexual, salud sexual y reproductiva 120-127
ANDRÉS CASTELLANOS, ROBERTO CASTRO

AUTORES Y AUTORAS 128 -131

"GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA"

Este nuevo número de la Boletina está dedicado a la salud sexual y reproductiva. Se trata de un campo de reflexión e investigación que viene siendo cada vez más interrogado en su relación con el género, es decir, en una visión que incorpora la idea según la cual lo que allí se da está atravesado por la forma de relación entre los sexos, y en particular por la supremacía histórica del sistema heteropatriarcal.

Un primer eje se concentra en la forma en que el género atraviesa las experiencias de contracepción y aborto. El tema tiene especial relevancia en América Latina, dados factores como las leyes restrictivas relativas al aborto en la mayoría de los países (salvo notables excepciones, está penalizado en la mayor parte de ellos), el elevado porcentaje de embarazos no deseados en la región, además de la dificultad de amplios sectores de la población, en varios de estos países, para acceder a los servicios de salud.

Un segundo eje se refiere a las experiencias de concepción, embarazo, parto y posparto. La inequidad en las relaciones de género se da en diferentes entornos, tanto familiares como

institucionales. De nuevo, las condiciones sociales propias del continente latinoamericano, con una fuerte fragmentación social y racial, acentúan estas inequidades de género.

El tercer y último eje se concentra en las actitudes, representaciones y riesgo frente al VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Estos son hoy elementos centrales en los dispositivos de prevención y atención en materia de salud sexual, en América Latina como en el resto del mundo. Más allá de los contextos médicos y epidemiológicos relativos a las características de estas infecciones, resulta de la mayor importancia conocer la forma como las normas de género influyen en los comportamientos y facilitan u obstaculizan su prevención.

Acorde con la política editorial de la Boletina, los textos acá reunidos son reflexiones cortas y testimonios. Aunque la mayoría versa sobre Colombia, se incluyen artículos que se refieren a Brasil, Bolivia, México y a los migrantes latinoamericanos en Europa. Sin pretender tener una exhaustividad sobre el tema, los textos reflejan aspectos problemáticos de la relación entre el género y la salud sexual y reproductiva.

INTRODUCCIÓN



Foto: Chocontá, Alexandra (2018).

Varios textos se refieren a la violencia del sistema médico, especialmente en su dimensión ginecológica y obstétrica. El saber médico aparece en estas reflexiones y testimonios como una ciencia alejada de las necesidades y sentires de las mujeres. Esta falta de empatía se traduce en situaciones de violencia. En algunos casos, posiblemente, es inconsciente y está inscrita en un patrón de relaciones culturales que es necesario cuestionar. Sin embargo, muchas otras veces esta violencia es ejercida fríamente, apoyada en el poder simbólico, material y científico que tiene la medicina.

Los artículos de este número de la Boletina contienen, por tanto, palabras muy críticas frente al sistema médico tal y como se ejerce hoy. Los testimonios y reflexiones cubren tanto a sectores de clase media urbanos como a sectores campesinos y rurales, donde se evidencia con mayor fuerza el sistema de poder médico y se traslapa con segregaciones de clase social y de "raza". Por todo lo anterior, y en consonancia con un cuestionamiento que desborda el caso latinoamericano, varios de estos artículos apuntan hacia la recuperación de prácticas y saberes que pongan las necesidades de las mujeres en el centro y no como un producto derivado de la ciencia médica o de las necesidades masculinas. Ahora bien, esta lucha es desigual puesto que, por un lado, la biomedicina y sus progresos han logrado el monopolio sobre los cuerpos de las mujeres y sobre sus decisiones desde hace

ya varias décadas, y por otro, los saberes tradicionales se han perdido, a menudo por falta de transmisión. Ante este panorama es muy relevante la toma de conciencia de la situación de las mujeres en un momento histórico en el que se han homogeneizado prácticas médicas que resultan abusivas y que pueden dejar secuelas físicas y psicológicas. Esperamos, por tanto, que las reflexiones críticas acá reunidas contribuyan a abrir espacios de discusión con la biomedicina y a fortalecer procesos de autoconocimiento entre las mujeres.

Otro aspecto de esta medicalización e incluso patologización que no tiene en cuenta las necesidades de las personas, y en cambio se rige por imperativos farmacéuticos o por necesidades abstractas de salud pública, lo ilustra el caso de las mujeres transgénero latinoamericanas, según se documenta en uno de los artículos. En aras de luchar contra la infección del VIH, parece olvidarse que estas personas no son simplemente vectores de ITS, sino seres humanos con una historia personal particular, de la cual forman parte aspectos médicos. A través de caso como este, la Boletina invita a reflexionar sobre la forma como factores ajenos a la esencia del mundo médico (por ejemplo, la industria farmacéutica) están hoy en el corazón de su práctica.

Mucho se podría agregar sobre el VIH, sobre su realidad, su configuración y también sobre el fantasma que cubre. Uno de los artículos acá incluidos establece una distancia con la

noción de "riesgo" utilizada comúnmente en la epidemiología para frenar el VIH y las ITS. El artículo recuerda la necesidad de tener en cuenta los contextos particulares de las nociones que se emplean de forma consensuada por las organizaciones internacionales que luchan contra estas infecciones. Así, la noción de "riesgo" cubre aspectos particulares según el contexto —y no se refiere necesariamente a lo que dichas organizaciones promueven.

Algunos artículos son valiosos tanto por la información de primera mano, como por lo que se dice entre líneas. Así, el artículo que se refiere al trabajo sexual muestra que existe un tema de debate que nutre a amplios sectores académicos y militantes, a saber, la política pública frente a dicha actividad. Más allá de las posiciones ideológicas, inconciliables y a menudo abstractas, existen, como señalan las personas directamente interesadas, temas que suelen ser silenciados, como el acceso a la salud y mecanismos de prevención.

Como es habitual en la Boletina, se incluyen fotografías e imágenes acordes con los artículos. Las fotografías fueron tomadas por el colectivo Nepono Bania ("Flor de Agua") en una comunidad embera alejada de los centros urbanos en Colombia (San Lorenzo). Las otras imágenes son el fruto de un trabajo realizado por Alexandra Chocontá, egresada de la Maestría de Estudios de género de la Universidad Nacional de Colombia. Su trabajo de maestría versó sobre sexualidades de mujeres, y se incluyen en este número

algunos bordados elaborados en el proceso de su trabajo con ellas.

Por último, dos textos provenientes de otros contextos nacionales han sido especialmente traducidos para este número de la Boletina. El primero es un extracto de la obra del médico y escritor francés Martin Winckler, *Coro de mujeres*. El segundo es un extracto de un libro que, como el anterior, gozó de gran acogida en Francia: se trata de *Esta es mi sangre*, de Élise Thiébaud. La fuerza intrínseca de cada uno de ellos no requiere comentarios adicionales.

Esta selección de artículos de la Boletina es una invitación a abrir el debate con las disciplinas y las prácticas médicas, y a recordar la urgencia y relevancia de avanzar en debates sociales —como el relativo al aborto— en los que América Latina presenta un notable rezago.

La autora de las anteriores líneas y editora de este número de la Boletina quiere agradecer especialmente a María Cristina Quevedo Gómez, profesora de la Universidad del Rosario, por su valiosa colaboración en varias etapas de la concepción y edición de este número. Igualmente, quiere agradecer al equipo de la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional, y en especial a Franklin Gil Hernández, Dora Isabel Díaz y Laura Hernández por su apoyo y aportes.

OLGA L. GONZÁLEZ
Editora

EMBARAZO Y PARTO

- | | |
|---|-------|
| 1. En ese cuarto tan frío LISELL QUIROZ | 16-21 |
| 2. Reflexiones de un enfermero profesional frente a las barreras de acceso al sistema de salud en el Pacífico colombiano durante el embarazo LUIS MIGUEL HOYOS VERTEL | 22-29 |
| 3. Parir en el Brasil de hoy. Comentarios a la película brasileña "El renacer del parto 3" de Eduardo Chauvet ROSA MARÍA CARNEIRO | 30-37 |
| 4. Permitir que te golpeen: violencia ginecobstétrica, silenciosa y sistemática LAURA VICTORIA JARAMILLO | 38-43 |

1.

En ese cuarto tan frío

LISSELL QUIROZ





En ese cuarto tan frío

Lissell Quiroz

Las contracciones empezaron muy temprano de ese domingo de enero. Suaves, en cadencia regular pero sin dolor. Ella intuyó que había llegado el momento. Era su primer embarazo pero supo de inmediato que estaba empezando el trabajo de parto. En la maternidad le habían dicho que no valía la pena acudir precipitadamente al hospital pues las primerizas suelen demorar horas dilatando. No quiso despertar a su pareja y trató de recordar las recomendaciones de los cursos de preparación al parto. Como solo se había inscrito al octavo mes, había tenido dos clases, una de respiración y la otra de fisiología del parto. Trató de poner en práctica los consejos sobre la respiración pero fue inútil, pues no había entendido bien cómo se debía hacer ni había tenido oportunidad de practicar. Abandonó entonces la tentativa y se levantó.

Entretanto, ya había amanecido y el sol empezaba a salir. No sabía qué hacer, las contracciones se confirmaron y con ellas la entrada en otro mundo, un mundo paralelo, una

burbuja dentro de la burbuja del embarazo. Sentía que había entrado en otro espacio temporal, donde habían desaparecido sus puntos de referencia habituales, pero donde no conocía los nuevos. No sentía ningún dolor, pero las contracciones se iban afirmando. ¿Cómo saber si era el momento? ¿Cómo saber si ya había dilatado lo suficiente? Otras mujeres habrían podido ayudarle a contestar esas preguntas, a apaciguar un poco su angustia. Desde siempre, en diferentes lugares del mundo, las parturientas —sobre todo las primerizas— no se encuentran solas: sus madres, hermanas, parejas y parteras las acompañan en ese trance tan importante e intenso en la vida de las mujeres. Pero ella, la mujer urbana del siglo XXI carecía de ese acompañamiento basado en la empatía y la experiencia. Tenía el cariño y apoyo de su compañero, pero él era tan primerizo e inexperimentado como ella.

—¿Qué sientes, cómo son las contracciones?

—No sé, vienen cada minuto, todavía se pueden soportar,

pero no sé hasta cuándo...

—Entonces mejor vayamos al hospital.

Como no sabían qué hacer en esa espera, decidieron ir en busca de un oído atento, una orientación. Sin mayor experiencia, se habían remitido totalmente a la ciencia médica que les parecía la referencia absoluta. En la sociedad occidental en la que vivían no había otra alternativa, todo el sistema de salud estaba basado en el poder de la ciencia. Una autoridad que ni siquiera habían pensado en cuestionar. Desde el principio del embarazo, no solo habían aceptado sino buscado un seguimiento médico que les diera seguridad y que por eso no buscaban rebatir. No sabían, por ejemplo, que era innecesario repetir las ecografías que no aportan mayor información en caso de parto normal y que más bien pueden angustiar a los futuros padres. Ella se sometió al tacto vaginal de obligación ritual en cada visita médica. Algunos médicos y parteras sostienen hoy que no hay necesidad alguna de sistematizar este acto intrusivo para la mujer. Pero esto, la pareja no lo sabía, de modo que estaba en una situación de gran dependencia frente al poder médico. Y en un contexto de subordinación confortada por el personal de salud, sobre todo lxs médicxs obstetras.

No tardaron mucho en llegar a la maternidad. Era un domingo por la tarde perfectamente tranquilo. El personal estaba en pleno almuerzo y no se sentía la más mínima agitación. La partera de turno se acercó a recibirlos y ella sintió el olor a comida que emanaba de su aliento. Totalmente desorientada, esperaba que la recibieran con

calma para explicarle de qué forma habría que proceder. Pero el recibimiento fue frío y autoritario. La hicieron desvestirse y la partera procedió a examinarla. Ella se sintió como una niña y esperó que no la resondraran por haberse presentado a deshora. No era así: ya había comenzado el trabajo de parto pero la dilatación era mínima. Tenían la posibilidad de regresar a casa, pero prefirieron quedarse en el hospital porque no sabían qué era lo mejor para facilitar el trabajo. Ignoraban todo del proceso natural del parto. Ignoraban que el cuerpo de las mujeres está preparado para contrarrestar el dolor de las contracciones gracias a las endorfinas secretadas desde el cerebro. Tampoco sabían que para liberar dichas hormonas, el ser humano debe sentirse a gusto, en un ambiente seguro y protegido.

Los dejaron solos en una sala grande y fría donde había varias camas, vacías todas. Ella sintió que eso no la ayudaría pero trató de convencerse de lo contrario. Pasaron horas y no había dilatado casi nada. Estaba, aunque no lo quisiera, en un estado de hipervigilancia, con todos los sentidos en alerta, escaneando cada rincón de la sala, sensible a todo ruido y a toda sensación de peligro. Aunque no se percatara, esta actividad le impedía concentrarse en su trabajo de parto y, sobre todo, abandonarse a las sensaciones de su cuerpo. Llegó nuevamente la partera:

—No ha dilatado nada. Puede tardar horas, ¿sabe?, y poner en peligro la salud de su bebé...

¿Qué mujer podría ser insensible a esa frase? Nadie quiere ver padecer a su bebé y la idea del sufrimiento

fetal —del que ya había oído hablar durante las clases de preparación— le dio temor.

—Pero entonces, ¿qué me aconseja? —preguntó ella.

—Lo mejor sería inducir el parto.

Inducir el parto, es decir, provocar las contracciones artificialmente, mediante la inyección de oxitocina. Eso también lo había memorizado: sabía que dicho procedimiento era muy doloroso. Pidió entonces la epidural. El partero practicante se encargó de la inyección. Llegó con las manos todavía con olor a una mandarina que debió haber estado comiendo. En una mano tenía la bolsa con la aguja. Al abrirla, esta cayó al piso y el partero se apresuró a recogerla y a insertarla en la ampolla con la hormona del parto. Le inyectó la hormona sintética.

Al cabo de unos minutos empezó a sentir la aceleración de las contracciones. Y el dolor. Un dolor fuerte, agudo que la obligó a agarrarse al barrote de la cama. Le pidió a su pareja que fuera por la partera para que le pusieran la epidural. La partera acudió pronto pero hubo que esperar al anestesista de turno, que estaba en su casa. Entretanto, la partera decidió romper artificialmente la bolsa del líquido amniótico. Las contracciones eran cada vez más fuertes y dolorosas. El pánico empezó a invadir su mente. ¿Qué le estaba pasando? ¿Por qué no llegaba el médico? Hasta que por fin llegó. La hizo sentarse, arquear la espalda y la pinchó. Todo esto sin la más mínima empatía. Ella esperaba que la anestesia surtiera efecto. Pero no fue así, las contracciones seguían, cada vez más

intensas. La partera volvió a llamar al anestesista. Este acudió malhumorado.

—Bueno, esto va a ser todo lo que le puedo inyectar. Si no le calma, ¡yo ya no puedo hacer más! —le espetó.

Los dolores nunca disminuyeron y las horas pasaban con demasiada lentitud para ella. El agotamiento se acentuaba con cada minuto. Trataba de soportar el dolor pero este aumentaba cada vez más. Cerca de la media noche empezó a sentir unas punzadas en la zona del recto que le dieron ganas de pujar. En esos momentos deseó bajarse de la camilla e ir a acurrucarse en un rincón de la sala. Aunque trataba de controlarse, se sentía como un animal y se dijo “me siento como una yegua”, aunque nunca había vivido en el campo. El segundo equipo de parteras —más amables que las primeras— le señaló que ya empezaba la expulsión y que iba a tener que respirar y pujar como le habían enseñado en las clases. ¿Enseñado? ¿Cuándo? Solo tenía en mente los modelos de las películas. Trató de imitar lo que había visto pero los dolores eran tales que no atinaba a nada. Las piernas, posadas en los estribos, le temblaban. Tenía sed y estaba exhausta luego de esas ocho horas de sufrimiento.

—Por favor, ¡ya no puedo más! Me siento mal, ¡que me lleven al quirófano y me saquen a esta criatura de mi vientre!

Ni siquiera pudo gritar. Las parteras la animaron. Ya casi era el final. ¡Ya se veía la cabeza! Le preguntaron si quería tocarla y sacarla ella misma. Contestó que no. No

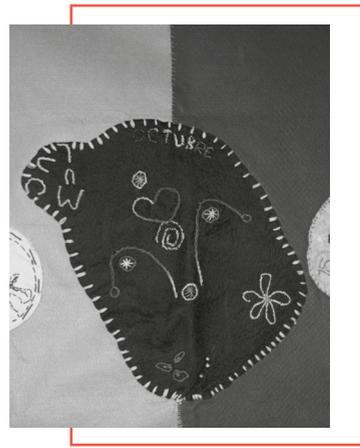
le quedaban ya fuerzas. No respiraba como debía; solo rogaba que terminara su calvario. Sintió un movimiento extraño, una fuerza le desgarró el periné. Era la cabeza de su bebé. La partera cogió a su hija en brazos y se la puso sobre el pecho. Ella sintió un peso ligero, húmedo y cálido. Una sensación muy agradable. La bebé empezó a gemir y a buscar el pezón. Ella la acarició y trató de saber si estaba entera, si no le faltaba nada, aunque no se atrevió a preguntárselo a su pareja. Esa sensación de pequeño bienestar se interrumpió pronto. Le pidieron al papá que cortara el cordón umbilical y le indicaron que iban a coser lo que se había desgarrado. Las punzadas le dolieron mucho y no pudo concentrarse en su bebé, que ya había encontrado el pecho. Se llevaron a la bebé a otra sala para hacerle los primeros “cuidados”. Ella le pidió a su compañero que no dejara a su hija y que acompañara a la partera. Se quedó sola en la sala fría. A lo lejos oía los llantos de su bebé. Le dolía todo. Le dolía el alma. Como un *shock*. Como si una aplanadora le hubiera pasado encima. Tardaría un mes en mirar y tocar su sexo otra vez.

2.

Reflexiones de un enfermero profesional frente a las barreras de acceso al sistema de salud en el Pacífico colombiano durante el embarazo

LUIS MIGUEL HOYOS VERTEL





Reflexiones de un enfermero profesional frente a las barreras de acceso al sistema de salud en el Pacífico colombiano durante el embarazo

Luis Miguel Hoyos Vertel

Decidí reflexionar y compartir las vivencias sobre la situación de accesibilidad a servicios de salud materna que enfrentan las mujeres que viven en las riberas de los ríos Atrato, Baudó, San Juan y del océano Pacífico colombiano, que describí en la investigación de mi tesis de maestría Creencias y prácticas de cuidado cultural de mujeres con morbilidad materna extrema. Dicha investigación fue llevada a cabo en compañía de la profesora Emérita Lucy Muñoz de Rodríguez y del grupo de investigación Cuidado materno perinatal desde la enfermería transcultural, de la Universidad Nacional de Colombia.

Mis inicios como investigador del cuidado de la mujer y mi interés sobre los estudios de género se deben a una experiencia académica en el hospital San Jerónimo de Montería, ciudad intermedia del norte de Colombia, ubicada en la región caribe. En dicha institución descubrí un problema grave de salud pública, como es el bloqueo y la inaccesibilidad a los servicios de salud, y la mortalidad materna, seguido de la injusticia social con la cual se trata

a las mujeres de este país, sobre todo a mujeres indígenas embera-katío procedentes del Alto Sinú y de las selvas del Paramillo, mujeres de bajos recursos económicos, víctimas del conflicto armado y de violencia de género. Desde ahí nació la idea de formarme como magíster en Enfermería Materno Perinatal, como área disciplinar.

Conocí de frente el problema de la morbilidad materna extrema y el de la mortalidad materna en las regiones colombianas de menor acceso a servicios de salud, como la región pacífica, las riberas de los ríos Atrato, Baudó, San Juan, el golfo de Urabá, el Paramillo y la región de Urabá, en el noroccidente de Colombia, donde existen altos índices de pobreza, desempleo, inaccesibilidad a servicios básicos de salud, mayores necesidades básicas insatisfechas y presencia de grupos armados ilegales, violencia y narcotráfico. Este contexto me llevó a realizar múltiples preguntas e indagaciones y a vivir situaciones complejas, como la falta de insumos médicos, de personal de salud capacitado (auxiliares de enfermería, promotores

de salud, médicos rurales, odontólogos, bacteriólogos). Viví en primera persona el bloqueo geográfico para acceder a los servicios de salud: ausencia de ambulancias fluviales, aéreas y de elementos necesarios para realizar mi quehacer como enfermero jefe rural. Este es un servicio social obligatorio que contribuye a la solución de problemas de salud en zonas de difícil acceso a dichos servicios, pero en zonas del país de absoluta pobreza, como las referidas, y a pesar de que nuestro sistema de salud tiene guías de atención, normatividades para garantizar una asistencia continua, oportuna, pertinente, accesible y de calidad a la mujer, muchas de estas solo están en el papel y no se logran las coberturas en atención en salud sexual y reproductiva. Esto lleva a que, en muchos casos, la mortalidad materna no disminuya en regiones de difícil acceso como las referidas, y no se cumpla con las exigencias de la Organización Mundial de la Salud, los Objetivos del Milenio —Objetivo de desarrollo sostenible.

En otras de mis observaciones descubrí la importancia del cuidado cultural y de las creencias que usan las mujeres de muchas regiones apartadas del país, sobre todo en el Chocó y en la región del Pacífico. Ellas tienen sus propias recetas, el uso de hierbas y sus formas de cuidado, consigo mismas y con su hijo por nacer. Esto podría explicar, en parte, la inasistencia a los servicios de salud materna, como los controles prenatales, las valoraciones médicas y por enfermeras, auxiliares y demás profesionales.

En mis observaciones, muchas mujeres no acceden a los servicios de salud materna por falta de cobertura de los servicios de salud y ausencia de profesionales idóneos; ellas

realizan sus propios cuidados basados en el conocimiento cultural y empírico que tienen, que pasa de generación en generación y que es un conocimiento valioso en la práctica profesional de la enfermería transcultural. Me causó gran impacto el conocimiento émico “genérico” que estas mujeres tienen en torno a su cuidado, sus creencias y sus prácticas cuando están enfermas, sobre todo cuando presentan morbilidad materna extrema, es decir, cuando se encuentran enfermas o padecen diabetes gestacional, hipertensión arterial asociada al embarazo, hemorragias obstétricas, parto obstruido o prolongado, necesidades o requerimiento de transfusiones de hemoderivados (sangre), requerimientos de cuidados especializados con unidades de terapia intensiva obstétrica y, o, cuando no pueden acceder a los servicios de salud materna en la región. Las prácticas de cuidado identificadas en las mujeres con morbilidad materna extrema evidencian cuidado profesional (ético) y genérico (émico). Las primeras corresponden a las orientadas por profesionales de la salud, las émicas provienen de su conocimiento ancestral. Se identificaron prácticas culturales que ellas realizan para el cuidado de sí mismas y de su hijo por nacer y que han sido transmitidas por familiares y amigos, como alimentarse de manera adecuada, evitar el consumo de algunos alimentos que consideran perjudiciales, realizar ejercicio físico para mejorar la irrigación y perfusión hística tisular a su hijo, descansar, relajarse y evitar esfuerzo físico con el fin de prevenir abortos espontáneos y partos pretérmino. Las prácticas de cuidado genérico han sido transmitidas de generación en generación; figuran, entre ellas, el uso de hierbas, las recomendaciones de estar

tranquilas, de no exponerse al frío, las precauciones ante el parto, el cambiar de posición ante la presencia de edema, restringir el consumo de agua, líquidos y sodio... Por medio de estas prácticas cuidan su embarazo y a su hijo por nacer.

Durante ocho meses entrevisté a varias mujeres provenientes de diferentes sectores de estas regiones. Estaban hospitalizadas en los servicios de urgencia ginecológica y obstétrica y en la unidad de hospitalización obstétrica del Hospital General de Medellín. Ellas me contaron sus experiencias, y me causaron impacto las historias referidas a la accesibilidad a los servicios de salud materna, el maltrato que se les da en las organizaciones y la desconfianza que tienen frente al sistema de salud y los profesionales que brindan asistencia y cuidados.

A continuación refiero algunas frases expresadas en las entrevistas realizadas a mujeres con morbilidad materna extrema, consultantes en el Hospital General de Medellín:

“No hay centro de salud en la vereda, ni enfermeras; nadie nos atiende allá en el pueblo y menos en la vereda, ahora estoy enferma.”

Participante que vive en una de las riberas del río Atrato, a seis horas en lancha río abajo del municipio de Vigía del Fuerte, Antioquia, hospitalizada en el Hospital General de Medellín por trastorno de hipertensión asociado al embarazo.

“El hospital es lejos, eso queda allá en Solano y

a veces no hay ni para la comida, mucho menos para la lancha hasta allá. Yo mejor me cuido acá sola y cuanto más, llamo a una partera.”

Participante que vive en la costa pacífica, a cinco horas en lancha del municipio de Bahía Solano. Optó por su autocuidado, pero presentó parto prolongado y requirió traslado a un hospital de tercer nivel¹.

“La enfermera me dijo que no había material para la muestra de orina. Fui a perder mi plata, después me puse toda inflamada, como hinchada. Me tocó irme para Quibdó y allá me mandaron para acá [Medellín] y ahora tengo preclamsia.” Participante que consultó en el Hospital de Quibdó y vive en las riberas del río Atrato, a cuatro horas en lancha. Se hizo un examen citoquímico –proteínuria–, pero fue hospitalizada por un trastorno hipertensivo asociado al embarazo.

“El centro de salud no tiene mayores cosas para atender, por eso no voy allá. Además, es lejos, allá nunca hay nada, la atienden muy mal a una.”

Participante de la vereda Jurubirá, a dos horas en lancha de Nuquí. Fue hospitalizada por retraso en el crecimiento intrauterino por no

¹ Hospital de mayor complejidad de la atención médica y de enfermería, que cuenta con especialidades médicas, enfermeras con posgrado y ayudas diagnósticas de mayor complejidad.

acceder a controles prenatales y por falta de consumo de micronutrientes.

“El hospital está a tres horas de camino y voy en lancha por los caños, pero cuando estamos en invierno. En verano es como difícil, porque solo podemos salir en bestia (animal que puede ser caballo, mula, burro o yegua), y ahora con este verano casi no salgo. Me mandaron porque estas piernas las tengo supermalucas.”

Participante de una vereda a dos horas en lancha, por caños y ciénagas de Murindó. No accedió a controles prenatales y presentó preeclampsia.

“No hay parteras o enfermeras en la zona, uno allá pare sola, ahora no sé cómo voy a hacer cuando regrese allá.”

Participante de Vigía del Fuerte.

“Me vine para acá [Medellín] porque no hay ginecólogo en el pueblo, me vine en avioneta porque la vía está horrible, y eso porque la EPS² no me mandaba; el médico del pueblo me dijo que me fuera rápido para Quibdó, porque el niño está muy grande, tengo el azúcar alto.”

Participante de Itsmina que presentó macrocefalia por diabetes gestacional. Nunca

² Póliza de seguros de salud.

Conclusiones

Las anteriores experiencias y afirmaciones frente a la atención en salud materna del sistema sanitario en regiones tan pobres de Antioquia y Chocó reflejan la injusticia social que viven miles de mujeres en regiones similares y apartadas de Colombia. Muestran que la atención en el programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo (control prenatal) es deficiente. Según el Instituto Nacional de Salud, los factores determinantes en salud que influyen en una mujer para desarrollar morbilidad materna extrema y, o, mortalidad materna, pueden estar relacionados con el contexto social, cultural, y entre ellos se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar, y los relativos a su estado de salud, así como el acceso y calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar.

Es pertinente desarrollar mejores estrategias en la política en salud materna, con el fin de garantizar una cobertura total en salud, sobre todo en las zonas de difícil acceso geográfico, como el departamento del Chocó, el Pacífico colombiano y regiones del occidente antioqueño, teniendo en cuenta los principios de continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad del Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, fortaleciendo así el sistema de salud, para asegurar un acceso a cuidados obstétricos esenciales y efectivos, incluida la atención calificada y cualificada de la mujer en planificación familiar, control prenatal, parto y del recién nacido.



Referencias

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. *Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública*. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Mortalidad Materna. 2014.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015*, 2015.

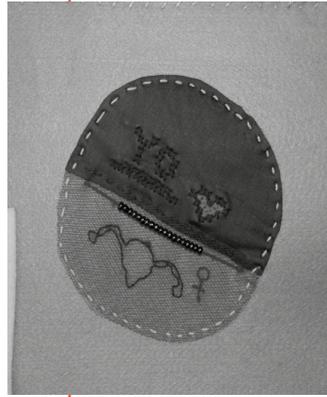
Reyes, I.; Villar, A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2012; 58(4):273-284.

3.

Parir en el Brasil de hoy. Comentarios a la película brasileña "El renacer del parto 3" de Eduardo Chauvet

ROSA MARÍA CARNEIRO





Parir en el Brasil de hoy.
Comentarios a
la película brasileña
"El renacer del parto 3"
de Eduardo Chauvet

Rosa María Carneiro

"En el momento que nació mi hijo, no me emocioné, sentí un abandono": así se desahoga una de las mujeres que protagoniza el documental brasileño *El renacer del parto 3*.¹ ¿No es curioso que una mujer se sienta sola, justamente cuando trae al mundo una persona más, o sea, cuando participa activamente de una suma? Más aún cuando Brasil sobrepasa con el récord mundial en número de cesáreas, con casi el 90 % en la red de clínicas privadas y el 52 % en la red pública de salud (Fiocruz, 2016).

En este artículo propongo una reflexión sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres brasileñas a partir de la asistencia al parto. Partiré de las imágenes, diálogos y registros de un documental que llegó recientemente a las pantallas de cine en Brasil (en septiembre de 2018). La película es la última de la trilogía *El renacer del parto*, del

director ya mencionado. La primera de estas películas fue lanzada en 2013 e impactó por su originalidad, novedad y por el debate con respecto al futuro de la humanidad, que nace de forma tan violenta. Es violenta porque allí vemos intervenciones médicas y farmacológicas que generan más malestar que bienestar, tales como cortar los vellos de las mujeres, hacerles limpieza del intestino, darles hormonas sintéticas que les traen un dolor insoportable, negarles analgésicos, cortarles el perineo o hacerles cesáreas innecesarias. Las mujeres paren solas y son separadas de sus bebés. Los bebés también son manipulados con violencia, los bañan, les dan vacunas y vitaminas, les ponen colirios no siempre necesarios. Provista de una estética cautivante, la película contagió y movilizó a muchas gestantes y parejas que estaban a punto de parir. La segunda película, lanzada en 2017, se refirió a la violencia institucional. Mostraba escenas violentas de asistencia al parto, que no paraban de repetirse durante

el largometraje. Retrata el duro universo de los hospitales brasileños, la falta de respeto a las mujeres y a los partos naturales, considerados un tabú (como los gemelares y los pélvicos), que bien podrían tener otro tipo de asistencia y no solo una cirugía. La tercera película, sobre la cual escribo aquí, recorre el mundo reuniendo las diferentes experiencias de asistencia al parto humanizadas, como en Holanda, Nueva Zelanda e Inglaterra, así como los servicios e iniciativas que en Brasil hacen la diferencia. Pretendo detenerme más en esta última, ya que nos habilita a pensar sobre la salud sexual y reproductiva en la actualidad. Pero no dejaré de ir y venir por las otras obras de la trilogía.

En las primeras escenas aparece una mujer acostada en la camilla con muchos profesionales alrededor. Todos son hombres. Ella está con las piernas abiertas y angustiada. Nadie la escucha. El médico empuja hacia abajo la barriga de la mujer, forzando para abajo, en sentido de la pelvis. La parturienta trata de colocar la mano en su vulva para recibir la cabeza del niño y en seguida le dicen: "¡No, no! ¡Vas a contaminar el campo!". De forma rápida retiran al bebé y lo empiezan a manosear de allá para acá. Los hombres que brindan asistencia empiezan a reírse entre ellos. Dicen: "Cuidemos esto, ¡que no se vaya a arruinar el parque de diversiones del marido!". Mientras, como respuesta al llanto del bebé, otro médico exclama: "¡Ay, ay, ay! ¡Pero cómo cantas, bebé! ¿Te imaginas qué noche?", y sigue riéndose. Es una escena de terror, repetida durante los 73 minutos a lo largo de la película.

En una sola escena presenciamos una maniobra de Kristeller,² considerada extremadamente invasiva. Le impiden a la parturienta tocar a su hijo, como si fuera impura o estuviera contaminada. Vale destacar que no le muestran a su hijo y que la mayor preocupación del equipo médico es la de suturar el perineo (músculatura vaginal) para que no interfiera en lo que ellos entienden como satisfacción sexual del marido (los "puntos del marido", como se le llama coloquialmente). Por su parte, el bebé es tratado como si fuera un incómodo, no hay contacto piel a piel y tampoco mama inmediatamente. La mujer permanece en la camilla, ajena a todo lo que sucede con su cuerpo, con su hijo y a su alrededor. La escena nos sugiere la violencia de género que existe en el escenario de la asistencia al parto y la violación de los derechos humanos de las mujeres. Los hombres que prestan asistencia dicen cómo debe ser y cómo deben funcionar los cuerpos femeninos. Las mujeres están en condiciones subalternas: aparecen como enfermeras auxiliares y no dicen nada. La preocupación no es la vida sexual de la mujer, sino de la los hombres. La escena se repite y es un ejemplo de todo lo que ha sido combatido por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1985 y 2018) y por la ley de violencia obstétrica en Brasil en la práctica de la asistencia al parto (proyecto de ley 7867/2017), a saber: el contacto de la madre con su bebé debe ser lo más rápido posible; la mujer tiene el derecho de elegir la posición en

² En esta maniobra se empuja con los puños o el antebrazo la parte superior del útero, coincidiendo con la contracción y el empuje de la madre. Pero hoy es considerada violenta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹ *O renascimento do parto 3*, Diretor Eduardo Chauvet, 2018.

la que se sienta más comfortable para parir; el bebé tiene que mamar y el cordón umbilical debe cortarse lo más tardíamente posible. Lo que vemos en el documental es lo contrario de lo que se prevé en esos documentos.

Por un lado, una mujer relata su abandono, y por otro, vemos a los bebés separados de sus madres precozmente. Las mujeres son des apropiadas de sus cuerpos, así como de la relación materna de los primeros minutos de vida de sus hijos. Entre las adherentes del llamado “Movimiento del parto humanizado” en Brasil, se tiene la costumbre de decir que las mujeres son víctimas del “Efecto cascada” dentro de los hospitales. Son estos: imposición de la oxitocina (para acelerar las contracciones del útero), lavado intestinal (para evitar que la mujer defaque en el trabajo de parto), tricotomía (depilación del vello púbico), ruptura artificial de la bolsa de agua, anestesia peridural y, por último, cirugía abdominal (cesárea). En una escena de la película, mujeres de diferentes ciudades del país sostienen carteles que muestran las “razones” por las que las mandaron a una cesárea indeseada: baja estatura, glaucoma, edad materna, infección urinaria, herpes, bebé grande, bebé muy pequeño, miopía, entre tantas otras excusas para hacer la cirugía. Existe un estudio reciente (Victoria, 2018), que deja en evidencia los impactos del nacimiento precoz en los niños de Brasil. Según este epidemiólogo, ha aumentado, y mucho, la morbilidad entre los niños, que padecen más enfermedades crónicas como obesidad y problemas respiratorios. En las mujeres, se sabe que la cesárea aumenta los riesgos de una hemorragia, muerte materna e hipertensión. En

ese sentido, es una cirugía de mediano porte y cierta complejidad, que salva vidas, pero que viene siendo cada vez más banalizada entre los profesionales de la salud y los médicos brasileños. Está ligada al discurso que surgió en los años ochenta, junto con la noción de tecnología, como forma de progreso y seguridad. En este período, poco a poco, la cesárea pasó a ser considerada “segura, rápida e indolora”. Es verdad, no obstante, que ese discurso tiene un color y una clase social, ya que entre las mujeres pobres, de los suburbios, y entre las mujeres negras, la regla es el parto vaginal, violento (moralmente) y solitario, sin ningún soporte emocional (Corossacz, 2009).

Ahora bien, junto a este escenario de violencia existen movimientos de resistencia. Sobre estos trata la tercera película. Así, mientras la segunda nos llevó por los senderos de la violencia institucional dentro de los hospitales, la tercera recorre el mundo, y Brasil, mostrándonos las prácticas diferenciadas de lo que se considera un parto humanizado. Estas son: las que rigen los deseos de la gestante y las que realizan el mínimo de intervenciones medicamentosas y farmacológicas posibles. Por ser más esperanzadora y optimista, resulta, tal vez, más fácil de ver que la anterior.

Allí se observa que en Holanda, las *midwives*, o parteras diplomadas por las universidades, forman parte del sistema de salud y acompañan a las mujeres en sus casas. Según la película, en este país hay un alto índice de partos naturales. De la misma manera, la película nos cuenta que en Nueva Zelanda existe una asociación de parteras que

brindan asistencia en centros de partos naturales, como también en el Sistema Nacional Inglés de Salud (SNIS), donde las mujeres pueden escoger parir en casa o en los centros de parto naturales, como se dio con la princesa inglesa Kate Middleton en sus dos primeros partos. En Brasil no existen centros de partos naturales, apenas algunas pocas Casas de Parto, conectadas al sistema público de salud, como la de Realengo en Río de Janeiro, Monte Azul en São Paulo, Casa de Parto de São Sebastião en Brasilia y, de cierta forma, el Hospital Sofía Feldman en Belo Horizonte. El lugar del nacimiento, por excelencia, en Brasil, es el hospital. Pero la película se dedica a explorar esos lugares, a describirlos como el “Sistema Único de Salud (SUS) que acierta”, en conjunto con el movimiento de mujeres y de profesionales de salud (médicos, obstetras, enfermeras obstetras y parteras) que definitivamente hacen la diferencia. La película se detiene en quienes, por esto mismo, son perseguidos, como es el caso del doctor Jorge Kuhn, obstetra paulista cuya licencia médica casi fue anulada en 2012 e impedido de atender partos, por haber afirmado en la televisión que un parto de bajo riesgo podría tranquilamente suceder en las casas de las mujeres. El documental muestra también al movimiento de mujeres alrededor de la “Marcha por el parto en casa”, realizada en todo el país en 2012 en defensa del referido médico, en la que se movilizaron millares y millares de parejas y mujeres, madres y gestantes.

Existe todo un movimiento para que los bebés tengan también garantizados sus derechos, para que sean de sus madres y padres, y no de “la institución”, como bien

anota Ana Paula Caldas, neonatóloga que aparece en toda la trilogía —como madre y como médica—. En la película, los bebés son excesivamente manoseados, los bañan, los refriegan y sufren intervenciones innecesarias, como la aplicación del nitrato de plata para la gonorrea y la sífilis, cuando ni siquiera pasaron por el canal de parto de sus madres. O sea, la repetición de una práctica obsoleta e innecesaria. Para evitar este tipo de situaciones, las mujeres brasileñas deben luchar e interferir en la producción del cuidado con los bebés (Martin, 2006). No es suficiente parir: tienen, además, que resistir.

Puesto de esta forma, se ve que un cuerpo embarazado o un cuerpo “dos en uno” (Héritier, 2008), que puede ser dos personas en un solo cuerpo durante el embarazo, lo cual es una particularidad de las mujeres, ha sido abruptamente separado, distanciado y drásticamente aislado. Las mujeres se sienten solas y a los bebés, al nacer, los ponen bien lejos de sus madres. Van Genep (1976) escribió mucho sobre los ritos de paso, los que instituyen nuevas condiciones y situaciones sociales. El rito del parto es uno de esos rituales, que insertan al niño en la vida social y hacen a la mujer una madre, progresivamente. Tal vez, por eso, su dimensión temporal nos sea tan importante. Tal vez, por eso, se llama “trabajo” de parto. Pero eso no ha sido observado. Ha sido, en realidad, abreviado y anticipado, proporcionando sentimientos de depresión, tristeza y desorientación entre las mujeres que, al no poder vivenciar su trabajo de parto y el ritual, se sienten perdidas con los niños repentinamente en sus brazos. Este rito, en especial, viene perdiendo fuerza y,

con él, toda la trama de significados que lleva, como la de la figura materna, paterna y así sucesivamente. Pensada de esa forma, la violencia contra las mujeres y los bebés no es solo física; es, sobre todo, emocional. Tal vez por eso, cuando la película se concentra en la práctica de la Casa Angela o Monte Azul, una de estas casas de parto alternativo, la palabra que más se escucha por parte de las mujeres es “amor”. “Aquí hay mucho amor”. Es un amor que salta a la vista, es un amor opuesto a la dureza y a la violencia.

Esta trilogía ha sido un motor para que pensemos, de un modo más amplio, sobre la realidad de la asistencia al parto en Brasil. Toda la trilogía *El renacer del parto*, y en especial el último episodio aquí considerado, tiene el poder de destacar las experiencias que han funcionado entre nosotros, y que deben ser ampliadas en términos de números y de diversidad de mujeres a las que les pueden llegar en Brasil.



Referencias

Carneiro, Rosamaria. *Escenas de parto y políticas del cuerpo*. RJ: Fiocruz, 2015.

Corossacz, Valeria. *El cuerpo de la nación*. RJ: Editora UFRJ, 2009.

Héritier, Françoise. *Femenino y masculino*. SP: Instituto Piaget, 2008.

Martin, Emily. *La mujer en el cuerpo*. RJ: Garamond, 2006.

Leal, Maria do Carmo; Gama, Silvana Granado Nogueira da. Birth in Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014 . [citado 12 maio 2015]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>.

Van Gennep, Arnold. *Los ritos de paso*. 2. ed., Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, (1976) 2011.

Referencias audiovisuales

Nacimiento Renacido 3. Dirección de Eduardo Chauvet. Brasil, Más allá de la mirada, 2018 1 DVD (73 min).

4.

Permitir que te golpeen: violencia ginecobstétrica, silenciosa y sistemática

LAURA VICTORIA JARAMILLO





Permitir que te golpeen:
violencia ginecobstétrica,
silenciosa y sistemática

Laura Victoria Jaramillo

“¿Y no hiciste nada?”, me preguntan las personas a quienes cuento sobre mi cirugía y coinciden conmigo sobre la forma en la que el personal médico procedió. No, no hice nada, en ese momento pensé que lo había hecho todo, incluso creí haber ganado una pequeña batalla, después de días de impotencia y rabia.

Fue un 28 de diciembre, época de festividades, excentricidades y abundancia en una ciudad como Medellín, considerada una de las principales en el país y que por época de fin de año, recibe un número considerable de turistas por el alumbrado público instalado en calles y parques, y que hasta hace un par de años bordeaba el río Medellín, que atraviesa la ciudad de sur a norte. Un día aparentemente feliz en el que ligarían mis trompas, después de lograr que me autorizaran este procedimiento quirúrgico siendo una mujer sin hijos, de 25 años.

Llegué a la hora citada. Era la segunda vez que me dirigía a esta clínica, pero en esta oportunidad ya no encontré

una fila de mujeres como aquel domingo; esta vez habían programado mi cirugía un lunes y el movimiento parecía cotidiano: pacientes de un lado a otro, órdenes por autorizar y personas que esperaban visitar sus parientes.

Me acerqué a la taquilla y la mujer que me atendió parecía conocerme, pidió mi cédula y la orden médica que autorizaba la cirugía, y me dijo: “¿Usted es la que no tiene hijos, cierto?”. Respondí de manera afirmativa, como si fuese el mayor logro de mi vida. Ella me indicó que esperara, que en breve me llamarían para ingresar a cirugía. Sonreí y sentí que les ganaba.

Unos días antes, en cambio, me sentí derrotada, llena de impotencia y dolor, puesto que después de esperar mi turno para la cirugía, fui apartada e interpelada por el cirujano de turno, que se negó a operarme pues tenía la certeza de que más tarde me arrepentiría de mi decisión. Esta certeza legitima un sistema patriarcal que se empeña en instaurar que nuestra mayor contribución

con el mundo es parir hijos e hijas.

Llegué temprano aquel domingo. Me encontré con la sorpresa de una fila de mujeres preparadas para esterilizarse y no tener más hijos; la mayoría de quienes estaban allí ya eran madres; recuerdo una chica de 24 años delante de mí, que tenía 3 hijos y no podía tener más; me contó que por eso había tomado la decisión de operarse. “¿Y tú, cuántos hijos tienes?”. “Ninguno”, le dije. Su mirada fue de sorpresa y aunque prefirió no preguntar sobre mis argumentos, entendí que me creía loca.

Ella, las mujeres de la taquilla y, por supuesto, el cirujano que se negó a operarme, también lo creían. “Espere aquí, por favor, debemos llamar al médico para que hable con usted, normalmente no operamos mujeres sin hijos”, me dijo la joven en taquilla.

Minutos después salió el médico, me preguntó en repetidas ocasiones si estaba segura de mi decisión y si sabía que no tenía vuelta atrás; no bastaron mis argumentos y la decisión que libremente tomaba. Él se negó y me dijo que solo me operaría después de que hubiese consultado con un psicólogo.

No podía creerlo y ante tal frustración no tuve más que sentarme a llorar en una cafetería contigua a la clínica. Pasé de la incredulidad a la certidumbre en minutos, me negaba a reconocer el poder que tenía este hombre en este momento sobre mi vida, sobre mi decisión. Las preguntas disparaban por dentro: ¿cómo es posible que él lo determine? ¿Acaso no importan mis palabras, mi deseo?

¿Quién decide sobre mi cuerpo, sobre los cuerpos de tantas mujeres? ¿A cuántas como yo les ha pasado esto?

Ante este panorama y creyendo en la posibilidad de resistir a la imposición de ser madre, tomé la decisión de no parar hasta conseguir que me operaran. Ese día, más tarde, puse una queja ante la Superintendencia de Salud, entidad nacional que tiene como tarea la vigilancia y control de la prestación de los servicios de salud, es decir, que debe velar porque se garanticen los derechos en materia de salud de los ciudadanos y ciudadanas.

Fue un procedimiento sencillo a través de la plataforma de la Superintendencia. Argumenté que se me negó el derecho a decidir sobre mi cuerpo, y que si bien los médicos tienen el derecho a la objeción de conciencia, es decir, a negarse a realizar algún procedimiento aludiendo motivos personales, éticos o religiosos, este derecho no es colectivo y, por ende, la EPS¹ debía garantizar que la institución prestara el servicio a través de alguno de sus profesionales.

Recibí un código que certificaba mi queja, solo quedaba esperar una respuesta. Aproximadamente una semana después recibí una llamada de la EPS, en la cual me programaban una nueva fecha para operarme en la misma clínica donde ya me habían devuelto.

¹ EPS es la sigla de Entidades Promotoras de Salud, es decir, de las empresas que administran el servicio de salud. En Colombia, la salud es un servicio cada vez más privatizado.

Como en la primera oportunidad, el médico pidió hablar conmigo. No era el mismo cirujano; según me dijo, era el único médico de la clínica que aceptaba operarme. No supe si agradecerle o indignarme ante tal situación. Me explicó que haría la cirugía, pero que no la realizaría a través del procedimiento quirúrgico habitual, en el que hacen una minúscula incisión por el ombligo, sino que la mía sería similar a las cesáreas, en el abdomen bajo, pero un poco más pequeña.

En ese momento solo tenía por objetivo operarme y no dimensioné lo que significaba lo que me decía este cirujano.

Ingresé a cirugía; tenía una bata azul claro y me preparaban para el procedimiento. Estaba sentada con medicamento a través de vía intravenosa, y sentía que las enfermeras y el personal médico presente me cuestionaban con las miradas. “Hola, seré tu anesthesiólogo. ¿Sabes que esta cirugía es irreversible?”. “Sí, lo sé”, le contesté.

Pasé al quirófano y antes de inyectar la anestesia epidural el médico volvía a preguntarme si estaba segura. Según mi historia clínica, la cirugía duró 30 minutos y no tuvo complicaciones. En ella retiraron el dispositivo intrauterino que tenía hace dos años para planificar —la T de cobre—, y mi útero, trompas y ovarios se veían sanos.

Desperté muy mareada, con náuseas y mucho frío. La enfermera llamó a mi acompañante para que una vez me sintiera mejor, pudiésemos salir. Demoramos poco para retirarnos. Aunque impactada físicamente, me sentía muy

feliz pues lo había logrado.

El acompañamiento en casa por parte de mis amadas fue excepcional; además de respetar mi decisión, me ayudaban con los cuidados. Fueron un par de días molestos, el dolor de cabeza aparentemente fue el mayor efecto de la anestesia en mi cuerpo. Pasé las festividades de fin de año en un cuarto evitando la luz, tratando de sentirme mejor y recuperarme pronto.

Los días pasaron y mi mejoría física fue evidente. Los 15 días de incapacidad pasaron sin contratiempos; sin embargo, en medio de conversaciones con personas cercanas, me hacía algunas preguntas frente a lo sucedido.

¿Fue intencional programar la cirugía un 28 de diciembre? ¿Por qué solo en el momento del ingreso a cirugía me informan sobre la clase de procedimiento posible? ¿Por qué realizarme un procedimiento a través de incisión en el abdomen, cuando en mujeres sin hijos se busca lo menos invasivo posible?

Doy mis propias respuestas y concluyo que las barreras para las mujeres no son solo físicas, son culturales y simbólicas. Se hacen evidentes en el trato cotidiano, en las palabras, las miradas y el contacto con los otros y otras. En este caso, creo que hicieron lo posible por hacerme cambiar de opinión. La fecha, el procedimiento, la interpelación constante hasta el último minuto en el quirófano y, finalmente, quedó en mí una marca física que representa más que eso.

Nací en una familia “convencional”, padre, madre y hermana; pasé mi educación primaria y secundaria entre monjas y curas. Se esperaba de mí una mujer aplicada, según la norma social, es decir, profesional, con aspiraciones de tener hijos e hijas y un esposo con el cual conformar una linda familia.

La cicatriz encarna física y simbólicamente el poder del médico sobre mi territorio, por haber infringido la norma, por decidir no reproducirme, en un sistema que nos concibe como cuerpos jóvenes, heterosexuales y disponibles para la procreación.

Hoy tengo 28 años, solo han transcurrido tres años y las preguntas en cada conversación sobre maternidad, infaltable en épocas en las que te acercas a los 30 y “te va dejando el tren”, salen nuevamente a la luz.

“Debiste denunciarlo”, “debiste quejarte de nuevo por lo que te hicieron”, son algunos comentarios de algunas amigas sororas, que ven en lo ocurrido un ejercicio de poder mal intencionado. Pero no, no hice más nada, más que conservar y seguir dándoles fuerza a mis respuestas.

Gracias a estas amistades, cada día hay más preguntas y también la fuerza vital para defender el derecho a la autodeterminación y la libertad sobre nuestro cuerpo.

A fin de cuentas, nos quedan las conversaciones entre nosotras, que nos hacen conscientes, que nos invitan a reconquistar nuestro útero, nuestro cuerpo, nuestra palabra, que debe replicarse y hacerse fuerte en un sistema que infantiliza nuestra capacidad para tomar decisiones, a la vez que nos responsabiliza de una maternidad perfecta.

INTERMEDIO 1./

EL CORO DE LAS MUJERES

(EXTRACTO)

MARTIN WINCKLER

*Le chœur des femmes, de Martin Winckler*¹

Extractos

Mi problema era que el decano me había impuesto pasar los seis últimos meses de mi quinto año de internado —la “puerta de oro”, había añadido con una gran sonrisa que se suponía me iba a dar valor— en la sección de ese tipo, bajo su responsabilidad y eso me sacaba de quicio. Yo no tenía nada que ver con el doctor Franz Karma, con su séquito de mujeres ni con sus preocupaciones existenciales. Yo no tenía nada que ver con eso. Además, ya había tenido que pasar en dos oportunidades seis meses en la sala de partos, lo que me hastiaba, porque Collineau, el médico jefe, prefería la haptonomía a la cesárea y se excusaba lloriqueando cada vez que debía hacerle una episiotomía a una paciente que de todas maneras no sentiría nada cuando le diera el tijeretazo y que, además, se alegraría de que el parto se acelerara y de que su crío saliera con los cachetes rosaditos, en lugar de violáceos y con el cordón umbilical enredado en el cuello, por estar esperando a que el Señor Médico Jefe, según su leal saber y entender, decidiera si las patadas que sentía cuando hacía la palpación en el abdomen querían realmente decir: “No tengo afán de salir del vientre de mi mamá, afuera hace frío”, en vez de: “¡Sáquenme de aquí, carajo! ¡Si sigo cocinándome en este hueco, me voy a morir o voy a quedar idiota!”. En verdad,

yo había tenido ya mi dosis de médicos *New Age* y de pacientes chilletas, estaba hasta la coronilla de tener que disculparme cuando les hacía abrir las piernas para sacar *delicadamente* a culicagados viscosos chillando y recibía la placenta en toda la cara. Tenía ganas de utilizar mis manos para otras cosas. (Pág 10).

(...)

Entonces, con el doctor Franz Karma, médico jefe encargado de la unidad 77, “Ginecología”, yo no tenía nada en común. En ese tipo y en su unidad no había nada que me interesara. El problema era que yo no tenía opción: todo interno que esperara consagrarse a la cirugía ginecológica tenía que pasar al menos doce meses en sala de partos (en donde, hay que reconocerlo, de todas maneras había aprendido a realizar una cesárea como Dios manda, y en tres ocasiones —yo había tenido suerte, porque no se ve con frecuencia— una histerectomía hemostática de urgencia a mujeres que se habían puesto a orinar sangre después de haber expulsado su mocosito) y —esto era menos divertido— había pasado seis meses más en una unidad estrictamente médica. Oficialmente, para “aprender a establecer contacto con los pacientes y afrontar situaciones clínicas corrientes en atención primaria”.

Por más que le explicara a Collineau que los contactos no me interesaban, cogerle la mano a alguien, no, ese no era mi estilo, y que la atención primaria no era mi campo favorito —yo me sentía bien solamente con los separadores, un escalpelo o un láser, con tijeras, aguja e hilo, resumiendo: con algo sólido entre los dedos—, él me

había respondido que era el reglamento y —mirándome por encima del hombro— que si no lo hacía, pues que cambiara de especialidad. Me exasperaba tener que ir a perder el tiempo con este Karma. Pero lo que se comentaba de él me importaba un pepino y me decía que, de todas maneras, podría hacer guardias suplementarias, para lograr escaparme cada vez que pudiera. De ninguna manera quería abandonar la práctica. Lo último que quería era perder mi habilidad manual. (Pág 11).

(...)

De pie en el corredor desierto, la cabeza ocupada con todas estas reflexiones, el morral al hombro, la bata en el brazo, sacudí la cabeza y apreté los dientes de cólera y de frustración. Lo que se hace en este servicio está en los antípodas de lo que me interesa y de lo que he hecho hasta ahora. Y yo no escogí estar aquí. Las circunstancias me obligaron...

Vacilo. Consulto el reloj. Si llego tarde, no es como en el bloque, nadie se va a morir. Podría ir a tomar un café con los compañeros, arriba... Pero finalmente hago una profunda inhalación y me digo que tengo que ir. Estiro la cabeza para que ya no haya equívoco, hago *el internado*, no soy cualquier mariquita externo todavía con acné. Levanto la cabeza lo más que puedo y atravieso el corredor, tratando, durante los cuarenta y cinco segundos que me separan de la puerta, de acordarme de todo lo que sé de la fisiología del ciclo, de la ovulación, de las reglas, de todas esas vainas de las mujeres que en realidad me importan un pepino, pero de las que probablemente voy

a escuchar hablar hasta la náusea. ¡Ugg!

Al fondo del corredor, la puerta de vidrieras, de dos batientes, no está completamente cerrada. Un rayo de luz triangular se proyecta sobre el revestimiento de suelo plastificado. A través de uno de los vidrios traslúcidos, percibo una silueta como en sombras chinescas y me detengo.

Porque de pronto me entró miedo.

Miedo de no saber y de no saber qué hacer. Miedo de no saber cómo actuar. Miedo de no saber hacer correctamente lo que tengo que hacer.

Miedo de no poder hacerle frente.

Miedo de no estar a la altura.

Aprendí muchísimas cosas durante todos estos años, y de pronto, ya no sabía qué me quedaba. ¿Seré capaz de acordarme? *¿Todo eso me servirá para algo?*

Me quedé ahí mirando la puerta y cuando la silueta en sombra chinesca comenzó a moverse, de pronto, súbitamente, recuperé mi seguridad.

Me veo empujando la puerta y entrando. (Pág 13).

1 Traducido por Jaime González Cabra.

ABORTO Y ANTICONCEPCIÓN

5. La historia ordinaria y silenciada de un aborto clandestino en una gran ciudad de América Latina 52-57
VIRGINIE ROZÉE
6. Anticoncepción forzada en el sistema de salud pública mexicano 58-67
MOUNIA EL KOTNI
7. Historias de embarazo en las mujeres adolescentes indígenas del territorio de San Lorenzo: camino al hospital 68-77
SARA ORTIZ, LINA ALEJANDRA RESTREPO, ÁNGELA YURANI RAMÍREZ, COLECTIVO NEPONO BANIA
8. Aborto no campo dos direitos sexuais e reprodutivos na Latinoamerica: um debate racializado 78-85
FERNANDA MARCELA TORRENTES GOMES Y LUCIANA PATRICIA ZUCCO

5.

La historia ordinaria y silenciada de un aborto clandestino en una gran ciudad de América Latina

VIRGINIE ROZÉE





La historia ordinaria
y silenciada de un
aborto clandestino en
una gran ciudad
de América Latina

VIRGINIE ROZÉE

Esta es la historia de Manuela (joven estudiante en una universidad privada de la capital) y de Andrew (joven británico que hace su pasantía de máster en Bolivia).¹ Sucedió en el año 2006. No era una relación estable ni amorosa, pero Manuela y Andrew pasaban buen tiempo juntos desde hacía algunas semanas.

Un viernes, tres días antes del regreso definitivo de Andrew a su país, Manuela llegó con una prueba de embarazo positivo. Se confirmó la situación al día siguiente con la prueba de sangre. Los dos quedaron desesperados, abatidos por la noticia, como si el mundo se hubiera derrumbado bajo sus pies. Demasiado jóvenes para asumir un embarazo, y no suficientemente enamorados para comprometerse en una relación familiar.

Era una certitud: ambos estaban de acuerdo en interrumpir

el embarazo. Pero, ¿adónde ir? El aborto en Bolivia era ilegal, como lo sigue siendo en la mayoría de los países de América Latina, excepto en caso de violación o de riesgo para la mujer. Un accidente no puede legalmente justificar un aborto, aunque un embarazo ocurre a veces después de relaciones sexuales protegidas: el método puede estar mal utilizado o ser inadecuado por falta de información (Bajos *et al.*, 2003). No se sabe si Manuela y Andrew habían usado algún método anticonceptivo.

Gracias a *amig@s*, se enteraron de un centro médico que les podría ayudar. Pero para no exponerlos a riesgos penales, *l@s amig@s* decidieron ir a este centro sin ellos. Una mujer joven los recibió. Empezaron a explicarle que venían por un tema muy delicado: una amiga había quedado embarazada y no quería seguir con este embarazo. La mujer explicó, retomando sus palabras, que era un tema muy delicado, y que lo mejor era regresar con ella el lunes “para hablar, para charlar un poco” y para encontrar una solución. Antes no se podía hacer nada

porque no había atención médica el fin de semana. Nunca la palabra “aborto” fue mencionada...

Como la pareja deseaba encontrar una solución antes del lunes, llamaron a un médico que conocían y en el cual confiaban, que les dio el contacto del doctor F. Por teléfono, el doctor F le dio una cita a Manuela en su consultorio para el mismo día, sin más detalles.

El doctor F. recibió a Manuela, quien había asistido con una amiga, de manera muy fría, con apenas un saludo. Solicitó información sobre ella y sobre el embarazo. Manuela explicó que el embarazo había ocurrido con un hombre que no era su novio, que era extranjero y que tenía que volver a su país. La conversación se hacía con grandes silencios. El doctor F explicó que iba a solucionar “eso” con un AMEU (aspiración manual endouterina), en una clínica con la cual trabajaba, y bajo anestesia general. Existían, en esos años, dos técnicas biomédicas para abortar en los primeros meses de embarazo: la aspiración manual endouterina (la más usada) y el legrado uterino instrumental (LUI). Hoy, la venta libre en farmacias del misoprostol facilita recurrir al aborto (Rozée *et al.*, 2016). Este medicamento, al inicio comercializado para las úlceras estomacales, tiene propiedad abortiva (Ariilha & Babosa, 1993). El doctor F optó por una AMEU porque, según él, era menos doloroso. Declaró que no lo había hecho muchas veces, que había tenido alrededor de 10-15 casos (como para asegurarse de que no era un “abortero profesional”), pero insistió sobre el hecho de que dominaba la técnica.

Tendría que hacerse en un fin de semana para asegurar la discreción. Como Manuela quería solucionar eso rápidamente, la cita fue tomada para el día siguiente, domingo. El doctor F llamó al anesthesiólogo y enseguida a la clínica para reservar la sala de operación. De nuevo, la palabra “aborto” no fue mencionada... Anotó la dirección de la clínica en un papel. Y de repente: “Hablemos de precio ahora. Yo pido 200 dólares. Van a encontrar más barato, y van a encontrar más caro... ¡Yo pido 200 dólares!”. Su tono de voz era categórico, sin negociación posible. Antes de ir, el doctor F revisó a Manuela, en dos minutos, atrás de una cortina (hasta ahí, no tenía prueba del embarazo) y también le dio una cita para el lunes, para controlar que todo hubiera transcurrido correctamente.

Manuela estaba convencida de ir con este doctor, porque era rápido y porque todo sería arreglado pronto. Sin embargo, para confirmar que se podía confiar en él, *l@s amig@s* de Manuela volvieron a llamar al médico que les recomendó al doctor F. Él aseguró que este doctor era de fiar; como garantía, explicó que su propia esposa había tenido la misma intervención con este doctor.

El domingo, una enfermera recibió a la pareja. La llevó al segundo piso, a un cuarto parecido a cualquier cuarto de hospital. La clínica, muy pequeña y silenciosa, parecía estar totalmente vacía. Al contrario de Manuela, Andrew se mostraba preocupado. Después de la intervención (que fue muy rápida), cuando Manuela se despertó, no paraba de llorar: le dolía la barriga. El doctor F tranquilizó a la pareja. Dijo que era normal. Les dio una receta médica y explicó que Manuela tendría que esperar antes de irse.

¹ Los nombres fueron cambiados, como algunos detalles, para preservar el anonimato de las personas y situaciones.

Debía estar totalmente despierta y poder caminar sin mareo. Él se tenía que ir (dijo que estaba de turno en el hospital), pero antes había que pagar. Una hora después, Manuela empezó a calmarse y las dos enfermeras de la recepción ayudaron a la pareja a conseguir un taxi.

Así se acaba la historia ordinaria y silenciosa del aborto de una pareja joven de la clase media alta en Bolivia. Desde entonces, cada uno siguió su camino y fundó su propia familia. Esta vez, las cosas salieron bien. Manuela y Andrew tenían la información, amig@s en quienes confiar y pedir ayuda. También tenían el dinero para pagar una atención médica profesional. Pero ¿cuántas mujeres y parejas, en otras situaciones económicas y familiares, tienen que acudir a servicios clandestinos, en condiciones insalubres o con métodos tradicionales que pueden poner en peligro la salud de la mujer, hasta su vida? Todos los estudios científicos muestran que la prohibición del aborto nunca ha hecho desaparecer la práctica, que siempre hubo y habrá mujeres y parejas que deciden interrumpir un embarazo no deseado.

En América Latina, el aborto está totalmente prohibido en seis países (Chile, Nicaragua, Haití, República Dominicana, El Salvador, Honduras) y está condicionado en la mayoría de los otros países: para salvar la vida de la mujer (entre otros, en Brasil, República Dominicana, Guatemala, México, Panamá, Paraguay y Venezuela); para preservar su salud física (Argentina, Bahamas, Bolivia), e incluso mental (Colombia, Jamaica). No hay restricciones en cuatro países: Cuba, Puerto Rico, Guyana y Uruguay (Sedgh *et al.*, 2012; Guttmacher Institute, 2015).

La mayoría de los abortos en América Latina se hacen, entonces, en la clandestinidad, sin garantías para la salud y vida de las mujeres. En 2008 se estima que hubo 4,4 millones de abortos en la región, lo que representa una tasa de 32 abortos por 1.000 mujeres en edad reproductiva. Según la Organización Mundial de la Salud, 95 % de los abortos en América Latina ocurren en condiciones insalubres (Rossier, 2014).

Se estima que el aborto es el responsable del 10 % del total de la mortalidad materna en la región (Sedgh *et al.*, 2012; Guttmacher Institute, 2015). En Bolivia, el aborto clandestino mantiene una tasa alta de mortalidad materna, con 160 muertes por 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud, 2016). Es la tercera tasa más alta en la región, después de Haití y Guyana.

Más allá del impacto en términos de salud pública, el aborto, siendo ilegal, lleva también a una fuerte estigmatización social y hasta posibles condenas penales de mujeres sospechadas de haber interrumpido su embarazo (Rozée *et al.*, 2016; Louison, 2019).



Referencias

Arilha M., Barbosa R. M. 1993, "Cytotec in Brazil: 'At Least It Doesn't Kill'", *Reproductive Health Matters*, 2, pp.41-52

Bajos N., Leridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., COCON Group. 2003, "Contraception: from accessibility to efficiency", *Human Reproduction*, 18(5), pp.994-999

Guttmacher Institute, 2015, "Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean", In Brief

Ministerio de Salud, 2016, *Estudio de mortalidad materna 2011 Bolivia*. Resumen Ejecutivo; La Paz: Ministerio de Salud

Louison F. 2019, "Ces pays qui avancement ou qui reculent sur le droit à l'avortement", *HuffingtonPost*, 28 de mayo (https://www.huffingtonpost.fr/entry/ces-pays-qui-avancement-ou-qui-reculent-sur-le-droit-a-lavortement_fr_5cece307e4b00e036573b0fc)

Rossier C. 2014, "Unsafe abortion still frequent across the world but less often fatal", *Population & Societies*, 513

Rozée V., Rance S., Salinas Mulder S. 2016, "Causas públicas, historias privadas: Los derechos reproductivos y el aborto en Bolivia", *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines*, 45(3), pp.389-406

Sedgh G., Singh S., Shah I. H., Åhman E., Henshaw S. K., Bankole A. 2012, "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, 379(9816), pp.625-632

6.

Anticoncepción forzada en el sistema de salud pública mexicano

MOUNIA EL KOTNI





Anticoncepción forzada
en el sistema de salud
pública mexicano

Mounia El Kotni

En esta contribución comparto unas reflexiones sobre contracepción forzada en el sistema de salud mexicano, que ilustran la continuidad del control histórico del cuerpo social de sujetos no deseados —las y los pobres y, o, indígenas— sobre el cuerpo medicalizado de las mujeres. Como lo subraya la investigadora y activista Ana Valadez, refiriéndose a la esterilización forzada, existe una continuidad de esa “vieja forma de control reproductivo” en el México contemporáneo (Valadez, 2014: 149).

La contracepción forzada y la regulación de los cuerpos pobres: un fenómeno global

La contracepción forzada se refiere a una variedad de actos destinados a impedir el embarazo, realizados de manera coercitiva, como la esterilización sin consentimiento; la inserción de Dispositivos Intrauterinos (DIU) sin el conocimiento de la paciente; la aceptación forzada de

métodos de planificación subcutáneos, etc. Las formas materiales del control de las capacidades reproductivas de las mujeres varían, pero el mensaje de dichas acciones sigue siendo el mismo: los cuerpos pobres, negros, indígenas no son deseables, y las que habitan esos cuerpos no son confiables para decidir sobre su reproducción.

En las Américas, la esterilización forzada se ha desarrollado como una estrategia de coerción estatal en contra de las mujeres indígenas. Existe documentación sobre Perú (Humans for Women, 2016), Canadá (Stote, 2015), y sobre las mujeres de minorías étnicas en Estados Unidos (Dreifus, 2016). En México, después de la abrogación de la ley que prohibía la contracepción en 1973, se impulsaron programas de promoción de planificación familiar, que generaron un aumento significativo del uso de anticonceptivos de una generación de mujeres a otra (Brugeilles, 2003). En la actualidad, las clínicas públicas ofrecen de manera gratuita varias formas de

anticonceptivos. Además, el programa de transferencia monetaria *Prospera*, un programa de transferencias condicionales que da un apoyo económico a las madres para la escolarización de sus hija-o-s y destinado a mujeres pobres, incluye la asistencia obligatoria a pláticas mensuales de salud de las beneficiarias, las cuales suelen enfocarse en el tema de la planificación familiar (para un análisis detallado, véase Smith-Oka, 2013).¹

Después de 1994 y de la Conferencia de El Cairo que estableció en las agendas internacionales el tema de la defensa de los derechos reproductivos, los discursos sobre el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos frenó, de cierta manera, la coerción contraceptiva sistematizada. Sin embargo, las campañas de planificación familiar y las formas más cotidianas de control de la reproducción de las mujeres pobres, que acuden a los centros de salud públicos, siguen ocurriendo. Mensajes que incitan a la planificación familiar, vinculándola con la modernidad, circulan al escala mundial, con adaptaciones locales, tales como “Esperamos tres años antes de tener otro hijo” (figura 1). En Guatemala, la antropóloga Anaïs García (2016) analizó las consecuencias de una definición de la modernidad circunscrita a un control demográfico: las y los trabajadores de una Organización No Gubernamental de salud reproductiva tienen metas cifradas en términos de operaciones realizadas —principalmente esterilizaciones femeninas—. García reporta que los empleados evaluaban

¹ Desde la elección de Andrés Manuel López Obrador (2018) se ha modificado el programa Prospera, que ahora se llama Bienestar y se cancelaron las condicionalidades oficialmente, pero las mujeres siguen reportando ser presionadas por el personal de salud.

positivamente su “productividad” si habían esterilizado a más de 10 mujeres al día, y “mala” si eran menos de 5 (García, 2016: 43). En esa dinámica de productividad, el consentimiento de las mujeres a la operación es dudoso.



Figura 1. Cartel de planificación familiar en un hospital público de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Julio de 2016. Mounia El Kotni.

Caras de la contracepción forzada en México

En el estado de Chiapas, la *Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres* define la violencia reproductiva como:

“Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección” (Gobierno del estado de Chiapas, 2016).

Sin embargo, una investigación de la Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Conavim, consigna que más de un cuarto de las mujeres indígenas que acudieron a los servicios públicos de salud fueron esterilizadas sin su consentimiento (Proceso, 2013). En 2017, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) recibió más de 2.000 quejas por violencia obstétrica —el maltrato más denunciado ese año ante la Comisión de Derechos Humanos— (Rojas, 2018).

Durante mi investigación en Chiapas (2013-2015) sobre las consecuencias de políticas de salud materna en torno a la partería tradicional y el acceso a la salud de las mujeres (El Kotni y Ramírez Pérez, 2017), conocí a Estela, una mujer mestiza de 20 años. Estela había dado a luz por primera vez la semana anterior, con una partera

tradicional capacitada,² acompañada por su esposo y sus padres. La joven madre me contó cómo después del parto y de la expulsión de la placenta, empezó a sentirse muy mal, y a pesar de las recomendaciones de la partera, que le aseguraba que todo iba bien, su familia la llevó a la maternidad pública de San Cristóbal para que la revisara un médico. El personal de la maternidad regañó a la partera: “¿Por qué la trajiste si está bien?”, antes de dejar entrar a Estela.³

Y ahí, sin avisarme, me hicieron una revisión uterina,⁴ me dolió mucho, y me sigue doliendo, recuerda. Después me llevaron a la sala de descanso con las otras mujeres. Y ahí entraron dos trabajadores sociales, que pasaban de cama en cama para poner implantes [hormonales] a las mujeres. Yo no quería, pero nos dijeron que si no nos dejábamos, no nos iban a dar de alta.

Bajo esta amenaza, Estela, separada de su hija que no pudo entrar con ella, aceptó. Pero una semana después le seguía molestando el implante. La partera le aconsejó

² Las parteras tradicionales son mujeres que han aprendido de manera empírica su oficio. En México, existen programas de capacitación que les son dirigidos, con el fin de socializarlas al sistema biomédico e incitarlas a trasladar a sus pacientes en caso de emergencia.

³ En los hospitales públicos, las parturientas entran solas, no se permite un acompañamiento.

⁴ Revisión manual de la cavidad uterina: manipulación realizada de manera automática en las clínicas públicas, para asegurarse de que la placenta se ha desprendido completamente, a pesar de las recomendaciones internacionales que sugieren limitarla a casos de necesidad (Organización Mundial de la Salud, 1996).

quitarse el objeto de su cuerpo. Por miedo de otra humillación, Estela y su esposo consideraban pagar una consulta privada con un médico para retirarlo, lo que representaría un costo adicional para la pareja.

En México, contrario a las recomendaciones internacionales, ciertos médicos consideran el posparto inmediato como el mejor momento para la implementación de un método contraceptivo, aprovechando que tienen a las pacientes “a la mano” (Castro, 2004: 136). Esta cultura médica se ilustra en tasas de esterilización después de una cesárea en el sistema público de salud, tres veces más altas que en las estructuras privadas (Castro, 2004: 138). Esa diferencia sigue las líneas socioeconómicas y étnicas del país, en donde la mayoría de la población indígena es pobre.

En el estado de Chiapas, las organizaciones de la sociedad civil han documentado casos de inserción forzada de DIU desde los noventa (Kirsch y Arana, 1999). En la ciudad de San Cristóbal, las mujeres entrevistadas por Jenna Murray de López describieron situaciones parecidas a la de Estela, en las cuales el personal médico les presionaba justo después del parto para que acepten colocarse un DIU o hacerse una esterilización, una presión “agresiva” según la investigadora (Murray de López, 2015: 207). Por su parte, una partera indígena titulada, de 40 años, me comentó durante una entrevista: “[el discurso acerca de] la planificación ... de las instituciones de salud es bastante impositivo, [se hace] de una forma denigrante. Si no usas la planificación familiar eres tonta...”. Las mujeres indígenas o pobres son siempre percibidas a través de un prisma socioétnico, incapaces de tomar decisiones sobre

sus cuerpos y con la necesidad de la tutela del Estado, representado por el personal de salud.

Así, una médica mestiza de 30 años, en una ciudad del sur del estado de Chiapas, confió:

Yo creo que donde realmente habría que incidir es en la planificación familiar... O sea, porque si seguimos este con programas del gobierno permitiéndoles que tengan muchos niños porque les damos dinero por cada niño que tienen, o sea, no vamos a salir.

Con ese comentario, la médica, que se refiere al programa Prospera, asume que el apoyo del gobierno sería suficiente para criar a un hijo; niega la capacidad de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos, e ignora las condiciones materiales y los factores sistémicos que influyen en sus decisiones reproductivas, tal como el machismo en las parejas y familias, la accesibilidad de los servicios de salud o el miedo a la esterilización forzada. Tal estereotipo que asocia la planificación con la modernidad e infantiliza a las mujeres pobres e indígenas, se inscribe en una continuidad de la misión “civilizadora” (y de control) del Estado colonial, construido sobre los cuerpos de las mujeres indígenas (Marcos, 1992).

En las instituciones públicas, las posibilidades que tienen las mujeres de sustraerse a las demandas del personal médico son limitadas —tal como se ilustra en el caso de Estela, quien aceptó el implante, pero trata de quitárselo por otros medios. La resistencia puede ser más directa,

con el apoyo de defensoras y defensores de derechos humanos. Tal fue el caso de la hermana del empleado de una organización de la sociedad civil de San Cristóbal de Las Casas:

Mi hermana se sentía muy mal, entonces acudió al centro de salud rural. Pero el personal no la quiso atender si no aceptaba ser esterilizada. Tuvimos que acudir a defensores de derechos humanos para que presionen al personal de la clínica. Solo así la atendieron.

Más allá de la ley: autonomía reproductiva

En Chiapas, la Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres penaliza las violencias reproductivas, pero la contracepción forzada sigue ocurriendo en el encuentro entre las mujeres y el personal de las instituciones de salud. En un contexto nacional de altos niveles de violencia hacia las mujeres y de violencias sexuales en particular,⁵ el cuerpo de las mujeres está expuesto a formas múltiples de abusos, tanto en el dominio privado como en el público. En espacios semipúblicos como los hospitales, el no tomar en cuenta el consentimiento de las mujeres en los actos ginecológicos perpetúa la dominación de un cuerpo social (la institución médica) sobre el cuerpo de ciertas mujeres

—pobres, indígenas, jóvenes—. Actos como los tactos vaginales y las revisiones uterinas sin consentimiento previo, así como las inserciones forzadas de DIU entran en el *continuum* de las violencias sexuales.

Las denuncias de violaciones a derechos reproductivos y de violencia obstétrica han provocado un movimiento de “humanización del parto” en todo el país, y han logrado llamar la atención del público y las instituciones. Las parteras y organizaciones involucradas insisten sobre el cambio necesario de marco en la relación entre personal de salud y mujeres. La humanización del parto debe incluir una humanización de la atención en todo el espectro de salud sexual y reproductiva, incluido el respeto y el acompañamiento de las decisiones de las mujeres en torno a la planificación familiar. Solo así se logrará cambiar la mirada hacia los cuerpos de las mujeres pobres y abrir camino a su autonomía reproductiva.



Referencias

BRUGEILLES, C. (2003). Évolution de la pratique contraceptive au Mexique: l'expérience de trois générations de femmes. *TRACE, Décembre*(44): 92–114. doi:10.22134/trace.44.2003.518

CASTRO, A. (2004). Contracepting at Childbirth: The Integration of Reproductive Health and Population Policies in Mexico. En A. CASTRO Y M. SINGER (Eds.), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek, CA: Altamira Press.

DREIFUS, C. (2016, enero 27). A Group of Mexican Immigrant Women Were Sterilized Without Their Consent. Can a New Film Bring Justice? *The Nation*. Recuperado a partir de <http://www.thenation.com/article/a-group-of-mexican-immigrant-women-were-sterilized-without-their-consent-can-a-new-film-bring-justice-where-the-courts-failed/>

EL KOTNI, M., y RAMÍREZ PÉREZ, A. R. (2017). Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 15(2): 96–109.

EL SIE7E. (2016, abril 2). Las duras cifras del abuso sexual contra las mujeres alrededor del mundo. *El Sie7e*. Recuperado a partir de <http://www.sie7edechiapas.com/single-post/2016/04/02/Las-duras-cifras-del-abuso-sexual-contra-las-mujeres-alrededor-del-mundo>

com/single-post/2016/04/02/Las-duras-cifras-del-abuso-sexual-contra-las-mujeres-alrededor-del-mundo

GARCIA, A. (2016). Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala. *Cahiers du Genre*, (60): 39–60.

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS. (2016). *Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez.

HUMANS FOR WOMEN. (2016, febrero 11). Les stérilisations forcées des Indiennes du Pérou. *Humans for women*. Recuperado febrero 21, 2016, a partir de <http://www.humansforwomen.org/le-blog/sterilisations-forcees-perou>

KIRSCH, J. D., y ARANA, M. (1999). Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. *The Lancet*, 354(9176): 419–420.

MARCOS, S. (1992). Indigenous Eroticism and Colonial Morality in Mexico: The Confession Manuals of New Spain. *Numen*, 39(2): 157–174.

MURRAY DE LÓPEZ, J. (2015). El conflicto y la salud reproductiva en ciudades de Chiapas: la desaparición de las parteras empíricas. En G. SÁNCHEZ RAMÍREZ (Ed.), *Imagen instantánea de la partería*. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas: ECOSUR, Asociación Mexicana de Partería.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Geneva: OMS.

⁵ Se realiza una agresión sexual cada 4,6 minutos, y cerca del 30 % de las mexicanas tuvieron su primera relación sexual bajo coerción (El Sie7e, 2016).

PROCESO. (2013, febrero 14). El 27 % de mujeres indígenas esterilizadas sin su consentimiento: Conavim. *Proceso*. México, D.F. Recuperado a partir de <http://www.proceso.com.mx/333622/el-27-de-mujeres-indigenas-esterilizadas-sin-su-consentimiento-conavim>

ROJAS, R. (2018, febrero 5). Violencia obstétrica, la queja más denunciada en el IMSS durante 2017. *Saludiaro*. Recuperado a partir de <https://saludiaro.com/violencia-obstetrica-la-mas-denunciada-en-el-imss-durante-el-2017-tuffic-ortega/>

SMITH-OKA, V. (2013). *Shaping the Motherhood of Indigenous Mexico*. Nashville: Vanderbilt University Press.

STOTE, K. (2015). *An Act of Genocide: Colonialism and the Sterilization of Aboriginal Women*. Black Point, Nova Scotia ; Winnipeg, Manitoba: Fernwood Publishing.

VALADEZ, A. (2014). Saberes femeninos en el ámbito comunitario campesino. Contrahegemonía, defensa del territorio y lo cotidiano en la Lacandona. En M. MILLÁN (Ed.), *Más allá del feminismo. Caminos para andar*. México, D.F: Red de Femenismos Descoloniales.

7.

Historias de embarazo en las mujeres adolescentes indígenas del territorio de San Lorenzo: camino al hospital

SARA ORTIZ, LINA ALEJANDRA RESTREPO,
ÁNGELA YURANI RAMÍREZ Y COLECTIVO NEPONO BANIA





Historias de embarazo en las mujeres adolescentes indígenas del territorio de San Lorenzo: camino al hospital

Sara Ortiz, Lina Alejandra Restrepo, Ángela Yurani Ramirez y Colectivo Nepono Bania



Parcialidades Municipio de RIOSUCIO

Municipio de Riosucio. Tomado del Perfil Epidemiológico de Riosucio. 2012-2015

El colectivo Nepono Bania (“Flor de Agua” en lengua Embera¹) se ha ido construyendo desde hace 5 años en el Resguardo Indígena de San Lorenzo, Riosucio, Caldas, como un espacio intergeneracional, creativo y crítico para investigar, reflexionar, y compartir en la comunidad los conocimientos y problemas que viven las jóvenes en su día a día, principalmente en temas relacionados con las mujeres (embarazo adolescente, violencia de género, migraciones, trabajo doméstico), memoria (partería, saberes de las mayores, historias de vida) y territorio (historia del movimiento indígena, procesos organizativos). El colectivo ha sido un espacio para que las jóvenes puedan ir tomando mayor liderazgo y aprendiendo sobre su cuerpo, sexualidad, memoria y el territorio colectivo, a través de la radio, fotografía, video,

1 La nación indígena Embera es la tercera más grande de Colombia después de los Nasa y los Wayuu con 71.412 personas (Dirección de Censos y Demografía, 2005). Se dividen en los subgrupos: chami, eyabida, dobida y siapidara y se encuentran en 7 subregiones y 23 municipios del país.

el rap y el teatro².

En el municipio de Riosucio, con una población aproximada de 63.000 habitantes, se encuentran 4 resguardos indígenas: Nuestra Señora la Candelaria de La Montaña, Escopetera y Pirza, San Lorenzo y Cañamomo y Lomapieta.

Municipio de Riosucio. Tomado del Perfil Epidemiológico de Riosucio. 2012-2015

El centro poblado de San Lorenzo se encuentra a 13 km de Riosucio; es el tercer resguardo más poblado del municipio, con una extensión de 6.706 hectáreas divididas en 21 comunidades. Según el censo del 2015, hay 6.712 hombres y 6.526 mujeres. La mayoría de la población tiene entre 9-25 años (2.301 hombres y 2.047 mujeres) y entre 26-50 años (2.156 hombres y 2.165 mujeres)³.

2 Nos pueden buscar en Facebook como @NeponoBania, o en el sitio web <https://neponobania.wordpress.com/>
3 Censo Comunitario 2015, Cabildo Indígena de San Lorenzo.

Las comunidades más lejanas se encuentran a 5 horas a pie del centro poblado, y aunque hay algunas carreteras “destapadas” (sin asfaltar) que las conectan, muchas se encuentran en muy mal estado y se programan muy pocos viajes por día en jeep entre ellas.

La actividad económica en el territorio gira principalmente alrededor de monocultivos como el café y la caña, seguidos

del plátano, la ganadería y cultivos de pan coger. Asimismo, debido a la falta de oferta laboral en el territorio, el jornaleo fuera del territorio es la actividad más frecuente en la comunidad para mejorar la estabilidad económica de las familias. Sobre todo con la siembra y cosecha del café, se requiere de la mano de obra –especialmente la de los hombres- y en el trabajo doméstico en otras ciudades, de las mujeres.

Antes de la llegada de los españoles, varios pueblos indígenas habitaban este territorio. En 1627, el oidor de la Real Audiencia de Bogotá, Lesmes de Espinosa y Sarabía se vio enfrentado al maltrato que los encomenderos daban a los indios. El oidor escogió un sitio abundante en agua donde los indios no podrían ser utilizados en minería por los encomenderos, y sólo harían sus labores agrícolas tradicionales y sus artesanías propias para la despensa agrícola de los Reales de Minas (Zuluaga 2006, p.17). De esta manera, el Resguardo indígena del actual San Lorenzo se entregó a los Tursuagas y a cinco familias indígenas (Tapasco et al, 2010, p.27).

En 1943, por varios intereses sobre las tierras y conflictos políticos, se disolvió el resguardo afectando la organización propia e impulsando la identidad campesina. Sin embargo, con el fortalecimiento del movimiento indígena con organizaciones como la ANUC (Asociación Nacional de Usuarios Campesinos) y el CRIC (Consejo Regional Indígena del Cauca), varios líderes iniciaron un proceso de lucha y resistencia que se concretó el 29 de junio del 2000 en la Resolución No. 010, que reconoció legalmente el Resguardo Indígena San Lorenzo como Emberá Chamí con raíces ancestrales de Sonsones y Armas, siendo estos otros pueblos indígenas de la zona. No obstante, San Lorenzo sigue siendo un corredor estratégico entre el centro del país y el Pacífico, por lo que la parte alta principalmente ha sido utilizada tanto por las guerrillas de las FARC, ELN como por los paramilitares, sobre todo las Autodefensas del Magdalena Medio.

Desde un trabajo de pregrado titulado “Salud Sexual

y Reproductiva de las mujeres adolescentes de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas” (Ortiz, 2017), que hizo parte del componente de investigación de Nepono Bania, se recogieron varias historias de las mujeres adolescentes con una metodología cualitativa, privilegiando la descripción y la interpretación. En este trabajo etnográfico se realizaron 21 entrevistas abiertas, 30 entrevistas semiestructuradas, 23 historias reproductivas y 3 grupos de discusión.

Las jóvenes acuden principalmente a los sistemas médicos de biomedicina y a la partería en busca de apoyo a su gestación y parto. La biomedicina presta su servicio para las adolescentes de Veneros, San José y Tunzará mediante las Empresas Promotoras de Salud, EPS⁴, el puesto de salud de primer nivel de San Lorenzo situado en el pueblo, el hospital San Juan de Dios de segundo nivel en Riosucio y el hospital de tercer nivel de Manizales⁵. La mayoría de la población de San Lorenzo hace parte del régimen subsidiado⁶ de la EPS

4 Las EPS o ahora las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios) fueron creadas con la reforma a la salud (la ley 100) para administrar la salud con las afiliaciones, el registro de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el recaudo de los aportes de trabajadores y empleadores. Ellas contratan con las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) o ESE (Empresas Social del Estado) para los servicios de atención.

5 En Colombia, según la Resolución No. 5261 de 1994 existen diferentes niveles de complejidad de la atención en salud. Nivel I: Atención ambulatoria y servicios con internación, Nivel II: atención ambulatoria especializada, Nivel III: laboratorios clínicos, imágenes diagnósticas, exámenes especiales, más todo lo que tiene que ver con atención especializada y de hospitalización.

6 El sistema de salud colombiano se constituye desde el aseguramiento. El régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más vulnerable sin capacidad de pago tiene acceso a

de la Asociación Indígena del Cauca (AIC).

Las parteras conocen bebidas y baños con plantas pertinentes para toda la gestación, parto y puerperio y son un apoyo emocional fundamental para las mujeres. Por vivir en las comunidades, las parteras se acomodan a las situaciones de lejanía de las mujeres y además suelen hacer su trabajo gratis o cobrar muy poco, como resalta una partera de Veneros: “Yo a nadie le cobré cinco centavos, yo a nadie le cobré nada” (Entrevista abierta 9, partera, Veneros).

Sin embargo, ahora quedan muy pocas en el Resguardo Indígena San Lorenzo. Hay varias abuelas con conocimientos sobre la gestación, parto y dieta, y les ayudan a sus hijas, nietas y vecinas, pero la transmisión de conocimientos es escasa, como lo explica una joven:

Mi abuelita atendió muchos partos, pero ella casi no habla de eso, como es muy reservada, así son los viejitos. La gente va a buscarla y ella sale, pero yo le dije un día que me enseñara y me dijo que no. Las parteras no enseñan mucho eso. No le aprendí a mi abuelita (Entrevista semi-estructurada 1, Mujer 22 años).

los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. La población indígena entra en esta categoría, por lo que el estado paga el UPC (unidad de pago por capitación) más un valor adicional a las EPS con población indígena. El UPC se reconoce a cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud para cubrir el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Así las cosas, las mujeres indígenas jóvenes viven, sienten y construyen de una manera propia su salud sexual y reproductiva (SSR).

A partir de este trabajo investigativo, se pudieron realizar varias crónicas. Retomamos los aspectos más importantes de lo compartido por todas las jóvenes que participaron en nuestra investigación para construir la crónica que presentamos a continuación, que intenta abarcar la complejidad y las diferentes vivencias de las mujeres durante su embarazo en el Resguardo indígena de San Lorenzo. Martha y Laura, las protagonistas, son sólo dos casos de lo que está sucediendo en el territorio indígena de San Lorenzo. Las jóvenes tienen que enfrentar un contexto donde tanto la biomedicina como la medicina tradicional las está dejando solas. Tienen que resolver situaciones económicas muy complicadas, además de la migración, y condiciones difíciles de trabajo que se acentúan por ser mujeres indígenas, pues viven una triple inequidad por su género, etnia y clase social.

Camino al hospital

Hacia demasiado calor. Laura empezaba a quedarse dormida por el vaivén del carro. De repente, un fuerte golpe en su vientre la despertó: la señora “gorda” (obesa) que había estado ocupando la mitad de su puesto estaba ahora agarrando unos costales sin importarle la integridad física de los demás pasajeros. Laura llora en silencio. Martha, en frente de ella, nota la prominencia

de su vientre. Le calcula 5 meses de embarazo, ella tiene 3 meses. El jeep termina su recorrido en el parque del Resguardo indígena San Lorenzo. Se lanzan los bultos amarrados al techo, se entregan las gallinas, las bolsas con frutas y verduras, los pasajeros tienen prisa. Mientras el conductor cobra el pasaje, Martha se abre paso entre la gente para ayudar a Laura, quien baja con dificultad. Está asustada por el dolor que siente. Martha, que venía para un control, la acompaña hasta el hospital. Un recorrido de 15 minutos a pie les toma 30 minutos bajo el sol de mediodía. Una vez en el hospital, Martha supo por experiencia propia que se demorarían en atenderlas.

- “¿Le está doliendo mucho? ¿Quiere que le traiga algo?”

-“No, mi Dios le pague, antes gracias que me trajo hasta aquí”- dijo Laura.

-“Cierto que usted es la nieta de doña Emilia, ¿ella no es partera?”

-“Sí, pero en la iglesia le dijeron que ser partera no era bueno, que era pecado. Entonces ya no le ayuda a nadie.

-“Oiga, ¿pero usted no es la hermana de Natalia? ¿Usted no fue la que se fue a trabajar a Pereira? Vea, es que yo estoy buscando una casa de familia pa’ irme también, por si de pronto sabe, me comenta”- dijo Laura con un tono desesperado.

-“Pero a mi me fue muy mal por allá, me tocaba trabajar en una casa que tenía 6 piezas, 4 baños, de dos pisos, yo allá no tenía descanso”.

-“Pero, ¿le pagaban muy bien?”- afirma o pregunta Laura.

- “Ay miya, me pagaban 400 mensual, pero esa gente era tan tacaña que me decían que tenía que hacer rendir el jabón azul [de lavar ropa] todo el mes porque si no, me tocaba comprarlo a mi. Esos trabajos no son tan buenos, a uno porque le toca, porque aquí no hay donde trabajar. Además, como yo quedé embarazada allá, me echaron porque ya me quedaba más difícil hacer los oficios desde las cuatro de la mañana hasta las doce de la noche que terminaba, y si hacía algo que no le gustara a la patrona, pues, no me dejaba salir el domingo y a esa señora no le gustaba nada, estuve como cuatro meses sin ver a mi familia”

-“Pues eso si es muy duro, pero me va a tocar porque yo tengo otro hijo de tres años y ya con éste, la situación se me complica”.

-“¿Y con quien va a dejar a los niños entonces?”

- “Pues como yo vivo con mi abuela, mi hermano y mi mamá, los dejo con ellos”.

Martha conocía esa situación. Su madre trabajó como empleada doméstica y ella y sus hermanos crecieron con su abuela, una mujer buena pero con la que no tenían mucha comunicación. Ella acudió desde muy pequeña a grupos de jóvenes como una excusa para salir de su casa y evitar la presencia de su tío, con la que no se sentía cómoda desde que un día él se metió al baño mientras ella se bañaba e intentó tocarla, y aunque ella le contó a su mamá, él dijo que había sido un accidente y que ella estaba exagerando. Su familia no le dio importancia a este hecho y ella nunca estuvo sola en la casa con su tío. A partir de esto la relación con su madre estuvo marcada por la distancia.

-“Pero muy bueno que su familia la apoya, le queda fácil entonces”- dijo Martha pensando en su situación.

-“Ni tan fácil, yo nunca me he querido ir de aquí, mi mamá también fue doméstica y yo sé que mi vida habría sido diferente si ella hubiera estado a mi lado, pero si mi hermano se va de la casa y quedamos nosotras solas... Nos ha pasado, cuando mi hermano se va a trabajar, llegan hombres borrachos en la madrugada, a tocar la puerta pa’ que les abramos. La semana pasada nos rompieron ocho tejas, un tipo que le tiró una piedra al techo y le abrió un hueco, usted no se imagina el susto de nosotras ahí solas”.

-“Sí, aquí nos respetan es a golpes”- Laura y Martha ríen.

-“Yo soñaba con casarme, criar a mis hijos, en la misma casa en la que yo crecí, ahí en el fogón está enterrado mi ombligo y la placenta y la de mis hermanos también, esa es mi casa, las matas de mi abuela que me vieron crecer antes de que mi papá me llevara. Yo quería quedarme ahí, en mi tierra, pero no voy a poder, es muy pequeña y no nos da para comer”- dijo Laura reflexiva.

-“Estás atada a tu tierra”- afirmó Martha.

-“No, estoy unida, yo”...

Al decir esto, Laura se queda sin aliento, comienza a quejarse del dolor en el vientre. Martha asustada comienza a llamar al personal médico. Una enfermera acude.

-“¿Cuándo fue su último control?”

-“Hace dos meses, pero porque ustedes no me han querido programar otra”- contestó Laura.

- “Bueno, vamos a respirar profundo que en este momento estamos muy ocupados, pero ya las vamos a atender, le voy a traer una aromática”.

La enfermera se retira, Martha intenta hacer que Laura respire profundamente para que se tranquilice. Laura se siente un poco mejor.

-“Muchas gracias por acompañarme, si usted no estuviera, estaría yo aquí llorando como una loca”.

- “No se preocupe, si no nos ayudamos entre nosotras estamos perdidas”- dijo Martha con una sonrisa –“Yo estoy en un grupo de mujeres y así organizadas hemos conseguido mucho, tenemos las huertas comunitarias que nos sirven en nuestro proyecto de soberanía alimentaria, de ahí vendemos productos a la comunidad y también para el consumo en la casa, hacemos proyectos productivos donde tenemos animales en común como pollos, gallinas ponedoras, cerdos y esto nos sirve principalmente para venderlos y nos deja muy buenas ganancias para todas. Es un espacio también para desahogarnos de los problemas y donde he conseguido las mejores amigas, que me animan a seguir adelante y no dejan que me sienta sola. Incluso, de ahí han salido algunas cabildantes que exponen nuestros problemas como mujeres en los espacios comunitarios para solucionarlos y garantizar nuestros derechos. Ha sido una lucha porque es difícil conseguir apoyo por parte de las autoridades, pero ha dado resultados porque seguimos unidas”.

Laura la mira sorprendida –“¿Usted a qué se dedica?”

-“Yo estudio producción agropecuaria en el SENA”- respondió Martha.

-“¿Pero usted no está embarazada también?”

- “Sí, pero yo soy sola, entonces tengo que ver como hago para que cuando mi bebé nazca, tenga algo seguro que darle. Además, yo siempre he buscado esos espacios de organización, yo siento que si las mujeres no nos organizamos nos van a seguir pasando por encima, tenemos que hacer algo para que eso cambie”.

En ese momento llegó la enfermera con una silla de ruedas. Martha ayuda a Laura.

-“¿Ya la van a revisar?”- preguntó Martha.

-“Mi niña, lo que le diga es mentiras, vamos a recostarla, porque estamos cortos de personal”.

-“Pero es muy urgente que la revisen” -dice Martha preocupada- “Yo la voy acompañar”.

-“No es permitido, además todas se quejan así. No se preocupe que eso es normal”.

Martha le anota su número a Laura en un papel: “Mire, este es mi número, si me necesita me llama que yo voy a estar aquí esperando, mi nombre es Martha”.

- “Muchas gracias”, yo me llamo Laura.



Referencias

Alcaldía de Riosucio. (2015). Perfil Epidemiológico de Riosucio. 2012-2015. Dirección Local de Salud.

Breilh, Jaime. (1996). El Género entre Fuegos: Inequidad y Esperanza. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. (CEAS).

Cabildo Indígena San Lorenzo. (2014). Avances Plan de Vida. Riosucio, Caldas, Colombia.

Dirección de Censos y Demografía. (2005). Censo General. Bogotá.

Cabildo Indígena San Lorenzo. (2015). *Censo Comunitario Resguardo Indígena San Lorenzo 2015*. Riosucio, Caldas, Colombia.

Gútierrez, D. (1996). Salud reproductiva: concepto e importancia. Washington: OPS y OMS.

ONU. (2011). Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general (Vol. 53). Santiago de Chile: ONU,OPS.

Ortiz, Sara (2017). Sexual y Reproductiva de las mujeres adolescentes de las comunidades de Veneros, San José y Tunzará del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas. (Tesis de Pregrado). Departamento de Antropología,

Universidad de Antioquia, Medellín.

Tapasco, J. S. (2010). *Reseña Histórica de mi Pueblo*. Riosucio.

Zuluaga, V. (2006). *Una historia Pendiente: Indígenas Desplazados del Antiguo Caldas*. Pereira: Gráficas Buda.

8.

Aborto no campo dos direitos sexuais e reprodutivos na Latinoamérica: um debate racializado

FERNANDA MARCELA TORRENTES GOMES
Y LUCIANA PATRICIA ZUCCO





Aborto no campo dos
direitos sexuais
e reprodutivos na
Latinoamerica:
um debate racializado

**Fernanda Marcela Torrentes Gomes
y Luciana Patricia Zucco**

Partindo do campo dos direitos sexuais e reprodutivos, principalmente da problemática do aborto e de sua intersecção com as categorias de raça, gênero e sexualidade, este texto tem como objetivo provocar uma reflexão crítica sobre a necessidade de projetar os pleitos reivindicados pelos movimentos feministas que atravessam as vidas das mulheres latino-americanas. Neste sentido, o aborto figura como pauta fundamental da ação de segmentos feministas, dentre eles, os decoloniais¹, pois além de problematizar o domínio da vida e das escolhas individuais das mulheres, compreende uma arena de disputas e construções políticas que permeiam a discussão histórica dos direitos sexuais e reprodutivos nos processos de colonialidade.

Se no âmbito das políticas públicas brasileiras a defesa

¹ O feminismo decolonial emerge da crítica epistemológica decolonial aliada ao reconhecimento dos aportes proporcionados pelas mulheres consideradas de "terceiro mundo", ou seja, das mulheres latino-americanas.

pela descriminalização e legalização do aborto tem como argumento o alto número de mortalidade materna, configurando-se como uma questão de saúde pública (Pinto; Vitta, 2015); na teoria e ação política feminista, esta defesa se dá interligada também ao debate da autonomia reprodutiva das mulheres. Confronta, dessa maneira, a idealização histórica da maternidade como uma questão importante da vida e da identidade dessas sujeitas. Independentemente das alegações, o aborto está nas agendas políticas de países ocidentais, dentre eles os da América Latina e, com isso, há uma ascensão de discursos e ações que tentam barrar possíveis avanços, defendendo retrocessos nas implementações de direitos.

Para entender esta discussão é necessário localizá-la como tópico central dos direitos sexuais e reprodutivos. A noção de direitos reprodutivos é recente e suas bases podem ser encontradas em processos históricos dos movimentos de mulheres por direitos, saúde e autonomia, que emergiram

nas últimas décadas do século XX (Jannotti; Sequeira; Silva, 2007). O contexto político da década de 1990 fomentou "consensos" significativos sobre o tema em Cairo, em um campo de batalha ideológica dividido entre avanços e retrocessos. O debate contempla o domínio da vida e das escolhas individuais e coletivas das mulheres, assim como seu direito a legislações que garantam o acesso a informações e recursos que lhes permitirão o controle de sua vida sexual e reprodutiva (Biroli, 2014).

Outro ponto de discussão é a defesa da liberdade sexual. Historicamente, os nexos realizados entre sexo e maternidade, aliados as concepções convencionais de família e do "ser mulher", caminham associados a uma lógica cristã e patriarcal de controle dos corpos, que justificaria o igual controle da sexualidade feminina. Seria negada, deste modo, a construção de uma vida sexual pautada pelos interesses femininos, referenciando-se os valores masculinos.

Nos países latino-americanos, as decisões relacionadas à anticoncepção, à interrupção voluntária da gestação, ao exercício da sexualidade e à opção de ter ou não filhos é, ainda, distante para a maioria das mulheres (Melo, 2001). América Latina e Caribe estão entre os países que possuem as legislações mais restritivas e punitivas sobre o tema. Algumas nações latino-americanas permitem o procedimento em casos de risco para a vida da mulher e de estupro, mas poucas autorizam sem justificativas. Assim, não há dúvidas que muitas mulheres realizam o procedimento em condições totalmente clandestinas (Melo, 2001).

Neste cenário anunciado, a mortalidade materna configura-se como um problema de saúde pública no sul do mundo (Martins, 2006). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), suas altas taxas estão diretamente associadas a um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo principalmente àquelas que possuem maior dificuldade de acesso aos bens sociais. Diferentes estudos utilizaram dados apresentados pelo Relatório Socioeconômico da Mulher (2014) para afirmar que as mulheres não brancas são as principais vítimas da mortalidade materna no país. Tais dados comprovam que as mortes maternas provocadas por intercorrências vêm diminuindo entre as mulheres brancas e aumentando entre as negras. De 2000 a 2012, as mortes por hemorragia entre mulheres brancas caíram de 141 casos por 100 mil partos para 93. Entre mulheres negras o número aumentou de 190 para 202 casos. Por aborto, a morte de mulheres brancas caiu de 39 para 15 por 100 mil casos; entre as negras, aumentou de 34 para 51 casos.

As reivindicações da população negra e de movimentos sociais, especialmente do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro, sobre essas problemáticas relacionadas à saúde, emergem no período pós-abolição, ganhando força na segunda metade do século XX e, posteriormente, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, especialmente no Movimento de Reforma Sanitária² (Werneck, 2016).

² O movimento da Reforma Sanitária data do contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mu-

Segundo Werneck (2016), o principal elemento que constitui esse cenário é o reconhecimento do racismo como fator central para o desenvolvimento das desigualdades em saúde enfrentadas por mulheres e homens negros. O que a estudiosa afirma é que as formas de dominação, seletividade e regulamentação, da mesma maneira que não são neutras numa perspectiva de sexo e gênero, também não o são em termos de raça, classe, sexualidade e localidade. Assim, é necessário reconhecer que as mulheres não compõem um grupo universal e homogêneo (Curiel, S/D; Espinosa-Miñoso, 2014; Lugones, 2014; Correal, 2014; Costa, 2010). Tais marcadores refletem indiscutivelmente no direito a controlar a sexualidade e a vida reprodutiva, bem como realizar o exercício da escolha e da autonomia.

Importante destacar que, neste contexto, os Estados Unidos contribuíram significativamente com as estratégias de controle do crescimento populacional do chamado “terceiro mundo”. Políticas de controle promoveram a esterilização de mulheres indígenas, negras e pobres, através dos recursos da *US Agency for International Development* (USAID) e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (Biroli, 2017). No Peru, ocorreu um dos casos mais emblemáticos dessa ação. Cerca de 400 mil esterilizações forçadas foram realizadas por meio de chantagens, mentiras, coerção e aprisionamento de mulheres (Alvarez, 2000).

~~~~~  
danças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

No Brasil, em 1965, após a instauração da ditadura realizada pelo golpe militar, a *International Planned Parenthood Federation* iniciou seus trabalhos com a criação e financiamento da Sociedade de Bem-Estar Familiar, a BEMFAM. Esta atuou, principalmente, nas regiões norte e nordeste, a partir de clínicas de esterilização de mulheres, fazendo com que os anos 1980, acumulassem denúncias de esterilizações em massa (Biroli, 2017). A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) de 1986 estimou cerca de 12 milhões de mulheres esterilizadas (PNAD, 1986).

Edna Roland (1995) foi uma das principais estudiosas que chamou a atenção para as ações desenvolvidas com o objetivo de reduzir a taxa de fecundidade dirigida ao nordeste, local de maior concentração de negros e pobres no país. Esta relembra as declarações de Sueli Carneiro<sup>3</sup> (1993) ao afirmar que o Brasil produziu o seu racismo de uma maneira muito mais sofisticada e perversa, mascarando sua intolerância racial na formulação de uma igualdade formal, ou seja, na letra da lei. As relações sociais concretas, no entanto, se dão no plano da absoluta desigualdade, devido às múltiplas barreiras cotidianas enfrentadas pelas populações negras.

O controle de natalidade, voltado especificamente às pessoas não brancas, assume, desta maneira, um viés

~~~~~  
³ Sueli Carneiro é filósofa, escritora e ativista antirracismo do movimento social negro brasileiro. Fundadora e atual diretora do Geledés — Instituto da Mulher Negra é considerada uma das principais autoras do feminismo negro no Brasil.

racista de controle populacional (Roland, 1995), visto que o que era, e ainda é reivindicado como “direito” às mulheres brancas e de classe econômica privilegiada (acesso ao controle da reprodução), veio a ser interpretado como “dever” às mulheres pobres e negras. Ou seja, não se pode desconsiderar as assimetrias de recursos materiais e simbólicos que diferentes mulheres possuem, e que restringiam e ainda restringem as condições em que essas escolhas são realizadas. No centro dessas opressões relacionadas tanto ao direito ao aborto quanto à maternidade, a eugenia, o racismo e o controle social da pobreza protagonizaram ações que se utilizaram dos corpos das mulheres como objetos de intervenção.

A conjuntura política brasileira, assim como a latino-americana, reflete uma história marcada pela diferença colonial, tendo como princípio fundante uma lógica de classificação e hierarquização das sujeitas, que ocorre por meio da língua, religião, nacionalidade, raça, etc. Diríamos ainda que as relações de poder atravessam a produção de políticas públicas e sugerem relações de colonialidade, visto que se encontram predominantemente pensadas a partir de referências eurocêtricas, brancas e masculinas (Ballestrin, 2013). Assim, considerar as realidades e as demandas nas quais as mulheres estão inseridas através de seus lócus de enunciação: seu lugar geopolítico e corpo político (Grosfoguel, 2010), é um dos passos para a descolonização do saber e das práticas relacionadas à saúde reprodutiva.

De acordo com Avtar Brah (2006), a literatura sobre o feminismo e o racismo, no geral, centra-se na opressão das mulheres negras, secundarizando o gênero, ou não citam a questão racial. Logo, à tendência de considerar o racismo “algo que tem a ver com a presença de pessoas negras” (Brah, 2006, p. 113) é equivocada, pois todas as pessoas experimentam seu gênero, classe e sexualidade através da raça, mesmo as consideradas dentro da “norma”, neste caso, as mulheres brancas.

Assim, desconstruir o debate universalista relacionado ao tema atentando às realidades e diferenças vivenciadas pelas mulheres negras e brancas acerca de suas experiências relacionadas à prática do aborto é, nesse sentido, dar visibilidade aos efeitos históricos da colonialidade.



REFERENCIAS

ALVAREZ, S.E (2000). Em que ESTADO está o feminismo latino-americano? Uma leitura crítica das políticas públicas com perspectiva de gênero. In: FARIA, Nalu (org.); SILVEIRA, M. L. (org.); NOBRE, Miriam (org.). *Gênero nas Políticas Públicas*, São Paulo: Sof.

BALLESTRIN (2013). Luciana. América Latina e o giro decolonial. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, n. 11, p.89-117.

BIROLI, Flávia (2017). Direito ao aborto e maternidade: gênero, classe e raça na vida das mulheres. *Cult*, São Paulo, v. 20, n. 223, p.27-30.

_____. Flavia (2014). O debate sobre aborto. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e política*. São Paulo: Boitempo. p. 123-130.

BRAH, Avtar (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu*, São Paulo, n. 26, p.329-376.

CARNEIRO, Sueli (1993). *Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/375003/mod_resource/content/0/Carneiro_Feminismo%20negro.pdf acesso em: 04/03/2017.

CORREAL, Diana Marcela Gómez (2014). Feminismo y modernidad/colonialidad: entre retos de mundos posibles y otras palabras. In: MIÑOSO, Yurderkys Espinosa; CORREAL, Diana Gómez; MUÑOZ, Karina Ochoa. *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestasdescolonialesenAbyaYala*. Popayán: Editorial UniversidaddelCauca. p. 353-369.

COSTA (2010), tradução cultural e a descolonização do saber. *Fragmentos(UFSC)*, v. 39, p. 45-59.

CURIEL, Ochy (S/D). *Género, raza, sexualidad.Debates contemporaneos*. Disponível em: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/1f/1f1d1951-0f7e-43ff-819f-dd05e5fed03c.pdf. Acesso em: 20 ago. 2018.

_____. Flavia (2014). O debate sobre aborto. In: MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. *Feminismo e política*. São Paulo: Boitempo. p. 123-130.

DAVIS, Angela (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.

ESPINOSA-MIÑOSO, Yurderkys (2014). Una crítica descolonial a laepistemologíafeminista crítica. *El Cotidiano*, Azcapotzalco, n. 184, p.7-12.

FEDERAL, Governo. *Relatório Socioeconômico da Mulher*. 2014. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf. Acesso em: 07 maio 2017.

GROSGOUEL, Ramon (2010). “Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global”. *Revista Critica de Ciências Sociais*, n. 80, p. 115-147.

JANNOTTI, Claudia Bonan; SEQUEIRA, Ana Lúcia Tiziano; SILVA, KatiaSilveira da (2007). Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.25-33.

LUGONES, MARIA (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952.

MARTINS, Alaerte Leandro (2006). Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Caderno de Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, v. 11, n. 22, p.2473-2479.

MELO, Jacira (2001). A polêmica do aborto na imprensa. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.5, n.2, p.406-412.

PESQUISA Nacional por Amostra de Domicílios 1986. In: IBGE. Sidra: sistema IBGE de recuperação automática. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_1986_v10_t1_br.pdf Acesso em: mar. 2018.

PINTO, Elisabete Aparecida; VITA, Bruno Perroni (2015). O retrocesso aos Direitos Humanos das mulheres: o aborto a partir Projeto Lei n.º 5.069, de 2013. *Revista Feminismos*, Salvador, v. 3, n. 2 e 3, p.62-77.

ROLAND, Edna (1995). Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 95, n. 2, p.506-514.

WERNECK, Jurema (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 25, n. 3, p.535-549. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

INTERMEDIO 2./

ESTA ES MI SANGRE

ELISE THIEBAUT

EL TABÚ NÚMERO UNO¹

Si el *homo sapiens* encontró mil recursos para protegerse del frío, del hambre, de las enfermedades, de los imprevistos de la naturaleza, si supo explorar y colonizar todas las tierras, viajar por el universo e inventar armas sofisticadas para masacrarse, es necesario constatar que con frecuencia, en lo relativo a la regla, permanece en el registro de lo irracional. A pesar de su banalidad, la menstruación sigue siendo un fenómeno misterioso, rodeado de leyendas, de supersticiones, de secretos y de lugares comunes cuya persistencia no puede más que sorprender. Que provengan de la mitología, de la religión o de la medicina, continúan impregnando las mentalidades, hasta el punto de afectar la salud y el bienestar de las mujeres en el mundo entero.

Puesto que, hay que precisarlo, la menstruación se acompaña, en un gran número de mujeres, de una incomodidad e inclusive de dolores en ocasiones severos. Variable según las personas, esta incomodidad depende de las circunstancias, del momento, del estado de salud, del estatus social o de la cultura. En efecto, si la regla ocupa un cuarto de la vida de las mujeres durante unos cuarenta años, de la pubertad a la menopausia, esta realidad fisiológica asume formas muy distintas según las sociedades o las personas. No es la misma para las mujeres de negocios de los países occidentales, que tienen acceso a una alimentación diversificada de calidad,

a información, a buenos servicios médicos, que para las mujeres pobres víctimas de discriminación y expuestas a prejuicios en razón del color de la piel, de su cultura, de su religión, de su orientación sexual. Pero desde la más pobre hasta la más rica, desde la más ignorante hasta la más culta, para todas la menstruación continúa, aún hoy día, siendo el tabú número uno, a la cabeza en el *top ten* de las cosas cuya existencia se evoca en voz baja con aires de conspirador, y pasándose una toalla higiénica como si se tratara de un documento destinado a revelar que Jesús era una mujer, o la fórmula secreta de esa bebida carbonatada responsable de la obesidad de la mitad de los habitantes del planeta.

Es así que se puede hablar hoy de la “desigualdad menstrual”: porque ellas tienen su regla, porque la regla es objeto de un tabú, las mujeres sufren una forma de opresión que los hombres nunca conocerán. Es porque la sangre menstrual es un tabú que las mujeres sufren sin remedio desde hace milenios. Es porque la sangre menstrual es tabú que se les prohibió navegar en el mar, cazar, votar o ser elegidas, hablar en público o asumir responsabilidades políticas o religiosas. Y todavía, es porque la sangre menstrual es tabú que se les venden hoy toallas higiénicas impregnadas de dioxina y de perfumes exóticos. Y que se desacredita su palabra diciendo: “Bueno... estás de malas pulgas, será que tienes tu período... ¿No?” y sin embargo sin suministrar una respuesta médica satisfactoria a los trastornos asociados a la menstruación.

1 Traducido por Jaime González Cabra

Y esto sucede cuando los laboratorios han puesto a punto drogas como el Viagra para resolver la disfunción eréctil, un desorden masculino banal que no es mortal y por lo general sólo afecta a los hombres mayores.

Los desórdenes relacionados con la menstruación tampoco son mortales, pero no se ha encontrado aún cómo tratarlos correctamente, y se observa por ejemplo un retardo de nueve años en el diagnóstico de la endometriosis, una enfermedad asociada a la regla y que afecta entre un 15% y un 20 % de las mujeres en el mundo. Como lo escribía con humor la feminista norteamericana Gloria Steinem al comienzo de los años 1980, si les ocurriera a los hombres y no a las mujeres, “la regla se hubiese convertido en un evento masculino envidiable y digno de orgullo, los hombres harían alarde de la duración y la cantidad del flujo. Los muchachos marcarían la llegada de su regla, ese símbolo tan esperado de virilidad, con celebraciones religiosas y fiestas estrictamente masculinas. El Congreso crearía el Instituto nacional de la dismenorrea para combatir los dolores menstruales y el gobierno suministraría los fondos para distribuir toallas higiénicas gratuitamente ²”.

La particularidad es que son las mujeres quienes tienen reglas, no los hombres. Y el meollo del asunto está tal vez en esa desdichada repartición. La antropóloga Françoise Héritier subraya que lo que aquí valoriza el hombre es “que él puede hacer correr su sangre, poner en peligro su vida, quitársela a otros, *por decisión de su libre arbitrio*”,

2 Gloria STEINEM, *Outrageous Acts and Everyday Rebellions*, Henry Holt and Company, New York, 1995 (1983).

mientras que por su lado la mujer “ve” correr su sangre fuera del cuerpo (¿no se decía comúnmente en francés “ver” para decir “tener la regla” ?) y ella da la vida (y muere a veces haciéndolo) sin necesariamente quererlo ni poder impedirlo³”

Y sin embargo, biológicamente, nada le impide a las mujeres hacer correr sangre, poner en peligro su vida, quitársela a otros por decisión de su libre arbitrio, y *simultáneamente ver su sangre correr y dar la vida*. ¿Cómo se llegó a deformar la realidad al punto de transformar la regla, que es el signo de esa fecundidad, en maldición?

Se podría creer que el tabú de la sangre menstrual no sería más que una variante del tabú de la sangre, y de una repugnancia, por decir así natural, por las excreciones corporales. Por fuera del hecho de que no hay mucho de natural en el comportamiento humano, habría que señalar que otros fluidos corporales, como el esperma, la saliva, las lágrimas o la orina no suscitan la misma reacción.

El tema está íntimamente ligado a la condición de las mujeres, en un mundo en que el dominio patriarcal es la norma. La irrupción del feminismo y la generalización de la anticoncepción en los años 1970 no permitieron, en un primer momento, mirar con otros ojos el tema de la menstruación. Fue sólo recientemente, apenas medio siglo después de la “primera” revolución feminista, que el tema comenzó a tratarse, primero en los Estados Unidos,

3 Françoise HÉRITIER, “Le sang du guerrier et le sang des femmes”, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Odile Jacob Poche, p. 234 (el subrayado es de la autora).

bajo la influencia de mujeres artistas, militantes, poetas, a veces muy jóvenes, que abordaron el tema de la regla con una audacia que iba más allá del escándalo o la provocación.

Es así como la revista norteamericana *Newsweek* le concedía la portada, en abril de 2016 al tema; tituló "*There will be blood*" ("Va a haber sangre") y proclamaba que 2015 pasaría a la historia como el año de "la revolución menstrual".

En un artículo titulado "The Fight against period shaming is going mainstream" ("El combate contra el avergonzarse por la regla gana terreno"), la periodista Abigail Jones describía este activismo menstrual, como un efecto, según ella, del "feminismo de tercera ola" – como si ese movimiento fuese un océano. El artículo fue retomado en septiembre de 2016 por *Courrier International*, bajo el título "Regla: ¿el fin de un tabú?", abriendo por primera vez el debate sobre este tema del que apenas se comenzaba a entender la dimensión. Aunque la regla sea desde la noche de los tiempos el alfa y el omega de la condición humana – el instrumento a través del cual las mujeres han sido a la vez divinizadas e instrumentalizadas- ellas han sido siempre tratadas como sujetos de segunda clase. Este fenómeno extraño que sólo le ocurre a las mujeres fértiles ha estado no obstante en el origen de mitos fundacionales – religiosos o no.

SEXUALIDAD E ITS

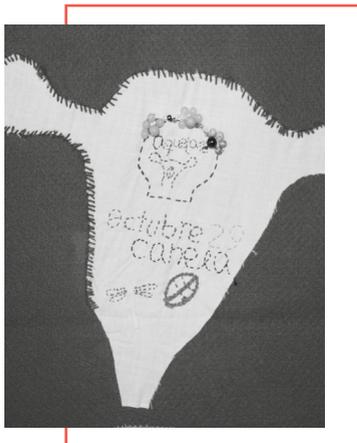
9. La elección de la píldora en las jóvenes migrantes latinoamericanas de la segunda generación en Suiza: ¿cuestión de negociación o reflejo de desigualdad de género?
MYRIAN CARBAJAL 96-103
10. Hilvanando una perspectiva feminista para analizar la aplicación Grindr más allá de los riesgos sexuales
CAMILO ANDRÉS GUANES NARANJO 104-111
11. Trans MtF latinas y PrEP: reflexiones desde Francia
BLANCA BERMUDO DE MATEO 112-119
12. Entrevista a Las callejeras: Trabajo sexual, salud sexual y reproductiva
ANDRÉS CASTELLANOS, ROBERTO CASTRO 120-127

9.

La elección de la píldora en las jóvenes migrantes latinoamericanas de la segunda generación en Suiza: ¿cuestión de negociación o reflejo de desigualdad de género?

MYRIAN CARBAJAL





La elección de la píldora en las jóvenes migrantes latinoamericanas de la segunda generación en Suiza: ¿cuestión de negociación o reflejo de desigualdad de género?

Myrian Carbajal

Además de su eficiencia técnica, la píldora ha permitido separar la práctica anticonceptiva del lugar y del momento de la actividad sexual. Es más, la utilización de la píldora ha modificado el rol de hombres y mujeres en la gestión de la contracepción (Giami y Spencer, 2004). Así, a diferencia del condón (masculino) cuya responsabilidad es atribuida al hombre, la píldora aparece como un método femenino cuya gestión –sobre todo en las relaciones estables- incumbe a las mujeres y las concierne directamente tanto en el aspecto financiero (los costos relacionados con la toma de la píldora), psicológico (la preocupación de tomarla todos los días, etc.) así como fisiológico (consecuencias en el cuerpo para algunas mujeres: cambios de humor, aumento de peso, etc.) (Bajos y Ferrand, 2004). De esta manera, si bien es cierto que la contracepción médica (píldora, DIU, etc.) ha hecho posible que varias mujeres puedan controlar su reproducción física, Bajos y Ferrand (2004) afirman que, lejos de constituir un avance importante en materia de

igualdad de género, este tipo de contracepción no ha podido modificar la jerarquía entre hombres y mujeres.

El objetivo de este artículo, que se basa en un estudio exploratorio cualitativo titulado «Representaciones y prácticas sociales sobre la sexualidad de los jóvenes de 16 y 25 años, de origen latinoamericano en Suiza»¹, es cuestionar cómo se elige la píldora como método anticonceptivo en las parejas que adquieren recientemente el estatus de “estables”. La adherencia a la norma de la «buena anticoncepción» forma parte de los códigos de entrada a la sexualidad (Bajos y Ferrand, 2006). Según estas autoras, esta norma supone, al inicio de una relación, el uso del condón complementado con la píldora

¹ Este estudio ha sido realizado por un equipo de investigación dirigido por Myrian Carbajal y Denise Efonyi-Mader. Se llevó a cabo por la Universidad de Ciencias Aplicadas de Suiza Occidental (HES-SO), Escuela de Trabajo social Friburgo, en colaboración con el Foro Suizo de Estudios de Migración y Población (SFM) de la Universidad de Neuchâtel. Fue financiado por la Fundación Nacional científica suiza (SNSF) y el Fondo estratégico de la HES-SO.

por un lado y, por otro lado, una vez que la relación se hace estable, el abandono del condón continuando con la píldora (después de haber realizado, idealmente, un test de VIH/sida). Nuestro análisis revela que, si frecuentemente la decisión de utilizar la píldora o de continuar con su uso es atribuida a las mujeres, esta decisión no les pertenece completamente, puesto que está influida por la existencia de normas médicas que presentan la píldora como el método apropiado para las jóvenes. Por otro lado, esta decisión refleja, en varios casos, las desigualdades de género (las preferencias, opiniones, etc. de la pareja masculina están muy presentes en esta elección a costa, a veces, de las preferencias femeninas).

Desde la llegada de las y los primeros exiliados chilenos en 1973, la migración latinoamericana en Suiza no deja de aumentar: de 31 031 personas en 2004 ha pasado a 45 071 en 2017 (OFS, 2018). Si varios estudios han investigado las diferentes facetas y condiciones de vida de las y los migrantes latinoamericanos llegados a Suiza en los años 70, 80 y 90), pocos se han enfocado en las y los jóvenes provenientes de esta región y mucho menos en el tema de la sexualidad.

Nuestro estudio ha permitido llenar este vacío. Los métodos son cualitativos (*focus groups* y entrevistas individuales). Un total de 10 *focus groups*, con 36 personas, y 53 entrevistas individuales se han realizado en los cantones de Friburgo, Vaud, Ginebra y Berna, donde se concentra de manera importante este grupo migratorio².

² Cabe señalar que el plan de investigación se refería

El presente artículo se basa en la experiencia de las y los jóvenes latinoamericanos de la segunda generación que han sido escolarizados (en parte o completamente) en Suiza y cuyos padres llegaron al país de inmigración en los años 80-90 por razones económicas conociendo muchos de ellos períodos de ilegalidad en Suiza.

LA PÍLDORA: PARTE DE LAS NORMAS MÉDICAS

Dentro de las y los jóvenes entrevistados de la segunda generación, la utilización de la píldora es muy importante. De las 17 personas que afirman encontrarse en relaciones estables 6 mujeres utilizan la píldora y 7 varones afirman que sus parejas la toman como método anticonceptivo. En Suiza, las y los jóvenes pueden acercarse a los centros de planificación familiar a fin de obtener consejos en materia de contracepción. Los profesionales de la salud sexual (ginecólogas y ginecólogos, consejeras y consejeros en planificación familiar, obstetras, etc.), a través del consejo en materia de contracepción, juegan un rol importante en la elección de la píldora. La píldora, método hormonal, deber ser prescrita por una o un médico.

Si bien es cierto que todos los métodos deberían ser presentados y explicados a las y los jóvenes para que éstos puedan decidir el anticonceptivo que más les conviene, en realidad sólo la píldora, según la experiencia

originalmente a tres grupos principales de jóvenes, diferentes según su antigüedad u origen migratorio: jóvenes migrantes recientes (18 personas entrevistadas), jóvenes de la segunda generación (18 personas entrevistadas) y jóvenes descendientes de parejas mixtas latino-suizas (17 personas entrevistadas).

de varias jóvenes entrevistadas tal como Clara, lo pone de manifiesto, recibe una atención privilegiada.

“¿Y entonces fue el ginecólogo quien te explicó los diferentes métodos?” -“Él no me propuso otros métodos. Yo era joven, creo que a los jóvenes les proponen, prácticamente a todos, la píldora (...). Además, yo también tenía dolor cuando tenía mis períodos, y luego tenía espinillas (...). Después él me dijo: ‘Ah no, este método está bien’ (...) y no me explicó los otros métodos, pero me aconsejó la píldora. Yo estaba de acuerdo, lo probé y funcionó (...).” (Clara, segunda generación, 25 años, estudiante universitaria, cantón de Vaud)

De hecho, Durand (2002) explica que, durante las entrevistas contraceptivas, la píldora, el condón y el DIU son los métodos más explicados. La información sobre otros métodos casi nunca se desarrolla. De acuerdo con Perrin et al. (2007), las y los profesionales de salud, se basan, para aconsejar y prescribir los anticonceptivos, en sus propias representaciones sociales. De acuerdo con estas representaciones, el tipo de usuaria/usuario determina el método apropiado a proponer. Así, a las y los jóvenes considerados como despreocupados, reacios y en relaciones pasajeras les corresponden los condones, la píldora anticonceptiva y del día después, los implantes o inyecciones hormonales. Mientras tanto, a las y los adultos, juzgados como responsables, disciplinados y en parejas estables, les incumbe el DIU, método considerado como el que se adapta mejor a sus estilos de vida. Asimismo, estas

y estos profesionales tienden a reproducir una jerarquía entre los métodos anticonceptivos: los “modernos” (que son muy valorizados por el cuerpo médico) y los llamados naturales o tradicionales (considerados como no fiables).

El testimonio de Clara ejemplifica la manera como el personal médico responde, a través de la píldora, a otros inconvenientes (dolores menstruales, acné). De la misma manera, Ema empieza a tomar la píldora bastante joven, prescrita por razones médicas (problemas hormonales), independientemente del hecho de haber iniciado una vida sexual activa.

“Sí, todavía uso la píldora, la elegí por mamá y me está yendo muy bien (...). Tuve una anticoncepción bastante joven porque tenía problemas hormonales”. (Ema, segunda generación, 25 años, ocupación técnica, cantón de Vaud)

El testimonio de Ema resalta el rol de la madre en la utilización de la píldora. Con frecuencia son las madres las que acompañan o animan a las hijas a ir a la o el ginecólogo y pedir la píldora. (Sin embargo, no es el caso de todas, puesto que para algunas de ellas –sobre todo de clases sociales elevadas, la virginidad se debe conservar hasta el matrimonio³). En los discursos de varias jóvenes entrevistadas, las madres aparecen como responsables de promover la prevención de la salud sexual, fomentando

³ En este medio, la oposición a la píldora genera en algunas jóvenes entrevistadas su utilización a escondidas.

en sus hijas el hacerse cargo de la salud sexual a través de la adopción de una anticoncepción considerada como segura. En sus relatos, algunas madres de la primera generación incitan a las jóvenes a ver la píldora como una oportunidad que, en muchos casos, ellas no tuvieron.

Finalmente, las amigas juegan un rol preponderante en la elección de este método (a través de las conversaciones, consejos, comentarios, etc.). La utilización de la píldora no se presenta como un fenómeno aislado; al contrario, su utilización es muy común en los grupos de jóvenes con los que ellas se relacionan:

“Para mí estaba claro, toda mi clase toma la píldora, luego tomé la píldora y ni siquiera pensé si había otras formas, (...) entonces yo también fui al centro de planificación familiar” (...). - “¿Estabas sola?” -“No, estaba con mi madre y mi hermana”. (Alejandra, segunda generación, 19 años, realiza una formación técnica, cantón de Friburgo)

La prescripción de la píldora como el método adaptado perfectamente a la vida y necesidades de las jóvenes aparece como una norma que cristaliza el poder de la medicina. Este mensaje es transmitido y reforzado por el discurso de las madres, quienes promueven en sus hijas la responsabilidad contraceptiva y preventiva y, finalmente, por las amigas que confirman, a través su utilización, la normalidad del método en la vida de una joven. Esta norma (“la buena contracepción”) es interiorizada por varias jóvenes creando, al mismo tiempo tensiones entre

las prácticas «valoradas» por las y los expertos y las prácticas reales de las usuarias. Mencionemos que dentro de las personas entrevistadas, aproximadamente la mitad mencionan aspectos negativos (infertilidad, producto químico, medicamento, utilización estricta, etc.). A pesar de ello, estas jóvenes continúan usando la píldora y varias de ellas critican y consideran como irresponsable el hecho de recurrir a otros métodos naturales, considerados, como menos seguros.

LA PÍLDORA: UN MÉTODO ELEGIDO POR LAS MUJERES E INFLUENCIADO POR LOS HOMBRES

Como lo resaltan las jóvenes estudiantes entrevistadas, cuyas edades oscilan entre 22 y 25 años, la elección de la píldora le corresponde a la mujer (y no a la pareja) puesto que es en su cuerpo que este método actúa. De esta manera, son ellas las que pueden juzgar la conveniencia de este método, como se aprecia en esta conversación entre mujeres jóvenes:

A: Yo pienso que tú debes decirle [a la pareja] pero no vas a pedirle [autorización?] (...) A lo mejor su opinión...

B: (...) Puede ser muy personal, es cierto que si tomamos la píldora, el parche o el anillo... Es según lo que nosotras [las mujeres] queramos, eso es seguro (...)

A: Después, él [la pareja] puede dar su opinión pero somos nosotras que...

D: Depende de que método escojamos, porque él [la pareja] no sabe cómo vamos a sentirnos. Por ejemplo si tal píldora no nos cae para nada bien (...) por ese lado él no podrá escoger...

[la píldora actúa] en tu cuerpo pero, más que dar su opinión yo pienso que hay que discutir con la pareja; decirle "Escucha, yo tomo esto pero ¿qué piensas tú? Voy a tratar, pero vamos a ver" ... En fin, de esa manera

E: Después, depende de la persona porque yo con mi pareja queremos el implante y él me dice 'Oh, no pero mira...' yo le digo '¡No!' Nadie va cambiar mi punto de vista, para mí es claro y no es: «Veremos, a lo mejor tienes razón'... ¡No! El tiene su opinión y es muy clara, yo tengo la mía y yo solo quiero informarle (Risas)"

(*focus group*, mujeres estudiantes, segunda generación, cantón de Vaud)

Clara afirma que, en su caso, fue ella la que tomó la iniciativa, ha sido ella quien ha promovido la discusión con su pareja y la que ha hecho los trámites necesarios (ir a la o al ginecólogo, comprar la píldora, ocuparse de la gestión). Su testimonio pone igualmente en evidencia la importancia que ella otorga al hecho de que su pareja esté de acuerdo con la decisión.

"Soy yo la que pensó, la que fui [al médico], soy yo la que le dije [a su pareja] porque (...) hemos

hablado en ese momento, él estaba de acuerdo y entonces así fue (...) (Clara, segunda generación, 25 años, estudiante universitaria, cantón de Vaud)

Muchos de estos discursos acentúan la manera como las jóvenes asumen la responsabilidad contraceptiva, demostrando así la interiorización de la norma de la "buena contracepción". Sin embargo, esto no quiere decir que los hombres estén completamente ausentes de esta decisión. Su presencia, como lo sugiere la discusión en el *focus group*, puede ser pasiva (a título de información) o activa (para muchas de ellas, es importante discutir y escuchar las opiniones de sus novios). Más aún, para algunas, como lo dice Alejandra, son las preferencias del hombre las que tienen un peso mayor.

"Por qué abandonaste el condón?" –"Por razones de seguridad pero también... por él... Dice que es mejor sin condón (...). Para mí, era también correcto tener una protección complementaria". (Alejandra, segunda generación, 19 años, realiza una formación técnica, cantón de Friburgo)

En algunos casos, son los hombres, indirecta o directamente, quienes tratan de influir en la decisión de las mujeres hacia la elección de la píldora. Muchos estudios han subrayado la falta de motivación de los hombres para usar el condón en tanto éste representa un método perturbador a nivel del placer y del rendimiento masculino en el acto sexual (ver por ejemplo Davis et al., 2013). Podemos formular la hipótesis que, por un

lado, la decisión de dejar el condón para asumir un anticonceptivo más seguro es fruto de la socialización contraceptiva -a través de los mensajes vehiculados en la escuela, las revistas, en los grupos de iguales, etc.-, que implica que las mujeres deben ser responsables de la salud sexual (Spencer 1999) y asumir una contracepción segura y eficaz. Por otro lado, esta decisión es fruto de una socialización de género que implica que la mujer sea empática frente a las necesidades y preferencias de los hombres a expensas de sus propias preferencias o placer.



REFERENCIAS

Bajos, N. & Ferrand, M. (2004). La contracepción, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sciences sociales et santé*, Volume 22, n°3, 17-142 (doi: <https://doi.org/10.3406/sosan.2004.1630>)

Bajos, N. & Ferrand, M. (2006). L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*, 61, 91-118.

Davis, K.C., Schraufnagel, T. J., Kajumulo, K. F., Gilmore, A. K., Norris, J., & George, W. H. (2014). A Qualitative Examination of Men's Condom Use Attitudes and Resistance: « It's just Part of the Game ». *Arch Sex Beh*, 43, 631-643.

Durand, S. (avec la collaboration de Ferrand, M., Bajos, N.) (2002). Accès à la contracepción et recours à l'IVG chez les jeunes femmes. In N. Bajos, M. Ferrand & l'équipe de GINÉ (Ed.), De la contracepción à l'avortement. *Sociologie des grossesses non prévues* (pp. 249-302). Paris : Inserm.

Giami, A., & Spencer, B. (2004). Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 52, 377-387.

Office fédéral de la statistique, OFS, (2018). Population résidante permanente étrangère selon la nationalité 1980-2017. Tableau : je-f-01.05.01.01. Récupéré le 9.04.2019 de : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/nationalite-etrangere.assetdetail.5866921.html>

Perrin, E., Dupanloup, A., Berthoud, M., Dumont, P., & Bianchi-Demicheli, F. (2007). Contrôle de la fécondité, avortement et contracepción : la situation suisse. In M.-B. Tahon, (Dir.), *Famille et rapport de sexe*. Actes du 4ème Congrès international des recherches féministes dans la francophonie plurielle (tome 2) (pp. 113-134). Montréal : Les Editions du Remue-Ménage.

Spencer, B. (1999). La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128(1), 29-33.

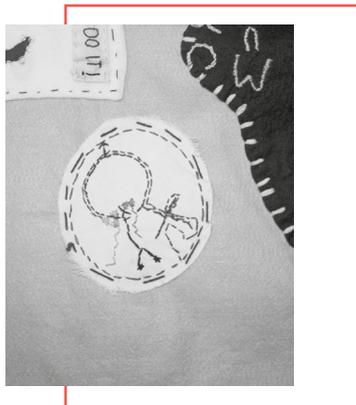
10.

Hilvanando una perspectiva feminista para analizar la aplicación *Grindr* más allá de los riesgos sexuales

CAMILO ANDRÉS GUANES NARANJO



"GÉNERO Y SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA"



Hilvanando una perspectiva feminista para analizar la aplicación *Grindr* más allá de los riesgos sexuales

Camilo Andrés Guanes Naranjo

En la cotidianidad, resulta cada vez más común que entendamos diferentes situaciones en clave de riesgos. En los noticieros, en artículos periodísticos, en conversaciones, al momento de consultar el médico y en distintos tópicos abordados en nuestras carreras, nos encontramos todo el tiempo enfrentados a este concepto.

Sin embargo, el modo en que cada sujeto se propone apropiarse de manera consciente o no una noción de riesgo es producto en realidad de un proceso de cognición situada. Con esto, quiero decir que la forma en que el riesgo como noción es adaptada en la cotidianidad de una persona no se encuentra de ningún modo desligada de su contexto ni de la subjetividad en que ésta se ubica. En este proceso tienen influencia los sistemas de valores y creencias.

Esta precisión es necesaria, pues considero que, desde el conocimiento experto, y en particular el que atañe al estudio del uso de aplicaciones (*apps*) o redes sociales dirigidas a hombres, existen dinámicas que es preciso

cuestionar en relación con los llamados “riesgos sexuales”¹.

GRINDR COMO UN PROBLEMA PARA LA SALUD PÚBLICA

La articulación del internet y de las tecnologías relacionadas con la homosocialización como un espacio para proporcionar un mayor acceso a relaciones sexuales con un factor de riesgo ha sido de especial interés para investigadores anclados a una perspectiva epidemiológica desde la década de los noventa (Groves, et al., 2014). Se ha hablado de estos nichos virtuales como los “saunas gays”² y ³ contemporáneos.

1 Este concepto proveniente de la epidemiología y la salud pública se refiere a los riesgos relacionados con el ejercicio de prácticas sexuales, usualmente aquellos relacionados al contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y/o embarazo.

2 Espacios físicos dispuestos para la homosociabilidad masculina, en los cuales los hombres (o ciertos tipos de hombres) pueden encontrar un nicho para socializar y/o tener relaciones sexuales con otros pares. Normalmente se establecen como sitios en donde se encuentran atracciones tales como cabinas privadas, jacuzzis, saunas y espacios de baño turco.

3 En este trabajo haré referencia a gay, adjetivo designado a los hombres de orientación homosexual.

El contraste o distanciamiento con la perspectiva enfocada en la dinámica de las ITS se traduce en mi interés por identificar cuáles son los riesgos a los que jóvenes universitarios usuarios de *Grindr* localizados en la ciudad de Bogotá creen que se encuentran enfrentados al momento de hacer uso de esta aplicación. Lanzada al mercado en 2009 en Estados Unidos, esta *app* se promueve como una red social dirigida a hombres gay y bisexuales que, mediante criterios geográficos, permite visualizar los perfiles de otros usuarios organizados por nivel de cercanía, de tal forma que facilita la socialización a partir de la geolocalización.

Como aplicación, *Grindr* permite tener una cuenta con un perfil de usuario en donde es posible de forma opcional incluir información personal relacionada con la edad, el peso, la estatura, el origen étnico, la situación amorosa, la identidad de género, el estado de VIH y la *tribu* a la cual se pertenece (*Oso, Pulcro, Maduro, Discreto, Geek, Deportista, Cuero, Nutria, Seropositivo, Macho, Trans y Twink*).

A diferencia de tecnologías anteriores como salas de chat y páginas web orientadas a la homosocialización, en *Grindr* sí es posible establecer fotos de perfil y compartir fotografías en la interfaz. Si bien no es permitido el hacer uso de imágenes explícitas en el espacio de perfil de usuario, el contenido gráfico compartido en las conversaciones no se encuentra sujeto a regulación, lo que permite conversaciones sin censura.

En los últimos años, estas tecnologías han posibilitado un primer acercamiento para muchos hombres a la

homosociabilidad. Esto, por la manera en que estos artefactos permiten omitir las distintas incomodidades e inconvenientes producto de los encuentros cara a cara, en donde efectos relacionados con la discreción, personalidad y presentación de sí mismo pueden convertir esta experiencia en un riesgo, esto por los posibles rechazos a los que hombres pueden enfrentarse en la cotidianidad y/o por el verse descubiertos en estos ámbitos en caso no haberlo deseado.

En redes sociales como *Grindr*, en cambio, los usuarios pueden ocultar o transformar su identidad haciendo uso de fotografías y/o descripciones de perfil que pueden alejarse total o parcialmente de su realidad, de tal manera que pueden lograr verse más atractivos y/o resultar más aceptables. Esta posibilidad permite en muchos casos una mayor facilidad para acercarse a lo sexual, no sólo por la forma en que los usuarios logran desprenderse de las posibles trabas que pueda establecer la apariencia física para conocer otras personas, sino por la forma en que resultan una manera de evitar las secreciones, las enfermedades, los olores, e incluso todos los problemas que puede acarrear el funcionamiento sexual en sí (Gómez en List Reyes, 2011).

PERCEPCIONES DEL RIESGO POR JÓVENES USUARIOS DE GRINDR EN BOGOTÁ

Dadas estas consideraciones, alimentadas a partir de mi propia experiencia como hombre homosexual usuario

de esta tecnología, me permití convocar a otros jóvenes usuarios que quisieran responder algunas preguntas relacionadas con el uso de *Grindr*. Para esto, por medio de dos publicaciones realizadas en los grupos de *Facebook*, “Confesiones LGBT UNAL”, y “Confesiones LGBT Uniandes”, espacios virtuales donde algunos estudiantes de estas dos instituciones y otros participantes comparten historias y relatos relacionados con experiencias sexoafectivas lésbicas y homosexuales de manera anónima, algunos participantes respondieron de manera afirmativa su intención de colaborar.

Convocar usuarios para ser entrevistados por este medio me permitió cerciorarme de que cumplieran con el criterio de edad escogido para esta investigación, dado que el soporte fotográfico y de datos de usuario disponible en los perfiles personales de *Facebook*, red social donde resulta más común o confiable este tipo de información, es mucho más frecuente que para el caso particular de *Grindr*, en donde la información de perfil de los usuarios, por lo menos en el caso bogotano, resulta poco recurrente.

En este caso, se escogieron como método las entrevistas virtuales dado que estas permiten entablar conversaciones sobre prácticas sexuales no normativas con mayor flexibilidad, sobre todo por la manera en que aún es necesario para algunos hombres ocultar sus preferencias sexuales ante posibles actos de discriminación y/o rechazo. Para efectos de este trabajo, fueron escogidos siete voluntarios de forma aleatoria de los más de veinte participantes de cada grupo que mostraron disposición

para colaborar.

Cuatro de los siete participantes eran estudiantes de la Universidad de los Andes, importante universidad privada localizada en la ciudad de Bogotá, reconocida por su amplia trayectoria académica y matrículas altas. Uno de estos (el entrevistado 3) pertenecía a una carrera del campo de las artes, dos a las ciencias exactas y/o ingeniería (entrevistados 1 y 2), y uno al de las ciencias administrativas (entrevistado 7). Para el caso de los estudiantes de la Universidad Nacional Sede Bogotá, prestigiosa institución universitaria pública de acceso muy competido, cuya población se compone en su mayoría por personas pertenecientes a la clase baja y media del país, uno pertenecía al campo de las ciencias de la salud (entrevistado 4), otro al de las ciencias administrativas (entrevistado 5) y el último de estos al de las ciencias sociales (entrevistado 6). El rango de edad de los participantes es de los 18 a los 24 años.

Un primer aspecto que consideré necesario para el análisis es la forma en que los entrevistados definen lo que es para ellos el “riesgo”. Esta pregunta es importante dado que “existen pocas publicaciones que abordan la forma en que las personas ven el riesgo como una experiencia y un concepto en general, y de los riesgos que creen que les afectan en todo el rango de sus actividades cotidianas” (Tulloch y Lupton, 2003). Esto mismo sucede en el caso de las relaciones que pueden tener los usuarios con el riesgo y las tecnologías de las que hacen uso.

Como una primera generalidad, es posible identificar

en el discurso de estos jóvenes una desarticulación con la perspectiva de comprensión del riesgo como un fenómeno causante de situaciones siempre devastadoras, trágicas o negativas. Aquí más bien es posible trazar un entendimiento que parte de la idea de un lugar de incertidumbre en el que se tienen posibilidades, tanto buenas como malas:

“O sea, para mí en general, riesgo es como salir de mi zona de confort (...) En hacer algo que pueda traer consecuencias buenas o malas”
Entrevistado 1. 20 años.

Es tanta esta posible ambigüedad frente al carácter negativo o positivo de los riesgos, que uno de los entrevistados habla en clave de riesgos positivos, es decir, que al momento de tomar ciertas decisiones consideradas riesgosas pueden tener lugar resultados positivos o beneficiosos:

“Riesgo, una característica que hace que alguna actividad implique algo no esperado, algo sorpresivo. Muchas veces se relaciona con [algo] peligroso o se ve como algo negativo. Sin embargo, pienso que hay riesgos positivos, que pueden beneficiarlo a uno”.
Entrevistado 2. 19 años.

Como un primer aspecto dentro del perfil de uno de los entrevistados, consideré que el verse relacionado con campos de estudio ajenos o lejanos a las perspectivas de las ciencias exactas, podrían generar conceptualizaciones sobre el “riesgo” alejadas de una perspectiva negativa

respecto a esta experiencia, sin embargo, para el caso del Entrevistado 3 (estudiante de un programa adscrito al campo de las artes), la definición no resultó muy diferente:

“Riesgo, para mí, es que una situación se salga de control, que se salga de mis manos.”
Entrevistado 3. 19 años.

Es de resaltar ahora, que si bien pudo tratarse de un asunto mediado por la manera en que los entrevistados fueron convocados –como usuarios de *Grindr* que pudieran colaborar con algunas preguntas para un trabajo de una asignatura-, la pregunta por la definición de qué era “riesgo” para ellos tenía que ser aclarada en la medida en que ésta no apelaba directamente a considerar a la aplicación como riesgosa en sí. Sin embargo, esta confusión y la manera en que terminaba pidiendo ser precisada la pregunta, empezaba en esta etapa primaria de cada entrevista a reflejar la gama de riesgos que enfrentan estos jóvenes al momento de hacer uso de esta aplicación:

“- [Entrevistado 4], ¿qué entiendes por riesgo?”
“- Secuestro, violación y enfermedades de transmisión sexual.” Entrevistado 4. 18 años.

Sorpresivamente para mí, estas respuestas inesperadas reflejaron una suerte de jerarquización frente a cómo es entendida la relación *Grindr*-riesgo, en donde situaciones de violencia producto de encontrarse con otros usuarios son privilegiadas respecto a posibles riesgos sexuales por el hecho de tener encuentros sexuales:

“...De igual modo, riesgo en términos de seguridad personal, vendría siendo, también vinculado con la incertidumbre, pero ya en términos de decisiones o, en el caso de *Grindr* por ejemplo, tener un evento desafortunado de encontrarse con una persona de mal.” Entrevistado 6. 21 años.

Este distanciamiento con los riesgos sexuales se encuentra relacionado con los usos flexibles que pueden presentarse con esta tecnología: el fin último que le dan estos usuarios no se encuentra siempre enfocado en el hecho de encontrar compañeros sexuales para encuentros presenciales.

“La mayoría de veces solo la uso para hablar y distraerme un poco. Rara vez pasa de ahí.” Entrevistado 6

Por lo tanto, entender las diferentes funciones que ofrece *Grindr*, permite una comprensión de los procesos de cognición situada que tienen lugar en las percepciones del riesgo en este caso. De esta manera, entender la forma en que los usuarios de tecnologías se relacionan y dan uso de las aplicaciones, permite afinar las posibles articulaciones que puedan hacerse respecto al uso de ésta y los riesgos que pueden asociarsele.

“De estarlo [expuesto al riesgo] sí, pero es igual que en *Facebook* o *Instagram*, o demás redes. Depende de cómo uno utilice la aplicación, está más expuesto o no a estos riesgos”. Entrevistado 7. 21 años.

Los usos particulares, como el *sexting*, chatear y el “ver quien anda cerca”, se relacionan al momento de preguntar a qué riesgos en particular creen que se encuentran enfrentados al hacer uso de la aplicación. Acá, la situación que prima de manera enfática, es decir que es señalada como un escenario de riesgo, es el hecho de verse “sacados del clóset”. Esta situación es calificada de gravedad, sobre todo si se utiliza la aplicación en el espacio universitario o en cercanía a sus barrios y/o lugares de residencia.

“Gracias a la aplicación uno tiene el conocimiento sobre quién es gay en la universidad. Aumenta el riesgo. Si bien hay personas que ocultan su identidad en la aplicación, hay como yo, quienes no lo hacemos.” Entrevistado 3

Por otro lado, también más allá de los riesgos sexuales, encontré en las respuestas de los entrevistados un fuerte énfasis en los riesgos que podría implicar el hecho de encontrarse con personas desconocidas mediante la aplicación. Se hace referencia a historias de personas usuarias de *Grindr* que resultaron enfrentadas a gravísimas situaciones de violencia, entre ellas el robo, el secuestro, amenazas o violaciones:

“Puede haber muchos [riesgos], el simple hecho de que sea gente totalmente desconocida puede hacer que ocurra de todo. He escuchado casos de que los terminan robando, otros que terminan golpeados, etc, etc. Hay muchas cosas que podrían suceder”. Entrevistado 2.

Por último, hay una jerarquización de los riesgos que resulta clara en la respuesta del Entrevistado 5, en donde sin desarticular la noción del extrañío o desconocido como el principal sujeto de riesgo al hacer uso de *Grindr*, lo relaciona como un posible vector de contagio de enfermedades de transmisión sexual:

“...La tercera a que, si de pronto quedas de verte con alguien, sea un *catfish*⁴. La cuarta como que te salga alguien medio loco por ahí. Y pues yo creo que la más grave es que uno en verdad no sabe con quién se está comiendo. O sea, literal la persona puede tener todo tipo de enfermedades.” Entrevistado 5. 23 años.

Como investigador y como usuario, debo reconocer que el VIH/SIDA no apareciese de forma tan prioritaria en cada uno de los testimonios me resultó sorprendente. Considero que en general, gran parte de mi trayectoria frente a lo sexual ha estado marcada por este aparente riesgo sexual inminente, y que en realidad todas estas otras experiencias articuladas aquí por estos otros usuarios como “riesgos”, habían resultado para mí en un segundo plano, o simplemente no habían sido contempladas. Identificado posteriormente con cada uno de estos testimonios, puedo afirmar que ejercer una sexualidad no normada en este contexto parece ser un riesgo constante para la integridad propia.

⁴ Se dice de la persona que crea un perfil falso en alguna red social suplantando la identidad de otro o creando una completamente nueva a partir de fotografías y/o información de perfil que no corresponde a su identidad verdadera.

CONSIDERACIONES FINALES

Considero que estas primeras reflexiones ayudan a completar temas tratados por la salud pública y la epidemiología. Al no tener en cuenta características relacionadas con lo subjetivo y contextual en las relaciones de riesgo, estas disciplinas tienden a dejar de lado vivencias que se presentan con el uso de estas tecnologías. Esta perspectiva permite, así, analizar factores tales como el relacionamiento que tienen los sujetos con el riesgo en la cotidianidad, la forma específica en que pueden dar otros usos a la tecnología, y comprender qué riesgos resultan privilegiados al hacer uso de estos artefactos.



REFERENCIAS

Grov, C., Breslow, A. S., Newcomb, M. E., Rosenberger, J. G., & Bauermeister, J. A. (2014, May 22). Gay and bisexual men’s use of the internet: Research from the 1990s through 2013. *Journal of Sex Research*, Vol. 51, pp. 390–409.

List Reyes, M. El Internet ¿un espacio para la afectividad gay?. In *Lo social de lo sexual. Algunos textos sobre sexualidad y desarrollo*. (VI, pp. 123-137). México. Fundación Arcoiris.

Tulloch, J., & Lupton, D. (2003). Defining risk. In *Risk and everyday life* (I, pp. 16–40). London: SAGE Publications Ltd.

11.

Trans MtF latinas y PrEP: reflexiones desde Francia

BLANCA BERMUDO DE MATEO





Trans MtF latinas y PrEP: reflexiones desde Francia

Blanca Bermudo de Mateo

Los avances que se han dado en materia de VIH/sida en los últimos años han sido espectaculares. Hoy, quien se contagia y tiene acceso a tratamiento no se cura, pero vivirá tanto y tan bien como una persona sana, sin alcanzar nunca la fase de enfermedad (fase sida).

Lo último en este pequeño mundo se llama PrEP (profilaxis pre-exposición) y es una medicación preventiva que evita que personas seronegativas (no contaminadas) puedan contraer el VIH, aunque mantengan relaciones sexuales no protegidas. La PrEP es una barrera química: mientras se tomen las pastillas, existe una protección casi total contra el virus (Molina, Capitant, Spire et al, 2015; McCormack, Dunn, Desai et al, 2016).

Este tratamiento lleva utilizándose en Estados Unidos desde 2012, en Francia desde 2015, y desde entonces otros países han autorizado su uso, al menos 68 a finales

de 2018 (Fitch, Clancy, Donaldson et al, 2018)¹. En el caso de Colombia, no está aprobada la indicación preventiva de la PrEP, pero puede ser recetada por un médico particular si el paciente se hace cargo de los gastos². Un plan piloto estudia, en 2019, la posibilidad de implementar la PrEP como parte del Plan Obligatorio de Salud o POS (Suárez y Fernández, 2018).

Es importante comprender que la PrEP protege únicamente contra el VIH/sida, y que no es anticonceptiva, ni evita otras infecciones de transmisión sexual o ITS (como sífilis, gonorrea, hepatitis...). Para evitar las ITS y los embarazos, el condón sigue siendo el método de protección por excelencia.

Es posible tomar la PrEP según dos modalidades: a diario o "a demanda" (es decir, antes y después de las relaciones "de

¹ Ver también la página www.prepwatch.org/country-updates

² Fuente: <http://www.ligasida.org.co/2018/09/10/prep-previene-y-cuida-de-tu-sexualidad-sin-dejar-de-disfrutarla/> (Obtenido el 2 de febrero de 2019)

riesgo") pero, en cualquier caso, siempre de manera muy estricta en los momentos correctos, sin olvidar ninguna dosis³. De lo contrario, la protección no está asegurada.

Las dos moléculas utilizadas en la PrEP, emtricitabina y tenofovir, han sido utilizadas desde hace años en el tratamiento de personas seropositivas como parte de una terapia combinada con un tercer fármaco, aunque para la prevención son suficientes en solitario (Agencia Europea del Medicamento, 2018). Es por esto que conocemos bien sus efectos secundarios, a corto y a largo plazo, y que son uno de los motivos por los que se requiere seguimiento médico cada 3 meses, con análisis de sangre. En concreto, es fundamental controlar la función del riñón, por el riesgo de insuficiencia renal (fracaso del riñón) en algunos pacientes.

Mi experiencia con la PrEP comienza en Francia hace más de un año, cuando empecé a trabajar en una asociación en la que realizábamos educación a la salud y prevención de infecciones de transmisión sexual. Nuestra labor se centraba en lo que llaman población "clave" o de "riesgo", es decir, aquellos grupos que estadísticamente han tenido mayores niveles de VIH: hombres que tienen sexo con

³ En caso de administración a diario, deberá tomarse siempre a la misma hora y nunca con una diferencia de más de 2 horas. En caso de administración a demanda, deberán tomarse 2 pastillas entre 24 y 2 horas antes de la relación sexual de riesgo, y a continuación una segunda toma de 1 pastilla pasadas 24 horas de la primera, y una tercera toma única pasadas 48. Este esquema puede repetirse cada vez que vaya a darse una relación sin preservativo. No obstante, en caso de darse una segunda relación sexual de riesgo en los 6 días siguientes, la pauta se modifica y puede complicarse sustancialmente. Existen guías con esquemas explicativos para las diferentes situaciones, como por ejemplo: https://www.aides.org/sites/default/files/Aides/bloc_telechargement/aides_guide_prep_2018_en.pdf (pp 14-19)

hombres (HSH), personas en prostitución, usuarios de drogas inyectables...

A diferencia de mi país (España), donde la PrEP no se utilizaba entonces en la práctica, en seguida pude ver que el fenómeno PrEP francés se encontraba en plena ebullición. Gracias a una muy potente campaña de *lobbying*, la PrEP estaba financiada por la Seguridad Social, incluso para las personas sin ninguna cobertura sanitaria, como es el caso muchos migrantes en situación irregular.

Después de un primer momento en el que la campaña PrEP se había centrado en público gay masculino que no utilizaba condón sistemáticamente, se intentaba, entonces, ampliar la indicación a otros colectivos: fundamentalmente prostitutas⁴/trabajadoras sexuales (sobre todo mujeres trans), y migrantes de África subsahariana (muchas veces cis⁵ y heterosexuales). Casi todas las asociaciones parisinas de lucha contra el VIH habían lanzado su propio proyecto PrEP, y nuestra asociación no iba a ser menos – en parte, porque las subvenciones surgían con mucha mayor facilidad con la palabra de moda. Así, apenas un mes antes de mi llegada, comenzó un proyecto ambicioso: proponer PrEP fuera de los muros del hospital a personas trans MtF (male to female, en inglés) en ejercicio de prostitución, sobre todo poblaciones latinas.

⁴ El término "prostituta" no se emplea en este artículo con ánimo de censura o crítica de ningún tipo, sino por ser la palabra que con mayor frecuencia he escuchado por parte de las propias afectadas.

⁵ El término « cisgénero », por oposición a « transgénero », se refiere a quienes viven socialmente de acuerdo con su sexo de nacimiento.

Las personas trans MtF en prostitución son uno de los grupos más afectados por el VIH, especialmente si son migrantes, con prevalencias que oscilan entre un 15 y hasta un 90% en algunos estudios (González, 2019).

En seguida se me confió el proyecto; yo era la única persona de la asociación que hablaba español con fluidez. El plan era ofrecer consultas de salud sexual, con test diagnóstico de VIH y otras ITS, e identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la PrEP. Nuestras acciones tenían lugar en los locales de una conocida asociación trans y trabajábamos con médicos con experiencia en la prescripción de PrEP dentro del hospital.

Sin embargo, pronto comprendimos que la población que acudía al hospital demandando la PrEP y que nuestros médicos conocían (en su mayoría hombres homosexuales franceses con empleo y vivienda estables) distaba mucho de las nuevas pacientes a las que iba dirigido el programa.

En su dimensión más práctica, la PrEP requiere de condiciones medianamente estables de vida, muy alejadas de las de la mayoría de las prostitutas trans migrantes: horarios fijos, citas médicas regulares, manejo de las instancias administrativas...

Pero además, supone incorporar la rutina y disciplina del enfermo crónico a la vida de una persona sana. Esto sólo es aceptable para quien estima que la posibilidad de contagiarse justifica el pensar en una pastilla a diario, soportar eventuales efectos secundarios y someterse a exámenes médicos regulares. Sin embargo,

el riesgo de contagio suena remoto para quien tiene preocupaciones urgentes e inmediatas, es decir, para la gente más precarizada. Al priorizar, es difícil anteponer la eventualidad de contraer VIH a la búsqueda de alojamiento inminente, los peligros de ejercer la prostitución en el marco francés⁶, las precarias condiciones de vida parisinas, el desconocimiento del idioma local, la ausencia de un círculo familiar o de apoyo... Como decíamos, tener VIH, si bien es importante, ya no es una sentencia de muerte asegurada, y en Francia los tratamientos son accesibles y gratuitos para todo el mundo.

Así, frente al entusiasmo de los pacientes franceses que acudían al hospital, felices de “liberarse del condón”, encontré a unas mujeres trans mucho más desconfiadas. Una de ellas, y con una lógica aplastante, era incapaz de entender la utilidad de la PrEP para evitar contraer el virus cuando al final, en su vida cotidiana, tomar la PrEP era igual que vivir con VIH: medicinas, efectos secundarios y seguimiento, crónicamente.

La propuesta PrEP les sonaba aún más absurda porque, ante el riesgo de otras ITS, tan presentes en clientes de prostitución, preconizábamos no abandonar el preservativo. El discurso de nuestra asociación era que la PrEP permitía tener una “doble barrera”, algo con que protegerse si el condón se rompía o el cliente se lo quitaba durante las relaciones sexuales. Para muchas, esto era un riesgo posible pero muy lejano, que no justificaba la medicalización real e inmediata de su vida y los posibles efectos secundarios.

Esta idea del balance riesgo/beneficio ha sido teorizada por muchos intelectuales críticos ante el reciente florecimiento de la medicina preventiva (ver, por ejemplo, los trabajos de Gérvas y Pérez Fernández (2013, 2015), que citan abundante bibliografía). En un contexto preventivo, y no curativo, en el que se parte de una situación de salud y se buscan bienes a futuro, es preciso mostrarse muy cautos con las intervenciones sanitarias. En una persona sana, y que, por tanto, tiene “mucho que perder”, los riesgos asociados al empleo de medicación potente pueden fácilmente superar a los de no usarlo.

Sin embargo, para nuestros médicos, desde hace meses en el epicentro del fenómeno PrEP, toda esta reticencia resultaba algo menos que incomprensible. No podían comprender que ante un riesgo potencial real, estas personas rechazaran una ayuda que se les ofrecía de manera gratuita. Más que la distancia de estatus entre el médico y el paciente, era un choque socio-cultural frontal, experiencias de vida opuestas, visiones radicalmente diferentes de la salud y de la enfermedad, diferencias de género, clase y “raza” demasiado importantes...

Conforme pasó el tiempo, al correrse la voz de que había consultas gratuitas en la asociación, comenzaron a venir chicas sin cobertura sanitaria que necesitaban ver a un médico: gripes, erupciones cutáneas, gastroenteritis... Con amabilidad, pero también con cierta exasperación, el médico las acompañaba a la puerta. Ellas no entendían el objetivo de traer un médico que sólo trataba su sexualidad. Algunas podían adivinar que otros intereses se mezclaban con los suyos cuando se les ofrecía una ayuda tan alejada

de sus necesidades reales.

La campaña publicitaria de la PrEP ha vendido la idea de una nueva revolución sexual, una especie de emancipación del preservativo, un “derecho” conquistado por la ciudadanía. Pero lo cierto es que, a excepción de la industria farmacéutica y la comunidad médica, pocas personas imaginaban la liberación sexual con forma de pastilla azul y chequeo médico regular.

Apenas algunos hombres cisgénero, gays y blancos en situación acomodada, y que se reclaman sucesores de la lucha de los años 90, han hecho campaña activa en Francia por el acceso libre a la nueva herramienta de prevención. Sólo que esta vez, en lugar de denunciar los excesos de la industria (como hiciera, por ejemplo, Act-up Paris hace casi tres décadas) los nuevos activistas han ido de la mano con ella, apoyando una solución médica e individual, tan propia de los tiempos modernos.

Desde hace un par de años en Francia, se mueven ingentes cantidades de dinero en torno a la PrEP⁶, y, aunque resulte difícil de demostrar sobre el papel, Gilead, la farmacéutica detentora de la patente, ha participado de forma indirecta en casi todos los niveles de su implementación. Y es que la PrEP es una auténtica ganga para la industria: de tener apenas un puñado de personas candidatas a consumir antiretrovirales – las personas seropositivas – de pronto, toda la población sexualmente activa podría ser susceptible de tomarlos.

Por otra parte, y aunque la voluntad primaria sea ofrecer una mejor calidad asistencial, a los médicos también les conviene participar en proyectos PrEP para incrementar su prestigio profesional. En estos momentos, realizar estudios novedosos sobre ella es sumamente prestigioso y susceptible de ser publicado en revistas científicas de alto impacto.

Además, y ya alejados de los intereses y voluntades individuales de algunos profesionales, herramientas como la PrEP dilatan aún más el poder médico. La PrEP corresponde a la perfección con lo que fue teorizado por Foucault (1976) como biopoder: control químico del cuerpo, medicalización de la sexualidad, dependencia de las instituciones y los grandes grupos farmacéuticos en la esfera más íntima... Cada tres meses, las personas usuarias de PrEP reseñan a su médico todo lo que ha pasado por su cama.

En conclusión, creo que la PrEP es una herramienta que puede resultar muy beneficiosa para algunas personas que así lo soliciten, y de hecho pude conocer múltiples casos concretos donde así era.

Sin embargo, en el caso de las prostitutas trans MtF latinoamericanas, una idea lleva meses rondando en mi cabeza: frente a la situación de profunda precariedad en que viven estas personas, en la que encontrar otro trabajo, si así lo desean, resulta difícil o casi imposible, el Estado francés sólo busca evitar que se contagien del VIH. Francia no les ofrece, como muchas de ellas reclaman, medios para aprender el idioma, para salir de la marginalidad y la soledad o para romper el estigma.

Por tanto, ¿en quién se piensa al lanzar esta medida preventiva con la PrEP? ¿A quién protege realmente? A veces pienso que la PrEP sólo permite que ellas sigan en la calle ofreciendo sus servicios, eso sí, libres de VIH, no sea que se contagie algún cliente...



REFERENCIAS

Agencia Europea del Medicamento (2018). Truvada (emtricitabina/tenofovir disoproxil). Información general sobre Truvada y sobre los motivos por los que se autoriza su uso en la UE (EMA/99146/2018, EMEA/H/C/000594). Obtenido el 2 de febrero de 2019, desde: https://www.ema.europa.eu/documents/overview/truvada-epar-medicine-overview_es.pdf

Gérvás, J. y Pérez-Fernández, M.P. (2013). Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los libros del lince.

Gérvás, J. y Pérez-Fernández, M.P. (2015). La expropiación de la salud. Barcelona: Los libros del lince.

Gonzalez, O.L. (2019). Une réponse sociologique relative à la haute du VIH auprès des personnes transgenre MtF provenant d'Amérique latine. Journée Scientifique Sidaction.

Fitch, L., Clancy, J., Donaldson, E., Gardiner, E. & Warren, M (2018). Tracking global oral PrEP provision: the who, what and where of oral PrEP. Trabajo presentado en la HIV Research for Prevention conference (HIVR4P 2018), Octubre, Madrid.

Foucault, M. (2007). Historia de la sexualidad. México, D.F.: Siglo XXI Editores.

McCormack, S., Dunn, D.T., Desai, M., Dolling, D.I., Gafos, M., Gilson, R., et al (2016). Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *Lancet Lond Engl*, 387(10013), 53–60.

Molina, J.M., Capitant, C., Spire, B., Pialoux, G., Cotte, L., Charreau, I., et al (2015). On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*, 373, 2237–46.

Suárez, R. y Fernández, C.F (2018, 1 de diciembre). Se abre debate en Colombia por medicamento que previene el VIH. *El tiempo*. Obtenido el 2 de febrero de 2019, desde: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/se-abre-debate-en-colombia-por-medicamento-que-previene-contra-el-vih-300142>

12.

Entrevista a *Las callejeras*: Trabajo sexual, salud sexual y reproductiva

ANDRÉS CASTELLANOS, ROBERTO CASTRO





Entrevista a *las callejeras*:
Trabajo sexual, salud sexual
y reproductiva

Andrés Castellanos, Roberto Castro

Colaboradoras: Equipo de trabajo corporación *Las callejeras* compuesto por Luz Pardo, Dora Rodríguez, Mxrtin Montanx, Lesley Romero.

Las callejeras es una organización sin ánimo de lucro de base comunitaria, compuesta por mujeres y hombres trabajadores sexuales, y ciudadanos habitantes de calle en búsqueda de la justicia social, fundada el 24 de agosto del 2017 con el objetivo de incentivar la promoción de los derechos humanos de las personas que ejercen el trabajo sexual, las personas en estado de habitabilidad de calle y las personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Su eslogan es “Nada para nosotras sin nosotras”. Esta resulta un parafraseo de una expresión europea, “nada sobre nosotros, sin nosotros¹”, en la que se plantea que no se puede tomar decisiones en la política sin que el pueblo

1 Nihil de nobis, sine nobis. Expresión acuñada alrededor del siglo XVI en Europa en donde se quitó el poder de la monarquía para darlo al parlamento y hacer un gobierno participativo.

haga parte directa y absoluta de la decisión.

Las callejeras se han financiado a través de la autogestión, el emprendimiento de medios de vida y economías comunitarias, y también han sido financiadas por redes de cooperación internacional como Open Society Foundation. Actualmente son miembros de La Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP) y Plataforma Latinoamericana de Personas que Ejercen el Trabajo Sexual (PLAPERTS), redes internacionales que lideran las discusiones y el abordaje de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales en Latinoamérica.

Actualmente en Colombia la tendencia legislativa y jurisprudencial es garantizar la protección de los derechos de las y los trabajadores sexuales. Tal es el caso de las sentencias T-629 de 2010, T-073 de 2017 en donde se consagran ampliamente las garantías que tienen al dar a dicha profesión el estatus de trabajo. De igual manera, el Código de Policía y el Código penal buscan dar una garantía

efectiva a quienes ejercen esta labor, propendiendo siempre que sea de forma libre, voluntaria, acorde a normas establecidas en las jurisprudencias y tendientes a que se dé un manejo integral, que incluya sus derechos laborales, sexuales, reproductivos, entre otros.

Andrés Castellanos: Gracias por acceder a darnos esta entrevista². ¿Quiénes son “Las callejeras”? Cuéntenos un poco sobre su trabajo.

Luz Pardo: Las callejeras es una organización de base comunitaria que trabaja por los derechos fundamentales de las y los trabajadores sexuales, y personas habitantes de calle. Trabajamos por la regulación del trabajo sexual y porque se construya una política pública. Lo más importante es que estamos compuestas por mujeres y hombres que ejercen o han ejercido el trabajo sexual. Tenemos un trabajo comunitario dividido por sectores, contamos con líderes en el Siete de agosto, el barrio Santa Fe, la Plaza de La mariposa, etc.

Tenemos experiencia brindado acompañamiento a mujeres víctimas de violencia, a mujeres agredidas por la policía, brindamos seguimiento y acompañamos las respectivas denuncias. Nos enfocamos en el acceso a la salud y la educación. Tenemos actividades en reducción del daño, consumo de estupefacientes, y articulación con otras organizaciones del sector. Participamos en litigios y asesorías jurídicas, entre otras actividades.

2 Entrevista realizada el día 25 de agosto del 2018 en el Barrio Santa Fe, Localidad Los Mártires, Bogotá Colombia.

A.C.: Queremos conocer su postura como corporación “Las callejeras” debido a las discusiones y cambios que se están dando actualmente en Colombia sobre la regulación del trabajo sexual, priorizando que las voces de los y las trabajadoras sexuales sean escuchadas.

Dora Rodríguez: Nosotras somos muy reacias a participar en este tipo de espacios, muchas sentimos que somos usadas por fundaciones y por el Estado, pero sentimos que no somos escuchadas, que nada cambia, pero toca trabajar para lograr un cambio. Pero esta es una lucha que va a durar mucho tiempo, los resultados no se verán en cuestión de un mes por lo que necesitamos hacernos visibles, empezar a ganar espacios.

A.C.: ¿Cuál es su postura frente al manejo que el Estado le da al trabajo sexual?

D.R.: Hay mucho silencio por parte de la mayoría de las trabajadoras sexuales, muchas fundaciones se han tomado la vocería pero la mayoría no nos representan. Somos un grupo de trabajadoras sexuales, la mayoría aún en ejercicio, y buscamos ser oídas en los espacios de toma de decisión. Muchos políticos dicen que buscan regular el tema, crear normatividad, pero el Estado en realidad nos ataca con el objetivo de acabarnos; es un esfuerzo abolicionista y no les preocupa vulnerar nuestros derechos al hacerlo.

A.C: ¿Existe algún consenso entre los y las trabajadores sexuales sobre si el trabajo sexual debería ser abolido o regulado?

D.R: Dentro de nuestro colectivo, sí. Buscamos dignificarlo y que sea reconocido como un trabajo y que el Ministerio de Trabajo reconozca nuestros derechos y garantías igual que cualquier otro trabajo, no obstante hay grupos de trabajadoras y trabajadores sexuales que son abolicionistas. Es respetable, todos somos humanos y tenemos opiniones diferentes.

A.C: ¿Qué conocen sobre el marco legal que existe en Colombia respecto al trabajo sexual?

D.R: No hay muchos avances a nivel normativo y legal, puesto que las normas que existen y las sentencias que nos amparan casi nunca se cumplen. Actualmente se encuentra en desacato la sentencia que le dio dos años al Estado colombiano para reglamentar el trabajo sexual, todo esto sin logros.

L.P: Además la mayoría no conocen las normas ni las sentencias y no hay quién nos informe sobre esas herramientas. Con la regulación la idea es que se creen elementos que garanticen nuestros derechos, por ejemplo que las trabajadoras que están en un establecimiento tengan un contrato laboral, que la policía no nos lleve detenidas porque no es un delito lo que hacemos. Buscamos que se haga una regulación muy minuciosa que abarque todos los diferentes tipos de trabajo sexual, las y los trabajadores sexuales requieren atención con

enfoque diferencial al ser un sector históricamente marginalizado, discriminado y estigmatizado. Creemos que con la regulación se evita que redes de trata y proxenetas legalicen sus actividades valiéndose de las normas creadas.

D.R: Recuerdo cuando nos invitaron a un taller que llamamos “ El Código de Policía”: es un taller dictado por *La Casa de Todas*³, en donde nos enseñan la normatividad referente al trabajo sexual y la norma policiva, referente a lo que podemos y no podemos hacer al ejercer en la calle. En este tipo de talleres suele hacerse énfasis en nuestros deberes y en las prohibiciones que estipula la ley, pero no se habla sobre los derechos y garantías que tenemos, derechos ganados casi todos a través de sentencias. Por eso, vemos como muchas compañeras que ejercen el trabajo sexual nunca conocen sobre sus derechos.

A.C: ¿Cuáles consideran que son los principales problemas a los que se enfrentan los y las trabajadoras sexuales en Colombia?

D.R: Principalmente, la discriminación. Es el problema más grave, nos satanizan, todo el tiempo los representantes del Estado nos miran mal, nos menosprecian. Junto con eso viene la continua violación a los derechos humanos, el abuso policial⁴ por ejemplo es de lo que más nos

³ La Casa de Todas: Centros de atención de la Alcaldía de Bogotá, dirigidos a mujeres que realizan actividades sexuales pagadas o en riesgo de realizarlas. Proporcionan acompañamiento jurídico, psicosocial, trabajo social, y procesos de capacitación en oficios varios.

⁴ A pesar que en Colombia existen sentencias como la T-594 de 2016 que prohíben la discriminación en el espacio público por el ejercicio de la actividad sexual, siguen presentándose desmanes por

afecta nos agreden, golpean y vulneran, nos hacen perfilamientos, si hay un conflicto entre un cliente y una trabajadora, la Policía siempre toma el lado del cliente, sin siquiera preguntar lo que ocurrió. Si llega a ser necesario que la Policía se lleve al o la trabajadora sexual, llegan a pedir favores sexuales a cambio de no hacerlo.

L.P: Las mujeres, en general, deben ser respetadas pero cuando se trata de una trabajadora sexual eso desaparece pues la sociedad la percibe como un objeto, olvidando que también es mamá, hija, hermana, casi de inmediato perdemos la condición de mujeres. La Policía y otros actores creen que por ser trabajadora sexual pueden violentarme y abusarme, lo peor de eso es que no pasa de ser un “chisme” porque al momento de poner una denuncia no contamos con los nombres, números de identificación u otros elementos que nos permitan credibilidad a la hora de interponer una denuncia.

A.C: ¿Consideran que el Estado es garante de derechos entre los que se incluyen aquellos relacionados a la salud sexual y reproductiva?

D.R: En sí ni siquiera garantiza el acceso a la salud en general, mucho menos la sexual y reproductiva. Si no hacemos el pago de nuestra salud, no tenemos acceso a servicios de salud, es decir, no tenemos cobertura por parte de ninguna entidad. Debido a que me encuentro sin una Entidad Promotora de Salud (EPS)⁵, fui a preguntar en

parte de la fuerza pública.

⁵ Entidad Promotora de Salud (EPS): Entidades encargadas de coordinar los servicios médicos bajo esquemas de aseguramiento individual (los cotizantes o trabajadores pagan por afiliarse). Estas EPS

la Secretaría Distrital de la Mujer, también a la Secretaría de Integración Social (SIS), entre otros, y siempre la respuesta era “Si necesita salud, páguela o vaya y pida una encuesta del Sisbén⁶, pero si tiene una vida medianamente digna no le van a dar nivel 1 o 2 del Sisbén”.

Esto se presenta posterior a una charla en la que participé donde me informaron que en caso de necesitar atención podía dirigirme a la Secretaría de Integración Social, porque los y las trabajadoras sexuales son consideradas población vulnerable y por ende tienen derecho a un nivel de Sisbén que se ajuste a su forma de vida. Pero allá se me informó que no es cierto, que las únicas personas en condición de población vulnerable son los habitantes de calle, las personas víctimas del conflicto y personas en condición de discapacidad, y resulta bastante excluyente porque, al encontrarnos trabajando en la calle, no siempre podemos realizar el pago de un seguro o EPS.

Referente a la salud sexual y reproductiva, vemos la necesidad de una política pública enfocada hacia el trabajo sexual. Las oficinas anteriormente mencionadas hacen brigadas ocasionalmente en las que se entregan kits con preservativos. Usualmente entregan sólo tres condones e información en volantes, lo que nos lleva a pensar que no hay una real cobertura de salud para

orientan hacia los hospitales o clínicas con los que tienen convenios.

⁶ Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales, Sisbén. Es la herramienta de valoración y clasificación de la población que vive en Colombia según sus capacidades socioeconómicas. A partir del puntaje del Sisbén, se determina si una persona se puede vincular a una EPS de forma contributiva o subsidiada, y se determinan los costos para acceder a tratamientos en salud.

nosotras y eso nace desde la omisión de reglamentación sobre el trabajo sexual. No conocemos el primer programa estatal enfocado al trabajo sexual. La *Casa de Todas* de la Secretaría de la Mujer se limita a apoyar la vinculación al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, Sisbén. El Sisbén es básicamente una encuesta cuyo puntaje permite acceder posteriormente al sistema de salud colombiano, supongo que deben tener una que otra ruta para brindarnos atención, pero en los formularios no ponen nuestra actividad real con el fin de “mitigar” la discriminación y por tal motivo nuestras necesidades no son visibilizadas.

A.C: ¿Cuáles consideran que son los principales problemas en salud sexual y reproductiva que enfrentan los y las trabajadoras sexuales?

D.R: Hay muchos como el VIH, virus del papiloma y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y embarazos en el caso de las mujeres y muchas cosas más a las que nos encontramos expuestas. Por ejemplo, cuando estamos en un servicio con un cliente un condón se puede romper y no tenemos a dónde ir para realizarnos una prueba rápida de VIH, normalmente no son gratuitas, las brigadas no son frecuentes y son poco eficientes, y esto es algo a lo que deberíamos poder acceder todo el tiempo.

L.P: La primera sentencia sobre el trabajo sexual en Colombia nació del caso de una mujer que fue despedida por quedar en embarazo. (Corte constitucional de Colombia, T-629-10, 2010). Necesitamos que el Estado nos garantice el acceso a la salud sexual y reproductiva;

como mínimo queremos una política pública.

D.R: Nosotras necesitamos que exista una normatividad que demuestre que nosotras existimos, que necesitamos atención y protección, incluyendo una Administradora de Riesgos Laborales (ARL)⁷. Es lamentable que si cotizo por mi salud, no me den información porque desconocen sobre los riesgos que encuentro en mi trabajo. Lo que hace falta es que regulen el trabajo sexual para poder empezar a cotizar como cualquier trabajador en este país.

Además, es bastante doloroso y ofensivo que siempre asuman que somos nosotros y nosotras los que llevamos las infecciones y por eso, la atención de salud que nos brindan se limita a preservativos, pruebas de VIH, y citologías, pero necesitamos mucho más que eso. El problema es que esos son los imaginarios de la gente, cualquier persona puede estar eventualmente expuesta al VIH; si tú tienes pareja pero en algún momento buscas a alguien y lo hacen sin protección y después vas a tener relaciones en pareja también sin protección –seamos sinceros, después de un tiempo en pareja poco se usa la protección. Aclaro: no digo que no se deba usar, pero pasa –y ahí puede haber una transmisión y no significa que tu pareja esté ejerciendo trabajo sexual.

⁷ Administradora de Riesgos Laborales (ARL): Aseguradora de vida pagada de forma particular o por la empresa contratante que se encarga de brindar cobertura sobre los riesgos existentes en el ámbito laboral.

A.C: ¿Qué propuestas tendrían ante la reglamentación del trabajo sexual?

L.P: Conforme a las normas existentes y teniendo presente que el trabajo sexual ya es considerado un trabajo (Corte constitucional de Colombia, T-073-17, 2017), necesitamos un marco laboral especial, tanto para quienes están en calle como para quienes están en un establecimiento, también para las que trabajan en internet o por teléfono, etc., pero que dicha reglamentación no provenga desde una postura que nos perjudique o menosprecie sino que entienda que estamos expuestas a riesgos y que debemos tener garantías laborales. En cuanto a quienes manejen una empresa dedicada a esto, deben regularse para que hagan los pagos a EPS, a ARL y pensión, y ejercer control en las jornadas laborales porque en estos lugares suelen pensar que ellos le están haciendo un favor a uno cuando es el trabajador sexual quien está generando los ingresos y se llega a explotar a los y las trabajadoras sexuales.

También queremos generar una veeduría que nos garantice la transparencia en la rendición de cuentas del presupuesto destinado para una política pública y la debida atención con enfoque diferencial. Al analizar la forma como se han destinado los recursos, se crean estrategias, alianzas



REFERENCIAS

Corte Constitucional de Colombia. (21 de abril 2016) Sentencia T-594-16. [MP Gloria Ortiz] Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-594-16.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (22 de enero 2010) Sentencia T-629-10. [MP Juan Henao] Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/T-629-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (30 de agosto 2017) Sentencia T-073-17. [MP Luis Guerrero] Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-073-17.htm>

Autoras y autores

OLGA L. GONZÁLEZ

Doctora en sociología de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales de París, investigadora asociada del Urmis (Unité de Recherche Migrations et Société), Universidad de París y Fellow del Institut Convergence Migrations. Sus primeras investigaciones versaron sobre migraciones internacionales y violencia, dos elementos centrales de la mundialización que tienen profundos efectos en las sociedades latinoamericanas. En años recientes ha trabajado sobre cuestiones de género en América latina. Ha analizado, en particular, la cuestión transgénero conceptual y empíricamente. Actualmente coordina la Red de Migrantes latinoamericanos frente al VIH/SIDA, <http://latinosvih.hypotheses.org/> Sus publicaciones se pueden leer en su página web: <http://olgagonzalez.wordpress.com/>

Correo electrónico: olgalu@free.fr

LISSELL QUIROZ

Doctora en Historia por la Universidad Panthéon-Sorbonne. Catedrática de estudios latinoamericanos de la Universidad de Rouen Normandie. Sus investigaciones portan sobre la historia de las mujeres, de la salud, de la maternidad y de los feminismos en América latina.

Correo electrónico: lissell.quiroz@univ-rouen.fr

LUIS MIGUEL HOYOS VERTEL

Enfermero Profesional, Magister en Enfermería. Grupo de Investigación: Cuidado Materno Perinatal, Facultad de Enfermería - Universidad Nacional de Colombia. Enfermero Jefe – Servicio de Urgencias – Clínica Soma Medellín – Colombia.

Correo electrónico: lmhoyosv@unal.edu.co

ROSAMARIA CARNEIRO

Rosamaria Carneiro. Antropóloga. Doctora en Ciencias Sociales de la Universidad Estadual de Campinas. Docente de la Universidad de Brasilia en el Departamento de Salud Colectiva. Es autora de “Cenas de parto e políticas do corpo” (Fiocruz, 2015). Investiga salud sexual y reproductiva, maternidades, género, sexualidad y políticas públicas.

Correo electrónico: rosacarneiro@unb.br

LAURA VICTORIA JARAMILLO

Feminista. Periodista de la Universidad de Antioquia e historiadora de la Universidad Nacional de Colombia. Integrante de la Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos, nodo Medellín. “Heredé de las abuelas el amor por las plantas”.

Correo electrónico: lauvjillo@gmail.com

VIRGINIE ROZÉE

Investigadora en el Instituto Nacional de Estudios Demográficos (INED, París, Francia). Socióloga, especializada en temas de género y reproducción. Lleva a cabo investigaciones sobre los derechos reproductivos en América Latina, la infertilidad y el uso (transnacional) de las nuevas tecnologías de reproducción en Europa, así como la gestación subrogada en la India. Es también coordinadora del grupo “Aspectos globales y socioculturales de la (in)fertilidad” en la Sociedad europea de reproducción humana y embriología (ESHRE).

Correo electrónico: virginie.rozee@ined.fr

MOUNIA EL KOTNI

Antropóloga, postdoctorante en el Centro de Estudios de Movimientos Sociales (CEMS) de la EHESS en París, Francia. Sus temas de investigación incluyen la justicia reproductiva, la salud ambiental y la partería en México.

Correo electrónico: mounia.elkotni@gmail.com

SARA ORTIZ OSPINA

Antropóloga y estudiante de la maestría de Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. Integrante del colectivo de comunicaciones Nepono Bania.

Correo electrónico: sara.ortizospina@gmail.com

ÁNGELA RAMÍREZ

Estudiante de licenciatura en idiomas y teatro de la Universidad de Antioquia. Integrante del colectivo de comunicaciones Nepono Bania.

Correo electrónico: ramirezangelart@gmail.com

LINA RESTREPO

Comunicadora audiovisual de la Universidad de Antioquia. Integrante del colectivo de comunicaciones Nepono Bania.

Correo electrónico: linaleja10@gmail.com

COLECTIVO DE COMUNICACIONES NEPONO BANIA

El colectivo Nepono Bania (“Flor de Agua” en lengua Embera) se ha ido construyendo desde hace 5 años en el Resguardo Indígena de San Lorenzo, Riosucio, Caldas, como un espacio intergeneracional que trabaja temas relacionados con las mujeres (embarazo adolescente, violencia de género, migraciones, trabajo doméstico), memoria (partería, saberes de las mayores, historias de vida) y territorio (historia del movimiento indígena, procesos organizativos). El colectivo puede ser localizado en Facebook como @NeponoBania, o en el sitio web <https://neponobania.wordpress.com/>

FERNANDA MARCELA TORRENTES GOMES

Asistente social de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). Magíster en Trabajo Social por el Programa de Posgrado Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSS/UFSC). Actualmente es asistente social en el municipio de São José (SC), integrante e investigadora del Núcleo de Estudios e Investigaciones en Trabajo Social y Relaciones de Género (NUSSERGE-UFSC). Tiene experiencia en la área de trabajo social y estudios feministas y de género, en los siguientes temas: Políticas Sociales; derechos sexuales y reproductivos; relaciones entre género, raza/etnia.

Correo electrónico: fernandatorrentes@gmail.com

LUCIANA PATRICIA ZUCCO

Doctora en Ciencias de la salud del programa de posgrado en salud de la infancia y de la mujer del Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz. Magíster en Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro. Actualmente es profesora adjunta, nivel III, del Departamento de Trabajo Social y del Centro Socio-económico de la Universidad Federal de Santa Catarina. En esta institución coordina el Núcleo de Estudios e Investigaciones en Trabajo Social y Relaciones de Género (NUSSERGE-UFSC). Es investigadora e integrante del Instituto de Estudios de Género de la Universidad Federal de Santa Catarina (IEG-UFSC). Tiene experiencia en las áreas de relaciones de género y salud colectiva, con

énfasis en políticas de salud en los siguiente temas: salud sexual y reproductiva, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, diversidad sexual, políticas de salud, extensión, servicio social y formación profesional.

Correo electrónico: lpzucco@uol.com.br

MYRIAM CARBAJAL

Doctora en Trabajo Social y políticas Sociales. Profesora en la HES-SO Universidad de Ciencias Aplicadas y Artes de suiza Occidental (HES-SO) - HETS-FR Escuela de trabajo social Fribourg. Sus proyectos de investigación le han permitido centrarse en particular en la sexualidad de los y las jóvenes latinoamericanas, en la salud sexual de las mujeres migrantes, así como en las consecuencias de la situación legal en las condiciones de vida y de trabajo de migrantes latinoamericanos.

Correo electrónico: myrian.carbajal@hefr.ch

CAMILO ANDRÉS GUANES NARANJO

Sociólogo, especializado en Estudios Feministas y de Género, estudiante de la Maestría en Estudios de Género. Docente becario del Departamento de Sociología de la Universidad Nacional de Colombia, asociado a asignaturas relacionadas con temas de movimientos sociales de mujeres en América Latina y asuntos de género y raza. Enfocado en temas relacionados con usos y apropiaciones

de tecnologías como aplicaciones móviles y redes sociales.

Correo electrónico: caguanesn@unal.edu.co

BLANCA BERMUDO DE MATEO

Licenciada en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid, España. El año pasado trabajó en París, en la asociación de salud pública Aremedia, donde, además de organizar campañas de detección de infecciones de transmisión sexual, animó talleres sobre género y sexualidad. Ha participado en diferentes foros feministas y LGTBI+ españoles y franceses.

Correo electrónico: blancabermudo@gmail.com

ANDRÉS MAURICIO CASTELLANOS MARULANDA

Psicólogo egresado de la Universidad Nacional de Colombia, y actualmente estudiante de Maestría de intervención social en las ciencias del conocimiento de la Universidad Internacional de la Rioja, con experiencia en el trabajo social comunitario con personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, y con el trabajo humanitaria con mujeres en condiciones de migración forzosa, sobrevivientes a violencias basadas en género, ejercicio del trabajo sexual y/o altos niveles de vulnerabilidad.

Correo electrónico: ancas162@gmail.com

ROBERTO CASTRO ARCE

Abogado egresado de la Universidad Santiago de Cali, cofundador de la Fundación para el Emprendimiento Empresarial Incluyente, con experiencia en el trabajo con poblaciones vulnerables, especialmente el acompañamiento a población LGBTI en la ciudad de Cali.

Correo electrónico: roberto.castro01@hotmail.com

