

Editoras: Nancy Palomino y Mariella Sala

CLAROSCUROS

Debates pendientes en sexualidad y reproducción

La Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva de la Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se fundó en 1997 con el apoyo de la Fundación Ford, como un campo estratégico que promueve el ejercicio ciudadano de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la equidad de género y la salud sexual y reproductiva.

La Unidad ha participado activamente en la propuesta académica de la Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva y en el Diploma de Interculturalidad, Género y Derechos Humanos en Salud. Se han promovido y realizado investigaciones sobre violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, salud sexual con jóvenes, sexualidades, embarazo no deseado y aborto, mortalidad materna, calidad de atención con enfoque de género, y masculinidades. Se han apoyado y asesorado proyectos que tratan de articular la investigación con la abogacía y el uso de evidencias para la formulación y la incidencia políticas. Asimismo, dentro de la Unidad se ubica el Programa de Hombres que Renuncian a su Violencia.

Para la realización de estas actividades se ha contado con el apoyo y cooperación de la Fundación Ford, la Organización Mundial de la Salud, la OPS, DFID, ISRRA-Population Concern, Alliance for Health Policy and Systems Research-OMS, Instituto Gates de la Universidad Johns Hopkins y Diakonia.

CLAROSCUROS

Debates pendientes en sexualidad y reproducción

Editoras
Nancy Palomino y Mariella Sala

INÉS V. BUSTAMANTE - JORGE LUIS CALERO - ALFONSO GUSHIKEN - CARMENZA HINCAPIÉ - RUTH IGUIÑIZ -
LORAINÉ LEDÓN - NATALIE LONCHARICH - RAQUEL MELÉNDEZ - JESSICA NIÑO DE GUZMÁN - NANCY PALOMINO
- MARÍA ELENA PLANAS- TANYA TAYPE - MIRIAM SANTIVAÑEZ- ROSARIO SOTO



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca

HQ
12
P21

Palomino, Nancy; Sala, Mariella (editoras)
Claroscuros. Debates pendientes en sexualidad y reproducción.

Lima: FASPA/UPCH, 2007
Pp 192

ISBN 978-9972-806-34-6

SEXUALIDAD/SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA /
NIÑAS/ADOLESCENTES / POLITICAS DE POBLACIÓN

© Reservados todos los derechos
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Avenida Honorio Delgado 430, Lima 31
Teléfono (51 1)3190041

Primera edición: Mayo 2007
500 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-04029

Diseño de carátula y diagramación: Maco Vargas, Nany Muñoz

Impresión: TODOIMPRESO E.I.R.L

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Fundación Ford en el marco del Proyecto "Fortaleciendo Capacidades para la Investigación y Advocacy en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos" de la Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva, Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca" de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

INDICE

Introducción	5
Para qué y para quiénes se investiga. María Elena Planas	9
Cuerpo, placer y salud sexual	
- Libertades sexuales o ciudadanías emergentes. Tanya Taype, Raquel Meléndez, Alfonso Gushiken	25
- Las niñas de la calle y la prostitución infantil. Natalie Loncharich	41
- El Sida: atracción fatal. Alfonso Gushiken, Carmenza Hincapié	57
- La sexualidad desde cuerpos diferentes: hegemonías genéricas, estéticas y sanitarias como ejes de exclusión. Lorraine Ledón	65
Salud reproductiva en contextos culturales diversos	
- Significados del embarazo y la maternidad en la construcción de la identidad de las adolescentes en contextos de pobreza urbana. Inés Bustamente.	85
- La infertilidad como evento de frustración personal. Jorge Luis Calero.	103
- Expectativas y percepciones de mujeres y hombres frente a la atención del parto en zonas rurales de Cajamarca. Jessica Niño de Guzmán	117
- Significado del embarazo, parto y puerperio y su articulación con el uso de los servicios de salud. Rosario Soto	137
- Significado del embarazo en el sistema de salud en comunidades rurales de Concepción, Junín. Miriam Santiváñez	147
Estado/Iglesia y los derechos reproductivos en el Perú de los 90	
- Las organizaciones feministas y el debate público sobre el aborto en el Perú de los 90. Nancy Palomino	163
- Antagonismos y consensos. El lenguaje de los derechos humanos y las esterilizaciones quirúrgicas en el Perú. Ruth Iguíñiz	179
Reseña de autoras /es	191

INTRODUCCIÓN

La sexualidad, en su acepción más amplia así como en su relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, ha sido uno de los temas más estudiados, discutidos y controversiales durante las dos últimas décadas en el Perú. Las múltiples publicaciones que dan cuenta del avance en el análisis de estos temas son una muestra de ello. Asimismo, el reconocimiento de la perspectiva de género y el señalamiento de la sexualidad y la salud reproductiva como temas cruciales para la salud pública han evidenciado que de ambas dependen miles de vidas y el bienestar de millones de personas en el país.

—
5

Sin embargo, hacer investigación no es fácil en el Perú. Se dispone en general de muy pocos recursos y muchas valiosas investigaciones son poco conocidas. Al mismo tiempo que muchas investigaciones con enfoque multidisciplinario han tocado varios de los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, quedan aún aspectos y matices que tienen que seguir analizándose, profundizándose y en otros casos, recién visibilizarse.

Así, la investigación sobre la sexualidad y la salud reproductiva no puede dejar de abordar temas considerados tabú desde nuevas perspectivas, como son los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía; temas prohibidos en tanto encierran situaciones transgresoras, situaciones límite de vida o muerte, o porque abordan una crítica radical a la acción del Estado o al del poder eclesial. Es el caso del interdicto que pesa sobre el aborto a pesar de su asociación con la muerte materna. Desde la salud pública, es necesario considerar los impactos que una legislación punitiva puede tener sobre la vida y la salud de las mujeres en mayor situación de vulnerabilidad, ya sea por su falta de poder dentro de la familia o dentro de la comunidad, por la pobreza o por el limitado acceso a los servicios. Las violaciones de los derechos reproductivos de mujeres por parte del Estado durante el segundo periodo de Fujimori continúan siendo motivo de estudio porque justamente iluminan los nuevos enfoques que se han estado trabajando en el campo de la salud durante los últimos años. Estos temas, por su carácter controvertido, nos exigen analizar las políticas, los actores sociales y su relación con el Estado, el cómo se aplican políticas y en cómo se construyen los consensos políticos para la gobernabilidad del país con pleno respeto a los derechos humanos.

Múltiples son las barreras que las niñas, adolescentes y mujeres encuentran en sus vidas para ejercer sus derechos reproductivos y su derecho a vivir una sexualidad en libertad y sin violencia. Pero al mismo tiempo, las representaciones sociales y culturales sobre la sexualidad y la maternidad nos aproximan a las prácticas desafiantes de las y los adolescentes, las de rozar o experimentar lo prohibido, de vivir las experiencias al límite. Esto puede perturbar nuestras visiones dentro de los sistemas de salud u otros, e impedirnos comprender las motivaciones más profundas de las adolescentes que se embarazan o de la exposición al SIDA. Por ello, una mayor apertura, tolerancia y comprensión de estos problemas como se tratan en estos estudios, pueden ser cruciales para mejorar programas de prevención y atención en salud.

Debemos aún preguntarnos cómo los saberes sanitarios de sistemas coexistentes y las diversas cosmovisiones, pueden inspirar búsquedas de modelos de atención a la salud reproductiva de las mujeres de las comunidades urbanas y rurales, y reflexionar sobre las experiencias del sector que despliegan una perspectiva intercultural en salud. Por otra parte; explorar el quehacer de la investigación y las tensiones en su relación con las políticas nos lleva a preguntarnos qué tanto, desde la investigación, se puede aportar al mejoramiento de la salud, al cambio social, al ejercicio de la ciudadanía en salud y a superar los sistemas discriminatorios.

Estas son las razones e ideas fuerza que encontramos en los diversos artículos de **CLAROSCUROS** y que nos han impulsado a editar esta publicación que quiere dar cuenta de los matices que diferencian la exploración y análisis del gran abanico que conforman los temas relacionados con la salud reproductiva y la sexualidad.

La publicación y la mayoría de los estudios en los que se basan los artículos que aquí se publican fueron apoyados con un Fondo de Becas de nuestra Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva, la misma que desde 1997 contó con el generoso apoyo de la Fundación Ford. Muchas de las investigaciones que forman parte de CLAROSCUROS han sido realizadas como tesis de postgrado. Sus autoras y autores son egresadas/os, docentes o investigadoras/es de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Las maestrías de Salud Pública y de Género, Sexualidad y Salud Reproductiva, de la FASPA, han cumplido, en este aspecto, un trabajo de producción creativo y valioso. La diversidad de aproximaciones expresan la pluralidad y el debate que propicia y estimula un medio académico como la universidad y su valiosa dinámica entre docentes y estudiantes.

Los artículos abordan viejos y nuevos temas haciendo visibles luces y sombras sobre temas fascinantes y estremecedores, presentes en la vida cotidiana de la gente, de las mujeres y de los hombres adultos o jóvenes, confrontados a sus más íntimos deseos, a su salud, a la dialéctica de la vida y la muerte, la sexualidad y a los procesos reproductivos. Desde varios artículos se reflexiona acerca del poder, los saberes hegemónicos, la relación con el otro, ya sea en la atención de salud o en la relación del investigador(a) con el "otro" investigado. Los vínculos que se construyen y sus significados, la discriminación pero también la emergencia de nuevas formas de vivir la sexualidad, nos hace recordar que como seres humanos necesitamos vivir en relación y diálogo con los otros. Los significados, discursos y representaciones se construyen en esa relación ya sea a nivel individual o colectivo; en el encuentro o desencuentro de los sistemas de atención de salud que coexisten en una comunidad o en los debates discursivos entre actores.

CLAROSCUROS toca distintos aspectos como son: la investigación y su relación con el advocacy o abogacía; la importancia del cuerpo y el placer para la salud sexual; la perspectiva intercultural y, por último, el controvertido tema de las políticas públicas y la relación entre Estado, Iglesia, sociedad civil y los derechos reproductivos.

El artículo que abre esta publicación Para qué y por quiénes se investiga, de María Elena Planas, explora las dificultades y oportunidades locales de las interfases entre investigación, políticas y activismo, en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva en el país. Se basa en entrevistas a profundidad con informantes clave que tienen como resultado una serie de hallazgos que permitirían salvar la brecha entre investigación, abogacía y políticas públicas.

En la sección Cuerpo, placer y salud sexual, Taype, Meléndez y Gushiken, nos introducen a un mundo poco investigado hasta ahora: el de las llamadas jóvenes "jugadoras" por su libertad para practicar el sexo y su búsqueda de placer. El artículo no solo describe por primera vez las relaciones que entablan estas jóvenes con sus ocasionales parejas sino que profundiza en la relación entre libertades sexuales y ciudadanía. Desde otro ámbito social, Natalie Loncharich, analiza la situación de las niñas de la calle que se prostituyen, las causas de esta y el riesgo que corren debido al desamparo social y familiar en el que se encuentran. La explotación sexual infantil tiene como correlato la situación de vulnerabilidad de estas niñas quienes señalan como principal razón para iniciarse en la prostitución, la satisfacción de sus necesidades de sobrevivencia, entre las que incluyen el consumo de drogas.

En esta misma sección, Alfonso Gushiken Miyagui con Carmenza Hincapié de Villegas, tocan el álgido problema del SIDA el que es considerado producto de "una atracción fatal". A través de las representaciones sociales de once estudiantes de la Universidad de Antioquia en Colombia, los autores concluyen, entre otras cosas que en el SIDA la muerte está presente-ausente y que existe en los/as jóvenes la ilusión de vencerla en tanto que es algo que le sucede a los "otros".

El cuerpo y su "normalidad", paradójicamente muchas veces olvidado en los trabajos sobre la sexualidad, es abordado por Lorraine Ledón. La autora cuestiona los ejes de exclusión y las

hegemonías de los modelos y valores estéticos, genéricos y sanitarios frente a los cambios en la apariencia física por enfermedad y el impacto que tiene esta exclusión sobre la sexualidad. A partir del estudio de personas que sufren enfermedades que modifican sus cuerpos, llama la atención sobre cómo nuestros sistemas de comprensión tienden a excluir las variaciones del deseo y la sexualidad de quienes se consideran "diferentes"; alcanzando el estigma y la discriminación a aquellas mujeres y varones concretos protagonistas de estas sexualidades y corporalidades.

7

En la sección Salud reproductiva en contextos culturales diversos, Inés Bustamante trata el tema del embarazo y la construcción de la identidad en adolescentes de 15 a 19 años. La autora demuestra que el embarazo no es el resultado de una búsqueda de sentido a través de la maternidad, sino que se entretiene en una narrativa de carencias afectivas. Jorge Luis Calero, nos ofrece un tema novedoso: La infertilidad como evento de frustración personal. Para ello recoge las vivencias y perspectivas de un grupo de varones cubanos de las que se concluye que la imposibilidad de ser padre biológico deviene en fuertes consecuencias que ponen en riesgo la identidad del hombre como "varón pleno".

Desde el ámbito de la interculturalidad, Jessica Niño de Guzmán, presenta un artículo sobre las expectativas y percepciones que tienen las mujeres y hombres de las zonas rurales de Cajamarca, en relación a la atención del parto en la que se aplica la "adecuación cultural". Se trata de la primera experiencia de la Región de Salud Cajamarca, para implementar una estrategia más acorde con las demandas de las usuarias rurales. En la misma línea, pero en la provincia de Paruro, Cusco, Rosario Soto Bringas, explora los significados del embarazo, parto y puerperio y las relaciones de género en la vida de las mujeres de Paruro. Ello para analizar los servicios de salud locales y evaluar la recepción de la adecuación cultural, por las mujeres de la zona. Miriam Santibáñez, analiza los significados del embarazo y parto en los sistemas de salud en comunidades rurales de la provincia de Concepción, en Junín, a partir de los modelos explicativos que tienen los agentes de salud y las usuarias, según grupos etarios, situación de migración y pobreza.

En la última sección del libro, Estado/Iglesia y los derechos reproductivos en el Perú de los 90, se toca el polémico tema de la actuación pública de la Iglesia y las organizaciones feministas con relación a las políticas de Estado en dos contextos de debate: el aborto y las políticas de planificación familiar. Nancy Palomino, analiza y recupera la contribución del movimiento feminista en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres peruanas. A la par que documenta el debate sobre la despenalización del aborto por violación, y las actuaciones antagónicas de la Iglesia y el movimiento de mujeres, la autora reflexiona sobre la construcción de la esfera pública como espacio donde se ejerce la ciudadanía y del diálogo como constitutivo de la democracia.

Desde otro contexto, Ruth Iguñiz analiza los usos y características del lenguaje de los derechos humanos usados en el debate sobre la aplicación de las políticas de planificación familiar y la anticoncepción quirúrgica en el Perú durante el gobierno del presidente Fujimori. Postula que las organizaciones feministas y la Iglesia Católica, a pesar de mantener públicamente posiciones antagónicas, se encontraron en esta coyuntura haciendo uso del mismo lenguaje frente al Estado, aunque no necesariamente concordaran en los contenidos, motivaciones y objetivos. Su artículo da pistas para reflexionar sobre las potencialidades y limitaciones del discurso universal de derechos humanos para la construcción de consensos entre posiciones que aparecen irreductibles.

Esperamos que este conjunto de ensayos que provienen de investigaciones rigurosas y comprometidas sea de utilidad para quienes continúan trabajando ininterrumpidamente por una sociedad en la que la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos sean universales y no el privilegio de unos pocos.

Las editoras
Lima, abril de 2007

Para qué y para quiénes se investiga Explorando la interfase entre investigación, abogacía y política en salud reproductiva en el Perú

María Elena Planas

Desde el año 2002 la Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia ha venido implementando el proyecto Ciudadanía, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: Acciones de Capacitación, Investigación y Advocacy. En el marco de este proyecto, y como insumo para la elaboración de su estrategia de abogacía y comunicación, entre mayo y julio del 2002, se llevó a cabo un estudio exploratorio sobre la interfase entre investigadores, activistas y tomadores de decisiones en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva en el país.

El estudio, que buscó explorar las dificultades y oportunidades locales de las interfases entre investigación y políticas e investigación y activismo, se basó en la revisión de literatura secundaria y en entrevistas a profundidad a informantes clave. La muestra de informantes clave fue intencional. Buscamos entrevistar personas que estuvieran comprometidas en la problemática de derechos sexuales y reproductivos, y que tuvieran la suficiente experiencia y visión como para aportar de manera significativa al tema. También buscamos que estuvieran representadas las cuatro categorías de actores: investigadores, activistas, decisores y comunicadores.

Con esto en mente y a partir de las sugerencias de los /as investigadores/as de la Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva, elaboramos un listado de nombres para cada categoría. Se listaron así 30 informantes clave potenciales. Entre ellos, entrevistamos a 14 personas: 12 mujeres y 2 varones¹. Estas personas se encontraban asociadas a las siguientes instituciones: Manuela Ramos (3), Red Nacional de Promoción de la Mujer (1), CEPREN (1), DFID (2), Ministerio de Salud (2), Defensoría del Pueblo (1), POLICY/AID (1), UNICEF (1), Perú 21 (1) y la Universidad Peruana Cayetano Heredia (1). Es importante señalar que en la mayoría de casos, los entrevistados tienen quehaceres que combinan (a veces en diferentes momentos y espacios laborales) dos o más de estas cuatro categorías. De hecho, esta es una característica que define justamente la interfase de actores en el país. En este sentido, las categorías sirvieron más bien para hacer énfasis temáticos determinados durante las entrevistas. Así, aquellos clasificados como 'investigadores' fueron entrevistados sobre todo respecto de esta experiencia y quehacer. En muchos casos, como la guía de entrevista era flexible, eran los propios entrevistados los que decidían identificarse con una u otra categoría y profundizar en esa perspectiva.

Para las entrevistas se utilizó una guía semi-estructurada que punteaba los temas, sin la intención que fueran agotados con cada entrevistada/o y privilegiando explorar temas emergentes. De esta manera, llevamos a cabo las entrevistas a cada informante clave en una o dos sesiones, dependiendo de la disponibilidad de tiempo del/a entrevistado/a. Todas las entrevistas excepto una fueron grabadas previo consentimiento y luego transcritas. La información fue luego analizada con el programa Atlas-ti.

El presente documento hace primero un balance del contexto internacional en el que se formula el tema de la interfase entre investigación, abogacía y política; y ubica algunos antecedentes importantes en el país; para luego sistematizar las opiniones de los/las entrevistados/as y alguna literatura secundaria describiendo algunas características de la interfase local y formulando algunos retos para la formación de investigadores/as.

¹ Las entrevistas fueron realizadas por Begoña Subiría y la autora de este artículo, algunas veces de manera conjunta.

Cabe señalar que la información obtenida por medio tanto de las entrevistas como de la revisión bibliográfica no es ni comprensiva ni exhaustiva. En este sentido, los resultados que presentamos deben leerse como un esfuerzo inicial que pretende ser sugerente, adelantar algunas hipótesis, sensibilizar al lector con el tema e iniciar una discusión que nos permita delinear más claramente las oportunidades y retos que presenta esta particular interfase en el país. Es importante señalar que esta sistematización produjo en el marco del proyecto mencionado una visión respecto de la formación de investigadores/as que orientó su implementación. Esperamos que con la publicación de este trabajo, se generen 'nuevos usos' y es, en este sentido, que hemos editado el trabajo original². Finalmente, es importante señalar que nuestra autoría ha situado el estudio principalmente en relación a las preguntas, la agenda y el quehacer de los y las investigadoras, reflejando así nuestra particular posición en la interfase que intentamos explorar.

ANTECEDENTES

Durante la última década ha existido una preocupación mundial creciente por la utilización efectiva, eficiente y equitativa de la investigación en salud para el desarrollo. En 1998 se funda el Global Forum for Health Research, una fundación internacional financiada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller y los Gobiernos de Canadá, Holanda, Noruega, Suiza y Suecia, con el propósito específico de trabajar para el establecimiento de prioridades de investigación en salud más equitativas³, transparentes e informadas, de manera de superar lo que se define como "la brecha 10/90":

- solo 10% de los fondos de investigación están destinados al 90% de los problemas de salud del mundo (medidos por número de años perdidos ajustados por discapacidad),
- este 10% de fondos destinados a problemas prioritarios no es usado efectivamente⁴.

En el año 2000, el Global Forum for Health Research organizó junto con la OMS, el Banco Mundial y el Council on Health Research for Development (COHRED)⁵ la Conferencia Internacional sobre Investigación en Salud para el Desarrollo, que se llevó a cabo en Bangkok en el mes de octubre⁶. La escasa presencia de voces latinoamericanas en los foros internacionales donde se discuten las políticas de investigación en salud ya había sido advertida en la reunión anual del Global Forum for Health Research en 1998, y COHRED fue un actor clave para que hubiera una presencia propositiva latinoamericana en el 2000 (Almeida, 2001). Para este evento COHRED promovió la organización de un Comité Consultivo Regional que se reunió en Buenos Aires en junio de 2000⁷.

Aunque a Bangkok asistió una representante del Movimiento Manuela Ramos⁸, el país estuvo representado a través de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMMLAC)⁹. La Red participó activamente en el proceso consultivo y produjo un balance de las investigaciones en salud realizadas desde un enfoque de género en cuatro países de América Latina. Este estudio

² El trabajo original fue presentado en el 2004 y esta edición no ha hecho seguimiento desde entonces a los cambios en relación con la interfase en cuestión y con el impacto de los resultados de investigación en políticas públicas. Ha habido sin embargo importantes cambios. Sería interesante analizar por ejemplo, las condiciones y situaciones que llevaron a que el Ministerio de Salud creara en el 2005 la Unidad de Derechos, Equidad de Género e Interculturalidad, y los cambios que esta nueva estructura ha generado en la interfase en cuestión.

³ El Global Forum trabaja como uno de sus aspectos claves la equidad de género, y tiene una iniciativa global en violencia sexual que coordinaba Claudia García Moreno, de OMS, responsable del 'Violence against women multicountry study'.

⁴ Global Forum for Health Research (2002).

⁵ COHRED es una asociación internacional que se establece en 1993 con apoyo financiero de Holanda, Noruega, Dinamarca, Suiza y Suecia. COHRED asesora países y aboga mundialmente por la estrategia Essential National Health Research (ENHR), o Investigación Nacional Esencial en Salud. COHRED fue creada con el propósito de promover, facilitar, dar soporte y evaluar la estrategia que se basa en tres principios: 1. Participación, entendida como la construcción de consenso entre todas las partes interesadas en todas las etapas del proceso de investigación, 2. Toma de decisión informada a todos los niveles, desde decisores en los ministerios y funcionarios distritales hasta grupos comunitarios e individuos; 3. Enfoque inclusivo, es decir que se apoya en todos los tipos de investigación para generar.

⁶ Para mayor información se puede visitar su página web <http://www.conference2000.ch/index.html>

⁷ Para mayor información se puede visitar su página web <http://www.conference2000.ch/latinamericanconsult.html>

⁸ La antropóloga Carmen Yon de Manuela Ramos presentó en el evento un poster sobre la investigación llevada adelante por REPROSALUD.

⁹ Para mayor información se puede visitar su página web <http://www.reddesalud.web.cl/>

concluye que en relación a las prioridades y necesidades de investigación, "existe un escaso desarrollo de grupos de interés, asociaciones de investigadores o vínculos entre las/los investigadores/as y los encargados de diseño o implementación de políticas públicas para levantar las esferas de preocupación o los vacíos del conocimiento" (Gonzales y Sánchez, 2000:11). El capítulo peruano de esta iniciativa fue asumido en el marco de la RSMLAC por tres instituciones: Flora Tristán, Manuela Ramos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Este estudio (Chávez et al., 2000) constituye un aporte fundamental en la medida que existen pocas publicaciones que describen o discuten el estado de la cuestión en cuanto a la investigación en salud en el país, y de hecho, entre ellas, este documento es el único que evalúa su impacto, y lo hace en relación a cuatro ejes temáticos: perspectiva de género en salud y derechos sexuales y reproductivos, calidad y acceso a servicios de salud, violencia contra las mujeres y salud mental.

De otro lado, y en paralelo a estas iniciativas globales, en estos últimos años ha habido también iniciativas regionales que han discutido sobre la situación de la investigación en salud pública y los procesos de utilización de información en salud. Estas iniciativas regionales han sido promovidas fundamentalmente por COHRED, CIID/IDRC y OPS¹⁰, instituciones que han sido agentes dinamizadores en estos procesos desde por lo menos la segunda mitad de los 90s¹¹.

En la medida en que los 90 estuvieron marcados por procesos de reforma sanitaria en la región, las iniciativas anteriores han explorado la interfase investigación-políticas fundamentalmente en su relación más específica con la reforma y los servicios. Ellas se han articulado como redes, foros o publicaciones que Almeida (2001) ha analizado en un reciente documento a pedido de CIID y OPS, en el marco del Foro Internacional sobre la Reforma del Sector Salud en las Américas: Fortaleciendo Vínculos entre Investigación y Política, realizado en Montreal en abril de 2001¹². En él, Almeida hace un balance de trabajos esenciales¹³; e identifica un consenso respecto de 10 factores básicos que estarían facilitando o dificultando la utilización de la investigación en políticas (ver Cuadro N°1). Concluye, además, que "la transferencia de resultados se facilita cuando las distintas etapas del proceso de producción de conocimiento (planificación de la investigación, análisis y redacción de los resultados), la difusión de los resultados y la transferencia de conocimiento son compartidas por investigadores y decisores, mediante estructuras y mecanismos creados específicamente para ello" (Almeida, 2001).

Cuadro N°1 Factores de la interfase investigación políticas (Almeida 2002)

1. las distintas lógicas de los procesos de producción de conocimiento y toma de decisiones, que incluyen diferentes criterios de evaluación y de medición de resultados, además de distintos cronogramas y tiempos (de producción y decisión);
2. el grado de novedad y de producción autóctona (nacional) de resultados;
3. la circulación de investigadores y tomadores de decisión entre los distintos ámbitos y funciones -de formulación e implementación de políticas y de producción de conocimiento-
4. la falta de poder real de los decisores, tanto en lo que respecta a las decisiones de la propia política como a la disponibilidad los recursos para financiar investigaciones que produzcan las evidencias necesarias para tomar estas decisiones;

¹⁰ La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y el Programa de Coordinación de Investigaciones de la División de Salud y Desarrollo Humano son las instancias que en OPS han intervenido en el tema. Esta última ha adelantado una estrategia muy interesante denominada DECIDES: Democratización del Conocimiento e Información para el Derecho a la Salud. Esta iniciativa está articulada al proyecto de Biblioteca Virtual de Salud (BVS - VHL) y a la creación de un grupo colaborativo de equidad en salud destinado a promover alianzas intersectoriales y políticas basadas en evidencia. En Junio del 2001, OPS y FUNSALUD facilitaron un Taller sobre 'Utilization of research Results in Decision making for Health Equity' en Cuernavaca. Para mayor información se puede visitar la página web del evento <http://www.paho.org/English/HDP/HDR/hdr-mex.htm>

¹¹ Algunos documentos claves producidos por estas instituciones serían: COHRED, 1994, 2000a, 2000b; CIID/IDR, 1998.

¹² Para mayor información se puede visitar la página del evento http://archive.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/foro_documents.html#KEY

¹³ Ver por ejemplo: Weiss, 1979; Wail, 1994; Trostle et al., 1999; Bronfman et al., 2000; Frenk 1992; González Block 2000*, 2000b; COHRED, 2000; Pellegrini, 2000; y Pitman y López Acuña, 2001.

5. el prestigio y poder de las universidades e institutos productores de conocimiento, y de los propios investigadores, en relación con el acceso a los tomadores de decisión y a los procesos de decisión de políticas;
6. la forma de marketing y divulgación de resultados: el lenguaje hermético de los investigadores, los medios inadecuados y restringidos a los foros de pares y las publicaciones científicas del área;
7. la relación con los medios de comunicación en general, que pueden tanto confundir --al divulgar resultados de investigación de forma equivocada-- como explotar las divergencias más que aclararlas;
8. la incertidumbre causada por las divergencias entre los investigadores respecto a un mismo problema (confusión conceptual, problemas metodológicos), por los propios cambios que el avance científico y tecnológico implica (distintas explicaciones de un mismo fenómeno, "verdades" científicas de hoy que mañana serán cuestionadas) o por la disgregación de la información (diferentes apreciaciones acerca de cuáles son los problemas relevantes, etc.);
9. la debilidad académica, sobre todo en el desarrollo de los mecanismos de difusión de resultados volcados hacia su utilización inmediata;
10. la baja democratización del acceso a la información, sea de datos para ser trabajados por los investigadores, sea de resultados de la información.

De otro lado, un esfuerzo que se destaca en la región en la medida que no se centró únicamente en la relación investigación-reforma-servicios de salud fue el promovido por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID) de Canadá y el Grupo de Estudios de Economía, Organización y Políticas Sociales (GEOPS) de Uruguay, quienes con el apoyo de OPS y COHRED promovieron también entre 1995 y 1998 un estudio que tenía por objetivo "identificar los principales desafíos a la investigación en salud colectiva en América Latina para los próximos 20 años y las consecuencias que los escenarios más probables tendrán sobre las políticas de investigación en salud colectiva a nivel de los países" (Sánchez, 2001).

Respecto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la reflexión en torno a la relación investigación-políticas (reforme-servicios) se ha ampliado para incluir la abogacía o advocacy. Esto ciertamente indica el particular compromiso del movimiento de mujeres que, desde el activismo ha visibilizado y puesto en agenda temas de derechos y salud sexual y reproductiva, y ha ganado un protagonismo importante y particularmente notorio en la interfase entre investigación y políticas.

Desde por lo menos 1998, la Fundación Ford ha dinamizado en la región la reflexión respecto de la "confluencia de energías" entre quienes se dedican a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y quienes se dedican a la investigación en salud, justamente en busca de una agenda común y de mecanismos de diálogo que permitan un impacto mayor en políticas públicas (Oré, 2000:5). Se supone en efecto que una colaboración más intensa, cercana y coordinada entre investigadores/as y activistas producirá un mayor impacto en políticas.

En una reunión sostenida en Lima en diciembre del año 2000, organizada por la UPCH por encargo de la Fundación Ford, Oré, representante de la misma, frasea esta preocupación con la siguiente pregunta: "¿de qué manera los estudios de género han tenido un impacto en derechos humanos, salud reproductiva, desarrollo comunitario y desarrollo económico, que va más allá del análisis de la equidad de género en la región, y de qué manera se propicia un impacto mayor en las actividades de advocacy en las cuatro áreas?" (Oré, 2000:5).

La evaluación del impacto de la investigación en políticas públicas y actividades de abogacía es extremadamente complicada en la medida en que sólo sistematizar la investigación producida presenta enormes dificultades¹⁴. En el país se han hecho cuatro esfuerzos valiosos de

¹⁴ Haciendo referencia a dos estudios producidos en el país respecto del impacto de la investigación social en el Perú sobre salud sexual y reproductiva, Palomino (2000) señala que la muestra de investigaciones analizadas es incompleta y que se desconoce sobre todo "qué y cómo se está investigando en provincias".

sistematización. Palomino (2000), Chávez y cols.(2000) y Zegarra (2000), Cáceres (2002) que han analizado las investigaciones en el área de derechos y salud sexual y reproductiva en la última década. Estos estudios evidencian una producción abundante y de irregular calidad, que ha tenido escaso impacto, tanto en las políticas públicas como en términos de movilización ciudadana.

Es una paradoja el hecho que habiéndose producido en la última década un aumento de la inversión en investigación sobre políticas y sistemas de salud, y en este sentido, innumerables investigaciones sociales que han estudiado temas en salud sexual y reproductiva desde las perspectivas, experiencias, necesidades y lógicas de diversas poblaciones, ellas no han sido insumos para el diseño de políticas; incluso cuando éste ha sido el objetivo principal de la mayoría de ellas. Pero entonces ¿por qué la gran demanda y la poca utilización?

En el país se puede observar que la información ha tenido impacto fundamentalmente a nivel de modelos de atención: se han incorporado normas y procedimientos de calidad definidos desde las/os usuarias/os (privacidad, etc.), algunas de estas experiencias además incluyen un enfoque de género (modelo de atención en violencia familiar y sexual) y/o intercultural (adecuación cultural del parto). Estas iniciativas han permeado el sistema de salud pero aún de manera incipiente; y en general, se podría afirmar que aunque tres temáticas de derechos y salud sexual y reproductiva generaron en la última década cambios en políticas y programas públicos: la anticoncepción quirúrgica entre 1997 y 1998, el VIH/SIDA y la violencia contra la mujer; los cambios no se produjeron fundamentalmente en función de evidencia producida localmente. De hecho, parecería ser que sólo en el caso de la anticoncepción quirúrgica se podría decir que la información local fue un insumo fundamental que generó movilización internacional y nacional (con agendas tanto conservadoras como feministas) e impactó en los decisores, quienes modificaron la Política de Población y el Reglamento del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar¹⁵. ¿Cómo fue utilizada la información o evidencia en estos casos? ¿Cuáles fueron los factores que facilitaron u obstaculizaron la interrelación entre investigación y diseños de políticas? Si hubo mediación de activistas, medios y opinión pública, ¿cómo fue ésta? ¿Cuál fue el uso de la investigación en estos procesos? Estas son preguntas que requieren estudios de caso específicos y que dado el carácter exploratorio del presente estudio no podemos responder. Sin embargo, podemos adelantar algunas ideas generales sobre las condiciones locales que explican por qué la investigación en salud sexual y reproductiva con enfoques de género, de derechos¹⁶ o interculturalidad, no ha sido insumo significativo para el diseño de políticas, programas o proyectos públicos. El acápite siguiente describe las características locales de las interfases entre investigación, activismo y política en salud sexual y reproductiva en el país durante los últimos diez años a partir de las entrevistas a actores locales y la experiencia de la autora.

Características y retos de la interfase local

En primer lugar es importante señalar que durante la última década, muchas, y quizá las más importantes investigaciones de salud sexual y reproductiva, y de salud para el desarrollo en general, se han hecho por encargo público, en el marco del proceso de reforma sectorial financiado por agencias internacionales. Esto que Chávez et al. (2000) llaman 'cadena de inconsistencias': una demanda intensa con una pobre utilización, tiene que ver ciertamente con la exigencia de la cooperación internacional: las investigaciones 'a pedido' desde el Ministerio de Salud se han llevado adelante en su mayoría como requisitos en el marco de préstamos o recursos de proyectos de reforma del sector, y no como resultado de la maduración de una agenda de investigación local.

¹⁵ En efecto, las investigaciones de CLADEM (1998) y de la Defensoría del Pueblo (1998) fueron insumos claves que habrían provocado presiones nacionales e internacionales que impactaron en las políticas públicas.

¹⁶ Incluyo el enfoque de derechos porque aunque recién se está trabajando en el sector, estuvo presente fuertemente por los menos desde 1996 en torno al caso de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

El pobre impacto de la mayoría de investigaciones en este sentido, se debería en parte a la poca internalización de su importancia por parte de decisores y al hecho que plantean perspectivas externas a la lógica, experiencia o lenguaje de los funcionarios. Se podría decir que las perspectivas de género y derechos han ido calando en el sector pero han sido incluidas en la agenda de investigación y acción pública con frecuencia de manera utilitaria, formal o precaria.

[Investigadores/as y decisores/as] no se acaban de encontrar. Mutuamente se toleran (...) pero no hay un proceso claro de cómo la investigación se vuelve materia política. Lo que hay lamentablemente muchas veces son requisitos de financiamientos internacionales, una consultoría interna al final de un proyecto o alguna publicación al final del proyecto y [a partir] de ahí se contacta a la universidad, para que haga esa evaluación.

P 8: Investigador/a

En el ministerio se usaba el lenguaje 'derechos reproductivos', pero creo que nadie lo entendía a cabalidad y tampoco lo tenía interiorizado, ¿no?, (...) había como un diálogo de sordos porque se suponía que nosotros manejábamos desde el ministerio determinados conceptos, pero ése era un supuesto de la gente de afuera (...) Se nos exigía por ejemplo a los médicos que trabajemos con el concepto de derecho, cuando los médicos no hemos sido formados en estos términos.

P 4: Decisor/a

De otro lado, el problema del lenguaje es una dificultad sentida como un factor que impide el intercambio entre investigadores, activistas, decisores y población. Sobre todo se enfatizan las limitaciones que tienen los investigadores para utilizar un vocabulario asequible al resto.

El otro gran problema es el lenguaje, ¿no?, bueno, no sé, no sé si pasa tanto en las investigaciones sociales, pero por ejemplo en la médica. Ayer un señor médico contestó una pregunta en un lenguaje que solamente los médicos la hubieran podido entender y el resto del público se quedó en la calle, ¿no? Entonces a mí eso también me parece importante, que para que una investigación moralmente se sienta útil, todo tiene que estar en un lenguaje lo suficientemente claro... sin necesidad de que pierda su calidad pero para que todo el mundo lo entienda, porque justamente está destinada a producir un nuevo conocimiento que va a generar un cambio en cualquier materia.

P 7.1: Activista

Yo creo que normalmente los que estamos en desarrollo e investigamos no investigamos con un criterio de divulgación, sino con un criterio de documentación y yo creo que eso es un gravísimo error (...) si tú pensaras en la divulgación en el momento que haces investigación, yo creo que se podría hacer un documento súper poderoso para hacer algo en el tema que fuera.

P Comunicadora

Sin embargo, esto que muchas veces se frasea como un 'problema de lenguaje', es mucho más complejo, pues tiene que ver con la tradición académica, los tiempos, el conocimiento de la estructura pública y la falta de un pensamiento estratégico y político por parte de los investigadores que 'dicen' pero no 'comunican'. Esto último se relaciona además con el hecho que las investigaciones muchas veces no concluyen con recomendaciones propositivas viables y posibles a partir de las cuales puedan implementarse cambios concretos a nivel de políticas, programas o proyectos.

Preséntame el problema pero con una propuesta de solución y sobre todo una propuesta práctica. Yo creo que pueden haber diferentes tipos de propuestas o sugerencias macros, ¿no?, recontra idealistas que pueden ir digamos a... bueno, ir, no sé pues, de solucionar el

problema digamos de la pobreza, del país, así tan macro que es un... digamos que puede ser multisectorial pero que no me puedo quedar en ese enunciado sino soluciones intermedias y soluciones prácticas: ..."Mira, bueno, desde el sector ustedes pueden hacer esto"...

P 4: Decisor/a

A mí me llega un informe, dice "debería" y yo lo leo así, a quién y qué le pide, "cambiar la inequidad de género..." ¿Eso qué significa? ¿Qué medida quieres? (...) Y si tú dices frases así grandilocuentes no son muy efectivas. Ahora, también creo que hay que tener una idea clara de cómo está organizado el Estado y las competencias (...) de la mayor parte de las investigaciones que yo leí entre las que hicimos, muy pocas nos sirvieron.

P 1: Decisor/a

De otro lado, los investigadores en su relación con el Estado cuestionan la incapacidad de los decisores para traducir los resultados de investigación en acciones concretas, su visión de corto plazo y la imposibilidad de elaborar recomendaciones apropiadas en plazos de tiempo tan limitados.

Es como que faltara un diccionario al medio, ¿no es cierto? Para que el profesional, el funcionario del Ministerio de Salud, por ejemplo, pueda traducir estas conclusiones de la investigación en sus proyectos concretos, ¿no es cierto? (...) A veces he sentido que desde el lado del Ministerio están esperando que la investigación salga en plan de trabajo. Eso no es lo que sale pues, ¿no es cierto? Nosotros en las investigaciones que hemos hecho (...), al hacer recomendaciones, incluso hacemos recomendaciones a largo plazo, mediano plazo, a un corto plazo, ¿no es cierto? (...) y tratando de ser lo más concreto. Ahora, la investigación tiene una riqueza mayor todavía que la recomendación que tú puedes hacer y de repente esa capacidad no lo tienen los profesionales que toman las decisiones porque no han sido formados para poder entender la realidad social de tal modo que puedan extraer la riqueza de la investigación.

P 7: Investigador/a

En efecto, una de las dificultades que encontramos en el contacto entre decisores/as e investigadores/as tiene que ver con el timing y la percepción mutua que se tiene del proceso de investigación. Como ya se ha señalado antes, gran parte de la investigación en salud sexual y reproductiva ha respondido a la demanda desde el propio Ministerio de Salud. Esta demanda se formula con términos de referencia que los investigadores cuestionan en la medida que los productos se condicen con los plazos establecidos. Esta situación estaría atentando contra la calidad de los estudios y explicaría la poca pertinencia de los resultados que se terminan elaborando a la volada.

Muchas veces la presión del Estado es de que en tres meses se haga una investigación que uno sabe que demoraría lo normal y en realidad lo que ocurre muchas veces es de que al segundo mes ya uno está pensando en la siguiente investigación, no está pensando en cómo difundir esa sino está pensando en cómo sobrevivir con la siguiente consultoría. Entonces, no hay una visión de largo plazo en investigación.

P 8: Investigador/a

Existe también malestar entre investigadores y decisores en relación a las políticas de intercambio, circulación y publicación de los resultados de investigación. Recordemos que los derechos de propiedad de estas investigaciones "a demanda" son de la institución financiera y que, en este sentido, no se publica ni facilita los resultados de investigación a los autores, que tienen entonces un limitado control sobre los productos sea para actividades de advocacy o para aumentar su prestigio. En efecto, en la medida en que al académico le interesa publicar y vive de su producción intelectual, el que no la controle le genera un gran malestar. Esto ha tenido como consecuencia

que la publicación y socialización de estas investigaciones haya sido muy reducida. Este tipo de relación con decisores y el sector público, aunado a la precariedad económica de las universidades y la carencia de una política de promoción de la investigación por parte del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, ha limitado la autonomía de los investigadores, y ha dado poder a funcionarios con actitudes reticentes frente a la entrega y circulación de la información.

Esta autonomía ha estado particularmente comprometida en el marco del acentuado verticalismo durante los gobiernos de Fujimori, que desintegraba colectivos para centralizar el poder. Un caso ejemplar en este sentido es el VIH/SIDA. Según Cueto (2001) la cooptación por parte del gobierno de activistas de universidades y ONG, si bien modernizó el programa de VIH/SIDA, neutralizó el contenido político y social aislando al programa de los grupos de interés y limitando así la sostenibilidad de la iniciativa: cuando en el año 2000 estos decisores dejan el gobierno y ninguna organización sale a defender lo avanzado y el programa se desmantela.

Cáceres (2000) señala con razón que supervivencia y autonomía se contraponen en tiempos de escasez, pues "tarde o temprano la creatividad y la autocrítica se pierden y el fin (el diseño de políticas para el cambio) es desplazado por el medio (el crecimiento y perpetuación del programa)" (Cáceres, 2000:27). Esto es tanto más grave cuando existe en el país un debilitamiento de 'cuadros' profesionales que integren su quehacer como investigadores en el marco de un quehacer nacional mayor y una visión de país. Hay escasez de "investigadores/activistas que incorporen en la visión de su práctica social una perspectiva estratégica sobre la realidad social, una situación objetivo, y las posibilidades y dificultades de su participación, tanto en la generación de conocimiento políticamente relevante, como en la promoción de cambios en planes y programas públicos apoyados por el 'discurso científico' generado" (Cáceres, 2000:28).

Se necesita un compromiso ideológico y político (...) sin perder la profesionalidad, el profesionalismo de tu labor; pero debe haber un compromiso ideológico y político, porque si no fuera así dejas de ser un profesional para convertirte en un empleado, ¿no es cierto? (...) Hay una resquemor, timidez, temor de involucrarse en la política, inclusive con los que hacen acción de advocacy. Yo hago advocacy como si fuera una técnica y estoy limpio de polvo y paja con la vida política, ¿no? El que hace el advocacy de un tema es porque primero, lo cree, segundo, porque sabe de la necesidad de involucrarse en la política y con los políticos, o sea no lo ensucia la vida de la política, al contrario lo exalta. Eso no pasa pues. Entonces nos decimos: "No, no, no, no. Yo he venido a presentar mi libro con ocho investigaciones y punto".

P13: Decisor/a

Además hay que reconocer que en el país existe una gran movilidad laboral de investigadores que por momentos asumen responsabilidades como funcionarios y viceversa. Este continuo intercambio de profesionales entre ambos ámbitos podría percibirse como un factor que garantiza la utilización de información para la generación de políticas; sin embargo, pareciera ser que intensifica más bien los recelos mutuos. La precariedad y fragmentación del aparato sanitario peruano parece dibujar una dinámica perversa en la medida en que la relación entre sector público y universidades u ONG es enormemente dependiente. ¿Es este recambio evidencia de la falta de institucionalización? ¿Tendríamos que buscar afirmar identidades más estables?

Gonzales y cols. (2000) señalan que a nivel de la región, la demanda de investigación en salud con perspectiva de género no ha expresado una lógica institucional consistente (2000:11). En efecto, además de lo señalado anteriormente, es claro que el problema de fondo es que justamente adolecemos de una falta de institucionalidad. ¿Cómo podemos madurar una agenda sin una memoria institucional o una continuidad de funcionarios?

Cómo hacer advocacy en un país que no tiene institución ¿no? Uno de los síntomas es la falta de estabilidad de sus ministerios, la falta de una carrera pública donde se pierde la memoria institucional constantemente, donde padecemos del síndrome de Adán. Entonces, cómo hacer advocacy en una sociedad desestructurada como la nuestra, es muy complicado (...) la falta de un imaginario colectivo, lo segundo, las contingencias no contribuyen y la pobre institucionalidad son los tres nuevos factores que producen esto en el sector salud y en cualquier otro sector.

P13: Decisor/a

La ausencia de una carrera pública y el recambio constante de personal en el sector está relacionada con la discontinuidad, el verticalismo y la fragmentación, que según Cueto (2001), son características de la tradición sanitaria peruana. En efecto, la lucha por recursos se plantea en el marco de una estructura burocrática en sinergia con una dinámica excluyente y exclusiva, de desconfianza, envidia y celos, en la que las alianzas son mínimas e inestables, y que cuando se dan, solo se logran articular colectivos muy reducidos que forman feudos de poder e instauran dinámicas clientelistas. En este contexto clientelar, la cultura del secreto encuentra asidero y resulta muy difícil madurar la necesidad de transparencia, auditabilidad (Ewig, 2000). El MINSA y en general las instituciones del Estado son muy sensibles a críticas y reaccionan muy mal ante la confrontación pública de sus deficiencias.

De otro lado, tampoco se puede pedir que todas las investigaciones sean operativas y tengan una aplicación inmediata, si consideramos que todas ellas podrían saber para quién y para qué las producen. Existe en este sentido una dificultad a nivel del planteamiento de las investigaciones y de los protocolos de investigación que aún no han logrado integrar la utilización de la información en un marco ético, conceptual y metodológico serio. Cuando las preguntas de para qué o para quién no se reflexionan desde que se formula la pregunta de investigación hasta que se escriben los resultados, e incluso se diseminan, lo que sucede es que el investigador, sin saberlo, produce para sí mismo o para 'gente como uno', es decir, gente que ya está convencida. Esto tiene consecuencias éticas enormes en la medida en que una reciprocidad primaria establecida con los informantes se rompe, la investigación se hace con la promesa (no siempre explícita pero siempre presente en el sentido que sostienen el quehacer de la investigación científica) de procurar un bienestar público¹⁷

Existe cierta mediocridad (entre comillas) no tengo otra palabra para definirlo adecuadamente, cuando uno se aísla en su circo propio y termina teniendo reuniones para convencer a convencidos: las mesas de sexualidad, derechos sexuales reproductivos; entonces terminan presentando resultados o evidencia muy buena a personas que ya están por demás informadas, ¿no? Entonces, creo que es poco esfuerzo para convencer a los no convencidos, significa que efectivamente, valga la redundancia, mayor esfuerzo, ¿no? Lo tercero es que la... los que hacen Advocacy tienden a generar algunos vicios, ¿no?, que reproducen su contraparte, trata de influir sobre la pobreza, sobre la exclusión, o sea algún tema, cualquier que este sea a las fuentes de decisiones de poder, terminan concentrándose en Lima y ellas mismas a lo largo del tiempo empiezan a desensibilizarse sobre el resto del país, terminan olvidando que existen los pobres y excluidos, lo incorporan solamente descriptivamente, ¿no?, entonces terminan siendo lo que ayer el doctor David Tejada decía: "Estas élites limeñas", lo que algunos de nosotros decimos "los blanquitos, clase media alta de Lima"... Y creo que poco o nada se ha hecho para levantar la calidad y la fuerza del discurso regional. Existe, existe, aunque (?) también no lo hay. Y algunos están incorporando otra, otro vicio cuyo (...) es la inversión del racismo, el racismo invertido...

P13: Decisor/a

¹⁷ En efecto, aunque se entiende generalmente la reciprocidad entre investigador(a) e investigado(a) en términos de formularios de consentimiento informado, etc. esto es un proxy de algo más fundamental, un compromiso para el uso de estos resultados en pro del bienestar común. Ver sobre el punto Figueroa, J.G. (2001).

Finalmente, el pobre uso de los resultados tendría que ver también con la ausencia de canales de apropiación ciudadana o activista de los resultados de investigación. En este sentido, pareciera ser que los investigadores/as en la última década no se han comprometido con la movilización social y se han mantenido aislados de los grupos de interés y de la sociedad civil. Los resultados de investigación no han sido insumos para acciones de sensibilización y advocacy, sea porque los investigadores no realizan actividades de promoción y defensa o porque no tienen mayor contacto con grupos activistas.

El país es un país muy dividido por una sociedad civil muy dividida, con una capacidad de investigación científica muy buena, muy interesante, realmente es un país que tiene muy buenos investigadores y algunos centros de investigación muy bueno pero que están bastante aislados a veces de la sociedad civil más activista, de los movimientos sociales, y que no sé si desprecian o no saben o no tienen idea de la importancia de comunicarse o de integrarse a estas redes; entonces, publican cosas interesantísimas que la leemos treinta gatos y que no tiene la influencia que deberían tener.

P 9: Activista

Hay una distribución de tareas y uno cree que lo que... que algunos investigadores creen que se rebajan porque se meten en la política (...) digamos como que es algo así como menos valorado hacer una investigación que no solamente tiene un objetivo académico, ¿no?, que además está pensando en el marco de cómo se diseña una intervención o cómo luego se hace política, ¿no?

P 7: Investigador/a

Ciertamente parece existir en el país una frágil vinculación entre académicos y activistas. El Estado ha interactuado con académicos y activistas/grupos de interés de manera separada sin que entre ellos se hayan construido canales y estrategias de trabajo conjunto. No han confluído las energías de quienes se dedican a la promoción y a la investigación. No ha habido demasiado diálogo entre quienes influyen en el poder de decisión en el país a nivel de políticas y los/as investigadores/as. Se podría decir que la falta de mediación de activistas ha marcado el derrotero de la investigación en salud de la última década. ¿Pero cómo deben articularse investigadores y activistas? Algunos opinan que los investigadores y activistas deben estar 'a dos pies', investigando y haciendo advocacy al mismo tiempo. Otros opinan que deben crearse espacios de encuentro pero que las identidades deben mantenerse diferenciadas, que más bien los activistas deben dejar la investigación a centros especializados y ellos orientar la agenda de investigación y utilizar los resultados de investigación en procesos de influencia. Otros opinan que son los decisores quienes deben establecer la agenda.

La pregunta sobre quién debe elaborar la agenda de investigación se conecta con una gran necesidad de repensar cómo la investigación y el advocacy sobre derechos sexuales y reproductivos deben tener como referencia mayor el fortalecimiento de las redes de la sociedad civil y en este sentido las instituciones (Zegarra y Palomino, 2000:16) y cómo la agenda solucionaría los problemas de representatividad y participación. Advertíamos antes que, aunque en el país ha existido alguna colaboración entre investigadores y activistas, una cuestión aún pendiente es la apropiación de derechos por parte de la población. En efecto, dado que tanto investigadores como activistas han buscado impactar en las políticas públicas, se han hecho pocos esfuerzos por dirigirse a la población (sociedad civil no organizada o comprometida con la causa de salud y derechos sexuales y reproductivos). Esto tiene que ver con el hecho que la mayoría de investigaciones no han servido para que la sociedad civil se apropie de ellas en el proceso de fortalecimiento de ciudadanía y cambio cultural (Chávez et al., 2000:21), y en este sentido, no se les ha convocado para abogar por estos cambios.

Hemos señalado antes un conjunto de factores que explicarían los desencuentros entre investigadores/as, activistas y decisores/as, y la poca utilización de los resultados de investigación para la implementación de políticas públicas. Hemos mencionado desencuentros entre actores en relación a lógicas, experiencias, competencias, lenguajes, etc.; y características del contexto que explican el tipo de interfase en cuestión: políticas de intercambio, circulación y publicación de los resultados de investigación, movilidad laboral, falta de institucionalidad, ausencia de una carrera pública, etc.

Siendo estos algunos de los factores que estarían explicando la escasa utilización de resultados de investigación en la formulación de políticas públicas; una conclusión incluso más importante que se desprende de esta sistematización –de la revisión bibliográfica y de las entrevistas con diversos actores–, es la necesidad indispensable de ampliar el foco de interés, de la relación entre investigación y políticas públicas a la relación entre investigación y política. Compartimos la idea que los resultados de investigación son solo una pequeña fuerza entre muchas otras dentro del arsenal político (Trostle y Bronfman, 1999:310) y que "los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva particularmente, constituyen un campo en el que concurren diferentes actores que representan diferentes intereses y, por lo tanto, es un campo de negociación, conflictos y relaciones de poder (Palomino, 2000:24)

Esta convicción sobre la necesidad de ubicar el problema de la utilización de resultados en la relación entre investigación y política, implicaría repensar la formación de investigadores/as en el país. De un lado, los/las investigadores/as deberían ser capaces de ubicar su investigación en un contexto de aplicación, con una visión de lo que antes hemos fraseado como cuadros, y de otro lado, deberían comprometerse con ampliar la participación en los procesos de planeamiento, producción y difusión de resultados. Parte de esta ampliación de participación implicaría: primero, ubicar la agenda de investigación en el encuentro e intercambio entre investigadores, activistas, sociedad civil y decisores; y segundo: considerar la sociedad civil como un conjunto de actores heterogéneos y no simplemente como receptores pasivos de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, C. (2001). Research of Health Sector Reform Policies in Latin America: Regional initiatives and state of the art. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde http://www.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/almeida_s.html

Cáceres, C., Vargas, R. (2002). Estado del arte de la investigación en sexualidad en el Perú. Informe Final del Estudios Solicitado por el Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y el Instituto de medicina Social de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro. Manuscrito no publicado.

Chávez, S., Guezmes, A., Palomino, N., Vargas, L., Yon, C. (2000). La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género en el Perú: Tendencias en la Década de los 90. Lima: CMP Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos, UPCH, RSMLAC.

CLADEM. (1998). Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: CLADEM/Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.

CLADEM. (1999). Nada Personal. Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998. Lima: CLADEM/Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.

Cueto, Marcos (2001) *Culpa y Coraje: Historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

CIID/IDRC. (1998). *Prioridades de Investigación en Salud Colectiva en América Latina* (Sánchez y cols. 1998). Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde http://www.idrc.ca/es/ev-22961-201-1-DO_TOPIC.html

COHRED (1994) *Research Capacity Strengthening for Essential National Health Research (ENHR)*, Working Group on Research Capacity Strengthening, of the Task Force on Health Research for Development. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_regional/latinamerica.pdf.

COHRED (2000^a): *Report on the Latin American Regional Consultation on Health Research Development*. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_regional/latinamerica.pdf.

COHRED (2000b): *Lessons in Research to Action and Policy - Case Studies from seven countries*. COHRED Issue Paper - COHRED Working Group on Research to Action and Policy, COHRED Document 2000, 10/11/2000. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde www.cohred.ch/documents_COHREDweb/Reports_regional/latinamerica.pdf.

Defensoría del Pueblo. (1998). *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria*. Informe de Defensoría N°7. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde http://www.ombudsman.gob.pe/informes/Anticoncepcion_quirurgica.pdf.

Ewig, C. (2000). *Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector salud*. En: F. Portocarrero (ed.) *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. Lima: PUCP, UP, IEP.

Figuerola, J.G. (2001). *Algunas dimensiones éticas en la investigación social sobre sexualidad*. En: *Ética, investigación y Ciencias Sociales*, Documento de Trabajo N°8. pp. 3-37. México, D.F.: Programa de salud Reproductiva y Sociedad.

Frenk, J. (1992). *Balancing Relevance and Excellence: Organizational responses to link research with decision making*, *Social Science and Medicine* 35 (11):1397-1404.

Global Forum for Health Research. (2002). *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/001_10%2090%20reports.php

Gonzales, A. (2000). *Situation of health policy and systems research institutions in developing countries*. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde http://www.alliance-hpsr.org/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/documents/5-situation_of_health.pdf#search=%22Situation%20of%20health%20policy%20and%20systems%20research%20institutions%20in%20developing%20countries%22

Gonzales, A., Sánchez, M. (2000). *La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud*. Bogotá: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC/LACWHN).

Oré, G. (2000). *En Taller: Investigación y advocacy en salud y derechos sexuales y reproductivos en Perú: situación actual y desafíos*. Lima: Fundación Ford, Oficina para la Región Andina y el Cono Sur. Manuscrito sin publicar.

Pittman, P., López Acuña, D. (2001): *"Research on Health Sector Reforms in Latin America and the Caribbean: Conceptualising the Research to Policy Link"*. En PAHO/IDRC (eds.) *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus Contribuciones al Desarrollo de Políticas*.

Pellegrini, A. (2000). *Ciencia en pro de la salud. Notas sobre la organización de la actividad científica para*

el desarrollo de la salud en América Latina. Scientific and Technical Publication, nº 578. Washington: PAHO/WHO.

Palomino, N. (2000). Tendencias e impacto de las investigaciones en salud sexual y reproductiva en el Perú. En: Taller: Investigación y advocacy en salud y derechos sexuales y reproductivos en Perú: situación actual y desafíos. Lima: Fundación Ford, Oficina para la Región Andina y el Cono Sur, UPCH. Manuscrito sin publicar.

Sánchez, D. (2001) Prólogo. En: GEOPS (ed.) Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Extraído el 10 de diciembre del 2004 desde URL http://www.idrc.ca/es/ev-22961-201-1-DO_TOPIC.html

Trostle, J., Bronfman, M., Langer, A. (1999). How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. Health Policy and Planning 4(2):103-114.

Walt, G., Wilson, L. (1994): Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and Planning; 9(4): 353-370.

Walt, G. (1996): Policy analysis: an approach, Health policy and systems development En K. Janovsky (ed.) Agenda for research. Ginebra: OMS.

Zegarra, R. (2000): Informe de estudio sobre investigaciones en Salud Sexual y Reproductiva realizadas por docentes y estudiantes de postgrado de la Facultad de Salud Pública y Administración. Manuscrito sin publicar.

Zegarra, R., Palomino, N. (2000). Investigación y advocacy en salud y derechos sexuales y reproductivos. Taller: Investigación y advocacy en salud y derechos sexuales y reproductivos en Perú: situación actual y desafíos. Fundación Ford, Oficina para la Región Andina y el Cono Sur. Manuscrito sin publicar.

Cuerpo, placer y salud sexual

Libertades sexuales o ciudadanías emergentes: cuerpo, deseo y placer en jóvenes “jugadoras” de sectores populares

Tanya Taype, Raquel Meléndez, Alfonso Gushiken M.

—
25

Las relaciones sexuales (ya sea como experiencias reales o como fantasías) ocupan la atención de las jóvenes en un momento del ciclo vital caracterizado por los cambios. La vinculación con su cuerpo se observa en el cuidado que ponen en su aspecto y arreglo personal, y en su relación con los otros y al parecer consigo mismas. La sexualidad de las jóvenes ha sido invisibilizada por la población en general; incluso en la investigación se la ha vinculado con la reproducción (en estudios de postura esencialista y biomédica). Por ello, conocer los significados que ellas les atribuyen a través de sus vivencias, así como las manifestaciones e implicancias de la sexualidad y cómo se asimilan en la vida afectiva y cotidiana de mujeres jóvenes con vida sexual activa, son motivo del presente estudio.

Los estudios de la sexualidad como construcción social reportan cómo mediante el proceso de socialización diferencial por género, se generan diferentes femineidades y masculinidades (Laffose 1989, Vega Centeno 1991, Tenorio 1995). Estas identidades influenciadas por la cultura y la modernización, se constituyen en dilemas para la sexualidad de varones y mujeres (Amuchástegui, 1996), así como para prácticas y actitudes dicotómicas, particularmente en las mujeres (Taype, 2002).

Taype (2002) revela modelos “emergentes”, de mayor autonomía en las mujeres jóvenes, de explicitación de deseo y placer sexual en las mujeres y de sensibilidad en los varones (al igual que Pérez y col 2003). Son modelos emergentes que se reflejan en discursos alternativos de protección y responsabilidad en jóvenes (Pérez y col 2003) pero con sentimientos de culpabilidad por la experiencia sexual en las mujeres y de tensión por el desempeño sexual en los varones. Estos son reinterpretados para su estabilidad, a partir de la reflexión de las experiencias propias y de lo que observan en su entorno, de la propia flexibilidad de los mandatos o normas sociales y del apoyo o aceptación de una persona significativa (Taype, 2002).

Por otro lado, la sexualidad no puede ejercerse plenamente sin cuerpos sexuados, sin sujetos que la valoren, de ahí que posiblemente la sexualidad y su disfrute estén venidos a menos. Se sabe que las jóvenes tienden a no aceptar su cuerpo al compararse con un ideal de belleza inalcanzable para muchas (Kogan, 1993); también que las mujeres adultas desconocen su propio cuerpo y que podrían no disfrutar del placer pero ¿qué sabemos del placer en las jóvenes? En dos estudios de Kogan (1999, 2000) sobre la construcción social de los cuerpos, se reporta que las interacciones sociales de jóvenes limeños de clase media son un escenario circunscrito a la moda vigente y a lo socialmente aceptado como bello para mostrar el cuerpo, su personalidad y para discriminar o incorporar a otros jóvenes.

Frente a ello, se tienen discursos variados y contradictorios, algunos hegemónicos, que provienen de la familia, la escuela, la Iglesia y de instituciones que reconocen el derecho de las personas a ejercer una mayor autonomía sobre sus cuerpos y el derecho a sentir placer. Estos últimos plantean una vida sexual profunda, placentera, liberadora, afectiva; en resumen, más humana, como lo propone Londoño (1994, 1996).

Al respecto, un estudio de Pérez y col (2003) nos muestra que a las jóvenes les es más fácil actuar que negociar, y que si alcanzan una alta satisfacción en sus relaciones sexuales posteriores al inicio, tienen una probabilidad dos veces mayor de asumir un comportamiento de negociación

sexual que aquellas que alcanzan un bajo nivel. Pero la negociación, ¿se debe al disfrute sexual o al reconocimiento de una mayor autonomía?, ¿o a ambos?

Para comprender tal dinámica asumimos algunas referencias teóricas, como la de Feixa (1998), según el cual los jóvenes conformarían sus propios grupos sociales o "culturas juveniles" que se caracterizan por sus estilos de vida diferenciados (formas de actuar, relacionarse, vestirse, etc.), y que al ser hegemónicas podrían caracterizar a todo un grupo más amplio, una generación. Esta cultura se conforma ante la permisividad y marginación de las sociedades hacia sus jóvenes en el proceso de su incorporación al denominado "mundo de los adultos" que Bordieu (1984), y luego Cortázar (2001), denominan "moratoria social", y que antes fuera enunciado por Erick Erickson.

El grupo del estudio lo conforman las denominadas "jóvenes jugadoras", esto es, jóvenes mujeres que establecen relaciones "casuales", relaciones de corta duración (de un día a una semana), sin mayor vínculo afectivo, y que son asumidas por ellas como un "juego", una diversión, en las que además mantienen relaciones sexuales o coitales.

La indagación de la sexualidad en estas jóvenes se da desde una perspectiva cultural, que sería expresada colectivamente mediante la construcción de estilos de vida distintivos, localizados fundamentalmente en el tiempo libre o en espacios intersticiales de la vida institucional (Feixa, 1998), produciendo imaginarios propios y que se inscriben en procesos de organización espontánea. Las culturas juveniles constituyen, en general, un campo de experimentación y de afirmación de su identidad, donde se expresa una praxis generacional que se presenta en la escena pública a través de variadas manifestaciones, pero preferentemente como un "modo de vida".

La sexualidad la entendemos como una elaboración psíquica y cultural sobre los placeres y los intercambios corporales, construida discursivamente y siendo regulada y reglamentada mediante prohibiciones y sanciones (Lamas, 1994). Asimismo, como Weeks (1991), Szasz (2003) y Londoño (1996), asumimos que la sexualidad no es solo ejercicio de poderes (Bordo 1989, en Kogan 1993), sino también afectividad, sentimientos, felicidad, bienestar, además de actuar como vínculo para las relaciones sociales" (Corona, 1996),

Hablar de sexualidad nos lleva al tratamiento de lo erótico, especialmente porque, como señala Parker, el género y la sexualidad no son suficientes para entender las significaciones sexuales, que aquí asumimos en los términos de Sikos (1996), como modelos eróticos; es decir, como las configuraciones de significados del imaginario social y representaciones que regulan los modos sexuales y se cristalizan en una cultura según género y de acuerdo a determinantes del entorno sociocultural e histórico, que definen prescripciones y prohibiciones.

Si bien los modelos eróticos pueden ser ideales, ofrecen la posibilidad de una gama amplia de expresión de la sexualidad y del placer. Al respecto, Vance (1989) analiza el placer sexual femenino y lo ubica entre el placer y el peligro, en un juego permanente en ambos sentidos, en el que la mujer también expresa poder y elige, pero siente el peligro de sus propios impulsos, de ahí el "control de su propio deseo sexual y de su expresión pública". La misma autora (Vance 1995, en Vásquez 1999) considera que el propio deseo sexual es construido por la cultura y por la historia a partir de las energías y capacidades del cuerpo. Para el caso de las jóvenes ¿cuáles son las dimensiones y connotaciones del placer?, ¿cómo el placer podría estar matizando sus relaciones con diferentes parejas? y ¿cómo podrían significar formas básicas de conciencia o expresión de ciudadanía?

El placer no está desligado del deseo que introduce la dimensión de la relación con el objeto que lo causa, con la pareja motivo del deseo, y por ello, nos plantea también interrogantes: ¿qué causa el deseo de las jóvenes llamadas "jugadoras"?, ¿cuál es ese deseo que comanda sus formas de relacionarse con sus pares y sus conductas sexuales?

Existe la representación imaginaria de que se trata de mujeres que se relacionan con las parejas que consiguen, privilegiando el placer corporal, sin que importe la dimensión del amor. En tal sentido, se trataría de mujeres que en sus relaciones introducen una separación entre deseo y amor, entre objeto de deseo y objeto de amor, reivindicando la posibilidad y el derecho de gozar del cuerpo.

Entonces en y con el cuerpo se manifiestan los sentidos, los deseos, el placer, así como se exteriorizan manifestaciones del género. En la orientación del deseo lo que cuenta son los significados que las personas les atribuyen y los efectos que esa valoración tiene sobre la manera como organizan su vida sexual. Así, la experiencia del cuerpo se torna en una vivencia liberadora, de crecimiento y poder interno que amplía el camino hacia el ejercicio de los derechos (Londoño 1996) y de la ciudadanía, a partir del reconocimiento y decisión sobre el propio cuerpo.

La ciudadanía se ejerce en relación, se expresa en la negociación y la autodeterminación que establecen los/las jóvenes en sus interacciones con otros, incluidas las sexuales, que son objeto de este estudio, siendo nuestra posición reivindicativa del derecho al placer y a la autodeterminación de sus actos

Shepard plantea que el término ciudadanía aplicado a la sexualidad y a las/os jóvenes engloba dos elementos; el primero, es la participación ciudadana de los jóvenes en las decisiones y en la gestión de programas que afecten el ejercicio de su sexualidad y su salud sexual. El segundo elemento tiene relación con ser "sujeto de derechos", es decir, con vivir en un Estado que respeta y protege los derechos ciudadanos y que asume la responsabilidad de promover el cumplimiento de estos derechos (Shepard, 2004).

Asumiremos la definición de ciudadanía como un proceso de "descubrimiento" y construcción de nuevos derechos (Calderón, 1989). Si la ciudadanía es una categoría en construcción, entonces es un proceso dinámico y transformador que responde a diferentes variables del entorno.

La ciudadanía en el ámbito de lo sexual busca integrar la legitimación social y jurídica de diferentes identidades y prácticas sexuales y la aplicabilidad universal de los derechos de las personas, al reconocer la diversidad de las sexualidades y géneros, cuya expresión cambia en forma dinámica en diferentes tiempos y contextos de la vida de cada persona. Por tanto, la ciudadanía emergente se refiere a una movilización en pro de derechos para garantizar el libre ejercicio de diversas formas de vida sexual de grupos no hegemónicos, considerados como minoritarios o llamados problemáticos, como el caso de las jóvenes que ejercen su sexualidad activamente.

El presente estudio pretende, entonces, comprender el momento mismo del ejercicio de la sexualidad de los/as jóvenes, y el posible empoderamiento sobre sus propios cuerpos como marco para el cuidado de su salud y de su persona; asimismo, apoyar en la visibilización de los/las jóvenes como sujetos sexuales, como sujetos de y con derechos a una vida sexual plena, que incluya el placer sin culpa y con libertad para la decisión sobre su propio cuerpo, respetando la del otro. La intención última es incidir en el afianzamiento de las políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional, en el reconocimiento de los/las jóvenes con derechos sexuales y derechos reproductivos y con derechos a su salud sexual y reproductiva.

Metodología del estudio y las participantes

Los discursos provienen de entrevistas en profundidad realizadas a 25 jóvenes mujeres, entre los 15 y 19 años, de la zona Tahuantinsuyo, zona urbano popular, del distrito de Independencia. Se eligió trabajar en dicha zona debido a que presenta características de mayor vulnerabilidad como pobreza, población migrante de tercera y cuarta generación. En muchas de estas familias es característica la escasa comunicación y acercamiento afectivo, presencia de padres violentos y familias disgregadas. Se trata de conflictos que se encuentran presentes en los discursos de las jóvenes, generándoles malestar, resentimiento y sensación de frustración por desear cambiar la situación y no poder hacer nada; lo que ocasiona que quieran refugiarse en sí mismas o con amigas en lugares fuera de la casa.

Las jóvenes tenían como principal característica su actividad sexual, el ser percibidas por otros como "jugadoras", independientemente de que cuenten con rasgos que denoten ser modelos emergentes de mayor autonomía en las mujeres.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Autopercepción de las jóvenes jugadoras

A lo largo de las entrevistas quedó claro que las jóvenes entrevistadas no se percibían como "jugadoras", menos como "pendejas", sino como "vaciloneras"; tres expresiones que reciben diversos grados de sanción social y de las que se construyen opiniones, imágenes y hasta estigmas, al atribuirles una carga negativa que se extiende no solo a su actuar circunstancial, sino también a su vida en general.

Las "jugadoras" o "tramposas" son aquellas que mienten para ilusionar a sus parejas con una relación mayor y que juegan con los sentimientos de sus eventuales "pretendientes". A diferencia de las "pendejas" o las "perras" que "chapan", tienen "agarres" y/o mantienen relaciones coitales con cualquier varón, las "vaciloneras" en cambio, son aquellas que dicen a sus parejas ocasionales que solo quieren pasar un rato con ellos, divertirse, y tener "agarres" o "chapes"; es decir, besos y toqueteos y en ocasiones hasta relaciones coitales, relaciones que no tienen mayor significado que "pasar el momento". Se reconoce, sin embargo, que los límites entre una u otra tipificación son tenuous, y pierden su significado cuando las jóvenes pasan de una hacia otra relación en diferentes momentos y según las circunstancias.

En este grupo de jóvenes "jugadoras" las afirmaciones que se les atribuyen no condicionan necesariamente formas de comportamiento, ni de interacción, pues lo característico en su actuar está en la autonomía de sus acciones; más si se trata de cumplir algunas pautas para ser incorporadas a un grupo de referencia o de cumplir la profecía de algún referente adulto o contemporáneo. En general, las entrevistadas se consideran extrovertidas, alegres, liberales, persistentes en lo que se proponen, les gusta divertirse y hacer lo que deciden y no necesariamente siguiendo pautas de terceros.

... Yo veo que hay algunas de mis amigas que no pues, que se dejan. Eso no significa que tampoco yo voy a seguir lo que ellas hacen, que si ellas se dejaron yo me voy a dejar, no es así... (Merly).

En esta lucha manifiesta en pocas y no explícita en la mayoría, parecería subyacer la búsqueda de respuesta a la pregunta por el ser -"ser yo"- y que aquí se responde por la vía de la diferencia

y la negación "Hacer lo que a mí me da la gana", es no hacer lo que el otro (padres o pares) me solicita o impone, y con ello reafirmar sus propias potencialidades y capacidades. Allí es donde "soy yo y punto", en lo que no cabe la posibilidad de ajustarse a moldes sociales pre-establecidos, no a los que ellas no se sientan identificadas, o no se sientan ellas mismas.

En las expresiones de su sexualidad algunas jóvenes tratan, en pocos casos, de mantener la imagen de mujer que seduce y "colecciona" hombres por un fin utilitario: el gusto. En menos casos, por ellas mismas, como una forma de recepción de afecto, de venganza por "engaños" recibidos a ellas o a algún referente significativo como su madre, en este último caso se halla una idealización del primer amor y la dificultad para superar una separación afectiva. De alguna manera el "agarrar" con varias parejas y hacerlas sufrir es una forma de vengar lo vivido y eludir la posibilidad de que se repita; se constituye entonces en una forma de hacer justicia por ellas mismas, dado que la sociedad no ejercería ningún tipo de castigo para los varones desde la percepción de las jóvenes.

Yo meto a todos en un mismo costal. Si él me ha hecho eso, entonces todos son así, entonces ninguno vale la pena, todos son igualitos. Deseo vengarme y quiero solamente estar con ellos así y moverlos como algo descartable, como que no me sirven.... Entonces, al sentirlos a ellos menos que yo pues, que no me pueden hacer daño, lo que yo quiero hacer es que ellos no puedan controlarme, no pueden hacer nada, ahí está también mi venganza (Alexandra).

Esto a diferencia de otras que por curiosidad o por imitación de comportamientos considerados "normales", socialmente aceptables, deciden también experimentar. O de aquellas que pretenden demostrar ser mejores que los varones, en cuyo caso se halla el deseo de demostrarse a sí mismas o al grupo que son capaces de conseguir varias parejas, de ahí que compitan o apuesten por un encuentro sexual. Con ello, no parecieran obtener la confirmación de su femineidad, por lo menos no en el mismo sentido en que los varones pretenden reafirmar su masculinidad, sino de alcanzar popularidad en el grupo, así como el sentirse bien, el ser deseadas, ser las mejores.

... antes de tener la edad que tengo, me gustaba experimentar con bastantes chicos, porque quería ser mejor que mis amigas, decir "yo estuve con él y también estuve con el otro y estuve con otro", y así ser más popular ... me gusta ser mejor vista que las otras (Melania).

Las imágenes atribuidas a las jóvenes no son vividas de manera simple por las jóvenes, especialmente si los varones les atribuyen denominaciones con fuerte componente negativo, por las consecuencias en la vida afectiva y relacional de la joven. La manifestación de nuevas formas de comportamiento, lleva consigo la carga de tener que enfrentar las malas interpretaciones por quienes esperan un comportamiento más usual al común de las jóvenes.

...hay chicos que tienen amigos y que me conocen y dicen "pucha!, si con él agarra en una hora, pucha!, conmigo rápido", eso... hay algunas personas que confunden "ah!, tú eres alegre, vas a discotecas, ... seré de todo, pero ahí nomás, así como doy también quito... (Merly).

Se refieren a tales comportamientos como "normales", pero cuando reflexionan sobre sus actos, refieren sentir cierto grado de culpabilidad, de malestar por el acto, así como arrepentimiento y autoreproche, aunque fuese temporal.

... yo quisiera cambiar pues, pero todo depende de que mi mamá me..., es que a veces yo no le puedo contar a mi mamá, porque mi mamá se molesta, pero quisiera cambiar, ser una persona no sé,... enamorarme una sola vez y no jugar con Giancarlo, no sé si en verdad lo quiero, porque dice mi mamá que cuando una persona quiere no engaña (Melania).

Si bien no dejan de vivir el momento, se divierten y les gusta lo que hacen, viven su sexualidad de forma oculta por la estigmatización de la sociedad. No se trataría entonces de mujeres atípicas en el sentido negativo, sino de un emergente modelo de mujeres modernas, que posiblemente continúen su vida tal y como lo haría cualquier otra persona, varón o mujer "tranquila", aunque con la tarea, poco consciente, de seguir trabajando sobre las contradicciones y mandatos vigentes de la sociedad. Esperaríamos que además con más herramientas para enfrentarse a varones o mujeres que deseen manipularlas o de ejercer actos de violencia.

Es central mencionar cómo las características de independencia de las jóvenes tienen un peso significativo no solo en su vida privada sino también en su vida futura, especialmente cuando hacen alusión a su deseo de superación, su visión de futuro con metas (aunque éstas puedan ser concretas y de mediano plazo en el mejor de los casos), su capacidad de decisión personal para cumplir lo que se proponen, su autonomía para decidir tener relaciones coitales (las menos, porque se dejan llevar por el momento, las sensaciones y el amor) y a no seguir algunos modelos que interpretan como inadecuados para ellas. Entonces no se trata de chicas sin proyectos, pues además se preocupan por ellas. La aspiración a seguir estudiando o trabajando y el anhelo de formar una familia o conseguir una pareja en los marcos de idealidad que se transmiten de unos a otros y que se esperan e intentan alcanzar, son muestra de su espíritu.

... Yo me propongo algo y lo cumplo, no soy de las personas que en el camino hay un desvío y me voy por otro lado, no, si yo digo tengo que llegar a eso yo llego... (Merly).

Lenguajes del cuerpo, herramientas para la seducción y expresión de los deseos

En las jóvenes, como en los adultos, el cuerpo adquiere una particular importancia cuando se trata de seducir. Son las partes del cuerpo que consideran más bonitas, las que emplean para coquetear y llamar la atención de los varones. Esto implica una aceptación de su cuerpo independientemente del patrón de belleza impuesto por otros. Se evidencia, también en sus testimonios, que la imagen corporal no está dada, sino que se configura a partir de los piropos, los halagos, pero también de las críticas. En general, las partes que valen más de su cuerpo porque consideran que llaman la atención del sexo opuesto, son la cara y los glúteos.

La contextura del cuerpo adquiere así importancia, prefiriendo la actividad física para mantenerse delgadas. La ropa es otro elemento que les proporciona seguridad, además de comodidad, y tienen especial cuidado cuando se trata de asistencia a fiestas o discotecas. El uso de prendas ceñidas al cuerpo se prefiere a las holgadas, en especial para lograr el efecto deseado: llamar la atención de los amigos o personas a quienes se desea conquistar. Para pocas jóvenes más que en la ropa, lo central está en la personalidad o en la cualidades de la persona, particularmente su espíritu alegre: *"lo que tú eres y vales, lo que vales!"* (Pamela).

En esta búsqueda de atracción, los "chicos guapos" son el objeto de deseo, y en ellos no solo su aspecto externo, sino también las expresiones de su cuerpo (forma de caminar y bailar) y su personalidad: *"bien alegre, bien juguetón, que le gusta jugar, que le gusta contar chistes"* (Angela). La pareja no siempre es una persona desconocida, y si lo fuera, es importante que sea una persona discreta, que no hable mal de las chicas a terceros, "tranquilo", que las comprenda. En otros casos se trata de un amigo "de holas", es decir de no mucha amistad, pero conocido al fin.

En el momento de la seducción el arreglo personal y el cuerpo son empleados como un "señuelo" para atraer las miradas de la posible pareja. Las miradas, el contacto corporal –empujarlo, tomarlo del brazo, acercar el cuerpo– o el piropearlo lo que cuenta para crear las condiciones que le permitan tener un "agarre" con él. El cruce de miradas es una estrategia básica para transmitir el mensaje a la pareja que le gusta y para confirmar si es correspondida, si la atracción es mutua. En el interjuego de mirar directamente y de bajar la mirada es que se muestra sensualidad, timidez aparente, a la vez autonomía y seguridad en sí misma para atraer a la pareja.

No, a veces lo miro y a veces él ya me queda mirando y bailamos y ya pues y ahí mientras que estamos bailando a veces chapamos, a veces uno chapa así nomás desde el comienzo, ni siquiera te pregunta cómo te llamas (Cielo).

Las manifestaciones anteriores se ven reforzadas con las cualidades personales de la joven, especialmente la extroversión y la alegría, en cuyo primer caso es típico que sean ellas quienes toman inicialmente la iniciativa, para después asumir un rol pasivo frente al varón. Cuando la atracción se da en demasía, el impulso tiene un rol central para besar a la pareja ("chapar"). La mujer así tiene un rol más activo, incluso en situaciones que por estrategia se asuma una actitud más tímida. Tienen iniciativa para abordar a un varón como para iniciar relaciones sexuales. Hecho que no solo se asocia a la atracción física, sino también al deseo sexual y a la experimentación.

Expresiones de los deseos y los placeres. Vida plena y libertades sexuales

Las vivencias del placer en las jóvenes están marcadas tanto por la represión como por los pensamientos de culpabilidad. Si bien los pensamientos negativos se traducen en la contención o control de sus emociones y de su actuar, éstas finalmente no dejan de producirse por la fuerza del deseo y después del disfrute.

La variabilidad es alta tanto en las formas que se establecen alrededor de una relación o vínculo pasajero y las denominaciones con las que se asocian a ellas, como en el disfrute/placer y en el gusto/atraccción por la pareja. En el placer, que tiene como esencia el disfrute, se hallarían dos extremos de un abanico de posibilidades o de razones que las sustentan: la primera, basada en la sensualidad que despierta la pareja y otra, la menos, basada en el propósito de venganza por heridas pasadas y no necesariamente causadas por la/s persona/s que se involucra/n en la relación, aunque en ello se halla de por medio el disfrute. La fuerza de tales motivaciones es de tal magnitud que impulsan a las jóvenes a un vínculo de afecto o puramente erótico de mediana o de casi nula duración.

En el gusto relacionado íntimamente con la atracción hacia alguien en quien hallan rasgos o características que les agrada y que le significan deseos por un contacto más cercano, más sexual, se hallan una serie de expresiones asociadas al placer. Pero el gusto no es solo por el placer producido en el contacto sexual (besos, caricias, toqueteos a su cuerpo); sino que también se hallan otros asociados a la diversión, como en el acto de jugar, en el que se halla un acuerdo mutuo en las reglas y condiciones del juego, pero aquí no siempre se cumplen. *La diversión se refiere a "tener varias parejas y sentirse un poco deseadas" (Alexandra); "... conocer a otro" (Melania), y a la diversión en sí misma, "uno lo agarra como una diversión estar chape y chape con cualquier chico" (Diana) y "tener varias trampas es probar diferentes labios" (Camila).*

El placer sexual puede darse tanto en la "pareja" temporal como en la de "enamorados"; sin embargo, se observan diferencias en el contenido como en la forma, es decir, en lo que les significa para cada joven, en la forma como esta lo lleva adelante y finalmente en lo que sienten. Si del amor

se trata, la representación de ella lo diferencia del cariño, del gusto y del deseo. Cuando el amor se halla presente operaría como una fuerza que inmuniza a quien lo experimenta de la posibilidad de sentirse atraída por otros y de engañar así al amado. En cambio, si se asocia con las emociones, el impulso incontenible que despierta la sola presencia de este, es el de tocarlo, abrazarlo y besarlo. Prima así el gusto o el deseo, por ello una joven plantea que no se trata de un "te quiero" sino de un "te siento". En tal sentido, son mujeres que en sus relaciones introducen una separación entre deseo/placer y amor, entre objeto de deseo y objeto de amor, reivindicando la posibilidad y el derecho de gozar de su cuerpo.

o sea, se siente que lo quieres mucho, o sea uno mismo ya, o sea la palabra no es te quiero, sino que uno cuánto siente, cuando lo ve uno se impresiona o se paltea ¿no?, y ya pues, eso es sentir el amor por él... (Angela)

...quizás, con mi enamorado, por lo que nos conocíamos más y era diferente, he llegado, quizás al punto más alto ¿no?, porque con él ha sido diferente y con él he sentido mucho más placer que con los demás chicos con los que he tenido relaciones... Con mi enamorado era diferente, porque los dos buscábamos tener placer y llegar al punto máximo los dos. (Alexandra).

Las jóvenes también hacen alusión al disfrute, el cual se presenta como un ideal difícil de alcanzar, si se tienen como marco los mensajes que vienen de los medios de comunicación, que a su vez transmiten contradicciones de la propia sexualidad de la juventud. Es en esa transmisión de mensajes que se coloca al orgasmo como un punto alto e inalcanzable para una mujer que participa de esta representación, pues se exageran las sensaciones, y no se percibe que sus sensaciones sean realmente de placer máximo.

Cuando yo tengo relaciones, a veces las mismas poses, pero nada más, pero de jalarme el pelo, de hacer eso no. De gritar, ella dice que grita y yo no tanto le digo, yo me quejaría así ay, pero ella no, ella dice que grita, que se jala el pelo, no sabe qué hacer, dice que lo araña, es bien loca mi amiga. Y ella por eso me dice "sí, yo he llegado al orgasmo, porque así se llega, que esto que el otro", ah yo le digo yo no sé... cuando yo tengo relaciones estoy a gusto pues ¿no? ... (Carla)

Por las narraciones conmovedoras de las jóvenes, de la abierta expresión de sus deseos, de la satisfacción que les produce interactuar sexualmente, con sensualidad y erotismo, es que creemos que el deseo es una demanda no solo física y psicológica, sino que es propia de la naturaleza humana, especialmente si se observa que el inicio sexual es cada vez más temprano y es independiente de cómo fue la primera vez. Son cuerpos que se encienden a la vida. Por ello resulta para los adultos –que pretenden acallarlos– imposibles de controlar, pues por lo que dicen las jóvenes se hace necesario satisfacerlos, y se trata de una emoción profunda de su devenir. Se trata, entonces, de reivindicar el placer en las jóvenes.

Sin embargo, su influencia se describe también en el autocontrol para negarse a sí misma la libertad de sentir, de tomar iniciativas y hasta de decisiones en el actuar de su sexualidad. Incluso para mantener un doble estándar y hacer de su vida un riesgo permanente. Las jóvenes viven así su sexualidad en tensión, entre el deseo y el ideal, entre el querer y el deber, entre lo permitido y lo prohibido, en una lucha interna entre lo que una joven denomina "las cosas malas y las cosas buenas". Están marcadas y estigmatizadas negativamente por la culpa de haber decidido ser diferentes: por no ser el ideal de la imagen de mujer "tranquila", que tanto se expresa cotidianamente, libres, en medio de una sociedad caracterizada por la tradición y el paternalismo.

...hay un momento donde el chico a veces tiene una excitación bárbara y hace que esa excitación te transmita, pero o sea siempre yo frenando las cosas,... pero siempre pensando en que, siempre en mi mente están las cosas malas y las cosas buenas... (Pamela).

De ahí que aparezcan los dilemas o contradicciones, que no son mencionados como tales en las jóvenes, pero sí sus esfuerzos por resolver tales contradicciones, y/o esos problemas íntimos asociados a sus decisiones sobre sus deseos y placeres: la culpabilidad, el autorreproche o la represión; por más que estas jóvenes tengan una mayor independencia y autonomía, y deciden sobre cuándo, cómo, con quién, dónde y para qué tienen una relación esporádica.

—
33

... Mi mamá no piensa que yo voy a tener agarres, ni que voy y me meto con cualquier chico, o sea, tener relaciones con el chico que me gusta o que verdaderamente lo quiera, ¿no? Yo pienso en mis padres, más que todo en mi madre... también en mí. Pero, o sea, de besos y abrazos nada más pasa, no llego a más, eso de tener relaciones; pienso en mí, en mi madre, pienso en mi futuro (Rosa).

Pero el sentir placer les significa a las jóvenes sentirse vivas y se asumen como "normales". Con esta afirmación resuelven sus dilemas o conflictos. Con esta percepción de evolución se esfumarían otros elementos básicos de su esencia humana, como el ejercicio pleno de sus derechos en cualquier "etapa" de su vida, especialmente el sexual, por el ejercicio o control de otros sobre el cuerpo físico de la joven y hasta el mental/psíquico.

Otro elemento que se coacta es el espíritu cuestionador de las normas vigentes y no equitativos para todos, que pasa a un segundo plano para aceptarlas tal y como son, como la "verdad", la "ley", y asumiéndose plenamente como propio de varones y mujeres. Con ello se irían también las ilusiones, los sueños, y la posibilidad de experimentar en términos amplios. Sin embargo, se encuentran narraciones de jóvenes que se resisten a ello y se asumirían como mujeres libres, aun sin decirlo directamente.

La base de su práctica sexual sin culpa, se halla también en sus cualidades personales, en la propia interpretación de su sexualidad y de sus vivencias y en la posibilidad de "agenciarse"¹, es decir de desarrollar o fortalecer estrategias externas a las personales para no solo seguir viviendo, sino también para enfrentar un sistema que no reconoce la sexualidad en las jóvenes sin tener que mellar en su autoestima.

Estaríamos por tanto hablando de una subjetividad sexual (en términos de Karin Marín 1996²), es decir, de las propias experiencias sexuales, que tienen como eje central el deseo que a su vez está a la base de las decisiones de la interacción y protección sexual.

Por esta capacidad de agenciarse y de sobrellevar sus problemas y dilemas o contradicciones es que el futuro no se percibe como incierto, sino que les ofrece y les significa una enorme posibilidad; no en términos que su sexualidad tenga que ser re-creada o re-construida, sino que se respete su condición de persona con sexualidad, disminuyendo la carga negativa y el estigma asociado a las jóvenes denominadas "pendejas", "jugadoras" o "vaciloneras". Lo que le queda a la sociedad por asumir ante la evidencia de los hechos y de una realidad que puede herir susceptibilidades, pero también encender luchas, es la consideración de los derechos de las jóvenes a su sexualidad y la aceptación de su condición de ciudadanas.

¹ Palabra que proviene de agency, sin traducción exacta al castellano

² En Dilemas of desire, Deborah L. Tolman. Harvard, USA, 2002.

Rasgos de ciudadanía y defensa de derechos. Reconocimiento de la autonomía como base del ejercicio ciudadano

Las opciones y comportamientos en el ámbito de la sexualidad de las jóvenes entrevistadas se relacionan estrechamente con la búsqueda de autonomía y el propósito de hacerse un lugar y un ser propios, así como confirmar su condición femenina. Es en esta perspectiva que adquieren sentido la trasgresión a las normas y la resistencia a los mandatos familiares y sociales existentes en el contexto en el que se desarrolla la vida de las jóvenes, y donde se expresan de manera cotidiana las diferencias de género.

En muchos casos en las propias jóvenes, también se anuda una reivindicación de la equidad respecto a sus pares varones. En tal sentido, muchas veces rechazan las exigencias y restricciones que le son impuestas en razón de su condición de género, y reclaman el derecho a hacer lo mismo que los hombres. De este modo, se expresa en ellas un modelo de mujer moderna que se abre paso en un contexto marcado por las conquistas de los movimientos feministas, en contraposición a una sociedad patriarcal y machista. Por otra parte, dichas opciones y comportamientos expresan los efectos de las transformaciones que en el terreno de las ideas y de los ideales, de los significados y de las imágenes, se vienen produciendo en las jóvenes y que, además, se vienen reafirmando por las posiciones poco flexibles en los adultos

... pienso que sería algo estúpido que una mujer solamente haga relaciones con una persona, cuando un hombre hace relaciones con todas las chicas que se le pueda ocurrir. Entonces por qué nosotras también no experimentamos lo mismo... (Jackie)

Las expresiones más abiertas de la sexualidad en los medios de comunicación y en las propias jóvenes, se expresan como "vivir el momento, sin perder el tiempo", están cambiando las percepciones sobre el comportamiento de sus pares inmediatos y revirtiendo el propio comportamiento sexual de las jóvenes: "... es algo normal, pues, no es nada del otro mundo si tienes relaciones... porque ahora la juventud está más adelantada, es algo normal" (Carla).

Si la sexualidad constituye un escenario donde se despliegan también reivindicaciones y conflictos que tienen por objeto lograr importantes afirmaciones del ser –existencia social, identidad, igualdad respecto a los varones, autonomía y separación con relación a los adultos–, el cuerpo es el terreno concreto donde esta dialéctica se plasma. "Mi cuerpo es mío" y "yo hago lo que deseo" son reivindicaciones frecuentemente elevadas y defendidas por las jóvenes en sus relaciones de pareja, esporádicas o más estables, y en sus relaciones con las normas y con los ideales sociales, con sus padres y adultos significativos, y hasta con sus amigas y con los vecinos que osen criticarlas o hablar de ellas.

Cuando tenemos relaciones si algo no me gusta, le digo "no, ahí no más, ya no quiero", y él me hace caso, no me exige, en cambio hay otras personas que te exigen "sí, hay que hacerlo" (Cielo).

En tal sentido, el cuerpo (lo que haga o permita hacer con él) se ofrece a la negociación con sus parejas. Las jóvenes deciden sobre su cuerpo ejerciendo autodeterminación en el proceso del disfrute sexual. No obstante, pese a su discurso, sus reivindicaciones y argumentos, dicha negociación sería relativa, sobre todo, cuando se trata de la primera vez. Es frecuente que en estos casos no manifiesten qué y cómo han de tocarlas, besarlas o tener relaciones sexuales. A diferencia de relaciones coitales posteriores, en especial cuando se ha logrado establecer una relación de mayor confianza, es más probable que establezcan acuerdos mutuos. El uso de algún método anticonceptivo para la protección de la pareja formaría parte de ella, aunque ello

no excluya que por la intensidad de los momentos compartidos, se dejen llevar sin hacer uso de ello. La autodeterminación y la capacidad de negociación están aquí implícitas como elementos importantes del ejercicio de ciudadanía.

... para qué, yo me cuido, ¿no?, lo hago, hasta ahorita las veces que he estado con él, siempre he tenido que usar preservativos,... porque no quiero truncar mi vida al tener un hijo y no ser nada, quiero ser algo todavía.... (Laura)

—
35

Por otro lado es un hecho frecuente que en nombre de los valores e ideales, la cultura propicie la descalificación y discriminación de las personas que establecen en sus discursos y comportamientos una brecha con relación a los mandatos sociales; no reconocemos la legitimidad del diferente.

No es diferente –lo hemos visto– la reacción de la sociedad ante las jóvenes de nuestro estudio. En estos casos, las críticas, recriminaciones, chismes y "habladurías" son reacciones que frecuentemente las toman por objeto. En tales casos, las jóvenes suelen salir al frente y encarar a sus detractores y defender su imagen.

Sin embargo, en esta defensa, la concepción de ciudadanía y de los derechos civiles no se reconocen de forma explícita, no es esto lo que ellas defienden; se defienden ante una agresión que afecta su imagen ante otros. El reconocimiento de tales derechos no podría ser explícito si la difusión sobre los derechos de las jóvenes o de cualquier persona no son difundidas, y resultan entonces más expresiones intuitivas de éstas, y en particular defensas concretas a su condición de personas tan respetables como cualquier otra, incluso en su condición de mujer libre cuyo comportamiento no afecta a nadie. La libertad en su actuar y los estereotipos establecidos para las chicas "tranquilas" y "vaciloneras" les significa posiblemente el estar teniendo que poner con regularidad las cosas en el lugar que le corresponde. Defienden su condición de mujeres dignas independientemente de su vida privada; contradicción aparente entre lo que viven y lo que los demás esperan de estas jóvenes. Pero que no sería sino una respuesta subversiva frente a lo dado, es decir lo aceptado para las mujeres, y la fuerza poderosa de sus emociones, lo prohibido para ellas: el deseo y el placer en consecuencia.

Hablan de todo, sí pucha!, hablan de mis amigas. No hacemos nada malo,... Ahí, cuando estaba, le dije: "Mire señora, primeramente usted pensará que yo voy a salir con mi domingo siete, habla así zonzeras. Cuide a sus nietas, porque yo, yo tengo valores y yo sé cómo cuidarme"... Me gritó, pues... Sí, ahí nos defendimos varias, porque todas fuimos agredidas... (Marlín).

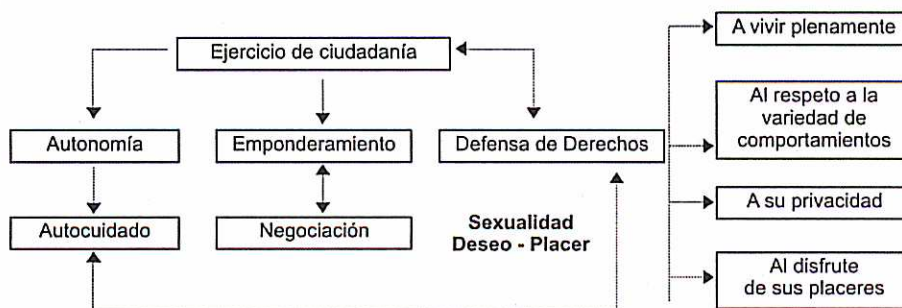
Otro escenario en el que, con frecuencia, se insinúa la dimensión de ciudadanía y de ejercicio y defensa de sus derechos en las jóvenes en cuestión, es cuando sus parejas intentan o pretenden controlar sus modos de vestir, su forma de bailar, sus relaciones con amigos/as, sus comportamientos.

... él no quiere que yo baile así como yo bailo, no quiere que me ponga politos, pero yo me pongo. ... yo no dejo que me controle, yo salgo como yo quiero... yo decido entre lo que yo voy a hacer, lo que no debo hacer (Carla)

En las expresiones del empoderamiento y de la defensa de los derechos como ciudadanas libres, se expresan conflictos, luchas por una mayor equidad entre los géneros y por un mejor y mayor relacionamiento entre varones y mujeres al momento de la interacción, ello en una sociedad patriarcal. Se cuestiona lo aparentemente "natural" por sus debilidades y por las diferencias para ambos sexos, a partir de las vivencias cargadas de emociones encontradas.

Otras expresiones de ciudadanía se hallan en la percepción de su cuerpo como propio y la posibilidad de decidir sobre él; cuando en el proceso de "descubrimiento" y construcción de sus derechos básicos hacen que éstos se respeten, es decir su privacidad e incluso su manera de vestir y de bailar, cuando plantean el respeto a las diferentes formas de comportamiento y de expresiones de su sexualidad; finalmente cuando las jóvenes promueven en sus pares el ejercicio de sus derechos (a sentir, a desear, a decidir cuándo iniciar o mantener actividad sexual y a defenderse). Una representación esquemática de los principales conceptos antes mencionados se presenta en el gráfico a continuación:

La autonomía: base del ejercicio de los derechos en ciudadanas jóvenes



Como resultado de esto y otros hechos producto de la modernidad, los imaginarios sociales respecto de los cuerpos, especialmente del de la mujer empezaría a cambiar, se empezaría, esperamos, a aceptar la posibilidad del control y de las vivencias del placer por las propias mujeres.

Aunque los logros pueden ser muy parciales, y vinculados con el entorno inmediato de las jóvenes, las luchas no planteadas colectivamente, de búsqueda de una mayor y mejor equidad para los géneros, cobrarían vigencia al darse en el marco de los derechos de las personas. El punto está entonces en hacer visibles tales luchas.

La sexualidad es así no solo un tema subjetivo además de privado por corresponderle a cada individuo su abordaje, sino que también se trata de un tema objetivo por las implicancias en una mayoría de jóvenes que viven un momento de su vida de forma oculta para no ser cuestionadas, por tratarse de un grupo de personas frente a los cuales el tema de los derechos no es muy claro, en los que asusta aceptar que el placer se da a tempranas edades, y más cuando no se les considera "ciudadanos" (por ser "menores de edad").

Se trataría como planteó Amuchástegui (2005) no de derechos sexuales en los jóvenes, que al no restringirse en el Código del Niño y del Adolescente no está siendo negado en lo legal, más sí por el ciudadano común, sino de derechos humanos para los jóvenes, de su condición de ciudadanos sexuales. Se trata entonces, de la relación entre las prácticas sociales de las jóvenes y su correlato con los derechos y deberes formales.

Los hallazgos muestran así que no solo hay un descubrimiento y ejercicio de sus derechos, sino que se están visibilizando expresiones de su sexualidad consigo mismas y con otros. Van generando

espacios que refuerzan el sentido de derechos, e irían dando inicio a su conquista para llevar el ejercicio de los derechos desde el plano material y cotidiano.

Por ello se hace urgente la necesidad no solo de una mayor flexibilidad sobre los mandatos provenientes de instituciones educativas y de salud, a las cuales están más vinculados/as los/as jóvenes, sino también de reconocer a las jóvenes como sujetos con derechos sexuales, así como reconocer sus diferentes formas de ejercicio de ciudadanía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ampuero, Adhara. (1999). *Sexualidad y deseo. Hablan adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali*. Lima: Manuela Ramos.
- Amuchástegui, Ana. (1996a). El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación. En Szasz I. Lerner S. (Eds.). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Amuchástegui, Ana. (1996b). Saber o no saber sobre sexo: los dilemas de la actividad sexual femenina para jóvenes mexicanos. Un relato de investigación. En Szasz I. Lerner S. (Eds.) *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México.
- Amuchástegui, Ana. (2001). Construcción social y sexualidad; el sujeto y la autogestión. En Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (Eds.). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México.
- Amuchástegui, Ana. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales. Notas para la discusión. *Revista: Estudios Demográficos y Urbanos*. Septiembre-Diciembre, Número 57, 543-597. México: El Colegio de México.
- Amuchástegui, Ana. (2005). Procesos subjetivos de ciudadanía sexual en México: heteronormatividad y salud. En Seminario Regional: *Salud, sexualidad y diversidad en América Latina*. UPCH.
- Aramburu, Carlos; Arias, Rosario. (1999) *Uno empieza a alucinar. Las percepciones de los jóvenes sobre la sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud*. Lima: Redess Jóvenes.
- Berger, P.; Luckmann, T. (1996) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Caceres, Carlos. (1998) *Salud sexual en una ciudad joven. Un programa comunitario en salud sexual con y para jóvenes*. Lima: UPCH, REDESS Jóvenes..
- Callieri, B. (1998). La perspectiva fenomenológica de la corporalidad y la psicopatología. En *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cortazar, J.C. (2001) *La juventud como fenómeno social. Pistas teóricas para comprender el período juvenil en el Perú*. En *Revista de Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud*.
- Feixa, Carles. (1998). De jóvenes, bandas y tribus. *Antropología de la juventud. Culturas juveniles en México*. México: Colección Joven No 4.
- Foucault, Michel. (1993) *El uso de los placeres*, En *Historia de la sexualidad*, tomo II. México: Siglo XXI.
- Fuller, Norma. (1998). *Dilemas de la Femenidad*. Lima: PUCP,

Giddens, Anthony. (1998). La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid: Catedra Teorema.

Grela, Cristina. (1989). La principal dominación. En Grela y col. Mujeres e iglesia. Sexualidad y aborto en América Latina, México, USA: Catholics for a free choice.

Jimenez, Oscar. (1996). Entre patas y paltas: parejas sexuales, riesgos sexuales y redes personales entre jóvenes varones de Barrios Altos. En Más allá de la intimidad. 5 estudios en sexualidad y salud sexual y reproductiva, Cordero, Marisol; Jiménez, Oscar; Menéndez, María; Valverde, Rocío; Yon, Carmen. Lima: PUCP.

Kogan, Liuba. (1993). Género-cuerpo-sexo: Apuntes para una sociología del cuerpo. En Debates en sociología. N°18.

Kogan, Liuba. (2003). La Construcción de los cuerpos o los cuerpos del capitalismo tardío. En: Revista Persona - Universidad de Lima.

Kogan, L.; Pinzas A. (2000). Representaciones corporales en jóvenes de clase media. En: Revista Humanitas Universidad de Lima

Lamas, Martha. (1994). Cuerpo e identidad. En Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y masculino. Luz, G. Arango, Magdalena León y Mara Viveros (comp.) Bogotá. Tercer mundo editores.

Londoño, María Ladi. (1994). Ética de la ilegalidad. Visión de género y valores reproductivos. Colombia: ISEDER.

Londoño, María Ladi. (1996). Derechos sexuales y reproductivos los más humanos de los derechos. Colombia: ISEDER.

Lopez, Silesio. (1997). Ciudadanos Reales e Imaginarios. Concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú. Lima: Instituto Dialogo y Propuestas.

Melendez, R. (2002). Representaciones sociales y prácticas: hacia un servicio de salud para y con los y las adolescentes. En La salud sexual como derecho en el Perú de hoy. Lima: Redess Jóvenes.

Millar, Alice. (2001). Sexual no reproductivo: Explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y reproductivos. En Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan.

Parker, R. y Barbosa, R. (1996). Sexualidades Brasileiras. Río de Janeiro: Relume y Dumará,

Panfichi, Aldo y Velásquez Marcel (1999). Juventud: Sociedad y Cultura. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Peru. Lima: PUCP.

Perez, F.; Quintana, A. Hidalgo, C.; Dourojeanni, D.. (2003). Sexualidad y mujeres jóvenes. Negociación, protección y placer. Lima: IES

Petchesky Rosalind. (1995). The body as a property: A feminist re-vision in Conceiving The New World Order: The Global Politics of Reproduction, pp. 387-406. Berkeley, CA, University of California Press.

Quintana, Alicia.; Vasquez, Ernesto. (1997). Construcción social de la sexualidad. Lima: IES.

Raupp Ríos, Roger. (2005). Apuntes para un derecho democrático de la sexualidad. En Seminario Regional: Salud, sexualidad y diversidad en América Latina. UPCH.

Szasz, Ivonne. (2003). El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades. Documento de la Primera reunión regional, sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina. UPCH-Red de investigación en sexualidades y VIH/SIDA en América Latina.

Sebastiani, Angela.; Segil, Edgardo. (1999). Qué saben, qué piensan, qué sienten los y las adolescentes de Lima respecto a la salud sexual y reproductiva. En Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú. Lima: REDESS Jóvenes.

Shepard, Bonnie. (2004). Pecado y derechos humanos: la falta de ciudadanía sexual de la juventud. En Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate. Lima: UPCH.

Sikos, G. (1998). Modelos eróticos. En Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires: AEP/CEDES/CENEP.

Taype, T. (2002). De todo tiene su momento, a lo hecho hecho está. Significados y efectos de las relaciones sexuales en parejas adolescentes de Tahuantinsuyo bajo-Independencia. En La salud sexual como derecho en el Perú de hoy. Lima: Redess Jóvenes.

Tenorio R.; Jarrin, S.; Bonilla, P. (1995). La cultura sexual de los adolescentes., Ecuador: Ed. Abya Yala.

Tolman, Deborah. (2002), Dilemas of Desire. Teenage girls talk about sexuality. Cambridge:Harvard University Press

Valdés, Tenorio. (1998). Ser hombre en Santiago: a pesar de todo, un mismo modelo. En Conferencia Regional "La equidad de género en América Latina y el Caribe: Desafíos desde las identidades masculinas", Santiago de Chile: FLACSO.

Vance, Carole. (1989). Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina.. Madrid: Edit. Revolución

Weeks, Jeffrey. (1998). La construcción cultural de las sexualidades. Que queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad? En Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (Eds.). Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México: El Colegio de México.

Yon Leau, Carmen. (1998). Género y Sexualidad. Una mirada de los y las adolescentes de cinco barrios de Lima. Lima: Manuela Ramos.

Las niñas de la calle y la prostitución infantil

Natalie Loncharich

En el Perú como en muchos otros lugares del mundo, las calles no son simples avenidas, espacios de tránsito, de encuentros, de trabajo, de comercio, sino también el hogar de muchas personas.

41

La calle se ha convertido en un lugar de vivienda, sobre todo para muchos niños, a quienes vemos en todos lados y a los que muchas veces somos indiferentes. Estos niños están desamparados, sin protección de la familia o de la comunidad, se encuentran literalmente en abandono, por ello se tornan vulnerables a la explotación por terceros, a una variedad de peligros físicos y morales (consumo de drogas, actividades delictivas, agresiones físicas y psicológicas por adultos, por los policías, entre pandillas, etc.). Esta carencia de afecto familiar y social influye negativamente en su crecimiento armónico e integral; por ello, la calle no debería ser el espacio para el desarrollo de su infancia, sin oportunidad de educación, alimentación y desconociendo todas las oportunidades que una familia debería ofrecerles.

Los niños y las niñas de la calle

Cuando hablamos de los "niños de la calle" nos referimos a todos aquellos menores hombres y mujeres que careciendo de soporte familiar, hacen de la calle su hogar, su lugar de trabajo y de relaciones sociales. Para estos niños y niñas la calle es el único espacio de socialización. Ellos no hacen distinción etaria con los adolescentes por lo que cuando mencionemos a los "niños de la calle" estaremos refiriéndonos por igual a niños, niñas y adolescentes.

En el Perú se calcula que existen entre 1500 a 2000 niños, niñas y adolescentes que viven en la calle, en situación de abandono y expuestos a múltiples peligros. Solo en Lima existen, según el Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF), de 500 a 600 niños, sin contar los niños trabajadores y los que están en centros especializados. El promedio de edad de los niños que viven en la calle es de 11 años y de las niñas, de 13 años, la mayoría de ellos tienen en promedio de tres a cinco años en la calle.

Las razones por las cuales estos niños viven en la calle son diversas: económicas, políticas y sociales. De manera particular, estos niños han sufrido rupturas familiares o han crecido en condiciones familiares difíciles: familias con problemas de desempleo, alcoholismo y altos niveles de violencia.

Los "niños de la calle", tienen que buscar cómo sobrevivir diariamente, cómo saciar el hambre, frío, sed y para ello realizan diversos tipos de actividades que les ayudan a generar dinero. Sin embargo, también buscan el consumo de inhalantes (drogas) como medio para paliar el hambre o el frío y "escapar" de las difíciles condiciones en que viven (Ordoñez, 1995).

Es justamente en este espacio de la calle que muchas niñas se involucran en el ejercicio de la prostitución, entendida esta como "la actividad en la que alguien intercambia servicios sexuales a cambio de dinero o cualquier otro bien" (WHO, 1989). Estas niñas, en algunos casos, se han visto involucradas en la prostitución por la presión de adultos, siendo explotadas con este fin.

La Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha reportado que aproximadamente diez millones de niños en el mundo están regularmente involucrados en sexo por dinero. Más aún, la UNICEF estima que cada año por lo menos 1 millón de niños, la mayoría niñas, se prostituyen.

Tailandia ocupa el primer lugar en el mundo con niños que se prostituyen, seguido por Brasil. Esta situación se ve asociada al comercio sexual turístico de estos niños.

Lamentablemente el tema de la prostitución no es abordado como prioridad aparentemente porque no significa numéricamente un "problema" mayoritario en la población de "niños de la calle", como sí lo es el consumo de drogas o el trabajo infantil en la calle. El tema de la prostitución, en los pocos estudios realizados en el Perú, es analizado e intervenido desde sus determinantes sociofamiliares y con un enfoque discursivo moralista, sin tener en cuenta la dimensión personal o de sujeto de quienes desarrollan esta actividad.

A través de la interpretación de las palabras de las niñas, se intenta conocer su verdad sobre la práctica que desarrollan tanto social como sexual; siendo así este un medio para la comprensión de la realidad social y de su organización en relación con una cultura determinada y un lugar social particular.

La investigación de la que es producto este artículo, tuvo como objetivo entender la prostitución desde la perspectiva de los actores-sujetos, por ello se empleó el enfoque fenomenológico con el cual se trató de captar la riqueza de las experiencias de las personas ("niñas de la calle") en sus propios términos, palabras y visiones (discursos).

Consecuente con este enfoque, la metodología cualitativa nos permitió estudiar hechos, conceptos y temas poco conocidos, haciendo posible identificar nuevas variables, abrir nuevas hipótesis y generar nuevas ideas. De otro lado, hicieron posible la comprensión de aspectos que están en el mundo subjetivo de los individuos, explorando creencias, expectativas y sentimientos, y explicando el porqué de los comportamientos y actitudes (Fernández de Sanmamed, 1995).

El tipo de estudio de la presente investigación fue exploratorio y descriptivo, basado en la observación y la aplicación de entrevistas a profundidad.

Las niñas de la calle que se prostituyen

La población estudiada de "niñas de la calle" tiene una edad promedio de 16 años, sin embargo, esta no es la edad de salida del hogar, ya que muchas de estas niñas están fuera alrededor de tres años, casi los mismos que llevan en la prostitución (Tabla No. 1). Antes de ejercer la prostitución algunas de estas niñas intentaron, por corto tiempo, robar o incluso vender golosinas, pero por razones que analizaremos más adelante prefirieron ingresar a la prostitución.

Tabla No. 1
Datos generales de "niñas de la calle" que ejercen la prostitución

Nombre	Edad	Procedencia	Tiempo en la calle	Tiempo en prostitución
Fiorella	17 años	San Juan Miraflores	5 años	5 años
Sandra	17 años	Villa María del Triunfo	4 años	4 años
Charo	17 años	San Martín de Porres	Casi 3 años	2 años
Daysi	15 años	San Juan de Lurigancho	3 años	3 años
Giohana	14 años	Lima	1 año y medio	1 año
Diana	16 años	Villa El Salvador	3 años	Casi 3 años

Todas las niñas entrevistadas refieren tener familia en Lima, lugar de donde ellas también proceden, pertenecen al grupo de "niños de la calle" que ha migrado internamente al centro de la ciudad¹.

A pesar de tener familia en Lima, casi la totalidad ha dejado de tener contacto con ella desde que eligieron vivir en las calles. Cuatro de las familias de las niñas entrevistadas son reconstituidas y las dos restantes son monoparentales (solo la madre está presente). Tres refieren tener pareja las que no están de acuerdo o desconocen que ellas ejercen la prostitución (Tabla No. 2).

Tabla No. 2
Tipo y contacto familiar y de pareja de "niñas de la calle" que ejercen la prostitución

Nombre	Tipo familia de procedencia	Contacto con familia	Relación de pareja
Fiorella	Monoparental	De vez en cuando visita a sus hermanos que están en albergues	Tiene enamorado. Sabe que se prostituye, no está de acuerdo
Sandra	Reconstituida	Ninguno	Tiene enamorado
Charo	Monoparental	Algunas veces visita a su mamá. No vive con ella.	No sabe que se prostituye. Tiene pareja pero se ven "a veces". Sabe que se prostituye, no está de acuerdo.
Daysi	Reconstituida	Ninguno	No tiene
Giohana	Reconstituida	Ninguno	No tiene
Diana	Reconstituida	Ninguno	No tiene

Estas niñas se ubicarían en el Grupo Poblacional del Nivel D (clasificación de la población objetivo del Proyecto "Amigos de la Calle" de INPPARES) en el cual las características principales son que viven en la calle, son consumidores compulsivos de inhalantes, provienen de familias descompuestas y se dedican a la prostitución y el robo.

Apariencia física externa de las niñas de la calle que se prostituyen

En general las "niñas de la calle" que ejercen la prostitución (y que participaron en el estudio) suelen vestir pantalones jean con un polo corto y ceñido o con polos largos. Podríamos decir que regularmente están arregladas, incluso algunas de ellas visten faldas largas y polones, todas ellas con escaso o ningún maquillaje.

Además de estas características, debemos mencionar que muchas de las "niñas de la calle" acuden a estas zonas de "trabajo" habiendo consumido inhalantes (terokal), ya que es fácil de percibir el olor en ellas al momento de establecer algún contacto; a esto podría deberse que a muchas de ellas se las vea algo demacradas, cansadas, con los ojos entreabiertos, como si tuvieran sueño.

Es importante señalar, para una mejor tipificación de la apariencia física de las "niñas de la calle", que cuando visitamos la "zona de Grau" pudimos evidenciar la diferencia que existe entre estas y aquellas otras que acuden solamente a prostituirse y luego regresan a sus hogares llevando algo de dinero. Estas últimas son las llamadas "niñas en la calle".

¹ Aproximadamente el 65 % de los niños de la calle provienen de las zonas del interior del país y el 35 % restante se han trasladado desde las zonas urbano marginales periféricas a la zona central de la ciudad, donde se concentra la mayoría de ellos (INPPARES: Proyecto "Amigos de la Calle").

Las "niñas en la calle" suelen llevar atuendos "provocativos", es decir, faldas cortas, vestidos ceñidos, con escotes que dejan ver parte de su cuerpo y por supuesto, están bien maquilladas, muy bien arregladas, con accesorios que resaltan su presencia. En la tabla No. 3 se presentan las diferencias observadas.

Tabla No. 3
Algunas diferencias en la apariencia física de las "niñas de la calle" y las "niñas en la calle" que ejercen la prostitución

Características	"Niñas de la calle"	"Niñas en la calle"
Rostro	Poco o nulo maquillaje	Maquilladas
Vestimenta predominante	Polos y pantalones o faldas largas	Blusas, minifaldas, vestidos cortos y ceñidos
Accesorios	Generalmente ausentes	Presentes
Apariencia femenina	Normal	Provocativa
Apariencia general	Algo demacradas, cansadas	Normal

Como apreciamos, la forma de vestirse o maquillarse no tiene igual motivación para cada una de ellas (camuflaje vs. provocación) y sin embargo, para el cliente, ambas niñas pueden ser igualmente elegidas, ya que en lo que está interesado es en el "servicio" final y no en la apariencia inicial.

RAZONES Y MOTIVACIONES DE LAS NIÑAS PARA SALIR A LA CALLE Y PROSTITUIRSE

Insatisfacción de necesidades básicas

Una de las razones mencionadas por las niñas entrevistadas para salir de sus casas es por la falta de medios para satisfacer sus necesidades básicas, principalmente las de alimentación.

...salí de mi casa porque no tenía nada que comer...nada comía, yo y mis hermanos nos moríamos de hambre en mi casa... (Giohana)

En las familias pobres la necesidad de satisfacer las necesidades básicas obliga, en muchos casos, a que los niños se conviertan en trabajadores precoces, y contribuyentes en la economía familiar. El común denominador de los niños que salen del hogar, es la pobreza. Esta también es una de las razones por la cual las niñas ingresan al mundo de la prostitución, donde podrán encontrar los medios para satisfacer sus necesidades básicas:

...en la prostitución me obligo a trabajar porque no tenía plata pa comer... (Fiorella)
...por hambre, por hambre lo hice y también por la plata... (Daysi)

Violencia familiar

El sustrato para la violencia familiar se explica porque las familias de donde provienen estas niñas son generalmente desestructuradas:

...mi padrastro...mi papá verdadero de mí me negó y mi padrastro me firmó (Giohana)

En ellas se presentan una serie de conflictos que suelen traducirse en actos de violencia. La principal razón, manifestada por las niñas para dejar sus familias, suele ser la violencia familiar de la que son víctimas:

porque mi padrastro, mi padrastro este...se paraban peleando con mi mamá todos los días por...y cuando mis hermanos se iban al colegio a veces faltaban, mi padrastro me...me...se agarraba conmigo... (Fiorella)

El maltrato físico es frecuente en las familias de donde provienen las niñas entrevistadas, donde no son ellas las únicas víctimas.

45

Se afirma que la situación económica de los países influye en las relaciones que se establecen entre las personas, en la sexualidad, el matrimonio y la familia: "estos aspectos de la globalización, contribuyen a las presiones y tensiones que están afectando los modos tradicionales de vida en la mayoría de las regiones mundiales" (Giddens, 1992). Dichos modos de vida caracterizados por un contexto de violencia, son los que inciden en la vida familiar y emocional de los jóvenes y niños, generándoles deterioro de sus vínculos con las personas afectivamente cercanas.

La negligencia y el maltrato infantil se observan sobre todo en familias con múltiples problemas. Estas familias viven en un estado de crisis recurrentes (Guay, 1999, citado en Serrano, 1999), en el cual la violencia comportamental es el recurso extremo empleado para huir del sufrimiento. Ciertas familias incestuosas pertenecen a la categoría de familias con múltiples problemas; sin embargo, la mayor parte de esas familias han sido descritas como disfuncionales pues no es posible establecer una tipología bien definida (Serrano, 1999).

Como hemos visto la situación socio-económica de las niñas entrevistadas es agravada por la presencia de familias incompletas y/o desestructuradas, donde la agresión suele ser traducida en violencia doméstica, la que constituye uno de los delitos al interior de la familia que conllevan a la agresión física y verbal del menos "fuerte", en este caso la niña. La ausencia de uno de los padres y su reemplazo, los conflictos internos, las presiones económicas y sociales, la sustitución de roles, entre otros factores afectan directamente a los niños que crecen carentes de afecto, inseguridad emocional, traumas, agresividad, etc.

Violencia Sexual

El inicio sexual que estas niñas reportan está asociado a la violación, ya sea por el padre o padrastro, presentándose esta situación generalmente antes de los diez años.

...a los 9 años.....mi papa me violó... mi padrastro... (Giohana).

...porque mi padre abusaba de mí... (Daisy) .

En el caso de estas niñas el inicio sexual está asociado a las amenazas que junto con el sentimiento de culpa, desconocimiento de mecanismos de protección, falta de apoyo familiar, hace que muchas de ellas soporten por mucho tiempo el ejercicio de la violencia sexual sobre ellas.

Este inicio sexual violento además está asociado al consumo de bebidas alcohólicas o drogas por parte del violador que se aprovecha de la menor.

estaba mareado...habíamos tomado (Fiorella).

yo estaba durmiendo en la noche, mi papá vino borracho, vino y me agarró pensando que era mi mamá yo, me agarró, me sacó mi ropa y me violó... (Giohana)

Es común que en las familias que atraviesan problemas familiares, principalmente de carácter económico, el consumo de alcohol sea una actividad presente, usualmente es el padre o padrastro que tiene estos hábitos, que los convierten en elementos peligrosos para toda la familia, la cual suele ser víctima del maltrato físico (Freyre, 1997). No es raro encontrar familias en condición marginal en las que la mujer es víctima de los golpes de su pareja, agregándose a ello el maltrato a sus hijos.

Como hemos visto, las niñas no solo son víctimas del maltrato físico sino que también son violentadas sexualmente, situación que no acusan posiblemente por el temor de la respuesta de la madre, y de los demás, hasta que llega el momento en que no se soporta más esta situación de violencia familiar y buscan refugio en la calle.

Monroy Bernal (1997) encuentra similar situación en los niños de Bogotá, menciona que aquellos niños que son repentinamente abusados sexualmente en el hogar, tienen como alternativa el tomar la calle o refugiarse en casa de otros familiares o amigos. Asimismo, en 1992 en México, el UNICEF reportó que el 44.09 % de los niños que viven en la calle abandonaron su hogar por el maltrato recibido.

Este contexto descrito, también ha sido el que ha predominado en la vida familiar de estas niñas, por ello refieren haber "huido" de sus hogares no solo por razones de falta de satisfacción de necesidades básicas, de supervivencia sino además por la violencia existente en sus hogares, es decir huyen de las relaciones intrafamiliares conflictivas, caracterizadas por la violencia física, psicológica e incluso sexual y de la indiferencia de la que son víctimas.

Claramunt (1998) refiere que "se ha encontrado una conexión entre el abuso sexual durante la niñez y la prostitución. Las niñas y mujeres dentro de la prostitución experimentan una cadena de rompimientos a su confianza y límites personales y, por lo tanto, no pueden protegerse a sí mismas".

Por otro lado, el abuso sexual del que tantas mujeres han sido víctimas, les ha transmitido un doble mensaje: que son vulnerables y que son valorizadas como objetos (Quintanilla, 2000). De igual modo, Rosa Dominga Trapasso (1994), menciona que a las víctimas de abuso sexual se les ha transmitido el mensaje de que solo se les valoriza en cuanto puedan satisfacer a los hombres y ser un objeto de placer para ellos.

Inducción por amistades

La edad de inicio en la prostitución suele coincidir, en la mayoría, con la edad en que salen a la calle, aproximadamente a los 13 años. Una de las influencias o motivaciones para su inicio en la prostitución está asociada a las referencias amicales, quienes animan a sus compañeras a ganar dinero, a elegirlo como "único medio para vivir":

con unas amigas que conocí en Manco Cápac cuando yo paraba y me decían...oye Fiorella, que, que le digo este...vamos a laborar... después ya poco a poco mis amigas me decían... trabaja zonza trabaja... (Fiorella)

La influencia del grupo de pares tiene un rol importante en estas niñas que al igual que los adolescentes se dejan influenciar por sus coetáneos; siendo éstos sus grupos de pertenencia e incluso de referencia. A esto se suma la "cultura de la calle" que hace que los niños decidan su comportamiento en base a la presión grupal y a las "normas" ya existentes e impuestas por los más "antiguos".

Esta influencia de las amistades suele ser un aspecto importante ya que es el determinante del inicio de las niñas en la prostitución, situación similar a la reportada en Costa Rica por el Instituto de Estudios Éticos para el Desarrollo, donde las niñas prostitutas entrevistadas refirieron haberse iniciado en la prostitución porque sus amigas les aseguraban que ganaban muy bien y podían obtener lo que quisieran, e incluso se apoyaban entre ellas. En estos casos vemos que un móvil principal lo representa el dinero, motivación que también cita S. Fillon (1999), la apropiación, el deseo de buscarse una fuente o un ingreso económico.

La necesidad de dinero para el consumo de drogas

La satisfacción de necesidades básicas es un aspecto primario en la vida de todo ser humano; sin embargo, para las niñas el consumo de terokal (pegamento), también adquirió un rol primario en su vida, y es así que la prostitución les permite no solo satisfacer necesidades de alimentación y vestido, sino también satisface el consumo de terokal, construyéndose así un círculo vicioso alrededor del consumo de drogas y el comercio sexual infantil.

Este "trabajo", como es considerado por ellas, les permite satisfacer además de sus necesidades básicas, el consumo de drogas, en este caso el terokal que inhalan durante todo el día, incluso mientras están "atendiendo" a sus clientes.

El consumo de drogas en estas niñas puede deberse a que esta actividad es parte de la cultura de la calle, además de representar un mecanismo de compensación para paliar el hambre y/o el frío.

Adicionalmente, como refiere Dwight Ordoñez (1995), una de las secuelas del abuso sexual es que con el correr del tiempo estos niños pueden convertirse en presa fácil del alcohol o de las drogas, referencia que puede asociarse a la situación de las niñas de nuestro estudio por sus antecedentes referidos en este aspecto.

DISCURSOS ACERCA DE LAS RELACIONES SEXUALES Y LA PROSTITUCIÓN

De la relación sexual por intercambio de dinero

La relación sexual por intercambio de dinero resulta una experiencia muy desagradable para las "niñas de la calle":

...mal me sentí, me dio asco, me dio asco porque no me gustaba...asco, asco, porque no más yo lo hacía por la plata... (Fiorella)

El afecto parece no ser encontrado en este tipo de relaciones, ya que solamente juegan un rol comercial, un "simple" intercambio de dinero o un medio de sobrevivencia.

De la relación sexual con su pareja

Las relaciones sexuales parecen dar un giro significativo cuando son realizadas con su pareja formal, su enamorado. Para las niñas del estudio el significado de la relación sexual se torna positivo, adquiere un matiz sentimental, ella se ve involucrada en este acto como lo harían otros jóvenes de su edad, con las mismas fantasías y deseos.

...no diferente, una porque estar con un cliente no es igual como querer a una persona... es como si el hombre se echa, tú normal, él se mueve y tú normal estás echada y no sientes nada, en cambio el hombre sí porque se desfoga, pero en cambio cuando está con su pareja es muy diferente porque sientes amor, ¿entiendes?... (Charo)

...no sé, es diferente con él porque a él lo quiero, bueno, lo quería ¿no? porque ya no tengo enamorado y con los otros no, me daba asco... (Daysi)

En esta relación "formal" se construye una relación de confianza y seguridad a pesar de que sus enamorados suelen ser también niños de la calle, dedicados a robar y drogarse. Esta sensación de seguridad también incluye el no tener temor a contagio de una ITS con su pareja, situación que nos permitiría corroborar que la información y las conductas adoptadas para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH no son adecuadas.

Así se marcaría la diferencia entre la prostitución y las relaciones sexuales por "amor" al que se le otorga una resignificación, donde la condición de pareja otorga un status superior a este momento, aunque no tengan construido un proyecto de vida juntos.

Así mismo, se evidencia la ausencia del sentimiento del placer en los discursos de las niñas, tanto para las relaciones sexuales con los clientes como con sus parejas. Posiblemente esto esté relacionado a que estos sentimientos no suelen ser expresados tan abiertamente frente a los demás. Esta situación es evidenciada en la población en general y no solo en esta población de riesgo, ya que el placer asociado a una relación sexual es un tema íntimo que muy pocas veces ingresa al espacio público.

DISCURSOS DE AUTOPERCEPCIÓN SOBRE EL PRESENTE Y FUTURO DE LAS "NIÑAS DE LA CALLE"

Discursos de autopercepción en el presente

Los sentimientos que expresan las niñas de sí mismas son muy diversos; sin embargo, todos giran alrededor de sentimientos negativos hacia su persona, sentimientos de inferioridad que las hacen sentirse "poca cosa" respecto a los demás.

... triste y me sentía poca cosa... yo decía, me ponía a llorar más que nada... (Sandra)

...no, nadie me iba a querer decía yo, me sentía diferente dije nadie me va a querer, porque como estoy metida en la prostitución pues yo dije, quién se va a fijar en mí... (Diana)

Estos sentimientos se traducen en una baja autoestima, en una apreciación personal que ellas mismas suelen no aceptar y lo manifiestan con adjetivos que las califican negativamente y de manera discriminatoria frente a los otros.

...que yo era una cochina, una prostituta, me hubiera gritado creo, para... seguro hay unos que te entienden, hay otros que no te entienden .." (Giohana)

...no quiero esa vida porque es fea, se siente muy humillada de los amigos... (Fiorella)

...no, no, porque me daba vergüenza que me miraban... (Charo)

En algunos casos la situación que estas niñas viven genera un rechazo oculto a la vida, sienten que ya pasaron lo peor, como que todo lo que ellas tienen es negativo y será rechazado por los demás, llegando al extremo de pensar que la única solución a todo esto sería "volver a nacer", como única alternativa para ser feliz.

...volver a nacer... nacer otra vez y tener otra familia y tener otra madre que me cuide y que me de realmente lo que me merezco, pero no sé parece que eso no se puede ¿no?... (Daisy)

... ya abusaron de mí en mi casa, ya me prostituí, ya me he enamorado, bueno la persona con la que estaba me pegó, ya consumí terokal ¿qué es lo peor?... (Diana)

Jairo Baéz (1999) menciona que en los niños de la calle es raro encontrar un menor que tenga un buen concepto de sí mismo y una autoestima elevada, pero también refiere que son expertos en manejar los sentimientos de los adultos en pro de su propia causa.

Esto nos permitiría explicar por qué muchas jóvenes refieren sentirse muy mal ejerciendo la prostitución; pero, sin embargo, no han abandonado esta práctica; podríamos sugerir que las respuestas dadas por ellas son las que se supone los otros debemos escuchar, o que no han encontrado otras opciones para elegir dada su situación en la cual carecen de algunas habilidades que les permitieran satisfacer sus necesidades con otra actividad.

En el caso de las "niñas de la calle" que se prostituyen podemos encontrar cierta confluencia de factores que estarían interviniendo en que tengan una imagen negativa de ellas. Uno de ellos es que han sido víctimas de abuso sexual, no han contado con un soporte familiar ni social adecuado, lo que deja trazas permanentes en la organización de la personalidad del niño, que se traduce en falta de confianza; de este modo se desarrolla una pobre autoestima, su imagen se ve dañada y crecen en ellos sentimientos negativos de vergüenza y culpa.

Otro factor importante es su situación de "niñas de la calle" que presenta, como una de sus características psicológicas una autoestima disminuida, ya que desde muy pequeñas viven solas, pasando por un proceso de socialización particular, lo que produciría una desvalorización de sus capacidades desde sus primeros años de vida, en que salen a las calles. Finalmente, otro factor que genera efectos sobre la autoimagen y la autoestima es el consumo de inhalantes, que constituye la fuente de depresión enmascarada y la vulnerabilidad, temor, timidez, inseguridad y desconfianza (Ordoñez, 1995).

Esto no quiere decir, sin embargo, que es solo el ejercicio de la prostitución lo que les generaría una baja en su autoestima sino que a esto se sumaría su condición de abandono y el consumo de drogas, como hemos visto anteriormente.

Además de estos factores que consideramos importantes, es probable que estas niñas hayan adoptado el discurso social, previamente establecido para las mujeres que se prostituyen, como parte del suyo. Parte de este discurso está referido específicamente a que una mujer que se prostituye no puede admitir abiertamente que su "trabajo" le gusta; trabajar en este oficio por voluntad propia es totalmente incompatible con todo el imaginario de género que existe alrededor de la prostituta, este "trabajo" debe entenderse como un sacrificio (Nencel, 2000). En el caso de las "niñas de la calle" entrevistadas, podríamos suponer, como mencionamos anteriormente, que esta actividad no es de su agrado y por eso tratan de ocultarla como parte de su vida; pero dado que les significa el logro de muchos objetivos a corto plazo es elegida como actividad de sobrevivencia.

Discursos de autopercepción en el futuro: una imagen diferente

La percepción de ellas en un futuro y el discurso social frente a la prostitución hacen que sientan la necesidad de mantener esta actividad oculta, ya que resulta para ellas muy importante el mantener una imagen diferente de su persona pensando en el futuro:

...tenía miedo sí, que se enterara mi familia, mis amigas, mi enamorado, mis amigos, miedo por dentro, por fuera también vergüenza pero como lo hacía a escondidas... (Sandra)

...sería una vergüenza para mí, es una vergüenza, sería una vergüenza porque no quisiera que mis hijos se enteraran que había sido más antes así... (Giohana)

Si bien estas niñas no tienen contacto con sus familias, el significado que se deja traducir en sus palabras expresa el deseo de tener una familia en un futuro, y para ello desean mantener oculto su pasado, para ellas vergonzoso. La proyección que estas niñas tienen sobre ellas mismas en un futuro es fuera de esta actividad, e incluso no en la calle.

...no, esa vida ya no, porque, no ya no ya, esa vida es feo... (Fiorella)

...estoy trabajando quiero tratar de juntar plata y meterme a estudiar o hacer algo para no estar toda mi vida en esto... (Daysi)

Los deseos de estas niñas giran en torno al estudio y/o la capacitación, que perciben como un mecanismo de salida, y que les permitirá tener otro tipo de actividad que les genere dinero para poder alejarse de la prostitución.

...no sé, a veces pienso que quiero ser peluquera, no sé algo que me de plata... (Daysi)

...y meterme estudiar o hacer algo para no estar toda mi vida en esto... (Diana)

Las niñas de la calle manejan un discurso prospectivo de mejora, de superación en su forma de vida, en este sentido el futuro deseado dependerá según ellas de su capacidad de ahorro, de cuánto puedan trabajar ahora, cuánto dinero puedan juntar; si esa cantidad les resultara suficiente podrían ya estar pensando realmente en dejar la prostitución.

...de aquí me pondré a trabajar por lo mucho, por lo mucho un año... por eso pue'... voy a poner mi negocio hasta ese día... (Charo)

...estoy trabajando quiero tratar de juntar plata y meterme estudiar... (Giohana)

Entre sus deseos futuros está también la formación de una familia, tener su propio negocio y vivir como cualquier otra persona lo podría hacer si tuviera la oportunidad.

...sí, me gustaría casarme, tener algún día mi familia, tener una casa... (Daysi)

... yo pienso poner un negocio y trabajar, poner un negocio de mí misma... (Charo)

Sin embargo, y en aparente contradicción con lo manifestado, no han dado muestras de estar buscando alejarse de esta forma de vida que dicen no aceptar y perciben que no es aceptada socialmente. ¿Podemos suponer entonces que continúan en la actividad por falta de oportunidades?

El discurso que sostienen estas niñas en torno a la prostitución siempre tiene un referente económico, no solamente como medio para satisfacer sus requerimientos actuales, sino también como un medio para salir de la marginación en la que se encuentran. Si bien manifiestan el deseo de salir de esa vida requieren tener la seguridad que tendrán la oportunidad y la economía para lograrlo, si esto es así nos daremos cuenta de cuán difícil puede ser para ellas tomar la decisión de salir.

RIESGOS RELACIONADOS CON LA SALUD INDIVIDUAL DE LAS NIÑAS DE LAS CALLES Y LA SALUD PÚBLICA

Los principales peligros o riesgos a los que las "niñas de la calle" están expuestas –no siempre identificados – durante el ejercicio de la prostitución son: el daño físico por violencia, los embarazos no deseados y el aborto, las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA y la drogadicción como alteración de su salud mental.

Riesgos contra su integridad física

Entre los riesgos a la salud está el riesgo a su integridad física:

...me pagó primero, no sé, me arrepentí como era la primera vez que salía, quise escaparme pero me agarró y me pegó... (Sandra)

...sí, una vez me sucedió, me golpearon bien duro porque no me quería pagar y yo como estaba fumada hice adelantao, no me di cuenta, me llevó a otro sitio... (Charo)

Justamente es la agresión física durante el ejercicio de su "trabajo" uno de los riesgos a los que esta expuesta esta niña que eligió la prostitución como medio que le permite sobrevivir.

La violencia encontrada en este medio de vida, también se manifiesta en rivalidades entre las mismas niñas que ejercen la prostitución, donde las más hábiles suelen aprovecharse de aquellas que recién entran al "negocio" o de aquellas que no conocen las reglas de la zona, impuestas por ellas mismas.

...¿una chica nueva? la abollamos, la botamos, le decimos qué tiene que hacer, esta es nuestra parte...(Daisy)

Riesgo de embarazos no deseados y abortos

Los embarazos no deseados y sus consecuencias son también riesgos que están presentes en estas niñas, quienes en ocasiones continúan ejerciendo la prostitución a pesar de estar embarazadas. Como consecuencia del embarazo no deseado algunas han practicado el aborto clandestino exponiéndose a riesgos en su vida.

...[dime ahora, estás embarazada ¿no?...] sí...recién hace poquito me he enterado...hace un mes... (Charo).

..[¿has abortado alguna vez?...] sí, dos veces... [¿y si volvieras a salir embarazada?] también lo volvería a hacer, lo abortaría (Daisy)

El aborto es la forma más "práctica" para estas niñas de deshacerse de lo que podría significar un problema para su actividad. Sin embargo, esta situación no es frecuente en todas las niñas ya que algunas prefieren tener a sus hijos y buscar ayuda en las instituciones que trabajan con esta población o regresar a sus familias; lo que podría sugerir que un hijo significaría un giro en la vida de estas niñas. A pesar de esta posibilidad, no debemos olvidar que otras niñas continúan viviendo en la calle con sus hijos, continuando el ciclo vital en la calle.

Riesgo de contraer ITS y VIH/SIDA

Un riesgo mucho más frecuente y más dañino a la salud, es la transmisión de las ITS incluyendo el VIH/SIDA. Como se mencionara, las niñas que ejercen la prostitución, dada sus conductas constituyen un grupo poblacional de riesgo para contraer ITS y VIH/SIDA (GEPETS). Al respecto, se puede evidenciar que existe información sobre las ITS y el VIH; sin embargo, ello no se ha traducido en el uso consistente de medidas preventivas y eficaces. Por ejemplo, el discurso acerca del uso del condón suele estar presente en todas las entrevistadas, pero aparentemente este discurso no refleja directamente sus actitudes en la prostitución y es posible que sea una mera repetición del discurso socialmente adoptado donde el condón ha sido promocionado como la mejor manera de prevenir las ITS y el SIDA.

...sí, es bueno usar eso, pero aunque dicen otros que a veces vienen abiertos, no sé vienen un poco abiertitos y puede contagiar ahí... (Fiorella)

... porque siempre todo con preservativo... (Sandra)

...si claro, vamos sin condón y te pago 50 más, pero nunca lo acepto... no porque yo le digo hay el día que me enferme ni tu plata me va alcanzar (Charo)

Sin embargo, al explorar respecto a su uso y sobre la negociación con los clientes para que no lo usen, las respuestas nos dan cuenta de que la negativa inicial puede cambiar, lo que constituye un grave riesgo para su salud y la de sus clientes:

... a veces, sí, a veces no uso preservativo... (Daysi)

...no, nunca, [refiriéndose al uso de preservativos] porque no tenía miedo, ni la memoria de eso...(Gihoana).

Con estos testimonios nos dan a entender además que el conocimiento que tienen respecto a las ventajas del uso del condón es nulo o no está interiorizado como tal. Este riesgo, lamentablemente, no es percibido como tal por las niñas que se prostituyen o en algunos casos es minimizado, constituyendo así un problema mayor al que ya atraviesa esta población de riesgo.

...no, me pusieron inyección,... pero como no me interesa, ni le presté atención... (Daysi)

El riesgo aumenta debido a que la información que manejan estas niñas respecto a problemas relacionados a la salud sexual no suele ser la adecuada.

...lo reviso pue'...le agarro su pene...el semen siempre te bota un líquido amarillo como si fuera materia, así como si tiene granos al costado de su parte interior... (Charo)

Y muchas veces esta información ha sido transmitida solamente por sus pares o en algunas intervenciones "educativas" de las Instituciones que trabajan con los "niños de la calle".

ahhh, eso me enseñó una amiga (Charo)

... me llevaron ...dónde está eso...Huanta, por aquí nomás, ahí me enseñaron... (Daysi)

53

Como hemos apreciado estas niñas no perciben que el hecho de tener múltiples parejas sexuales o parejas sexuales desconocidas y el no usar condón, signifiquen situaciones de riesgo, tanto para su vida actual como para su vida futura. La prevención de estos riesgos no forma parte de su práctica, posiblemente esto esté asociado a la falta de información adecuada y oportuna, como a su situación de jóvenes, los que suelen sentirse invulnerables a los problemas de los "otros".

En su futuro inmediato tienen más prioridades los problemas de alimentación, vivienda y adicción que el temor de contraer alguna ITS o el VIH. Además, esta actitud se ve reforzada por el hecho de que ellas son quienes deciden su vida y han asumido una "libertad" en la cual ellas pueden poner las reglas y las condiciones en su propia vida.

... un poco insegura, porque me decía, de repente estoy mal, voy a verme pero como fumaba, se me pasaba y no me iba a ver... (Diana)

Desde luego, la prostitución propaga las enfermedades de transmisión sexual, y ésta es otra de las razones de su persecución; sin embargo, no debemos olvidar que antes que nada las prostitutas suelen ser las primeras víctimas de estas enfermedades con las cuales viven, muchas veces sin saberlo y sin emplear medidas de prevención.

La vida en la calle tiene, como hemos apreciado, una serie de peligros a los cuales estas niñas se tienen que enfrentar de diferente manera. Lo importante para ellas, en esas condiciones, es mantenerse vivas y seguir en la calle.

El consumo de drogas y su salud mental

El consumo de terokal, antes o después del ejercicio de la prostitución es frecuente. Adicionalmente, las "niñas de la calle" refieren que son algunos clientes los que traen otros tipos de drogas (pasta básica de cocaína o marihuana). El consumo de estas sustancias, muchas veces era solicitado o incitado por los clientes que ellas atendían, solicitud a las que ellas accedían:

...[¿algún cliente que te pedía que te drogabas con él?...] sí porque había clientes que también fumaban... marihuana, traían al hotel y fumábamos... (Sandra)

...pasta también porque acá los tipos te invitan ¿no?, a veces te dan, te ofrecen... (Diana)

El consumo de drogas incluso cuando se prostituyen, no afecta a los clientes, quienes también consumen o las incitan a consumir, como ellas refieren.

Posiblemente los daños en su salud mental sean los que continúen presentes no solo en ellas sino en las familias que pudieran formar y en el entorno social en el que se desenvuelvan.

CONCLUSIONES

1. Las niñas de la calle que se prostituyen, participantes en el estudio, no responden con el estereotipo atribuido socialmente a las mujeres que se prostituyen. Esta diferencia se manifiesta significativamente en su apariencia externa (vestimenta poco llamativa), que es expresión de un mecanismo de protección (camuflaje) frente a las intervenciones (batidas) policiales principalmente.
2. El ejercicio de la prostitución de las niñas de la calle tiene un conjunto de "reglas" o "normas" relacionadas con las condiciones del servicio y el pago, que son construidas, reproducidas y aceptadas como forma de obtener un mayor beneficio. En la mayoría de los casos, las niñas logran que sus clientes acepten estas normas, con lo cual probablemente neutralicen su sentimiento de desprotección y canalicen su necesidad de reconocimiento. También la drogadicción, en especial con terokal, está muy asociada al ejercicio de la prostitución en las niñas de la calle, ya sea como "escape" de la realidad o como condición o necesidad en la provisión del servicio.
3. La principal razón o motivación que lleva a las "niñas de la calle" a iniciarse en la prostitución es la necesidad de satisfacer sus necesidades de sobrevivencia. Estas necesidades en el contexto de pobreza de donde provienen (familias) sumadas a la violencia familiar y en particular la violencia sexual actuaron como catalizadores de la salida de las niñas a la calle. Así mismo la búsqueda de apoyo social y/o afectivo y la "cultura de la calle" hacen que las amigas ejerzan una influencia importante en el inicio y posterior mantenimiento de las "niñas de la calle" en la prostitución. La permanencia en la prostitución es justificada por la obtención "rápida" de dinero, el que les permite satisfacer mínimamente sus necesidades de alimentación, vestido, seguridad e incluso el consumo de drogas (terokal).
4. Las relaciones sexuales en las niñas de la calle, probablemente rechazadas por su inicio en un acto de violencia, adquieren una nueva y doble significación. La primera, de rechazo cuando se hace por dinero con los clientes y la segunda, de amor cuando la realizan con su pareja, aunque no manifiestan el sentimiento de placer en ningún caso. Los sentimientos hacia este tipo de relación sexual comercial, son negativos, por más dinero que les pueda proporcionar, situación similar a la vivida por las mujeres (adultas) que ejercen la prostitución, las cuales –sin ánimo de justificarlas– no encuentran otra opción laboral de igual rentabilidad que les permita continuar satisfaciendo sus necesidades.
5. La prostitución para estas niñas suele tener un significado "práctico", es decir es considerado como un medio para la obtención de dinero que podrá satisfacer las necesidades generadas en el mundo de la calle.

El discurso negativista en la autopercepción presente de las "niñas de la calle" que se prostituyen parece que es adoptado de un discurso ajeno, es decir de lo que piensan otras personas sobre la prostitución.

La autopercepción futura está siempre relacionada con la salida de esta actividad. Sus expectativas de vida futura están muy asociadas a los discursos sociales de la formación familiar, es así que tienen la esperanza de evitar la condena social y probablemente idealizan sus posibilidades de ahorro y capacidad de subsistir por sus propios medios fuera de la prostitución.

6. La vida en la calle y el ejercicio de la prostitución exponen a las niñas a una serie de riesgos para su salud y la salud pública; entre ellos están el daño físico por agresiones, el embarazo no deseado y el aborto. La drogadicción y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA, no son percibidos como

los de mayor riesgo para su salud. Los mecanismos de protección que emplean las niñas de la calle que se prostituyen muchas veces resultan insuficientes por lo que los daños se presentan con frecuencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

55

- Baéz, J. (1999). El niño de la calle: datos para el perfil del menor de la calle. Bogotá.
- Bernal Monroy, M. L.; et al. (1997). Diagnóstico de Maltrato en la Población de Niños y Adolescentes. Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses, Santa Fe, Bogotá.
- Claramunt, C. (1998). Explotación sexual en Costa Rica: análisis de la ruta crítica de niños, niñas y adolescentes hacia la prostitución. San José, C.R.: UNICEF.
- Filion, S. (1999). Para ellos, Una Quinta Estación. Proyecto de intervención con niños y jóvenes de la calle, de la Victoria y del Centro de Lima. INPPARES.
- Fernández de Sanmamed, M.J. (1995) Introducción a la investigación cualitativa. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2.
- Freyre, E. (1997). La salud del adolescente: aspectos médicos y psicosociales. 2da. Ed. Arequipa: UNAS
- Giddens, A. (1992). Sociología. Madrid: Alianza Editorial.
- Nencel, L. (2000). Mujeres que se Prostituyen. Género, identidad y pobreza en el Perú. Lima: Flora Tristan.
- Ordoñez, D. (1995). Niños de la calle y consumo de Inhalantes: Problema multidimensional, Estrategia terapéutica multiaxial. Lima: CEDRO.
- Quintanilla, Z, T. (2000). Prostitución, derechos humanos y libertad sexual. En Creatividad y Cambio (ed) I Conversatorio Nacional sobre Prostitución. Lima.
- Serrano, M., J. & Serrano, B. M. (1999). Maltrato y abuso sexual infantil. Problemas clínicos, preventivos y terapéuticos. Revista del Instituto Médico Sucre 115 (64).
- Trapasso, R. D. (1994). Mujer y Prostitución en Nuestro Medio. Lima; Movimiento El Pozo.
- World Health Organization (1989). Consensus Statement from the Consultation on HIV Epidemiology and Prostitution. Ginebra: Global program on AIDS INF/89.11.

El SIDA: atracción fatal **Estudio sobre la representación social de la infección por VIH/** **SIDA en estudiantes de la Universidad de Antioquia, Colombia¹**

Alfonso Gushiken y Carmenza Hincapié

57

El análisis de diferentes experiencias de prevención del SIDA en el mundo dan cuenta de que no se ha logrado el impacto esperado sobre la incidencia de transmisión de la infección y que el aumento de conocimientos sobre la enfermedad no es suficiente para impedir comportamientos de riesgo, particularmente en el ámbito sexual (Gossett M et Warshaw J, 1993, Hunter D et Chen L, 1993, Kapila M et Pye M, 1993, Mann J, 1993, Osborn J, 1993, Parker R, 1993, Sepulveda J, 1993). ¿Qué determina que una persona con conocimientos sobre el SIDA asuma comportamientos sexuales que lo exponen al riesgo de contraer la infección?, es la pregunta que inspiró la presente investigación. Con la finalidad de abordarla, acogimos algunas teorías sociológicas y de la psicología social que postulan que son representaciones sociales, conocimientos de sentido común, los que guían los comportamientos en la vida cotidiana y orientan la relación de los hombres con el mundo y con los otros.

Según Berger y Luckmann (1968), este conocimiento de sentido común se origina en la habituación y tipificación de las actividades que realizan los hombres cotidianamente, con las cuales establecen pautas que les permiten encarar su quehacer con economía de esfuerzos y que al ser transmitidas a nuevos integrantes del grupo social se imponen como realidad objetivada, como "cuerpo de verdades válidas acerca de la realidad", convirtiéndose en "instituciones" que controlan el comportamiento humano y lo canalizan en una dirección determinada. Sin embargo, advierten, para operar de manera cabal requieren ser internalizados en la conciencia por los individuos.

En el mismo sentido, Moscovici y Jodelet (1986, 1991) postulan que la representación social se constituye "a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social", sin que esta solo una simple reproducción, sino también construcción, en la medida en que conlleva un carácter signifiante, esto es, en que siempre significa algo para alguien. De este modo, se sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social.

Acogiendo estos planteamientos, la presente investigación procuró indagar las representaciones sociales que sobre la infección por VIH y el SIDA circulan entre estudiantes de primer semestre de pregrado de la Universidad de Antioquia, Colombia, con el fin de encontrar elementos a considerar en los programas de prevención. Además, se buscó rastrear en ella hasta dónde va lo que del orden social la constituye y qué corresponde a lo particular; también, qué de la información proveniente de la ciencia o de los medios de comunicación es apropiada por los individuos que la reciben.

EL MÉTODO

Un diseño cualitativo, de teoría fundada, fue empleado para explorar las representaciones sociales de los estudiantes. Esta aproximación es recomendada cuando se busca comprender la perspectiva que tienen los participantes acerca de una experiencia. En tal sentido, la recolección de información se realizó mediante entrevistas en profundidad, que se llevaron a cabo entre julio de 1995 y marzo de 1996, las cuales fueron grabadas y transcritas en su totalidad, con la autorización previa de los participantes.

¹ Artículo basado en la tesis de maestría "Representación social de la infección por VIH - SIDA en estudiantes de primer semestre de pregrado de la Universidad de Antioquia. Implicaciones en la sexualidad". Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia, 1996.

En total fueron entrevistados once estudiantes, seis varones y cinco mujeres, que fueron seleccionados mediante la técnica de muestreo teórico. En este tipo de muestreo el objetivo no es enfocar las similitudes que pueden dar lugar a generalizaciones, sino detallar las especificidades. En otras palabras, la preocupación está en relación con la representatividad de los temas y los conceptos emergentes, y no con la representatividad poblacional de la muestra. En consecuencia, y con el fin de aumentar la probabilidad de cubrir todo el rango de representaciones, se procuró incluir en la selección a personas diferentes –en sus elecciones de estudio, condición social, sexo, procedencia– con el fin de poner a prueba hipótesis y preguntas que iban surgiendo.

En relación con la recolección de la información, si bien se mantuvo una guía para orientar las entrevistas, se partió de preguntas “provocadoras”, procurando, luego, seguir la dirección que proponía el interlocutor en sus respuestas. La labor de los investigadores fue entonces profundizar en ellas y proponer nuevos temas cuando se agotaban los anteriores. Con ello, el ambiente fue más de una conversación fluida dentro del contexto temático del SIDA que de un interrogatorio con un listado de preguntas que forzosamente debía ser respondido.

El análisis de los datos se realizó simultáneamente con su recolección. De esta manera se pudieron indagar, precisar o reformular, durante el proceso, las preguntas, los temas a considerar y las hipótesis sugeridas, e identificar el momento en que la recolección y el análisis debían considerarse completos, esto es, cuando ninguna información nueva emergiera.

El análisis se realizó con base en la codificación de la información, que implicó la lectura detallada de cada entrevista, su descomposición en unidades de información (fragmentos) y la categorización de estas con unidades de información relacionadas. Las categorías así conformadas fueron analizadas mediante lectura cuidadosa en dos direcciones: una transtextual, en la cual se analizaba la misma categoría en todas las entrevistas, y otra intratextual, en la cual se buscaba comprender la información en el contexto de cada entrevista. Para ello se elaboró una tabla de doble entrada, cuya única delimitación fue tener tantas columnas como entrevistados hubiera, y tantas filas como temas surgieran, en la cual se registraron las frases representativas de la posición de los interlocutores, haciendo coincidir en una misma fila (tema) respuestas parecidas o relacionadas.

Inicialmente se llevó a cabo el análisis de cada una de las categorías por separado, procediéndose primero a establecer hallazgos comunes a todas las entrevistas, luego se resaltaban los aspectos particulares (presentes en solo algunas de ellas), para posteriormente proponer preguntas e hipótesis que finalmente eran puestas a prueba, mediante su confrontación con los discursos de los entrevistados en un esfuerzo doble de lectura intratextual y transtextual.

Cabe resaltar que en este momento el esfuerzo mayor fue “dejarse decir”, permitir que los contenidos de las entrevistas tuvieran su lugar independientemente de si era algo que se esperaba encontrar o no. Ello permitió que surgieran, entonces, nociones no consideradas en la guía de entrevistas, ni contenidas en las categorías de análisis establecidas, lo cual obligaba a comparar nuevamente cada entrevista con las anteriores, para volver a empezar el esfuerzo de ordenar y comprender los contenidos.

Por último, se procedió al análisis articulado de las categorías, estableciendo interconexiones entre ellas, de lo cual resultaron hipótesis que igualmente fueron puestas a prueba en el análisis intratextual y transtextual de las entrevistas, y mediante su confrontación con otros esquemas teóricos.

RESULTADOS

No es suficiente conocer

Se comprueba que pese a que los estudiantes entrevistados tenían conocimientos suficientes sobre el SIDA, estos no se traducen en un comportamiento que les corresponda. Incluso, en dos de ellos, la situación revestía una implicación más dramática, al tener no solo información, sino clara percepción de su exposición al riesgo, y no ser, sin embargo, capaces de oponer medidas de protección eficaces.

59

La representación social, a contracorriente del conocimiento oficial

Las diversas representaciones sociales que sobre el SIDA se encontraron permiten concluir que existen diferencias importantes entre la información que promueven los medios de comunicación y la ciencia, y lo que realmente llega a los individuos.

Estas diferencias dan cuenta de que pese a existir la mediación social, es de manera particular como se articulan las informaciones. Es por ello que un mismo conocimiento, difundido socialmente, surte efectos distintos según las personas. Por ejemplo, fue relativamente frecuente encontrar una representación del contagio que considera la saliva, la comida, el aliento, el hablar, el tocar y el baño como vías posibles de transmisión. Esta representación social, no solo aparece como opuesta al conocimiento científico y al que difunden las instituciones oficiales, sino que se constituye en activa resistencia al mismo. Así, algunos estudiantes reconocían

...Yo sé que por la saliva no se contagia..., pero eso es porque no lo han comprobado...; quién sabe si después, años más adelante, descubren que mentiras, que sí. (I₁₁)

Siempre me han dicho que por usar los mismos utensilios de cocina no se infectan, por respirar el mismo aire tampoco, [...] [pero] tocarlo, comerme algo que él ya tocó o si..., a mí sí me daría temor. (I₇)

Por otro lado, en las representaciones sociales que circulan entre los estudiantes entrevistados, fue frecuente encontrar que el contagio por vía sanguínea, en especial por transfusión y por accidentes, es la forma para pensar la posibilidad de infección propia o de allegados, mientras que la transmisión sexual es el mecanismo por el cual se infectan los demás.

...Sí, me puede dar, por ejemplo, si voy a un hospital y me hacen una transfusión [...] o si me prestan una cuchilla de afeitar de una persona que de pronto... (I₂)

*De hecho, el contagio por esta vía implica un evento accidental y los eximiría de responsabilidad: ya esto sí es una responsabilidad de médicos y de las instituciones (I₁)
...eso no es cosa de uno (I₅).*

En tal sentido, quien se infecta por este medio se convierte en víctima:

Alguien cometió un error... él fue quien pagó ese error (I₂).

Estas representaciones aparecen al servicio de la incapacidad para aceptar que en el contagio pudiera estar involucrado el ejercicio de la propia sexualidad. Entonces, el mecanismo para negar esta posibilidad es considerar como riesgosa, por inaceptable, la vivencia de la sexualidad en los demás; de allí que el SIDA sea atribuido, con frecuencia, a homosexuales, prostitutas, promiscuos, depravados, drogadictos, que se definen como aquellos que están más allá de la propia experiencia

o disposición (por ejemplo, si se tienen o han tenido tres compañeros sexuales en el último año, entonces, son promiscuos los que tienen cuatro o más compañeros). De este modo, el SIDA queda convertido en una enfermedad que "les pasa a los de allá, a todos los de allá", de ningún modo a ellos o a sus semejantes, a menos que ocurra por un hecho accidental.

Se escucha y se ve lo que se puede

Lo que se evidencia en las representaciones sociales es que se escucha y se ve lo que se puede, lo que subjetivamente es posible. En este sentido, un esclarecimiento proporcionado por la investigación es que la representación social se construye, también, con base en teorías que cada persona elabora para responder a sus propias preguntas, las cuales permiten una mayor o menor disposición a escuchar y aprender los mensajes que se transmiten, incluyendo los que provienen de la ciencia. En tal sentido, la escucha está determinada por la búsqueda de evidencias que confirmen las teorías propias. Esta posición explica que las teorías de contagio por transfusión –tan poco probables, tan poco difundidas por los medios masivos, académicos y de salud– tengan una aceptación comparable con la del contagio por vía sexual, o que persistan ideas de una transmisión por contacto indirecto con portadores.

La sexualidad, un asunto entre la vida y la muerte

Asimismo, fue relativamente frecuente encontrar la muerte asociada a la vivencia de la sexualidad. Uno de los entrevistados, refiriéndose a la actividad sexual decía:

uno puede estar entre la vida y la muerte (I₄)

Sin embargo, las formas como la muerte se inscribe en la vida sexual de los estudiantes entrevistados son diferentes. Al menos tres elementos aparecen en las entrevistas como motivos por los cuales estos estudiantes parecen dispuestos a encarar la muerte en su vivencia sexual: el amor, el desafío a la muerte y el goce sexual.

El amor es el elemento al que hacen referencia con mayor frecuencia los entrevistados, y en torno al cual se polarizan las posiciones. Así, una representación que pareciera predominar entre las mujeres es la de que en nombre del amor es posible dar hasta la vida. El ideal del amor romántico "morir por amor" encuentra en estas jovencitas terreno propicio, colocándolas en condición de vulnerabilidad. Una de ellas decía al respecto

...Yo la estoy cambiando [refiriéndose a la vida] más que por placer, por mucho amor, porque tiene que haber mucho amor para que tomara esta decisión. (I₁)

En lo que nombran las mujeres entrevistadas se evidencia la lógica de una posición que coloca al sujeto como objeto pasivo: entrega incondicional en que se entrega hasta la vida. En esta lógica, el SIDA podría convertirse en una prueba del amor profesado y el contagio, entonces, pasar a ser motivo de admiración. Uno de los estudiantes entrevistados relató:

...La muchacha sabía de la enfermedad de él..., pero ella lo quería y, pues, se infectó. Son cosas muy increíbles que por amor se quiera, pues, bueno... Es algo muy bonito. (I₈)

En cambio, una tendencia opuesta predomina entre los varones, quienes señalan no estar dispuestos a morir por amor. Uno de ellos dice: *...No sé, tendría que estar muy enamorado, pero hay cosas que se pueden hacer para evitar el contagio. (I₈)*

Este aspecto coincide con las motivaciones expresadas por los estudiantes entrevistados con relación a lo que avala tener relaciones sexuales. Las mujeres hacen referencia al acto sexual predominantemente en términos de "entrega" que tiene como condición el amor. A esta posición se oponen las motivaciones expresadas por los varones, que la nombran como posesión, para la cual "no hay que sentir amor, no hay que querer para tener sexo".

Sin embargo, si bien con relación al amor, las representaciones parecieran ordenarse según tendencias predominantes en uno y en otro sexo, las formas como la muerte se inscribe en la vida sexual se estructuran de una manera más compleja y particular. Ejemplo de ello es el papel que juega el amor en la vivencia de una de las mujeres entrevistadas. Ella parece dar sentido a su vida en el ideal de amar a las personas menos provistas de amor, aquellas a quienes nadie quiere, eligiendo para tal efecto a las personas portadoras del VIH.

Pero en este caso, el vínculo con la muerte no está dado solo por su preferencia por las personas infectadas como objeto de su amor, sino fundamentalmente por el desdibujamiento de sí, que se hace evidente en su posición frente a las medidas de prevención, en las que su cuidado no parece tener lugar claro, en contraste con las medidas de bioseguridad que asegura en su compañero portador.

Resulta también particular, la posición de uno de los varones entrevistados, para quien un elemento central en la vivencia de su sexualidad pareciera ser el desafío, vivir la sexualidad en riesgo. Dos viñetas que surgen de su entrevista revelan este rasgo:

Una vez casi me bregan a matar porque me metí con una pelada. La pelada me dijo que no tenía novio [...] Como al segundo mes llegó el man de Estados Unidos y empezó a buscarme, me tocó perderme.

...otra vez fue que en un baile, conocí a una muchacha, pues, sin conversar, ni mucho, me parché con ella, le di un beso, cuando de un momento a otro un man casi a tirarme con una navaja... (I₄)

En otra parte de la entrevista menciona "yo no quiero morir". Evidentemente, no es la muerte lo que lo atrae, sino el riesgo que pudiera haber al estar cerca de una mujer, el desafío al peligro. En definitiva, es una posición que no es sin consecuencias con respecto al SIDA, pues como él mismo señala:

Ha muerto mucha gente por estar con una mujer, y no por una enfermedad, sino porque estuvo con la mujer de un amigo, no se va a morir gente por una enfermedad tan grave.

El lugar que así se da al SIDA en la vivencia erótica está más allá de la mujer, el atractivo es el riesgo, el peligro, la ilusión de vencer a la muerte.

El tercer motivo, el goce sexual, es mencionado en dos entrevistas, pero referido a terceras personas, en quienes la posición era no renunciar al disfrute sexual, y para quienes el SIDA no tenía ninguna importancia más allá de ser una eventualidad que pudiera ocurrir en la búsqueda de cumplir dicho imperativo:

Si el SIDA me da, de algo me tengo que morir, y hay que gozar y disfrutar esta vida. (I₃)

El SIDA, ¿una enfermedad atractiva?

Algunas representaciones sociales pudieran ser base para ubicar al SIDA, no como punto de detención, sino como enfermedad atractiva, tanto para aquellos que buscan demostrar su capacidad para amar, como para quienes buscan desafiar la muerte o "gozar la vida":

La primera hace referencia al SIDA como un escenario en el que la enfermedad y la muerte están presentes-ausentes:

solo tienen SIDA cuando tienen una recaída, de resto no tienen SIDA, son personas totalmente normales. (I₉)

La segunda se relaciona con una dimensión de incertidumbre, de "puede que sí, puede que no esté infectada (la pareja)", "puede que sí, puede que no me infecte", y finalmente "puede que sí, puede que no me muera", a la manera de una "ruleta rusa". Uno de los entrevistados decía

puede que ni uno se muera de eso, puede que a uno le dé un paro cardíaco sin que se desarrolle la enfermedad (I₁₁)

La tercera se articula con la ilusión de vencer a la muerte: «si lo cuido, si lo amo, no se morirá», «si lucho, no moriré». En tal sentido decían dos entrevistados:

Si él [el portador] acepta eso [el SIDA] puede vivir muchos años porque si él quiere seguir viviendo sigue viviendo, pero si no, no (I₉)

si un portador se cuida no necesariamente tiene que llegar a terminal. (I₁)

CONCLUSIONES

De lo que da cuenta la investigación es que los referentes teóricos que circunscriben la explicación del comportamiento humano, incluyendo el sexual, a condicionantes de índole biológica (el instinto, la necesidad) o social (valores, normas, dispositivos de control) son excedidos en gran medida por los modos de vivir la sexualidad de los jóvenes entrevistados; que si bien lo biológico y lo social pueden pensarse como elementos que explican, en parte, las diversas manifestaciones de la sexualidad, el lazo con esta última no es de causa-efecto. Existe otro elemento determinante, que actúa como operador: lo psíquico, lo particular de cada ser humano que se estructura a partir de una lógica que desborda la referencia a una conciencia social y a un cuerpo orgánico portador de la vivencia sexual. Es en este sentido como se asume el criterio integracionista que considera el carácter bio-psico-social del ser humano.

Desde esta perspectiva, y con respecto a la representación social, dos aspectos pueden proponerse como conclusiones de la investigación: el primero, que corrobora lo señalado inicialmente por Berger y Luckmann, es que lo que del orden social interviene como regulador del comportamiento es aquello que ha sido internalizado y traducido como conocimiento de sentido común, como representación social –ya adoptando la denominación que propone Moscovici– por cada individuo. En otras palabras, esto significa que no es suficiente con que una norma o conocimiento o ideal exista en lo social para que opere eficazmente, sino que es necesario que sea internalizado por las personas.

Lo segundo es que si bien lo social para operar como regulador requiere ser internalizado por las personas, su internalización tampoco es suficiente. No todo el comportamiento está contenido en lo que se propone como representación social, o dicho de otro modo, los individuos con frecuencia aparecen confrontados con que no pueden representarlo todo de su comportamiento.

Esto es lo que sucede con uno de los interlocutores que manifiesta con claridad no sentirse bien, no aceptar la perspectiva de morir por una pelada, "pues mujeres hay muchas" (I₄); pero que enseguida

reconoce, sin poder explicarlo, que estuvo a punto de ser asesinado por asuntos con "peladas", es lo que sucede también con otros dos estudiantes que teniendo conocimientos, más aún, manifestando angustia ante la percepción de riesgo propio, no parecen capaces de implementar las medidas de protección pertinentes, y no saben explicarlo. Y así, se encuentran en todos los interlocutores elementos similares.

De allí que se proponga —y este punto pudiera pensarse extensivo para las demás personas— que en la sexualidad coexisten fuerzas articulables a la lógica de la representación y fuerzas que se escapan a todo intento de representación por parte del sujeto, pero que saben hacerse presentes, demostrando la existencia de un empuje que escapa a todo anudamiento en el orden simbólico, un empuje que presentifica la opción por la muerte. Fenomenológicamente, este hecho se demuestra en la tendencia al acto promovida por ese empuje que los muchachos llaman "descontrol". Al respecto, cabe citar a Bataille (1985):

Hay en la naturaleza, y subsiste en el hombre, un movimiento que siempre excede a los límites y que jamás puede ser reducido más que parcialmente. De ese movimiento no podemos generalmente dar cuenta. Es incluso por definición aquello de lo que jamás nadie dará cuenta. (Bataille, 1985, p.58)

Se desprende de lo dicho hasta aquí que lo social, para operar como regulador eficaz del comportamiento, requiere ser incorporado a la representación social de las personas, proceso en el cual participa lo psicológico, siendo lo que imprime a la representación un carácter también particular. No ocurre lo mismo con la dimensión psíquica, que opera tanto articulada a la representación social —es lo que puede explicarse, justificarse, amarrarse a la ley y a los ideales— como por fuera de ella —es lo que no puede explicarse, es frente a lo cual los interlocutores se quedan callados.

Aquí es donde quedan establecidos el límite, pero también las posibilidades, para cualquier propuesta de prevención de la infección por VIH: límite, en tanto no todo el comportamiento logra regularse por la representación social; posibilidades, en tanto la representación social amarra parte de lo psíquico con lo social.

Sin embargo, asumiendo los límites, intervenir en el ámbito de las representaciones sociales plantea una dificultad adicional que está dada por su construcción particular. Si las formas de vivir la sexualidad se estructuran de manera particular, si cada cual escucha y elabora los conocimientos y los significantes que le vienen de afuera (de la cultura, de la ciencia, de los medios de comunicación, de los padres y profesores) a partir de sus propias preguntas y teorías, queda entonces, la alternativa de multiplicar intervenciones y estrategias educativas en las que se procure un lugar para el esclarecimiento de las propias representaciones y elaboraciones a partir de la discusión y de la confrontación del pensamiento.

La gran diferencia radicaría en que el eje de estas intervenciones no sería exclusiva ni principalmente el de la normatización moral, no sería proponer ideales absolutos —perspectiva desde la cual los jóvenes no pueden asumirse en riesgo, y por la cual los que se infectan son siempre los diferentes— sino abrir el espacio para la pregunta por las propias prácticas, sobre todo en el campo de la sexualidad, y en ellas, por la posición subjetiva frente a la posibilidad de enfermar, por el cuidado de sí, por lo que le corresponde con relación a una situación de riesgo. Es decir, en lugar de desvirtuar, por inadecuadas o inmorales, ciertas prácticas sexuales, se trata de reconocer que existen diversas formas de vivir la sexualidad y que en cada una de ellas es posible hacer algo para prevenir la infección. Se trata de que cada quien reconozca —en lo posible— su parte en la situación, y se responsabilice de ella, en la perspectiva de modificarla o de asumirla con esclarecimiento de sus diferentes posibilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bataille, G. (1985). *El Erotismo*. Barcelona, Tusquets Eds., 4ª ed.
- Berger P; Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu eds.
- Bryman A.; Burgués, R. (1994). *Introducción a los avances en el análisis de datos cualitativos*. En *Analyzing Qualitative Data*. Londres.
- Farr, R. (1986). *Las representaciones sociales*. En Moscovici, S. *Psicología Social*, Vol. II. Barcelona, Paidós: 495-506.
- Gossett, M.; Warshaw, J. (1993). *La campaña de la ciudad de Nueva York*. En Sepúlveda J. *SIDA, Su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*. 333-348. México: Manual moderno.
- Hunter, D.; Chen, L. (1993). *El impacto del SIDA y de la educación sobre el SIDA en el contexto de los problemas de salud de los países en desarrollo*. En Sepúlveda, J. *SIDA, su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*. 379-404. México: Manual moderno.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En Moscovici S. *Psicología Social*, Vol. II, 469-494. Barcelona: Ed. Paidós.
- Jodelet, D. (1991). *Les représentations sociales*. En *Grand Dictionnaire de la Psychologie*. 668-672. Paris: Larousse.
- Kapila, M.; Pye, M. (1993). *Respuesta Europea al SIDA*. En Sepúlveda J. *SIDA, su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*, 211-252. México.
- Mann, J. (1993). *Promoción de la salud contra el SIDA: Una tipología*. En Sepúlveda J. *SIDA, Su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*, 7-24. México.
- Osborn, J. (1993). *La respuesta de los Estados Unidos a la epidemia del SIDA: Perspectivas de educación en una sociedad multicultural*. En Sepúlveda J. *SIDA, Su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*, 405-410. México: Manual moderno.
- Parker, R. (1993). *Educación y promoción de la salud respecto al SIDA en Brasil: Experiencias y perspectivas para el futuro*. En Sepúlveda J. *SIDA, Su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*, 107-124. México: Manual moderno.
- Sepúlveda, J. (1993). *Prevención a través de la información y la Educación: Experiencia en México*. En *SIDA, su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*. México, Manual moderno., 125-146.
- Sepúlveda J. (1993). *Reflexiones sobre la educación para prevenir el SIDA*. En *SIDA, Su prevención a través de la Educación: Una perspectiva mundial*, 425-430. México: Manual Moderno.
- Taylor, S.; Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

La sexualidad desde cuerpos diferentes: hegemonías genéricas, estéticas y sanitarias como ejes de exclusión

Lorraine Ledón

65

Las nociones y construcciones relacionadas con el cuerpo y el género, así como su expresión en el campo de la sexualidad, constituyen fundamentos esenciales en la comprensión de los procesos de vida de diferentes grupos humanos. En este sentido, también resultan especialmente importantes al interno de los espacios de salud, ya sea si se consideran los procesos de atención, de investigación, o los de intervención.

El valor de estas categorías de cuerpo y género radica, en primer lugar, en que marcan de manera profunda la conformación del ser humano y su propia definición como tal, así como el universo de sus experiencias y proyecciones. Por ello se encuentran tan íntimamente conectadas a las identidades y a las bases sobre las cuales estas se construyen. El vínculo particular establecido con el cuerpo en las diversas etapas del desarrollo humano, las formas concretas de expresión de femineidades y masculinidades, y los sentidos atribuidos a la interacción sexual, a los diversos modos de disfrute y placer, constituyen aspectos fundamentales en la construcción de nuestras identidades. Pero además, constituyendo estas dimensiones un resultado de los múltiples y complejos procesos de interacción social, el análisis de la sociedad, la cultura y el contexto concreto en que se expresan, se convierte en otro de sus valores importantes.

Pero el estudio de la sexualidad, especialmente desde el campo de la salud, se ha basado usualmente en metodologías que presuponen categorías y constructos previos al trabajo de campo, aplicándose rígidamente en los contextos concretos de exploración. De esta manera, el espacio ha quedado limitado para la emergencia de contenidos, significados y estructuras que permitan comprender (desde las propias perspectivas de mujeres y varones, grupos que enfrentan determinados procesos de enfermedad) cómo se viven y construyen sus sexualidades.

Además, las perspectivas desde las cuales se parte para comprender "la sexualidad" han tendido a ser descriptivas, sintomáticas y eminentemente biomédicas, basadas en un concepto unitario de la sexualidad humana que establece un centro, una normativa, una "normalidad", y considera enfermedad todo lo que esté fuera de ese centro. Centro, además, que ha sido meticulosamente previsto y contabilizado en diversos momentos o fases y que se basa en supuestos esencialistas donde existe una "naturaleza" inamovible (más allá de momentos, contextos y culturas) destinada a una función: la reproducción de la especie. Capitalismo sexual "donde la mayor preocupación es que el tiempo y la energía invertidos en la práctica sexual se sitúen bajo los criterios de racionalización rentabilizadora" (Delgado Ruiz y Nieto, 1991: p. 44).

Es posible citar un sinnúmero de investigaciones que han dado fe acerca del impacto que sobre la salud mental, la calidad de vida y, más específicamente, sobre la sexualidad, tienen aquellos procesos de enfermedad de carácter crónico y que transcurren paralelamente con modificaciones corporales (Castelo Elías-Calles L, Lijca Puig ME, 2003, Greendale et al, 2001, Wilmoth, Sanders, 2001, Hopwood et al, 2000, Grau Ábalo JA et al, 1999, Huñis et al, 1997, Sáez Vallés, 1993, Schover, 1991). Pero en su mayoría, dichos estudios se han centrado en describir o referir el hecho de que se producen "trastornos sexuales" como consecuencia de ciertos procesos de enfermedad, obviándose los significados concretos (desde los sujetos protagonistas) que fundamentan la diversidad de vivencias sexuales.

En este sentido, las variaciones en el deseo sexual, la disfunción sexual eréctil, la anorgasmia, entre muchísimas otras formas de expresión de la sexualidad devenidas "síntomas" desde

la perspectiva biomédica, así como su conexión con los significados atribuidos a los cuerpos sexuales y genéricos, quedan excluidos de los sistemas de comprensión (más allá de lo puramente biomédico), así como quedan excluidas/os las mujeres y varones concretos protagonistas de estas sexualidades diferentes.

Sobre estas bases entonces, el esfuerzo del presente trabajo está orientado hacia la comprensión de la experiencia de la sexualidad de grupos diferentes (en principio, desde el punto de vista corporal), considerando como ejes esenciales los significados atribuidos a la sexualidad, al cuerpo y al género.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente trabajo se ha erigido sobre la base de un estudio más amplio que se planteó como propósito general la comprensión de los procesos de vida de un grupo de mujeres y varones viviendo con enfermedades endocrinas que habían provocado modificaciones en su apariencia física. Se profundizó en el impacto de dichos procesos de enfermedad y de los cambios corporales producidos en los diversos espacios de vida, así como en las estrategias de afrontamiento fundamentales utilizadas por estas personas, conectando dimensiones de importancia vital como las construcciones de género, los significados del cuerpo y las representaciones acerca del proceso salud-enfermedad.

El diseño concretamente correspondió a un estudio cualitativo y de carácter exploratorio, organizado en dos momentos básicos: uno preliminar de exploración y familiarización con el ámbito y las unidades de estudio; y un segundo momento de profundización sobre los diversos contenidos propuestos.

La muestra final quedó conformada por 15 personas adultas (10 mujeres y 5 varones), que recibieron atención en las áreas de consulta externa y hospitalización pertenecientes al Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen", ubicado en la ciudad de Lima, Perú, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2002. Dichas personas estaban unidas en la experiencia de haber vivido y vivir con modificaciones corporales como consecuencia del padecimiento de enfermedades endocrinas, y como consecuencia también de algunas estrategias terapéuticas utilizadas desde el entorno biomédico en el enfrentamiento a estas patologías.

Como datos relevantes para este grupo de personas encontramos que, en su mayoría, se ubicaban en la "mediana edad": con una media de edad de 47 años, algo menor para el caso de las mujeres (44 años) y mayor para los varones (52 años), el intervalo de edad general se encontraba entre 32 y 63 años.

En su mayoría, además, eran varones y mujeres casados/as (9 en total, 4 varones y 5 mujeres) habiendo constituido, como veremos más adelante, uniones de varios años de establecimiento y que incluían la presencia de descendencia. Las categorías "soltera", "separada" y "viuda" serían aportadas mayoritariamente por las mujeres de la muestra.

El total de las mujeres se encontraban ocupadas laboralmente en actividades que podían incluir tanto el sector formal como el informal (ingeniera forestal, personal de administración, cosmetóloga, obrera, pensionista, enfermeras y comerciantes), a diferencia de los varones, de los cuales tan solo uno se encontraba ocupado laboralmente (como profesor de enseñanza primaria) al momento de la entrevista. La razón esencial de desocupación laboral esgrimida por estos varones sería la

pérdida corporal (de miembros inferiores, concretamente) como consecuencia de "complicaciones" producidas por un proceso de enfermedad de largo tiempo de evolución y sobre el cual no se había logrado un control sistemático adecuado.

Resulta importante resaltar que todos los varones estaban unidos en la experiencia de la Diabetes Mellitus, en su mayoría, de largo tiempo de evolución; a diferencia de las mujeres, para quienes aparecía una heterogeneidad en cuanto a procesos de enfermedad vividos: hipertiroidismo, acromegalia, Enfermedad de Cushing y obesidad.

67

Ahora bien, para explorar los objetivos propuestos se utilizaron como instrumentos de recolección de la información, básicamente, una guía de entrevista en profundidad y dos técnicas proyectivas (Serie de Láminas Somáticas y Dibujo de la Figura Humana) utilizadas estas últimas tan solo como insumos y no desde la normativa de interpretación psicopatológica propuesta por sus autores. Las observaciones participantes y las entrevistas informales, utilizadas desde los primeros momentos de acercamiento al campo de estudio, permitieron enriquecer toda la información aportada por el resto de los instrumentos.

El interés estuvo siempre orientado hacia la exploración de las construcciones de los sujetos sobre su propia experiencia sexual, atravesada por una experiencia corporal y de género particulares, así como sobre sus interpretaciones acerca de las mismas.

Finalmente, la información se procesó tomando en consideración varios momentos: ordenamiento de los datos por instrumento de recolección de la información, por espacio intrahospitalario y por sexo; creación de categorías empíricas y analíticas, integración de las categorías dentro de un esquema interpretativo, triangulación técnica y teórica, y conformación del reporte de investigación donde se discutieron los resultados obtenidos.

Como consideraciones éticas fundamentales, se trabajó el consentimiento informado como un proceso a lo largo del desarrollo del estudio, se garantizó la confidencialidad de la información proveída, la voluntariedad de la participación, el acceso a información acerca de las propias intervenciones, y la creación de un espacio final en el marco de las entrevistas para expresar opiniones y sugerencias acerca del proceso de investigación. Se cumplieron las medidas universales de bioseguridad necesarias para el trabajo en el medio intrahospitalario y, tomando en consideración que durante la entrevista se exploraron contenidos privados y usualmente movilizadores desde el punto de vista emocional, se hizo uso de recursos profesionales para apoyar emocionalmente a los sujetos participantes, así como referirlos (sobre la base de su consentimiento) a servicios de atención adecuados en caso de considerarse necesario.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, iremos discutiendo los principales resultados aportados por el estudio respecto al tema de la sexualidad, así como su interconexión con las construcciones de género y representaciones de un cuerpo transformado a partir de experiencias particulares de salud.

Como veremos, la información aparecerá organizada en diferentes espacios sobre la base de aquellas categorías que resultaron esenciales en el proceso de construcción discursiva del mundo de la sexualidad. Repasemos entonces, aquellos ejes de sentido inmanentes a la experiencia de sexualidades marcadas por la diferencia corporal.

La pareja como condición sine qua non para el ejercicio sexual

El posicionamiento inicial frente al tema de la sexualidad para el grupo de personas estudiado apareció relacionado con lo que dimos en denominar el "vínculo pareja-sexualidad". Ello significa que las elaboraciones acerca de este tema aparecieron íntimamente ligadas, o más bien insertas, en el espacio de la relación de pareja. Este argumento nos permitió comprender por qué no emergía referencia alguna respecto a la experiencia sexual en quienes al momento de la entrevista no tenían pareja. Era como si para estos/as últimos/as la ausencia de pareja anulara de forma absoluta la existencia de sexualidad.

Conformado en su mayoría por mujeres (viudas, separadas, solteras), en este grupo llamó especialmente la atención su focalización sobre el tema de la descendencia: fuese ya sobre la base de su existencia o de su proyección futura. De esta manera, se asistía a una asociación simbólica que vinculaba la ausencia de pareja a un vuelco absoluto hacia los/as hijos/as, negándose incluso la posibilidad del establecimiento de nuevas relaciones. Quizás se estaba construyendo la función reproductiva y el ejercicio de la maternidad (desde fundamentos católicos) como santificantes y compensadoras ante un espacio de pareja y de sexualidad vacíos. De ahí la emergencia y prioridad del cumplimiento de este rol.

La figura de los hijos quedaba construida como propiedad personal, como prolongación física y espiritual, y como significante esencial en la construcción de la femineidad.

Yo quisiera tener mi hijo sola, porque no puedo trabajar aquí en mi casa y tener ese hijo. (...) (I: ¿Y por qué es tan importante para ti tener tu hijo?) Porque creo que es tener algo que es de uno ¿no?, decir que es de uno propio, sino que..., como te digo yo crié sobrinos, pero es otra cosa, con mis sobrinos como te digo que han vivido por mí y después tengo ahijados también, tengo tres ahijados, 4 ahijados y este..., y no es igual. (I: ¿Y por qué no es igual, o sea, por qué sientes que es diferente?) Porque yo quiero realizarme con un hijo, como mujer, debe ser bonito, como decir mi hijo ¿no?, no es como decir este..., mi sobrino. (I: ¿Y qué representa por ejemplo para las mujeres, para una mujer decir mi hijo, qué representa eso?) Como que es algo de ellas, es parte de ellas ¿no? (Eunice)

De esta manera, al menos desde el discurso construido para otros (entiéndase en este caso, para la investigadora), la sexualidad aparecía circunscrita siempre a la presencia objetiva de un "otro". La pareja se estructuraba como condición obligatoria para la experiencia sexual. Expongamos entonces aquellos sentidos manejados específicamente alrededor del tema de la pareja.

Como se recordará, en su mayor parte, las mujeres y varones estudiados sostenían relaciones de pareja al momento de la entrevista. Ahora bien, el vínculo establecido con dichas parejas, de sexo diferente, "opuesto", solía ser estable y frecuentemente aparecía legitimado de forma pública a través de la figura legal del matrimonio: aparato de poder que constituye una garantía de fertilidad, continuidad, e incluso, una forma de inmortalidad especialmente para los hombres (Peláez Izquierdo, 1999). De esta manera, la mayoría de las elaboraciones respecto a la pareja, aparecerían en virtud de una convivencia "legal" establecida, para muchos y muchas, varios años atrás, y con la existencia de descendencia común.

La condición básica para el ejercicio de la sexualidad de estas personas lo constituía, entonces, la pareja tradicional, el vínculo relacional (sobre bases sexuales y funciones reproductivas) por excelencia, legitimado, protegido y subvencionado por la cultura y estructuras estatales occidentales (Vance, 1989).

Ahora bien, ¿cómo resultó vivida la relación de pareja a raíz del proceso de enfermedad y los cambios corporales provocados por ella. En relación a este tema las referencias estuvieron divididas: un pequeño grupo de mujeres y varones referiría no haber vivenciado modificación alguna como consecuencia del proceso de enfermedad. Pero vale resaltar el hecho de que dichas elaboraciones tendían a mostrar una imagen de "normalidad" o equilibrio (a veces, casi idílico) respecto al tema, caracterizándose por ser menos elaboradas, y en este sentido, menos profundas. Casi como si se estuviese intentando una defensa o una evasión de contenidos dolorosos respecto al área de la pareja.

Para este grupo, los criterios a partir de los cuales se estructuraba la supuesta normalidad en cuanto a la relación de pareja, quedaban elaborados desde construcciones de género tradicionales más que claras: cumplimiento del rol de proveedor en el caso del esposo, la sustentación de adecuadas y satisfactorias interacciones con la pareja, la fundación de un hogar o familia con la presencia de descendientes como prolongación de la pareja, la estructuración, en general, de una vida estable, apacible, donde no aparece indicador alguno de conflicto. Así quedaba construida desde el discurso la vida "normal" de pareja y de familia.

(Referido a la relación de pareja) *Bien doctorita, todo bien. Con la bendición de Dios todo bien. No, no tenemos..., eh..., claro que en la casa no..., no falta una discusión por cualquier cosita, pero pasajera. (I: ¿Y Ud. siente que de alguna manera estos problemas de salud que Ud. ha tenido, han influido en la relación de pareja?) No, no, nada doctorita. (...) No..., no tenemos ningún problema.* (Luisa)

Sin embargo, la gran mayoría de los sujetos entrevistados que sostenían relaciones de pareja al momento de la entrevista, coincidieron en la vivencia de una experiencia al respecto marcada por profundos cambios como resultado del proceso de enfermedad y las modificaciones (corporales, emocionales, en las interacciones,) generadas a partir del mismo.

Así, desde estas perspectivas (tanto masculinas como femeninas) la enfermedad se ubicaba como ente reestructurante de la pareja, a partir de la introducción de un desbalance o desigualdad para presentarse a la relación, profundamente mediado por la significación de "carga del enfermo" (debido a las atenciones y cuidados que la situación de enfermedad comenzaba a demandar). Desde estas percepciones, la enfermedad y sus demandas convertían en obligación o mandato lo que antes era deseo: con la pérdida de la salud simbólicamente se perdían también aquellos valores que un día determinarían la unión espontánea de la pareja.

Pero cuando ya uno está mal, yo pienso que uno pasaría de egoísta, atándola a su lado si tú no vas a poder responderle (ininteligible). Yo le daría sus alas pa' que vuele. (...) A pesar que la quiera. (...) me parece que sería egoísta si la trato de retener. (...) Bueno, ella me dice: "Nunca te voy a dejar, así tengas problemas, vamos a estar siempre juntos" El tiempo lo dirá. (...) Yo pienso que cambia, definitivamente cambia. Uno puede decir: "No, todo, todo era amor, todo era el cariño", pero cambian, cambian completamente también. No sé, es como que de repente, de lo que estabas bien empiezas a..., a darme un poco de trabajo, (ininteligible) y..., y eso no es, este..., yo pienso que cambian, cambian." (Manuel)

Desde una de las perspectivas femeninas, y habiendo sido estructurado el espacio de la pareja a partir de una historia de ausencias físicas y emocionales de la figura del esposo (debido a su desempeño laboral en espacios públicos), el proceso de enfermedad profundizaba la sobrecarga de roles domésticos, productivos y reproductivos para la mujer. Ella continuaba siendo impelida a cumplir con estos mandatos tradicionales de género, a pesar de sus limitaciones físicas a raíz de la enfermedad, profundizándose la vivencia de conflictos (definidos en este caso, casi

como irresolubles) al interno de la relación de pareja. Pero a su vez, las rupturas emocionales consecuentes al conflicto se vivían como reforzadoras del deterioro de la salud, teniendo un efecto multiplicador de las vivencias negativas.

Sin embargo, el impacto de la enfermedad sobre la división tradicional de funciones no siempre resultó vivenciado negativamente. Otras dimensiones apuntaron hacia un proceso de reestructuración positiva del espacio doméstico: la ausencia (física y emocional) temporal de la mujer-madre-esposa podía conducir a una asunción del esposo de funciones integradas como proveedor, sostenedor, y cuidador de la descendencia.

Mi esposo ha aprendido más, ¿no?, porque él era el que llegaba y había que atenderlo. Ahora él ya sabe atender: "No, déjalo". (ininteligible) es mejor que yo en los platos. Y así, ¿no? Y los chicos también cada uno hace lo suyo. O sea, todo ha tenido su... (...)... su lado bueno" (Daisy)

Una de las referencias mayoritariamente expresadas por las mujeres, ubicaba una clara modificación en los patrones de relacionamiento de pareja como consecuencia de los cambios vividos desde el punto de vista emocional, encarnados en altos niveles de depresión, ansiedad e irritabilidad. La pareja, en este sentido, se convertía en depositaria esencial de las principales tensiones actuales.

Las modificaciones corporales también fueron ubicadas por las mujeres como uno de los factores de mayor impacto sobre la dinámica de las relaciones de pareja: una imagen corporal que contradecía la identidad personal, y de alguna manera, se construía como estéticamente inaceptable (también no deseable sexualmente), podía conducir a una vivencia relacional de pareja plagada de tensiones e inseguridades.

Es decir, como hay veces ¿no?, un poquito de desconfianza hasta para mi esposo, como él es joven y ya empecé a sentirme un poco preocupada pues de que de repente al darse cuenta de que estoy así, él pues podría buscar a otra persona más..., más delgada (ríe), o sea, tenía ideas. Yo estaba acomplejada, mi esposo no me decía para no me..., no me sienta mal, aunque él dice me veía ¿no? (Ana)

Pero si bien como hemos visto ya, aparecía toda una diversidad de referencias y sentidos alrededor de la pareja, existía coincidencia en cuanto a su representación como una de las principales fuentes de apoyo en el proceso de enfermedad: fuese ya como acompañante físico y emocional en todos y cada uno de los espacios y procesos vividos (corporales, psíquicos, sociales, etc.), como portero/a o mediador/a en los procesos de interacción entre estas mujeres y varones, y otras personas insertas en sus diferentes espacios de vida (incluidas aquí, familiares, amistades, profesionales de la salud, etc.), o como protector/a en relación a experiencias concretas vividas, orientado a paliar el impacto personal y social de los cambios corporales sufridos a raíz de la enfermedad.

Sobre estas bases, la pareja resultaba construida como el o la acompañante por excelencia durante todo el proceso de enfermedad.

Bien, bonita (referido a la relación de pareja), sí, me comprende bastante, nos ayudamos los dos, él se preocupa porque a veces uno no tiene trabajo seguro, yo soy la asegurada y no es él, entonces me trata de ayudar para yo seguir trabajando por el seguro, él o sea se quiere ir ya hacer viaje para que yo me dedique a mis hijos, para que yo después vaya a quedar bien, en la operación, tantas cosa no, que uno y... O sea ¿no?, me ayuda a lavar, comprar, es una buena persona. (Zulema)

Hasta aquí hemos referido los sentidos básicos acerca del área de las relaciones de pareja, que parecían ser esenciales en el posicionamiento frente al tema de la sexualidad. Recorramos ahora los ejes fundamentales manejados respecto al mismo.

Sexo fallido: entre el derecho y el deber

71

Tanto las mujeres como los hombres participantes en el estudio revelaron una comprensión de la sexualidad en tanto conducta o respuesta, ubicándose la mayoría de las elaboraciones alrededor de la función coital (penetrativa-vaginal), obviamente entre hombre y mujer, como función sexual suprema. En su base, además, se sostenían argumentaciones de carácter esencialista, fisiológico y/o "natural".

Hablar de sexualidad entonces, en modo alguno resultó una abstracción. Desde sus inicios, los sujetos se posicionarían en términos de una sexualidad heterosexual, coital, y al interno de relaciones de pareja estables y monógamas, preferiblemente legitimadas a través del matrimonio. Pero veamos a continuación cuáles fueron las vivencias sexuales concretas expresadas en el marco del proceso de enfermedad.

Aquí nos encontraremos con perfiles de elaboraciones muy consistentes con los encontrados respecto a las relaciones de pareja. En este sentido, para el caso de un pequeño grupo de varones y mujeres, las elaboraciones acerca de la sexualidad podían aparecer con poca profundidad, negando por una parte la vivencia de cambios a raíz del proceso de la enfermedad, pero a la vez evadiendo a toda costa la profundización sobre el tema de la sexualidad.

Las mujeres y varones pertenecientes a este grupo coincidirían con aquellos que brindaron respuestas de similar naturaleza referidas a la relación de pareja: respuestas idílicas, normalizantes, y más bien evasivas; y también con aquellos que "bloquearon" elaboraciones de contenido sexual ante láminas que contenían estructuras sexuales enclavadas.

Una pareja normal. Todo como un esposo, una esposa. La cosa fisiológica que... ¿no?, el hombre con la mujer. (ininteligible). No, yo creo que no porque que ella..., en el sentido que ella me..., ella me quiere bastante, me ama. Igualito. Está demostrando, pues. No, ella se preocupa por mí... Yo no creo, ah, que cambie. Al contrario. (Antonio)

Sin embargo, el grupo mayoritario de varones y mujeres ubicó directamente, como aspecto central en la vivencia de la sexualidad, su afectación a partir del proceso de enfermedad.

El eje central de las elaboraciones de los varones acerca de la sexualidad se encontraba en la definición de este espacio como "no funcionante" (entiéndase, limitada la función eréctil del pene) como consecuencia de la enfermedad, sus manifestaciones, y quizás también como consecuencia del uso de medicamentos paliativos y de control de la enfermedad.

Mire, horita como estoy enfermo, señorita, mi sexualidad no funciona bien. Estoy enfermo no puedo hacer mucho, señorita, porque me duele mucho el pecho, a veces me canso, tengo fatiga, 'toy mal a veces, hay días que amanezco pero mal, señorita, no puedo ni caminar, tengo que estar echa'o, senta'o, cuando duermo, duermo senta'o también, señorita, no puedo echarme porque me falta el aire, me ahogo, me ataca el corazón, tengo que tomar mi pastilla, señorita, pa' que me pase. Si no, no me pasa. (Gonzalo)

Desde estas elaboraciones la sexualidad, y la relación de pareja por extensión, se ubicaban como espacios donde se habían operado cambios de gran profundidad, modificándose con ello los sentidos

alrededor de la naturaleza de la relación de pareja: de tener una connotación eminentemente sexual, podía pasar a adquirir un sentido fraternal, de compañeros de vida, de unidad (probablemente a partir de la unión legal y la presencia de hijos/as comunes) en el enfrentamiento a la vida.

La existencia de dificultades de orden sexual, específicamente en el área genital (sexualidad masculina centrada en la potencia peneana para lograr exitosamente la penetración vaginal), resultaban profundamente significadas a partir de las construcciones tradicionales de masculinidad, cuyas raíces profundas en la falocracia como mandato divino defendida a lo largo de toda la historia del cristianismo han venido a fortalecerse también desde la ciencia. Y el impacto de esta realidad desde el punto de vista personal, sexual y de pareja se integraba para no pocos a una pérdida de la estabilidad económica (a raíz de las limitaciones corporales producidas por la enfermedad), de modo tal que ahora los varones se veían convertidos en no proveedores desde lo sexual, pero también desde lo económico.

Recordemos nuevamente que la totalidad de los varones enfrentaba Diabetes (proceso de enfermedad que, desde sus propias palabras, avanzaba silenciosa e imperceptiblemente) y que la pérdida corporal constituía el elemento por excelencia ubicado como cambio de vida a partir de la enfermedad desde las representaciones masculinas. Era justamente esta (la pérdida corporal) la causa fundamental de limitación laboral.

Pero detengámonos, antes de continuar con el tema de la sexualidad, en las definiciones acerca de la noción "cambio corporal", pues ello nos permitirá comprender mejor el sustrato representacional de los discursos masculino y femenino acerca del cuerpo así como el impacto de sus modificaciones sobre la sexualidad.

Tanto las mujeres como los varones definieron como cambios corporales aquellos que tenían un grado importante de irreversibilidad, que comprometían modificaciones funcionales esenciales, que resultaban visibles y reconocibles para y por los demás (difíciles de encubrir permanentemente) y que, por tanto, cuestionaban aspectos de la identidad corporal, genérica y sanitaria de los sujetos. Resulta claro entonces que aquellos cambios corporales que cumplían con estos criterios resultaban frecuentemente elaborados desde una afectividad intensa, indicando así el alcance de su impacto.

Las elaboraciones discursivas de los sujetos al respecto resultarían coherentes con uno de los aspectos más interesantes encontrados en los dibujos realizados: el manejo gráfico de las diferentes zonas del cuerpo. En este sentido, como hallazgo general, aparecería un retorno reiterado a algunas regiones corporales, que ostentan un carácter eminentemente social justamente por considerarse indispensables en los contactos interpersonales: por ejemplo, la región de la cabeza como centro importante para la localización del propio "yo", centro del poder intelectual y control personal, así como de los impulsos corporales; el área facial como "carta de presentación" en los diferentes contactos sociales, donde aparecen ubicados los órganos básicos mediadores del contacto con el mundo exterior, fundamentalmente, las regiones visual y oral; el cuello, como eslabón esencial entre los impulsos (cuerpo) y el control (cabeza); y la extremidades, esencialmente las manos y los pies, como órganos de contacto ambiental, y de soporte y equilibrio corporal. Esta cualidad gráfica de los dibujos realizados hablaría a favor, una vez más del impacto eminentemente social de los cambios corporales vividos a partir de la enfermedad.

Ahora bien, mujeres y varones refirieron vivir el impacto de los cambios corporales sobre la sexualidad de forma diferente. Para las mujeres los cambios vivenciados desde el punto de vista corporal eran ubicados como uno de los responsables directos de los cambios vividos en el espacio de la sexualidad, a partir de cuánto llegaban a cuestionar los modelos y valores estéticos

hegemónicos. Sin embargo, para los varones, los cambios corporales vividos no se evaluaron como protagonistas necesariamente de la dinámica sexual modificada. La vivencia de la sexualidad más bien se concebía como un resultado directo de la enfermedad, entendida como un proceso interno. Los cambios en la apariencia física producidos por ella (especialmente, la pérdida corporal por amputación) resultaban responsables de las limitaciones sobre el ejercicio laboral que, a su vez, profundizaba el impacto de la enfermedad sobre el terreno sexual. Pero no se construían como directamente impactantes sobre la vivencia de la sexualidad.

Reflexionemos por un momento entonces, debido a su relevancia para los sujetos varones, en lo que los mismos ubicarían como cambio corporal por excelencia y sobre el cual expresaron las más profundas elaboraciones: la pérdida corporal por amputación.

Desde las elaboraciones de los varones estudiados, la pérdida corporal, en primer lugar, se estructuraba como ruptura de la imagen corporal humana, creada a imagen y semejanza de Dios (o bien, a partir de un modelo biológico predeterminado). Resultó interesante aquí la emergencia de contenidos religiosos respecto a las construcciones sobre el cuerpo, a diferencia de las mujeres. Coincido con Peláez Izquierdo en que esta dimensión estructural de la noción cuerpo para los hombres puede constituir una expresión de una de las formas de legitimación ética, religiosa y científica del poder masculino, desde lo político y lo sexual. La cristología y gran parte de las referencias escritas del cristianismo apoyan este argumento (Peláez Izquierdo, 1999).

En segundo lugar, aparecía una definición operativa o funcional corporal definida como disfuncional, que atraía constantemente definiciones en términos de normalidad: la pérdida corporal se estructuraba como experiencia "anormalizante" y, en este sentido, estigmatizante.

Mira, si..., si..., si nacimos o nos crearon, de repente, con todos nuestros miembros, con todos nuestros organismos completos, es porque cada uno de ellos cumplen una función. Y si ya tienes un órgano menos, un miembro menos, como que te parece que (...), con dos piernas caminas. O sea que uno con una pierna no vas a poder caminar ¿no? Y si caminas es con muletas, con lo que sea, o con una pierna ortopédica, (...) ya no se puede correr, ya no..., ya no te sientes seguro de lo que estás haciendo, andas siempre temeroso, cuidándote.
(Manuel)

En tercer lugar, y en relación con todo lo anterior, aparecían construcciones relativas al impacto social de la pérdida: ella se erigía como marcadora de una clara línea divisoria entre personas "completas" e "incompletas" corporalmente, saboteando las posibilidades de funcionar desde una normalidad hegemónica capaz de garantizar la sustentación de posiciones sociales jerárquicas (también, posibilidades de aceptación y reconocimiento) desde los espacios públicos y privados.

Y en cuarto lugar, muy integrado a todo lo anterior, aparecían construcciones que aludían a las definiciones de masculinidad en términos de fortaleza, independencia, carácter activo: la pérdida corporal se convertía en cuestionadora de todo ello, además de limitar las posibilidades de inserción laboral, sentido esencial desde las construcciones tradicionales de masculinidad.

La limitación vivida en términos de desempeño laboral, que generaba una importante limitación económica, podía aparecer no solo como agravante de la realidad sexual (toda vez que se sumaba la imposibilidad de proveer desde lo laboral y lo sexual), sino también como limitante a su vez de las posibilidades de encontrar terapéuticas y paliativos dirigidos a mejorar el espacio sexual (concretamente, en términos de medicación que restaurara o mejorara la capacidad eréctil del pene). De esta manera, se conformaba un círculo cerrado entre la enfermedad y las múltiples modificaciones corporales que generaba, su impacto sobre el espacio laboral en términos de ruptura.

con la consecuente desestructuración de los roles en los espacios público y privado, que se veía también enfatizado por la vivencia de limitantes de índole sexual.

La profundidad de la significación de la pérdida corporal para los sujetos pasaba por su función quebrantadora de la identidad (social, y personal), que asumía como eje esencial los significados estigmatizantes del cambio al ubicar al sujeto dentro de grupos diferenciados y usualmente excluidos desde significados corporales, genéricos y de salud: por ejemplo, "los enfermos", "los diabéticos", "los cojos", "los discapacitados", "los flojos". Como resultado, un quiebre en la "coherencia" de la identidad de los sujetos, disminuyendo su valoración y prestigio social (Goffman E, 1986).

En pocas palabras, la pérdida corporal resultaba vivida simbólicamente en términos de muerte corporal y social.

Yo tengo que estar con mis dos bastones y aparte... Solamente cuando me siento estoy normal ¿no?, que nadie se da cuenta ¿no? de..., salgo a la calle y salgo con mis dos bastones, para poder movilizarme ¿no?, y así pa' venir pa'ca ¿no? Así yo salgo.

Eso es completo como sea, o sea, aunque no haya..., tienes la enfermedad pero completo ¿no? Caminas normal, te vas, sales. Con esto yo no puedo salir solo casi. Así digo..., como digo, solamente senta'o estoy bien ¿no? Bueno, pero ya no más comienza a caminar, ya no, eso, se ríen de eso. (Julián)

Para los varones entonces, el impacto de los cambios experimentados en la vivencia de la sexualidad pasaba por la integración entre los significados atribuidos a la sexualidad masculina (penecéntrica y coital, esencialmente), y las construcciones de una masculinidad que ubicaba al varón en términos de activismo, fortaleza y determinismo, y especialmente abocados a la esfera pública y laboral. La función del pene (su capacidad de erección), como encarnación sexual de estos significados, al percibirse "impotente", echaba por tierra las definiciones esenciales masculinas, cuestionando en sí misma incluso la propia identidad del varón. La potencia sexual, igualada simbólicamente a la autoridad de los hombres sobre las mujeres (Dixon-Mueller, 1999), se constituía entonces en una de las vías de "ataque" directo de la enfermedad al poder masculino, en integración con la vivencia del espacio laboral como limitado.

Elaboraciones discursivas referentes a la pérdida del sentido de la vida no se harían esperar.

Mira, señorita, a mí..., yo me desespero conmigo, me desespero, cuando estoy mal, yo me desespero. Me da ganas de llorar, (ininteligible) por qué Dios me ha castiga'o así, señorita (el sujeto comienza a llorar). Yo nunca me metí con nadie, señorita, pero no sé..., no sé qué me pasó. Ahora estoy mal, señorita, mal me siento y me quiero hasta morir, señorita. Ya no sé, ya mi vida se acabó, señorita. (...) No sé por qué, por qué me ha pasa'o la vida así." (Gonzalo)

En resumen, la sexualidad para la mayoría de los varones entrevistados se construía como un espacio de cambio a raíz del proceso de enfermedad en sí y de las limitaciones laborales como consecuencia de los cambios corporales. La vivencia sexual modificada conducía, a su vez, a la modificación de los patrones de relacionamiento de pareja, integrándose a una reestructuración de roles genéricos considerados degradantes para los sujetos.

Ahora bien, si para los varones las elaboraciones acerca de la sexualidad estaban centradas en la función genital (capacidad eréctil del pene), para el caso de las mujeres los contenidos específicos resultaron mayoritariamente referidos a las variaciones vivenciadas en términos de deseo sexual y su impacto sobre la frecuencia coital.

Para la mayoría de las mujeres, la sexualidad constituía un terreno por excelencia dominado por la inestabilidad en términos de deseo sexual, elaborado como consecuencia de la propia inestabilidad emocional vivenciada. En este sentido, una misma mujer podía experimentar en algunos momentos altos niveles de deseo, vividos desde una necesidad sentida de acercamiento corporal, físico y sexual con la pareja, y en otros, por el contrario, escaso o nulo deseo sexual. Frente a los primeros podían ser utilizadas diversas estrategias de silenciación (a través de baños fríos, el inicio de actividades contrarias al ejercicio sexual, la imposición de pensamientos debilitadores del deseo, etc.), produciéndose casi una batalla campal con el cuerpo, simbólicamente construido como ente personificado que encarna el deseo sexual. El propósito era lograr el dominio de la racionalidad sobre el deseo, la psiquis sobre el cuerpo, para cumplir con la normativa de una sexualidad femenina pasiva, básicamente receptiva y respondiente a un estímulo masculino.

En sentido general, las variaciones en el deseo sexual se convertían en fuente de conflicto allí donde no coincidían con el deseo sexual de la pareja, siempre elaborado en términos de exigencia, demanda e imperativo biológico. La negativa sexual femenina para el varón deseante resultaría intolerable por este.

Así, la sexualidad se podía convertir en terreno de batalla entre un varón que define los momentos de encuentro sexual y una mujer instada a responder a las demandas del esposo, más allá de las cuales no debía existir sexualidad.

Yo al principio era, como le digo yo me trato de (ininteligible) mi mente. Yo siento algo y no doy gusto a mi cuerpo sino me levanto, me baño, bueno..., pero los días que yo no quería él todo lo hacía por complicarme siempre me lo reclamaba, al principio era..., me lo reclamaba bastante seguido pero después yo quería no dejarme. No me he dado cuenta pero si quería estar un poco más cerca de él, para mí era importante y para él era lo contrario. (I: O sea usted le estaba dando más importancia a lo sexual.) (...) Si, sentía mayor deseo, lo que pasa es que no me sentía bien por otra parte, pero bueno me levantaba y hacía otra cosa. (Velma)

Ahora bien, una tercera perspectiva en relación a la sexualidad femenina aparecía caracterizada por una ausencia prácticamente total del deseo sexual; conducente a una disminución en la frecuencia coital, y estructurado como consecuencia de profundos procesos de depresión, relacionados con los cambios corporales vivenciados, y con los criterios estéticos y de identidad reestructurados.

Una vez más, se construía la figura del varón como demandante sexual, activo en el ejercicio de sus derechos sexuales sobre la mujer, a quien le correspondía el deber de responder a las exigencias masculinas, especialmente allí donde los lazos habían resultado legalizados a través del matrimonio. La función fundamental a cumplir por las mujeres al interno del campo de la sexualidad debía ser su disponibilidad incondicional ante las necesidades del esposo. El cumplimiento de este deber se consideraba esencial en el sostenimiento del vínculo matrimonial.

Con el esposo también fue tremendo porque, bueno, Ud. sabe que por mucho que (ininteligible) nunca deja de ser hombre, ¿no? Y..., y yo estaba, pues, como le digo mal, ¿no?, deprimida me sentía muy mal. (...) él como hombre, bueno, pues exigía lo suyo también, ¿no? Y yo no me sentía, pues, esto..., yo me sentía mal como para actuar como una mujer ¿no?, esto..., me sentía mal, me veía mal, trataba de cubrirme. Entonces, fue bien difícil, pero hasta que..., hasta que después lo..., ya lo fuimos superando poco a poco y, como le digo, tuve bastante apoyo porque lo entendió ¿no? En un principio exigía pero después lo llegó a entender, ¿no? (Daisy)

Para otras mujeres, sin embargo, si bien la demanda masculina en sí misma no necesariamente era ubicada como fuente de conflicto, sí lo era el temor a perder a la pareja o a eventos de infidelidad ante la disminución de la frecuencia coital, como resultado de la merma en el deseo. De esta manera, se

podía asumir como estrategia personal la complacencia sexual al varón (a despecho de la presencia o no de deseo sexual) para evitar la búsqueda, por este, de parejas sexuales alternativas. Una vez más, aparecía implícitamente construida la sexualidad masculina como imperativo que, por natural, resultaba inevitable.

No, no tengo ganas ya (referido a la sexualidad). (...) No, estoy cansada y aparte un poco que me inflamo de mis partes, si, no sé por qué será. (...)Tengo que estar haciéndome lavados vaginales, los óvulos tan caros que son cada óvulo, yo a veces trato de complacerlo porque ¿no? porque me da miedo que vaya a buscar a otra por ahí pero no...no él...yo lo conozco a él bastante, a mi esposo, estoy bien segura de él, y estamos ahí como sea con la (...). (Zulema)

Reflexionemos a continuación en una de las razones fundamentales esbozadas por las mujeres como responsables de la disminución del deseo sexual y, en este sentido, de la disminución de la frecuencia coital: esto es, los cambios corporales vivenciados a raíz del proceso de enfermedad.

Dentro de los cambios corporales visibles expresados por parte de las mujeres, podían aparecer aquellos relacionados al cuerpo en su generalidad. Las inestabilidades en el peso corporal (su aumento o su pérdida ostensible) y los cambios vivenciados en la región facial (crecimiento de los huesos frontal, malar y nasales en la acromegalia, acumulación de tejido adiposo particularmente en rostro y nuca en la enfermedad de Cushing y la obesidad, el aumento del volumen del tiroides y el exoftalmos en el hipertiroidismo, etc.) jugaron aquí un rol protagónico. Cuando estos cambios llegaban a un nivel X que conducía a un cuestionamiento, social y personal, acerca de la imagen corporal que formaba parte de la identidad de las mujeres, era cuando comenzaban a estructurarse como síntomas de la presencia de una enfermedad y como problemas en la interacción social. La sexualidad sería uno de los campos por excelencia del impacto de estos cambios.

No, sí me he sentido mal, sí me he sentido mal porque estos cambios son muy difíciles, de que uno era sana a que uno se enferme de la noche a la mañana, el cambio es terrible, es terrible, no, no lo creía, no lo podía creer que yo estaba mal, que yo podía tener esa enfermedad; que podía engordar de esa manera, que podía con esa cara hinchada porque ahora usted me ve no más pues yo todo lo tenía más malo, la cara ¿no?, el cuerpo, no soy la de antes, mi cuerpo..., no soy la de antes, todo ha cambiado. (Zulema)

Profundicemos algo más en cuanto a esta dimensión que obligatoriamente atrae el tema de la imagen y la estética. Fundamentalmente, después de los años 60, un nuevo imaginario del cuerpo toma peso y conquista las prácticas y discursos humanos: la corporalidad ha adquirido una relevancia en tanto carácter revelador de lo que la persona es y lo que ella tiene, es decir, de su identidad. Los cuerpos contemporáneos tienen prerrogativas relacionados con un modelo de lo que resulta "bello": modelo céntrico también, unitario, que ha instaurado un régimen estético sexual y que es profundamente intolerante con las diferencias. Y "la mujer fiel al modelo sexual contemporáneo, del que se la resume inspiradora, no está preocupada por gozar, sino por gustar". (Delgado Ruiz y Nieto, 1991: p. 55).

El cuerpo de la mujer, en el imaginario social, tiene dos funciones principales: la sexual y la reproductiva, pero ha sido sobre todo la primera la que ha modelado las representaciones, normas y exigencias de la imagen y la estética femenina (Baz, 1996). Lo más frecuente es que dichas normas lleguen a contradecir la realidad de la mayoría de las mujeres. Pero centrándonos en grupos de mujeres viviendo con enfermedades que han dejado huellas visibles en su cuerpo, la contradicción llega a ser tan escandalosa que su valor como ser sexual se anula, restringiéndose las posibilidades de éxito social, de pareja, sexual. Ello podría estar explicando, no solo las vivencias sexuales concretas de estas mujeres, sino también, la ausencia de pareja (en aquellas que referían no tener), a partir de una limitación auto impuesta.

La conversión de la sexualidad en un dominio mucho más del deseo que del placer ha conducido a un protagonismo de la estética en este campo, que resulta ser mucho más drástico (aunque no absoluto) para las mujeres, justamente por constituir ellas el objeto de deseo por excelencia.

Por último, los cambios corporales vivenciados en el orden "interno", terminaban por caracterizar el estado de salud de estas mujeres: por ejemplo, aumento de la tensión arterial, decaimiento, agotamiento físico general, trastornos digestivos, mareos, dificultades visuales, cefaleas, entre muchos otros. Todos los cuales tendían a conducir a una elaboración de lo corporal como en estado de crisis, como colapsado por un proceso de enfermedad construido como desconectado del factor hereditario o de estilos de vida no saludables. Procesos de enfermedad sencillamente adquiridos como resultado del destino o el azar, a diferencia de los varones, quienes ubicaban la realidad de la enfermedad como consecuencia de la herencia, la sustentación de estilos de vida no saludables, y/o la expresión de conductas personales y vida en general alejada del camino de Dios.

—
77

Tres cólicos. Pero esa vez me dio ya con dolor de cabeza, exceso de dolor de cabeza. (...) de pronto se me presentó un dolor que me..., que me privó, o sea que me dio un dolor que no me dejaba ni moverme, ni respirar, nada. Que ahí donde me descartan que ya tenía la presión alta, que ya no solamente era una hinchazón así ¿no? el..., el..., el hinchazón ya empezó a..., la rodilla, ya no me dejaba (ininteligible). Ya, ya, o sea, eso ya iba aumentándose, aumentándose. Prácticamente ya mi..., mi..., mi mismo cuerpo ya no era como debe ser, hasta había dificultades en..., para subir, cansancio. (...) O sea, ya un desarreglo total de mi organismo ya. (Ana)

Ahora bien, algunos elementos emergentes respecto a la sexualidad femenina ponían en el tapete el tema de la violencia en general, pero específicamente, la sexual, al interno de la relación de pareja, ello como uno de los mayores "peligros" de la sexualidad femenina (Vance, 1989), y una de las manifestaciones extremas de las construcciones tradicionales sobre la sexualidad masculina y la femenina: la primera como imperativo biológico, como derecho a detentar, y la segunda, como respuesta al estímulo y determinación masculina, como deber a cumplimentar. En este sentido, podía aparecer de forma encarnizada la mujer como objeto al interno de la relación, sobre la cual se ejercía el uso y abuso sexual, en función de la determinación masculina, que aparecía como fiscalizador del cuerpo femenino.

O sea llegamos al extremo de que o sea si él quería comer se comía a esa hora y lo que él quería igualito en la parte sexual ¿no? Si él sentía el deseo entonces tenía que hacer aunque sea tres, cuatro veces al día..., había momentos que lo hacía ¿no? yo no quería y a él no le importaba. Incluso yo había agarrado una cosa y engañarlo ¿no? de decirle: "Oye estoy con la regla..." Entonces se dio cuenta y entonces quería ver todavía a ver si era cierto... ¡imagínate, a ese extremo! (Maura)

Así, asistíamos a la existencia de diversas formas o vías a través de las cuales la sexualidad, más concretamente las relaciones sexuales entre varones y mujeres, se constituían en espacio donde se incorporaban disparidades basadas en el género (Dixon-Mueller, 1999). La sexualidad se erigía en campo perfecto para la manifestación del poder de sometimiento masculino sobre el cuerpo femenino.

No quisiera culminar estas reflexiones sin aludir al hecho de que los varones, desde sus elaboraciones sobre el tema de la sexualidad, se posicionaban frecuentemente desde una unipersonalidad, una focalización casi absoluta sobre la vivencia de su propia función sexual, encamada concretamente en la figura del pene. Sin embargo, para el caso de las mujeres hubo unidad en el hecho de referir siempre a un "otro" como compañero sexual (el esposo, las más de las veces). Así, para los varones, la existencia de un otro sexual ausente nos haría pensar en la construcción de una sexualidad masculina para sí misma. De ahí que el impacto de los cambios en el orden sexual para los varones,

apareciera mediado justamente por los sentidos atribuidos a un falo no potente desde las definiciones más profundas de su propia masculinidad (compartida con muchos otros masculinos, por su carácter tradicional y hegemónico).

Sin embargo, la presencia constante del otro sexual para las mujeres hablaría a favor de una sexualidad femenina que se construye siempre para ese otro masculino. Cuestiones todas que entroncan con las nociones antes referidas de la sexualidad masculina como derecho, y la femenina como deber.

Estas elaboraciones retrotraen a las reflexiones de Simone de Beauvoir respecto a la "unicidad" y "otredad" de los hombres y mujeres, respectivamente, desde las representaciones sociales tradicionales: el hombre como Uno que define a la mujer como Otro, y que para tal función precisa de su sometimiento permanente (De Beauvoir, 1981). La sexualidad, como hemos visto aquí, constituiría uno de sus contextos de expresión.

Como ha sido posible confirmar, el tema relativo a la sexualidad, aún partiendo de un posicionamiento que, por implícito, no dejaba de ser muy claro (sexualidad coital, vaginal-penetrativa y por tanto, heterosexual, al interno de relaciones de pareja conformadas establemente, mucho más, a partir del matrimonio), gozó de una riqueza y una diversidad particulares tanto para las mujeres como para los varones; dejando siempre claramente expuesto la integración del espacio sexual con la recurrencia del tema del cuerpo, las masculinidades y feminidades y la salud.

REFLEXIONES FINALES

Quisiera en este apartado final dedicar un espacio a algunas reflexiones que me parecen importantes a propósito de los resultados anteriormente expuestos.

Como hemos visto, en su mayoría, las mujeres y varones participantes en el estudio revelaron la vivencia de situaciones que los ubicaban en grupos diferentes, entendida la diferencia desde un sentido excluyente y discriminatorio (también autoexcluyente y autodiscriminatorio). Pero, ¿cuáles han sido las bases en la determinación de esta vivencia?

En primer lugar, la experiencia de vida a partir de un diagnóstico de enfermedad crónica. Este hecho por sí solo conduce a la emergencia de nuevas categorías que comienzan a gravitar sobre las identidades de estas mujeres y varones (como personas "no sanas", "enfermas", "diabéticos", "acromegálicas", etc.), las cuales atraen significados asociados a la ineficacia, al fracaso (en sostener un cuerpo fuerte y sano, por ejemplo), al mal funcionamiento corporal (por extensión, también social), y sobre todo, a la exclusión de la hegemonía de la normalidad.

Recordemos que desde las construcciones occidentales acerca de los procesos de salud y enfermedad, estas categorías, más que conformar un sistema o un continuum, constituyen una díada, un par de contrarios, definidas una a partir de la negación de la otra ("salud como ausencia de enfermedad..."). En este sentido, considerando la salud como lo positivo, el bien, la normalidad, la pureza; la enfermedad constituiría lo negativo, el mal, la anormalidad, la contaminación. No olvidemos tampoco los significados concretos que portan los diversos procesos de enfermedad en cada contexto. Aunque develar los significados sociales atribuidos a los mismos no se incluyó como parte del propósito del estudio, estoy convencida de que en su impacto para este grupo de personas, también influyeron de manera importante.

En segundo lugar, otro de los aspectos básicos en la determinación de la experiencia de vida de estas personas se relacionó con las modificaciones corporales visibles, en este caso, a raíz del

propio proceso de enfermedad y de algunos de los procesos terapéuticos, utilizados desde el campo biomédico, para enfrentar sus manifestaciones.

Dichos cambios en el cuerpo, especialmente para las mujeres, significaron la ruptura con la realidad de sentirse parte de una "normalidad" estética, atendiendo a los modelos hegemónicamente aceptados: modelos que privilegian lo bello, lo joven, lo sano y que, aunque contienen un centro de perfección, dan cabida a una diversidad relativa de formas, siempre y cuando mantengan un eje básico concéntrico.

Pero los cambios corporales vividos a raíz de la enfermedad fueron excluyendo, gradual pero consistentemente, a estas mujeres: ahora obesas, famélicas, de rasgos faciales grotescos, con abultamientos visibles, exoftálmicas. El proceso de enfermedad y los cambios provocados desde el punto de vista corporal terminó por excluirlas de la circunferencia de lo estéticamente aceptable, lanzándolas incluso fuera de sus márgenes.

Para los varones, aunque indirectamente es posible vislumbrar también el valor de lo estético, de la imagen corporal en sí en tanto determinante de "normalidades" (¿cómo debe ser una imagen masculina normal?: al menos debe estar completa); el impacto fundamental de los cambios corporales se construía fundamentalmente en relación a cuánto la nueva imagen obstruía el cumplimiento de funciones o mandatos (corporales, sexuales y genéricos) estructurados desde nociones naturales o esencialistas.

Es decir, en relación a cuán cuestionado aparecía el poder masculino, y su expresión en los diversos espacios: en el activismo como rol esencial; en la sustentación de una imagen corporal vigorosa, fuerte y sana; en el cumplimiento de una normativa sexual en la que el varón debe garantizar el poder fálico a través de la capacidad eréctil y fecunda del pene; y en la sustentación del protagonismo en los espacios públicos así como el cumplimiento del rol de proveedor económico en los espacios privados.

Encontrándose limitadas las personas estudiadas para cumplir con los roles tradicionalmente adjudicados, asistimos a la tercera fuente de exclusión para este grupo de personas: esta vez, en razón al género. Para estas mujeres y varones, que sostenían desde el discurso y defendían mayoritariamente ideales genéricos coincidentes con las hegemonías tradicionales basadas en una dualidad esencial (hombre activo-mujer pasiva, mujer/estética – hombre/salud/fortaleza, hombre y mujer como complementos de una unidad que logra su momento cumbre a través de la unión sexual legitimada a través del matrimonio y orientada a garantizar la perpetuación del linaje y la prolongación de sí mismo, etc.); dichos ideales se convertían en excluyentes de sus identidades. Ni desde lo estético, ni desde los roles atribuidos, ni desde el ejercicio de la sexualidad podían ser incluidos siquiera dentro de los márgenes de los círculos concéntricos a los modelos genéricos hegemónicos.

En resumen, las mujeres y varones estudiados vivían procesos integrados de exclusión corporal, genérica y sanitaria, que los ubicaba como entes marginados y estigmatizados desde el punto de vista social. Es preciso aclarar que la persona estigmatizada no solo cuenta con atributos profundamente desacreditantes en la interacción social. Él o ella cuentan también con una "teoría del estigma", una ideología legada por su cultura (e incorporada mucho tiempo antes de haber sido lanzados y clasificados dentro de grupos estigmatizados) que explica su inferioridad o deficiencia y que da cuenta del peligro que representa esa persona para el orden de cosas establecido (Goffman, 1986). Este aprendizaje de tantos años garantiza que muchas de las acciones de marginación comiencen desde la propia persona estigmatizada: ella también vive un proceso de automarginación y autoexclusión, a veces previo a la estigmatización externa, social.

Ahora bien, analicemos la sexualidad como retablo en el que se escenifican las formas concretas de expresión e interconexión del cuerpo, el género y la salud. La sexualidad, además de constituir uno de los marcos concretos de expresión de estos ejes interconectados de exclusión, constituye en sí misma un campo de exclusión a partir de su construcción (tal y como la conocemos hoy) sobre la base de una clasificación y medicalización de las sexualidades diversas. Este proceso no solo ha creado el síntoma, la enfermedad y al enfermo/a; también ha definido a la persona "normal", garantizando así el mecanismo perfecto para perpetuar estos dos campos, opuestos pero necesarios cada uno para la existencia del contrario.

Como hemos visto ya, el "fallo" de las sexualidades de las mujeres y varones estudiados no se ubicó, de forma general, alrededor del cumplimiento del supuesto procreador que define la sexualidad contemporánea (Delgado Ruiz y Nieto, 1991). El fracaso, entonces, no se refiere al fin de la sexualidad, sino a las "formas" concretas de su manifestación, es decir, respecto al cumplimiento de las vías "naturales", "normales" y legitimadas de ejercer la sexualidad. La limitación de la capacidad eréctil del pene, la casi anulación del deseo sexual, las variaciones en el mismo (incluyendo su aumento), la disminución de la frecuencia coital, se han convertido en profundos contestatarios de la sexualidad "normal" para este grupo de mujeres y varones.

Y las respuestas personales a esta contestación, digamos involuntaria, han estado caracterizadas por la vivencia de una culpabilidad privada, de una autocensura, y de un temor profundo a vivir en la vergüenza pública. El silencio y el secreto (también con sus matices) se instauran como una de las respuestas al estigma sexual.

Estigma sexual que, a su vez, cuestiona las identidades de género, pues se supone que ellas funcionan según un "principio de coherencia", en el que el sexo biológico no solo define un grupo de conductas (como masculinas o femeninas) y una orientación sexual (varón-mujer), sino que determina también las formas particulares de ser, sentir y vivir la sexualidad (el hombre como ente activo, la mujer como pasiva, pero siempre receptiva, etc.). La ruptura de la coherencia entre estos niveles, quiebra entonces también unos de los ejes esenciales sobre los cuales se construyen las identidades: el género.

El cuerpo enfermo y modificado, el género incumplido y la sexualidad "fallida" se convierten entonces en las vías esenciales que definen a las mujeres y varones estudiados en personas estigmatizadas. Entendiendo estigma como todo aquello que se considera peligroso o contaminante y, por tanto, que resulta obligado mantener en espacios de no aceptación para garantizar establecer un orden de cosas, superficies de control y espacios de estabilidad (Douglas, 1991). Para garantizar, en fin, un sistema que es justamente su opuesto, y que encarna simbólicamente significados de pureza.

La enfermedad, los cambios corporales que produce, y las normativas sexuales y de género que cuestiona, constituyen finalmente contravenciones, transgresiones de un orden o sistema (simbólicamente puro, "normal"). Pero su función esencial es justamente sostener dicho orden o sistema. La marginación y la construcción de estigmas contribuyen a clarificar y/o fortalecer aún más la "normalidad" corporal, genérica y sexual. De esta manera, señalar la diferencia corporal, sanitaria, genérica y sexual, constituye también una vía de reforzar y asegurar, por contraste, los esquemas "normales" de pensamiento acerca de lo corporal, la salud, el género y la sexualidad. Es decir, de asegurar los límites desde los cuales se construye la identidad "normal".

De ahí, en mi opinión, la profundidad de los impactos para las personas estigmatizadas (ellas ponen en peligro a los demás) pero, además, lo complejo de romper el círculo. Aunque no ha sido el propósito de este trabajo, me parece relevante finalizar exponiendo mi acuerdo con Young en su consideración acerca de que una de las vías para romper este cerco de marginación, violencia y discriminación puede ser a partir de un cambio cultural en el que grupos marginados consigan

desarrollar formas de expresión cultural para redefinir una imagen positiva de ellos mismos, sobre una base conceptual en la que se deje de entender la igualdad con ser idénticos, y la diferencia como oposición, desviación o desvalorización (Young, 2000).

Cuando las diferencias de unos dejen de servir para afianzar el poder y la hegemonía de otros, será posible romper el círculo de la exclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baz, M. (1996). *Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza*. México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, Primera Edición.
- Castelo Elias-Calles, L.; Licea Puig, ME. (2003). Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus. Aspectos etiopatogénicos. En *Revista Cubana de Endocrinología*, 14(2). (Revisado 24 de Junio de 2005). Disponible en: URL: http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_2_03/end07203.htm.
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. T I. Argentina: Ediciones siglo veinte.,
- Delgado Ruiz, M.; Nieto, JA.. Comp. (1991). *La sexualidad en la sociedad contemporánea. Lecturas antropológicas*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Dixon-Mueller, R. (1999). Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva. En Sondra Zeidenstein y Kirsteen Moore (eds.). *Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar*, 157-181. Santiago: The Population Council. Traducido y producido en español por ICIMER...
- Douglas, M. (1991). *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Segunda edición aumentada. Madrid: Siglo veintiuno editores, SA.,
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores..
- Grau Ábalo, JA.; Llantá Abreu, MC.; Chacón Roger, M.; Fleites González, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. En *Revista Cubana de Oncología*, 15(1):49-65.
- Greendale, GA.; Petersen, L.; Zibecchi, L.; Ganz, PA. (2001). Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause Summerly* 8(2): 111-9.
- Hopwood, P.; Lee, A.; Shenton, A.; Baidam, A.; Brain, A.; Lalloo, F.; Evans, G.; Howell, A. (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing ('prophylactic') mastectomy: mental health and body image outcomes. En *Psychooncology*, Nov-Dec; 9(6):462-72.
- Huñis, AP.; et al. (1997). Comportamiento sexual en pacientes con cáncer bajo tratamiento oncológico. En *Revista de la Asociación Médica Argentina*; 110(4). (Revisado 3 de febrero de 2002). Disponible en: URL: <http://www.coba.org.ar/esp/inve.htm>
- Peláez Izquierdo, MJ. (1999). *Hacia una escenografía del cuerpo y del género en la dramaturgia anglo-americana*. Tesis Doctoral. Departamento de Filología Inglesa, Universidad Complutense de Madrid.
- Sáez Vallés, V. (1993). Abordaje clínico de las minusvalías físicas. Estándares de Intervención Psicoterapéutica. Comunicación al II Congreso de Psicología de Aragón. (Revisado 3 de Junio de 2003). Disponible en: URL: <http://www.ataxias.com.ar/psicologia/xpsc11.htm>
- Schover, LR. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. En *CA A Cancer Journal for Clinicians*, Mar-Apr; 41(2):112-20.

Vance, CS. (1989). El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad. En Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina (selección de textos). Madrid: Editorial Revolución S.A.

Wilmoth, MC.; Sanders, L.D. (2001). Accept Me for Myself: African American Women's Issues After Breast Cancer. En *Oncology Nursing Forum*, Jun; 28(5):875-9.

Young, I. (2000). La justicia y la política de la diferencia. Madrid: Ediciones Cátedra.

Salud reproductiva en contextos culturales diversos

Significados del embarazo y la maternidad en la construcción de la identidad de las adolescentes en contextos de pobreza urbana

Inés Verónica Bustamante

85

Diversos estudios epidemiológicos han hallado que el embarazo en la adolescencia especialmente en menores de 15 años se asocia con un mayor riesgo de mortalidad materna, mortalidad neonatal, prematuridad y bajo peso al nacer (Conde-Agudelo y et al., 2005; Donoso y et al, 2003; Ferreira y et al, 2003). Además, el embarazo tiende a interferir con las expectativas y actividades de las adolescentes. Las adolescentes madres tienen menor probabilidad que sus coetáneas que no se embarazan en lograr un nivel educativo alto y tienden a ser más pobres que sus pares (Ferrando y et al., 1989). Según, la OPS (1992) la posibilidad de pobreza es siete veces mayor para las adolescentes que tienen un hijo que para aquellas que no se embarazaron.

En el Perú, según el INEI (2004), el 11% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad son madres y el 2% en ese rango de edad están gestando por primera vez. Diversos estudios encuentran una fuerte asociación entre el embarazo a esta edad con el nivel socio-económico bajo (Vega Centeno, 1994; Russell, 1994; OPS, 1992; Saez, 1992; Ferrando 1989), con necesidades básicas insatisfechas (Censo PROPOLI – INEI, 2005) con bajos niveles educativos y con zonas de residencia rurales (ENDES, 2004).

Se han realizado múltiples estudios epidemiológicos y cualitativos sobre las posibles causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia. No obstante, son limitados los estudios sobre la maternidad como rol social y su valoración en la construcción de las identidades de las adolescentes embarazadas en un contexto de pobreza.

Según, Merrick (1995), la maternidad temprana puede ser vista como la mejor alternativa en un entorno que ofrece pocas opciones. Atkin, Ehrenfeld y Pick de Weiss (1993) señalan:

"...que no existe información fidedigna sobre el papel que desempeñan las expectativas de la maternidad y la falta de alternativas sobre el embarazo y su aceptación. ¿Hasta qué grado se sobrevalora el papel materno hasta convertirlo en el eje del desarrollo del concepto y valoración de sí misma y qué relación tiene este proceso con el embarazo?"

En un contexto socio-económico bajo en que las oportunidades de desarrollo son limitadas para las mujeres y donde se valora la maternidad, es importante conocer los significados que otorgan las adolescentes de 15 a 19 años a sí mismas, al embarazo y a la maternidad en la construcción de sus identidades.

La presente investigación utiliza como marco conceptual la teoría del Interaccionismo Simbólico, que plantea que las personas actúan hacia las cosas u objetos, es decir, a lo que uno se puede referir en base a los significados que tienen para ellas. Estos significados ocurren en la interacción y son utilizados y modificados a través de la interpretación. El embarazo, la maternidad, la identidad, la sexualidad implican significados que se construyen y son interpretados por los individuos en la interacción social (Blumer, 1969). Las personas adoptan activamente las actitudes sociales organizadas del grupo social al que pertenecen y actúan de acuerdo a estas. Según, Mead (1934) la comunidad organizada proporciona al individuo su unidad como persona, la cual está relacionada a su identidad.

Se entiende por identidad en este estudio a un constructo histórico, cultural y psicosocial, que es la narrativa acerca de uno mismo, que se construye en la interacción con los otros por lo que presenta un carácter relacional. Es decir, tenemos conciencia de nuestra identidad en la medida que existe el otro (Fay, 1996).

Esta narrativa implica el sentimiento de mismidad y continuidad a través del tiempo (Erikson). Aspectos constitutivos de la identidad son la conciencia reflexiva, el carácter interpersonal del sí mismo y la capacidad de hacer elecciones y actuar (Baumeister, 1998).

En la construcción de las identidades de las mujeres, la maternidad es importante. Chodorow (1978) afirma que el rol de la maternidad en la mujer ha ganado significado psicológico e ideológico y define la vida de las mujeres. Las mujeres en nuestra sociedad son definidas primeramente como esposas y madres, en relaciones particulares con alguien, mientras que los varones son definidos en términos ocupacionales.

La maternidad es idealizada por muchas adolescentes y puede significar prestigio social, status adulto y la búsqueda de identidad (Berglund y et al, 1997; Merrick, 1995; Atkin, 1989); mientras que las posibilidades de realización personal, de seguir una carrera y realizarse a través del trabajo pueden ser percibidas como escasas por las adolescentes de sector socio-económico bajo (Berglund y et al, 1997).

Stern (1994) elabora una clasificación según contextos y plantea la hipótesis que el embarazo en sectores urbano-marginales puede ser parte de la normatividad social, es decir, que no es estigmatizado, y que puede significar una salida a la falta de oportunidades para las mujeres en un entorno de inequidad de género y de pobreza. En este contexto de valoración de la maternidad y de pocas oportunidades, el embarazo puede constituir para las adolescentes una manera de darle sentido a su existencia, es decir, en eje de su identidad.

En este contexto socio-cultural y económico en el que la incidencia de embarazos en la adolescencia es creciente, es de suma importancia conocer los significados que otorgan las adolescentes embarazadas y no embarazadas, y los otros significativos (familia, pares) según las adolescentes, a la sexualidad, al embarazo, a la maternidad en la construcción de sus identidades en la interacción social.

El presente estudio tuvo como objetivo: conocer, analizar y comprender si el embarazo en las adolescentes de 15 a 19 años de edad, de nivel socio-económico bajo, residentes en Lima, significa una forma de construir su identidad. Se trató de conocer los significados que las adolescentes embarazadas y no embarazadas otorgan a sí mismas, a la sexualidad, al embarazo y a la maternidad en la construcción de sus identidades. Partimos de la hipótesis que el embarazo y la maternidad en la adolescencia pueden constituirse en fuente de sentido de identidad en un contexto socio-cultural de escasas oportunidades en el que la maternidad es valorada y es un elemento central en la definición del ser mujer.

METODOLOGÍA

Este estudio se basó en una aproximación cualitativa, con un enfoque constructivista para el análisis y utilizó entrevistas a profundidad y grupos focales.

El grupo de estudio estuvo conformado por 41 adolescentes embarazadas y 33 no embarazadas entre 15 a 19 años de edad, con un grado de instrucción entre tercero y quinto de secundaria, casi todas solteras, de nivel socio-económico bajo, nacidas en su mayoría en la ciudad de Lima; o que residían por lo menos cinco años en esta ciudad. Las adolescentes provenían de los distritos de Rimac, San Martín de Porres, San Juan de Lurigancho, Comas, Cercado, Independencia y en una minoría provenían de Villa María del Triunfo, Villa El Salvador y Ate Vitarte. Se tomó contacto con ellas cuando acudieron al Servicio diferenciado para adolescentes del Instituto Materno Perinatal (IMP), al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), al Servicio para adolescentes del Hospital Loayza y al Centro de Salud Piedra Lisa de San Juan de Lurigancho.

Las entrevistas a profundidad tuvieron por finalidad recoger información de la narrativa personal de las adolescentes. Los grupos focales buscaron recoger los significados compartidos social y culturalmente por las adolescentes. Asimismo, se empleó una encuesta socio-demográfica, que tenía por objetivo discriminar a las adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio. Las guías de entrevista y grupos focales fueron validadas con adolescentes de similares características para garantizar su comprensión y comunicabilidad y así poder recolectar información relevante y a profundidad.

Procedimientos para la recolección de la información

Se solicitó la participación de las adolescentes que acudieron a servicios de salud con atención diferenciada para adolescentes, a través del proceso de asentimiento o consentimiento informado según la edad de la adolescente. Asimismo, se solicitó la autorización de los padres o tutores que acudieron al servicio. Luego, se solicitaba a la adolescente llenar una ficha socio-demográfica para ser entrevistada ó para que participara en un grupo focal, en el caso que cumpliera con los criterios de inclusión.

Se realizaron primero las entrevistas a 15 adolescentes embarazadas y a 9 sexualmente activas. Luego de finalizarse la fase de las entrevista, se realizaron ocho grupos focales, diferenciados por edad (15 a 16 años y 17 a 19 años de edad) y según estatus reproductivo (embarazadas y no embarazadas). En la conformación de los grupos focales se tomó la decisión de incluir como participantes a las adolescentes que manifestaron no ser sexualmente activas debido al tabú que significa el reconocimiento de la actividad sexual y a que la sexualidad implica significados culturales compartidos socialmente, es decir, normas sociales, guiones que guían la conducta sexual.

Asimismo, se brindó información o apoyo emocional a las adolescentes que lo requerían y también se realizaron derivaciones a los profesionales del servicio para garantizar en todo momento el bienestar de las adolescentes.

Análisis de la información

La información recolectada de las entrevistas y grupos focales fue grabada y transcrita salvaguardándose el principio de confidencialidad. Primero, se codificó cada entrevista y grupo focal en base a las categorías de análisis planteadas en el estudio así como a partir de los códigos que surgieron en este proceso. Luego, se ingresó el material codificado utilizándose el software ATLAS.ti.

El análisis se realizó en base a las repeticiones, semejanzas, diferencias y aspectos que llamaban la atención, buscando comprender en todo momento las relaciones existentes entre el embarazo, la maternidad y la construcción de la identidad a la luz del marco teórico.

Categorías de análisis utilizadas

Identidad: se indagó por los aspectos que las definen a sí mismas, proyectos de sí mismas, y sobre los significados y expectativas de los otros en relación a ellas mismas y a sus proyectos, según las adolescentes.

Embarazo: se exploró sobre los significados del embarazo, las razones, consecuencias, el ciclo vital, los significados del embarazo de los otros según las adolescentes.

Maternidad: Se exploró el rol materno y otros roles asumidos por las mujeres, significados de la maternidad, roles que jugaba de niña y que se proyecta en el futuro, valoración de la maternidad, valoración de la familia y grupo de referencia sobre la maternidad.

Sexualidad: Los significados y vivencias del enamoramiento, de las relaciones sexuales coitales y de los otros significativos en la interacción familiar.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La identidad: ser uno mismo a través del tiempo

Las adolescentes de 15 a 19 años de edad tanto embarazadas como no embarazadas mencionan que se diferencian de los otros por la personalidad a la que definen como forma de ser, por el carácter que es la manera de expresión de las características individuales en la interacción social y por la forma de pensar, sentir y por los valores que tienen.

No todas las personas son iguales, tiene mucho que ver con la personalidad de una persona, cómo uno piense, cómo uno siente... No es el nombre porque nos podemos llamar igual, cómo tú eres es lo que te hace diferente (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años).

Al referirse a ellas mismas tanto las adolescentes embarazadas como las no embarazadas manifiestan que son sujetos o actores de su propio devenir histórico. Se reconocen como individuos que se forman activamente desde la niñez, aunque otorgan un peso muy importante en la definición de ellas mismas a la adolescencia, lo cual coincide con las teorías psicológicas de los años 60 que otorgaban un peso muy importante a esta etapa del ciclo vital en el desarrollo de una persona.

O sea, nosotros como personas nos vamos formando desde la niñez. Es parte de ser como somos, tiene que ver con nuestra forma de pensar, nuestra forma de sentir, de expresarnos, con nuestras virtudes, defectos y con nuestros valores, ¿no? A la medida que vamos creciendo, ya nosotros buscamos la sociedad y también como que algo influye en nuestra forma de ser (Informante de grupo focal de adolescentes no embarazadas de 15 a 16 años).

En la adolescencia creo que la persona se define cómo es, cómo se va a desarrollar, cuál es su forma de pensar, o sea es la base de la persona (Informante de grupo focal de adolescentes no embarazadas de 15 a 16 años).

Las adolescentes embarazadas y no embarazadas otorgan un rol muy importante a la familia en lo que ellas son y serán y reconocen también a los otros, tales como los amigos, el colegio y la sociedad en su conjunto como una entidad con la que interactúan.

La familia para uno se forma, depende cómo es la familia en realidad, para que uno se vaya formando... Depende qué líos tienes en casa, cómo te tratan. Si en tu casa te tratan con golpes, tu así eres. Si te tratan con mucho cariño, pucha tu eres un pan. Depende cómo te tratan y cómo te formes en tu hogar para que seas como persona... es una de las partes principales para formar tu personalidad y depende de ellos como te conduzcas de allí en adelante...son la raíz (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años).

A pesar que las adolescentes reconocen la importancia de los otros en lo que son, tienden a reflexionar acerca de sí mismas como sujetos independientes de la interacción social: "Una misma se hace" (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años), conciencia

que implica una gran responsabilidad en lo que serán, es decir, en lo que será la narrativa acerca de sí misma en el futuro.

Se observa siguiendo a Fay (1996) que prima en la identidad de estas adolescentes una perspectiva individualista, la presencia del otro en la "formación de sí mismas" se va diluyendo conforme van creciendo.

La identidad: los sentimientos y la familia

La identidad entendida como la narrativa acerca de uno mismo implica definiciones y juicios acerca de uno, que no sólo incluyen características o atributos personales si no también procesos afectivos, los sentimientos juegan un rol muy importante en la definición de uno mismo y en el tipo de interacciones que establecemos con los demás.

En la historia de las adolescentes se evidencian relatos donde los sentimientos tienen un rol primordial en la interacción con otros y en la definición de sí mismas. Se observan sentimientos de abandono de la familia y soledad sobre todo en adolescentes embarazadas; sentimientos de vergüenza en la interacción con docentes; miedo frente al futuro y a afrontar la realidad en algunas adolescentes no embarazadas; cólera y odio en la relación con la madre en una adolescente no embarazada que sufría constante maltrato por parte de ella; entre otros relatos.

Las adolescentes embarazadas manifiestan una historia de abandono del padre y/o de la madre. El padre y/o padrastro que dejó el hogar, la madre que se dedica al trabajo. En ocasiones ambos padres están presentes, pero en la interacción con su hija están ausentes afectivamente por conflictos conyugales y/o problemas económicos.

Mayormente crecí sola sin mi papá, solamente con mi mamá... casualmente mi mamá nos quiso dar un hogar, pero no lo pudo porque mi padrastro se buscó otra chica más joven se separó de mi mamá y todo se fue abajo, más bien se quedó con dos hijos con más carga, más gasto, mi mamá no trabajaría, si mi papá estuviera siquiera para mantenernos (Adolescente embarazada de 16 años).

Yo no podía contar con mi familia, tenía problemas, no se puede vivir así, tenía en mi mente, era irme de mi casa. Si algo quería contar a alguien, tenía que buscar, o sea una profesora, una amiga o un amigo, o sea con mi papá, mis tíos, ni con nadie podía tener confianza. (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 15 a 16 años).

... yo no tuve un hogar tranquilo, no estuve ahí jugando con mis amigas, como se dice en mi casa, nada de eso, más bien trabajaba salía temprano con mi mamá. (Adolescente embarazada de 16 años).

El abandono de los padres, ya sea porque se fueron de la casa o por el trabajo, es una constante que se observa en la mayoría de las adolescentes embarazadas, lo cual genera en ellas sentimientos de minusvalía, inseguridad y la urgente necesidad de ser queridas por alguien; pasando a un segundo plano sus metas de progreso.

Asimismo, algunas adolescentes embarazadas manifiestan que su familia es muy estricta, señalan la falta de confianza de sus padres, interpretan que ellos ejercen un control excesivo, que no les dan libertad de actuar. En algunos casos este control puede llegar al maltrato físico y emocional, sobre todo cuando el padre evidencia el temor que su hija no cumpla con el mandato social de ser "una chica de su casa", que no tiene relaciones sexuales coitales.

...no sé es que mi papá y mi mamá siempre me tenían en la casa, y me tenían muy cuidada; no quería que salga a ningún sitio, y a veces yo quería salir con él para distraerme, o sea mucho me tenían presionada, si yo hubiera estado más libre.. (Adolescente embarazada de 17 años).

El excesivo control de los padres, que manifiestan algunas de las adolescentes embarazadas, implica desconfianza en la interacción con sus hijas, lo cual lejos de fomentar seguridad y autonomía en ellas, genera oposición y el deseo de salir de casa.

Las adolescentes no embarazadas en su mayoría sienten el "apoyo moral" de su padre y/o madre. No obstante, algunas adolescentes no embarazadas también manifiestan problemas en sus hogares.

Mi familia es bien unida y eso es lo que me gusta. (Adolescente no embarazada de 18 años).

... no más ellos gritaban, o sea gritaban porque no había plata... ellos discuten mucho por la infidelidad de los dos. (Adolescente no embarazada de 18 años).

En la interacción familiar, la sensación de seguridad y afecto que pueden brindar los padres a las adolescentes es fundamental para la construcción de sus identidades. En la medida que las adolescentes hayan satisfecho sus necesidades afectivas de seguridad y pertenencia, pueden alcanzar autonomía y proyectarse hacia el logro de metas ocupacionales.

Las adolescentes necesitan del afecto de su familia y de normas claras y funcionales, que progresivamente fomenten en ellas grados de autonomía, que les permita un ejercicio responsable de sus deberes y derechos y que les otorgue confianza en sí mismas, en su valía y en sus capacidades para el logro de sus metas.

Quién ser y quién no ser

La perspectiva de la identidad en su dimensión histórica es la más apropiada para aproximarse a las aspiraciones de las adolescentes en relación a una ocupación. El deseo de realizar una determinada ocupación tiene su origen en la niñez y su realización continua a lo largo de la vida; se relaciona con el despliegue de la identidad en el tiempo.

Las adolescentes tanto embarazadas como no embarazadas querían ser desde niñas, en su mayoría profesionales, querían ser médica, obstetrix, enfermera u abogada. Otras querían ser secretarias, modelos, aeromozas. Priman las carreras femeninas que implican el atender a un otro y/o mostrar el ideal de belleza femenina.

Primero quería ser, este, tenía tantas cosas para ser, quería ser profesora, después tantas cosas; quería ser bailarina, después abogada (Adolescente embarazada de 17 años).

Doctora, toda mi vida he querido ser doctora, desde que tengo uso de razón. Si mamá, que yo voy a curar a los enfermos, que yo voy a curarte a ti cuando estés mal. (Adolescente embarazada de 19 años).

Para ellas ser algo en la vida es ser profesional, lo que implica noción de progreso, ser mejor que el padre o la madre, la posibilidad de ser lo que el padre o la madre no pudieron ser o el ser mejor que el resto de las adolescentes del barrio y de la familia extensa. Ser algo en la vida implica ascenso social.

No ser uno más de la sociedad, o sea uno más del montón, el que no sabe nada, ser profesional para superar, para ser mejor que los padres, para ver por uno mismo (Informante de grupo focal de adolescentes no embarazadas de 15 a 16 años).

Ser profesional se asocia a la noción de progreso y se fundamenta en el discurso social (el otro generalizado) de hace unas décadas que versaba: "El que estudia triunfa".

91

Estos hallazgos coinciden con los resultados encontrados por Twanama (1993) en un estudio que realizó con jóvenes entre 15 y 25 años, mayoritariamente varones que residían en zonas populares y que asistían a Institutos Superiores Tecnológicos. La investigación halló que para los jóvenes encuestados: "... el éxito está en lograr ser profesional o detentar una alta posición, pero el camino es de los estudios y el trabajo".

Asimismo, el ser profesional significa la posibilidad de "no depender de un hombre" y que "no te meta la mano", es decir, el ser independiente y no tener que tolerar el maltrato o violencia doméstica.

"Ser algo en la vida para defenderse" de la exclusión social y económica y del posible maltrato y/o abandono del varón es un asunto individual. No se menciona con énfasis las condiciones sociales y económicas como aspectos fundamentales en el logro de lo que uno quiere ser. Se asume como responsabilidad propia quién es uno y quién va a ser, a pesar que en la decisión, preparación y realización de una ocupación intervienen no solo aspectos personales sino también factores familiares, económicos, sociales y culturales.

..Tienes que poner mucho de ti, porque no te vas a dejar, si quieres algo, tienes que lograrlo, tienes que tener mucho apoyo, pero cuando no tienes apoyo y te quedas sola..tú lo puedes lograr todo, tú tienes que tener fé en ti mismo y si tu lo logras, seguir adelante. (Adolescente no embarazada de 16 años).

Uno depende de uno misma. Si uno quiere estudiar, estudia, uno desde pequeña, va criando, quiere ser algo en la vida o quiero ser como mi tía o quiere tal cosa. Uno tiene que nacer de uno misma, por más que tu situación económica sea tan baja, pero sí de ti nace depende de ti, todo de ti. (Informante de grupo focal de adolescentes no embarazadas de 17 a 19 años de edad).

Según las adolescentes embarazadas, para "ser algo en la vida" uno tiene que estudiar, trabajar, implica responsabilidad y esmerarse, no ir por el "mal camino", el de la diversión. Las adolescentes presentan un otro generalizado (las actitudes organizadas de su comunidad internalizadas y recreadas) que resalta el valor del esfuerzo y de la moderación en lo que al entretenimiento se refiere.

La fuerza de voluntad que manifiestan las adolescentes como característica esencial para ser alguien en la vida es importante para vencer los obstáculos económicos, pero también para no ceder a las tentaciones del enamorado, es decir, para no perder "objetividad", para no descuidar los estudios por la pareja o por un embarazo.

En la reflexión de quién ser o quién no ser existe la interpretación que uno puede ser lo que quiere ser, que es responsabilidad individual, que depende del "saber elegir" y de la fortaleza de cada uno a pesar que esto no necesariamente ocurre en la realidad y muchas adolescentes trabajan sin posibilidades de estudiar.

La responsabilidad individual en el logro de las metas ocupacionales también fue uno de los hallazgos de Twanama (1993) en el estudio que realizó con jóvenes, en el que encontró que para ellos el éxito depende del estudio y trabajo, que implican a su vez esfuerzo y confianza en uno mismo.

Algunas de las niñas que querían ser profesionales y ahora son adolescentes, están en secundaria, otras estudian carreras técnicas y otras están viendo cómo "acomodarse" a sus posibilidades. Existe un proceso de negociación consigo mismas en la interacción con otros, en el que se cruzan las expectativas de los padres y lo que quieren ser con las posibilidades económicas y personales.

Según las adolescentes, los padres en la interacción con sus hijas resaltan la importancia de ser profesional para "no sufrir en la vida", es decir, para "defenderse" de la exclusión social y violencia doméstica. Los padres presentan la expectativa que sus hijas progresen y sean independientes económicamente del varón. Sin embargo, sobre todo las madres, a través del juego, alimentan el sueño en sus hijas de ser madres y de atender al esposo, es decir, refuerzan las relaciones de dependencia del varón y los roles que implican el cuidado de otros. Juegos como las muñecas, la cocinita, entre otros, recrean el cuidado de los hijos, de la pareja y el amor romántico.

Además, las madres al no ser profesionales e independientes no muestran la actuación de este rol y por ende los atributos que el rol implica en la definición de ellas mismas. En este sentido, cabe resaltar la ausencia de modelos identificatorios que enseñen la actuación del rol de ser autónomas a través de la realización de una ocupación y los atributos personales que éste implica en la narrativa de la persona que actúa el rol, es decir, en la construcción de su identidad.

Según, Schust y et al., 1999: "los niños y los adolescentes quedan apesados en exigencias contradictorias: entre los mandatos sociales de éxito y la ausencia de modelos que señalen un camino,.... y la carencia de redes identificatorias que contengan."

A través de la socialización, se enseña a las adolescentes cómo ser madres y esposas, pero no se enfatiza el cómo ser profesional, el cómo desempeñarse en una carrera técnica, o el cómo ser independiente económicamente.

Es así que en la construcción de las identidades de las adolescentes siguen primando los componentes afectivos sobre los vocacionales, a pesar de la importancia que estas otorgan al ser profesional para "defenderse en la vida". Es decir, es más importante el cuidar lazos afectivos que la realización profesional a través de una carrera. Lo cual coincide con varios modelos teóricos (Chodorow, 1978; Erikson, 1974) que afirman la importancia de las relaciones interpersonales en la construcción de las identidades de las mujeres y la preponderancia de los factores ideológicos y vocacionales en la construcción de las identidades de los varones. Por su parte, Buitrón (2003) halló que las madres adolescentes, en un contexto de pobreza, otorgan mayor importancia y valoración al rol materno por las pocas oportunidades laborales y de reconocimiento del trabajo realizado por las mujeres. Fuller (2005) también señala que la maternidad en la adolescencia en un contexto de escasas posibilidades laborales puede constituirse en una fuente de reconocimiento social para las adolescentes.

No obstante, se observa en algunas de las adolescentes no embarazadas el esfuerzo por estudiar una carrera. Se evidencia tensión entre el ser profesionales o ser algo a través de una actividad productiva que otorgue sentido y satisfacción a sus vidas versus el deseo de ser madres y esposas "más adelante", hecho que puede adelantarse si la adolescente se enamora y no tiene autonomía en el ejercicio de su sexualidad.

Como dice mi mamá: al final conoces todo, porque primero tienes que terminar todo lo que tú quieres, total encontré antes a la persona, ahora cambio, no cambio en todo, pensamos primero terminar nuestros estudios, tener un trabajo fijo, como dice, casamos, tener nuestra propia casa, tener lo que nuestros padres no han tenido. (Adolescente no embarazada de 16 años).

Cabe señalar que las adolescentes no embarazadas que usan métodos anticonceptivos, señalan como prioridad el estudiar. Algunas trabajan para poder solventar sus estudios. La pareja es importante, pero más importante son sus estudios. No obstante, muchas de ellas manifiestan que les encantan los bebés, pero que más adelante serán madres cuando puedan mantener a un hijo.

93

...si tú quieres hacer algo y tu enamorado no lo quiere, chau, tienes la puerta abierta, ve, nadie te agarra, por lo menos yo soy así. (Adolescente no embarazada de 17 años).

Para estudiar una carrera aunque sea corta son importantes las expectativas y el apoyo moral de los padres en el caso que no haya posibilidades económicas, aunque el factor económico es relevante. Es fundamental que la prioridad de la adolescente sea estudiar y en un segundo plano se encuentre la relación con el enamorado, es decir, que sus necesidades afectivas hayan sido satisfechas por su familia.

En relación a la hipótesis planteada en esta investigación, se evidencia que tanto para las adolescentes embarazadas como para las no embarazadas las expectativas de progreso son importantes. Sin embargo, las adolescentes no embarazadas que usan métodos anticonceptivos son las que tienen un mayor control sobre el logro de sus metas, al considerar la relación con su enamorado importante, pero no imprescindible. Para ellas el estudiar o ser alguien a través de una actividad productiva y el ejercicio de su autonomía son fundamentales en la construcción de sus identidades.

Los resultados hallados en la presente investigación señalan que las expectativas de "ser algo en la vida" son compartidas por las adolescentes embarazadas y no embarazadas. El embarazo no es una opción frente a la ausencia de oportunidades, sino que este evento ocurre por la falta de autonomía de las mujeres en relación a su proyecto de vida y al ejercicio de su sexualidad. Es así que se halló que la mayoría de adolescentes embarazadas no utilizaron métodos anticonceptivos modernos y un buen grupo ni siquiera métodos tradicionales. La razón principal que daban era: "él decía que se cuidaba". No obstante, no existía la confianza suficiente para hablar del tema con la pareja, sentían vergüenza en la interacción con él probablemente porque era una relación asimétrica, en la que el enamorado tenía mayor poder por ser varón y por haber tenido relaciones sexuales coitales con ella. Además, existía el temor que la madre se enterará ya sea directamente en la interacción con ella o indirectamente por los comentarios del barrio.

... me daba vergüenza ir a la farmacia a comprar o él que vaya, porque como mayormente por allí la conocen a mi mamá, y él va a salir a comprar y yo voy a ir a comprar, le van a decir a mi mamá, ya pues... (Adolescente embarazada de 15 años).

En síntesis, en su mayoría, tanto las adolescentes embarazadas como no embarazadas desde niñas desarrollan sus expectativas vocacionales más allá de la reproducción y del cuidado de otros. Sin embargo, carecen de modelos que les indiquen cómo "ser algo en la vida" a través de una ocupación en un contexto de escasos recursos económicos.

En este sentido, los programas de prevención del embarazo en adolescentes no solo deben centrarse en la construcción de expectativas y planes de desarrollo ocupacional; sino en el proveer modelos alternativos, valorados socialmente, que les indiquen a las adolescentes el cómo "ser algo" a través de una ocupación. Es decir, modelos atractivos social y afectivamente que actúen el rol y presenten los atributos que este implica en la definición de ellas mismas.

Significados de la maternidad

En la construcción de las identidades de las adolescentes embarazadas y no embarazadas los significados que estas otorgan a la maternidad son importantes para entender las definiciones acerca de sí mismas y de lo que serán, así como las interacciones con sus padres y con la pareja. Para las adolescentes embarazadas el ser mujer implica el cuidar hijos y esposo. Aunque a veces hay mujeres que trabajan, pero también cuidan a los hijos. En términos ideales ser mujer significa el "valerse por sí misma" y "no depender de un hombre". Nuevamente, la autonomía de la mujer se plantea en un plano ideal y no fáctico dada la ausencia de modelos que indiquen el camino. Para las adolescentes no embarazadas ser mujer es "valerse por sí misma", "saber defenderse" "hacerse respetar" versus "casarse" y el "cuidar hijos" en un tiempo futuro.

En la construcción de las identidades de las adolescentes que participaron en el estudio, coexisten dos discursos respecto al ser mujer: la que asume los roles de madre y esposa, y la que es independiente de un varón, que se vale por sí misma y que aspira a la igualdad de estatus social y económico en la interacción social.

No obstante, a pesar de la coexistencia de ambos discursos; las adolescentes manifiestan que la maternidad es el "sueño de toda mujer desde la niñez". La dimensión temporal y el patrón del ciclo vital son importantes para entender los significados otorgados a la maternidad. Se espera en términos sociales que las adolescentes estudien, trabajen y luego se casen (Zabin y Hayward, 1993). Este patrón tiene más relevancia en la construcción de las identidades de las adolescentes no embarazadas que usan métodos anticonceptivos probablemente porque es importante para ellas primero el tener una carrera y trabajar para tener "dónde agarrarse" (Adolescente no embarazada, 17 años).

... ser madre siempre ha sido me imagino que la ilusión de toda mujer. De algún día ser madre porque me supongo que todas deben soñar con eso. Que con el tiempo ya son mayores, ya trabajan, ya tienen su esposo,....pensar en qué tiempo más o menos tenerlo, si tienes las condiciones de mantenerlo... hay que tener dinero, trabajar. (Adolescente no embarazada de 19 años).

Asimismo, se encontró que la maternidad es idealizada por las adolescentes embarazadas y no embarazadas, consideran la reproducción y la maternidad como mandatos divinos y que tienen un estatus de ley natural. La maternidad significa para ellas, algo "hermoso", "parte de uno", "producto del amor de la pareja", "de la sangre de ambos".

La importancia de la maternidad en la construcción de las identidades de las mujeres coincide con los hallazgos de otros estudios realizados en nuestro país con adolescentes. Arias y Aramburú (1999) hallaron en una investigación que desarrollaron con adolescentes varones y mujeres de 15 a 20 años en Lima, Cusco e Iquitos que, según las adolescentes, el rol principal de la mujer es la maternidad.

La maternidad es valorada especialmente por las adolescentes embarazadas, incluso algunas adolescentes manifiestan que el ser madre es más importante que el ser profesional, al parecer porque al estar embarazadas, empiezan a integrar la maternidad en la construcción de sus identidades.

... tal vez ni ser profesional, ni tener plata. Pero, has dado una vida. O sea es algo que Dios a través de ti te hace...para mí es mágico, es muchísimo mejor que tener 80 profesiones. Dar vida a un ser que va crecer dependiendo de ti... va a depender de ella si vives o mueres... si sales adelante o no... si tienes un hijo eres más madre más mujer que cualquiera. (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años).

La maternidad, a pesar de ser muy valorada, también significa según las adolescentes "el dolor de la vida" que otorga madurez, implica sacrificio y una gran responsabilidad que dura toda la vida.

La maternidad como ley natural inherente al ser mujer, mencionada anteriormente, coincide con el modelo explicativo de Chodorow (1978), quien señala como argumentos que sustentan la maternidad en las mujeres: el argumento biológico referido al instinto materno y el argumento del entrenamiento e identificación con el rol. Argumentos que prevalecen en los significados que otorgan las adolescentes a la maternidad, que implican la adopción de las actitudes organizadas de su comunidad ("el otro generalizado") en la construcción de sus identidades a través de juegos como "la mamá y el papá" y la "cocinita".

Es que de chiquitos, te enseñan a jugar a la mamá, al papá y con las muñecas y todo lo demás. Entonces, como que te van planteando así sin querer, o sea, el que más adelante, tal vez vas a tener una familia o un hijo chiquito. (Informante de grupo focal de adolescentes embarazada de 15 a 16 años).

... tu instinto maternal, que desde niñita te lo han estado forjando, sale a flote (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años).

... es que las mujeres sueñan ya desde niñas. Porque desde niñas mamá te compra tu bebito, tu muñequita y tú te ilusionas, así algún día que de verdad vas a tener tu bebito ... a las niñas nos ilusionan desde chiquitas, ya nos compran nuestra cocinita, así para que cocinemos, todo bien bonito, pero a los hombres se les compra pelotas de fútbol, carritos... los preparan para ser hombres, no los preparan para ser padres. (Informante de grupo focal de adolescentes no embarazadas de 17 a 19 años).

Incluso para algunas adolescentes embarazadas es más importante el ser madre que mujer, aunque ser mujer implica tener sueños, metas, disfrutar de las diversiones y de su vida sexual. Es así que se observan constantes tensiones en las adolescentes en el proceso de construcción de sus identidades entre el rol materno valorado como esencia de su identidad versus el ser mujer con sueños y metas. Especialmente para las adolescentes embarazadas, este evento que usualmente significa para el otro generalizado "truncar su futuro", puede implicar también para ellas la renuncia de sus ideales y el incorporar positivamente la maternidad no esperada en la construcción de sus identidades.

...de nada te sirve ser mujer si no eres madre (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años).

Asimismo, ser madre implica la imagen de la madre abnegada que prioriza las necesidades de sus hijos frente a sus necesidades, olvidándose de ella misma.

...mi mamá estaba sola y me ha mantenido, me ha dado educación, ha tratado de darme todo lo que yo he querido, hasta a veces ella se ha sacrificado porque ella no se compra sus cosas que ella quiere, sino a mí me da, a mí todo. (Adolescente no embarazada de 16 años).

En relación a la hipótesis de la presente investigación: "El embarazo y la maternidad pueden constituirse en fuente de sentido de identidad en un contexto socio-cultural de escasas oportunidades en el que la maternidad es valorada y es un elemento central en la definición del ser mujer", se puede afirmar que para las adolescentes embarazadas y no embarazadas el ser madre en algún momento de su ciclo vital es fundamental en la definición de sí mismas, al considerar a la maternidad como esencial en el ser mujer.

Sin embargo, el embarazo en la adolescencia no ocurre como una búsqueda de dar sentido a la identidad como fue señalado en el acápite referido a la identidad: Quién ser y quién no ser. Las adolescentes no logran sus metas ocupacionales no solo por razones económicas o por la falta de apoyo y afecto de los padres sino porque no saben cómo ser autónomas, ni cómo llegar a ser lo que quisieran ser. Es decir, las adolescentes carecen de modelos que les muestren las características que uno debe desarrollar y los guiones de conducta que uno debe seguir para ser autónomas y realizar una ocupación.

Significados de la sexualidad y del embarazo

A través de la construcción del otro generalizado, los miembros de la sociedad intentan regular la sexualidad de las adolescentes. Es así que ellas manifiestan que el embarazo en esa edad puede significar riesgo biológico ("útero no preparado" "pérdida de sangre" "menor energía"), riesgo psicológico ("trauma" "trunca futuro" "no disfruta adolescencia") y riesgo social ("problemas económicos", "gente la ve diferente" "inexpertas, bebé puede enfermar o morir"). No obstante, señalan que a pesar que puede significar riesgo, sobre todo para las adolescentes embarazadas, ser madre es "bonito" y "esperan con ansias al bebé"; sopesando los discursos del significado de la maternidad con el ser madre en la adolescencia.

Además, el machismo imperante promueve en el adolescente la iniciación sexual en esa edad. Según las adolescentes, sus coetáneos varones a través de argucias afectivas, les "pintan pajaritos en el aire" (se sienten queridas y con un futuro común), y las hacen "caer" al "tener la cabeza caliente" (estar ilusionadas) en un "momento de debilidad". Es decir, muchas de las adolescentes, sobre todo las embarazadas asumen un rol pasivo en las relaciones sexuales, justificando de esta manera una actividad sexual no legítima para su edad y género. Nuevamente, las adolescentes a pesar de querer ser autónomas del varón y de "ser algo en la vida", no saben cómo serlo en un contexto que no les permite tener agencia sobre su sexualidad sin ser cuestionadas.

En el escenario familiar, en la trama de identidades marcadas por la falta de afecto, en la interacción con los otros significativos, el embarazo implica el "escapar de problemas" en casa, que se traduce en una narrativa de sí mismas en las que prima el abandono. La pareja significa afecto, comprensión "si no te sientes querida en casa lo buscas en la calle".

Si en tu casa, en tu familia, no te demuestran ese amor que tú necesitas, lo buscas en la calle... es justamente lo que a mí me pasó. En mi casa todo el mundo trabajaba y no tenían tiempo para mí... conozco ese chico me trataba con cariño que yo hubiese querido que me traten mis padres. Me engreía como si fuera mi papá... yo era como una copa de cristal que en cualquier momento me podía romper. Todo ese cariño que en mi casa no me dieron me lo dio él... puedes vivir con tu familia, pero estaba sola. En mi casa se han dado cuenta... después que salí embarazada, recién están conversando conmigo. Allí parece que dijeron. ¡Uy ya la fregué! (Informante de grupo focal de adolescentes embarazadas de 17 a 19 años).

La urgente necesidad de pertenecer y ser querida por alguien, no necesariamente es satisfecha por la pareja. Algunas adolescentes embarazadas querían tener un bebé para compensar sus carencias afectivas, es decir, sus sentimientos de abandono familiar en la narrativa de sí mismas.

... yo quería un bebé, porque no sé, como que quería llenar un vacío, que siempre he tenido, siempre me sentí con un huequito allí vacío... como te agarra eso, de que te da ganas de llorar, pero como si me hubieran pegado duro, de que no sabes con quién desquitarte, quieres morder, pegar, quería que alguien esté conmigo, pero no quería mi pareja, no quería mi

mamá, no quería mi hermano... me sentía muy sola. Quería, este alguien, dentro de mí, siempre he querido un bebé. (Adolescente embarazada de 19 años).

Estos hallazgos coinciden con los resultados del estudio de Berglund et al. (1997) con adolescentes embarazadas nicaragüenses, en el que encontraron que para muchas adolescentes un bebé significaba un medio de gratificación de necesidades afectivas. Entonces el bebé significa tener "algo propio" y a la vez "producto del amor" con la pareja, es decir, satisface necesidades afectivas, ya sea directamente "te nace el cariño por él", o indirectamente a través del afecto y soporte de la pareja.

97

Asimismo, se evidencia que algunas adolescentes se embarazan por el excesivo control que ejercen los padres sobre ellas; pudiendo el embarazo significar el deseo de salir de casa y de lograr autonomía.

... problemas en la casa, que papá y mamá, les insinúa algo, que no las dejan salir, les prohíben un montón de cosas, salir de eso, puede ser salir de su casa, para que el papá ya no les diga nada. (Adolescente embarazada de 17 años).

Para las adolescentes no embarazadas además de la búsqueda de afecto, de "atar a un hombre", de no usar anticonceptivos por "tontas" o por vergüenza; el embarazo significa "que no ven planes", es decir, ser "algo en la vida" y "más adelante tener un hijo". Estar embarazada a esa edad, implica para las adolescentes no embarazadas, el "truncar" su futuro, no estudiar y "no vivir su juventud" ("no libertad", ir a fiestas y divertirse). En suma, no seguir con el patrón normativo moderno de moratoria social de preparación para la adultez, que planteaba Erikson (1974).

Para las adolescentes embarazadas, especialmente para aquellas que tienen entre 15 y 16 años, el embarazo significa un evento devastador, el no logro de sus metas de estudio (en algunos casos no terminar secundaria) y "el no ser la misma que antes", implica pasar abruptamente del rol de hija dependiente al rol de madre que tiene que garantizar que al "hijo no le falte nada", que este "no le reproche nada en un futuro". Repentinamente, pasa de adolescente a ser madre, adulta, a conocer el "dolor de la vida", que te hace "más mujer" que una no madre.

...ya todo está perdido...yo lo único que hubiera querido, terminar mis estudios, pero no se pudo. (Adolescente embarazada de 15 años).

Nuevamente, aparecen las tensiones entre "ser algo en la vida" e "independiente del varón" y el esperar a ser madre en un futuro cuando se hayan logrado las metas ocupacionales. En este sentido el ser madre en la adolescencia significa romper un patrón normativo, que en la construcción del otro generalizado significa: "truncar su futuro" y tener que asumir una adultez y una maternidad temprana, que implica sacrificar las metas de "ser algo en la vida".

CONCLUSIONES

La identidad o identidades de las adolescentes de sector socio-económico bajo que residen en zonas urbano-marginales de Lima se construyen en la interacción social en un entorno de carencias económicas, de limitadas opciones de realización personal, de fuentes escasas de status y prestigio para las mujeres, de valoración de la maternidad y de control represivo de la sexualidad. En estos contextos existen discursos ambiguos y contradictorios en torno a la sexualidad, a la maternidad y al ser adolescente.

Las adolescentes embarazadas y no embarazadas manifiestan el sentimiento de ser ellas mismas (mismidad) y de unicidad, mostrando una narrativa acerca de sí mismas en la que existen tensiones

entre el valor de la maternidad como esencia del ser mujer y la expectativa de progreso y ser autónomas del varón.

Desde niñas, en la interacción social, por un lado, se les presenta la valoración de la maternidad, el rol materno y los atributos que este implica en la construcción de sus identidades a través del juego y de la actuación del rol por la madre y otros adultos significativos. Por otro lado, a nivel del discurso, los padres enfatizan la importancia que progresen social y económicamente y sean independientes del varón "para no sufrir en la vida". No obstante, las adolescentes carecen de modelos que les muestren el valor, los guiones y los atributos que implica en la definición de ellas mismas el "ser algo en la vida" a través del ejercicio de una ocupación.

Las adolescentes embarazadas manifiestan una narrativa acerca de sí mismas marcada por sentimientos de abandono, desconfianza o excesivo control en la interacción con los padres. Los progenitores no satisfacen sus necesidades de afecto, ni de autonomía. La pareja se constituye en fuente de afecto y comprensión, pasando a un segundo plano sus expectativas de progreso y desarrollo personal. La maternidad es importante en la medida que significa para algunas el tener algo propio.

El logro de seguir una carrera o de realizar un trabajo que otorgue satisfacción implica para las adolescentes no embarazadas el contar con el apoyo económico y, sobre todo, moral de los padres, el ser afirmativas en sus metas y de relaciones democráticas con el enamorado, quien aliente y apoye el estudio. Sin embargo, tanto las adolescentes embarazadas como no embarazadas manifiestan que el "ser algo en la vida" es una responsabilidad individual y no social, es decir, que requiere esfuerzo individual y valor.

El embarazo en la adolescencia se entreteje en una narrativa de las adolescentes acerca de sí mismas de sentimientos de carencia afectiva, con un otro generalizado (la adopción de las actitudes organizadas de su comunidad) que valora la maternidad como esencia del ser mujer, que promueve las relaciones de inequidad entre géneros y que considera ilegítimas las relaciones sexuales coitales en la adolescencia por ser una etapa de moratoria o irresponsabilidad.

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, G.; Marshal, S. (1996). A developmental social psychology of identity: understanding the person in context. En *Journal of Adolescence*, 19, 429-442.

Arias, R.; Aramburu, Carlos E. (1999). Uno empieza a alucinar...Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos. Lima: Redess Jóvenes, Fundación SUMMIT.

Atkin, L. (1989). El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: Causas y consecuencias psicosociales. Conferencia Internacional sobre fecundidad en adolescentes en América Latina y El Caribe, Oaxaca: The Pathfinder Fund – The Population Council.

Atkin, L.; Ehrenfeld, N.; Pick De Weiss, S. (1993). *Sexualidad y Fecundidad Adolescente*. México.

Baumeister, R. (1998). *The Self. Handbook of Social Psychology*. Boston: Mc Graw Hill, Vol 1, 4ta ed.

Bendelow, G.; Williams, S. (1998). *Emotions in Social Life. Critical Themes and Contemporary Issues*. London: Routledge.

Berglund, S.; et al. (1997) The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: A qualitative approach. En *Soc. Sci. Med* Vol 44 (1), pp 1-12

Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Buitrón A. (2003). Identidad y maternidad. Estereotipos de género, maternidad adolescente y barreras ante la planificación familiar. Lima: Asociación Peruana de Salud Mental para la Mujer

Canepa, M.A. (Ed.). (1993). Esquinas, rincones y pasadizos. Bosquejos sobre juventud peruana. Lima: Centro de Estudios y Publicaciones.

Cohen, A. (1994). Self Consciousness. An Alternative Anthropology of Identity. Londres: Routledge.

Conde-Agudelo, A.; et al. (2005). Morbilidad y mortalidad materno-perinatal en adolescentes embarazadas en Latinoamérica: Un estudio transversal. En American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192: 342-349.

Cote, J. (1996). Sociological perspectives on identity formation: the culture-identity link and identity capital. En Journal of Adolescence, 19, pp 417-428.

Chodorow, N. (1978). The Reproduction of Mothering. Psychoanalysis and the Sociology of Gender. Los Angeles: University of California Press.

Donoso, E.; et al. (2003). Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. Revista Panamericana de Salud Pública, 14(1): 3-8.

Erikson, E. (1966). Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós.

Erikson, E. (1974). Identidad, Juventud y Crisis. Buenos Aires: Paidós, 2da ed.

Fay, B. (1996). Contemporary Philosophy of Social Science. A Multicultural Approach. Oxford: Blackwell.

Ferrando, Delicia.; Singh, Susheela.; Wolf, Deirdre. (1989). Adolescentes de hoy, padres del mañana. Lima: The Alan Guttmacher Institute.

FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS (1997). Embarazo en Adolescentes también un problema de género. En Enfoques en Población, No. 6, Setiembre.

Freeman, E.; Rickels, K. (1993). Maternidad temprana: Perspectivas de adolescentes negras en relación al embarazo, aborto y anticoncepción. Thousand Oaks: Sage Publications.

Fuller, N. (2005). Identidad femenina y maternidad: una relación incómoda. Disponible en: www.demus.org.pe. Extraído el 21 de noviembre del 2005.

Giddens, A. (1991). Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Los Angeles: Stanford University Press.

Goffman, E. (1997). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu, 4ta ed.

Holden, G.; et al. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and nonpregnant adolescents. Adolescence, Otoño, Vol 28 (111), 557-572.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2001). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Instituto Nacional de Estadística e Informática, USAID, UNICEF, Measure/DHS+, Macro International Inc. Encuesta demográfica y de salud familiar. ENDES Continua - 2004. Accesible en: www.inei.gov.pe/ENDES Continua 2004/5- Fecundidad. Extraído el 24 de enero del 2006.

INSTITUTO NICARAGUENSE DE LA MUJER Y FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS (1999). ¿Qué más podría hacer si no tener un hijo? Bases socio-culturales del embarazo de las adolescentes en Nicaragua. Managua: FNUAP.

Irvine, J. (editor) (1994). *Sexual cultures and the construction of adolescent identities*. Philadelphia: Temple University Press.

Lagarde, M. (1994). Maternidad, feminismo y democracia, en LARTIGUE, T. y H. AVILA – compiladores (1996). *Sexualidad y Reproducción Humana en México*. México D.F: Universidad Iberoamericana A.C.

Lartigue, T. Avila H. (comp.). (1996). *Sexualidad y Reproducción Humana en México*. México D.F: Universidad Iberoamericana A.C.

Leyva, V.; et. al. (2002). Algunos aspectos relacionados con el embarazo a destiempo en adolescentes. *Revista cubana de enfermería*, 18(2): 107-111

Luster, T.; Small, S. (1994). Factores asociados con comportamientos sexuales de riesgo entre adolescentes. *Journal of Marriage and the Family*, 56, August, 622-632.

Mead, G. (1934). *Espíritu, Persona y Sociedad*. Desde el punto de vista del conductismo social. Buenos Aires: Paidós.

Mellor, S. (1989). Gender Differences in Identity Formation as a Function of Self-Other Relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol 18 (4), pp 361-375.

Merrick, E. (1995). Adolescent childbearing as career "choice": Perspective from an ecological context. *Journal of Counseling and Development*, Enero/Febrero, vol 73. Pp 288-293

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992). *Manual de la Salud Reproductiva*. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.

Parker, R.; Gagnon, J. (1995). *Conceiving Sexuality. Approaches to sex research in a Postmodern world*. Londres: Routledge.

Pick De Weiss, S.; et. al. (1991). Sexo, anticoncepción y embarazo en adolescentes de la ciudad de México. *Studies in Family Planning*, Vol 2 (2).

Quintana, A. (1999). Construcción social de la sexualidad en adolescentes estudiantes de El Agustino. En CACERES, Carlos (1999). *Nuevos retos. Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*. Lima: REDESS Jóvenes.

Russell, S. (1994). Life course antecedents of premarital conception in Great Britain. *Journal of Marriage and the Family*, 56, May, pp 480-492.

Saez, I. (1992). *Sexualidad en la Adolescencia*. Proyecto PROAMA. Caracas: UNICEF, OPS y OMS.

Shames, S. (1993). The search for love: Unmarried adolescent mothers views of, and relationships with, men. *Adolescence*, vol 28 (110), Summer, 425-437.

Shust, J. y et al. (1999). *Redes, vínculos y subjetividad. Su recomposición como objetivo terapéutico*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Stern, C. (1994). *Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales*. México D.F: Colegio de México.

Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. En *Salud Pública de México*, vol 39(2), marzo-abril.

Stern, C. y E. Garcia (1996). *Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente*. México D.F: Colegio de México.

Szasz, I.; Lerner, S. (1996). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México D.F: El Colegio de México.



Taylor, S.; Bogdan, R., (1998). *Introduction to Qualitative Research Methods*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Twanama, W. (1993). En CANEPA, María Angela. (Ed.).(1993). *Esquinas, rincones y pasadizos. Bosquejos sobre juventud peruana*. Lima: Centro de Estudios y Publicaciones.

Maurial, X. (1991). *Las Posiciones de Identidad del Yo en un grupo de adolescentes tardíos de sector popular*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, tesis para optar el grado de bachiller en humanidades.

Zabin, L.; Hayward, S. (1993). *Adolescent Sexual Behavior and Childbearing*. Newbury Park: Sage Publications.

La infertilidad como evento de frustración personal. Vivencias y perspectivas de un grupo de varones cubanos¹⁻²

Jorge Luis Calero

103

La infertilidad ha sido reconocida como un problema médico-social de la Salud Reproductiva (SR), y es definida –por el sistema biomédico– como la incapacidad de lograr un embarazo, en un período ininterumpido –de 12 meses– de actividad sexual sin la utilización de métodos anticonceptivos (WHO Scientific Group, 1975; WHO, 1991).

Esta imposibilidad de concebir un/a hijo/a, trasciende las fronteras de la medicina para convertirse en un problema social (espacio donde mayor impacta este padecimiento), pues acarrea una serie de dificultades en el seno de la familia en construcción, toda vez que para una pareja tener un hijo o hija significa –en distintos entornos socioculturales– haber logrado sus expectativas como tal.

La paternidad no es un hecho de la naturaleza, sino una construcción social y cultural que se encuentra en el centro del debate en torno a las implicancias de la fuerte dicotomía que existe en muchas sociedades entre la masculinidad, asociada al rol de proveedor económico, y la femineidad, asimilada al cuidado diario de los hijos (Fuller, 2001).

Merece destacar que la perspectiva de género ha confirmado la necesidad de cuestionar la construcción social de los roles para los varones y mujeres, en particular los que se vinculan con la valoración de la reproducción y de las tareas asociadas a la misma (Figueroa, 1998a y 1998b). En este sentido, la presencia de un hijo o una hija tiene significados diferentes –desde el punto de vista social– para cada uno de los miembros de la pareja. Para las mujeres es sinónimo de desarrollo de su rol materno, de protección, afecto y educación; y para los varones tiene un significado más dirigido a sentimientos de poder, de protección, de proveedor, de arribo a la plenitud de la masculinidad.

Uno de los puntos clave de la masculinidad, está asociado con el rol de ser padre, proveedor y jefe de familia (Kimmel, 1997). Estudios realizados en Chile, Colombia y Perú, plantean que aunque existen diferencias en las prácticas, la paternidad es un eje central de la masculinidad, la cual se vive como el momento en que se cierra el período juvenil. Significa un reordenamiento en la vida del varón y su inserción a un nuevo período en el que obtiene pleno reconocimiento social. Es el punto en el que el varón se convierte en adulto al adquirir una identidad pública como representante de su grupo familiar, completando así los requisitos para ser considerado un adulto completo (Gomáriz, 1997; Fuller 1997a, 1997b, 1998, 2000; Viveros 1998a, 1998b, 2000; Olavarría 1998, 1999, 2000).

Sin embargo, aunque la experiencia de ser padre se define como una expresión de deseo profundo y como parte del proyecto de vida de la mayoría de los hombres, esta no se deja a la libre elección; sino que existe una intensa presión social dirigida a forzar a los varones a tener hijos, pues se tendería a dudar de la hombría de aquellos que no cumplieren ese mandato.

La paternidad no es percibida por los varones y la sociedad en general solamente como una confirmación de su virilidad masculina al poder fecundar a una mujer, sino que es interpretada como una garantía para la existencia de un espacio de patriarcado dentro del contexto familiar. Los varones se convierten en jefes de la familia, en la autoridad del hogar, y en los proveedores de la familia y los hijos con su trabajo. O sea, esta condición significaría asumir una responsabilidad, con la cual los varones muchas

¹ Los resultados que aquí se muestran, provienen del estudio: "SIGNIFICADOS Y CONSECUENCIAS SOCIALES DE LA INFERTILIDAD, PARA VARONES ATENDIDOS POR ESTE PADECIMIENTO. EL CASO CUBANO"; investigación con la cual, el autor defendió su tesis para obtener el Título de Maestro en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva, en la Universidad Peruana Cayetano Heredia el pasado año 2004; gracias al apoyo financiero del Programa de Entrenamiento e Investigación en Reproducción Humana, de la OMS.

² Esta investigación recibió el Premio al Mejor Trabajo en Ciencias Sociales, otorgado por la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), el 13 de mayo del 2005, en Cartagena, Colombia.

veces sueñan para formar su propia familia, y los lleva a asumir una serie de obligaciones para con los hijos y la pareja; a entregarles bienes materiales, protección, cariño, enseñanzas, etc. (Olavarría, 1999). La paternidad es una parte fundamental de la identidad masculina, la cual opera como un elemento estructurado de deber en su ciclo de vida. (Valdés, Olavarría, 1997; Olavarría, 2000; 2001).

Por ello, la infertilidad podría entrañar en los varones, sentimientos de inferioridad frente a los grupos de pares y sociedad en general (FHI, 2004), dado que su valor como varón se vería limitado por no poder construir la familia anhelada, y de este modo crear un sistema de jerarquía, donde él jugaría el papel principal. De manera que, si estos roles asociados a la paternidad se vieran frustrados por cualquier razón y sobre todo si esa incapacidad fuera por una causa ajena a su voluntad como podría ser el caso de la infertilidad, son muy altas las probabilidades que la autoestima de estos "varones frustrados" se vea afectada. Una de las consecuencias podría ser el debilitamiento de la armonía familiar –más específicamente de pareja- alcanzando la disolución de esta relación y un potencial cuestionamiento social de las capacidades del individuo como varón pleno.

Llama la atención que dentro de los estudios existentes sobre masculinidades en América Latina, sean tan pocos los que han explorado el papel de la paternidad como un desempeño frustrado por algún padecimiento temporal o definitivo que afecte su capacidad reproductiva, como lo constituye la infertilidad. En este sentido solamente hemos encontrado un estudio, el cual analiza esta problemática, pero desde la perspectiva de la mujer, como la imposibilidad de constituirse en madres (Castañeda, 2001).

La masculinidad es uno de los temas menos investigados con relación al proceso salud-enfermedad, especialmente en su relación con patologías del aparato reproductor que disminuyen o incapacitan la función reproductiva. Por esta razón se hizo necesario adentrarnos en el conocimiento científico-social de la influencia que tendría el diagnóstico de infertilidad para los varones, en cuanto al logro del completo estado de bienestar físico, mental y social de los propios varones y, por consiguiente, en sus relaciones de pareja.

Así, el propósito del presente estudio, estuvo dirigido a lograr un primer acercamiento a la comprensión de los significados y la repercusión social que le atribuyen a la infertilidad, un grupo de varones cubanos, atendidos por este padecimiento (ellos y sus compañeras) en la Consulta de Infertilidad, del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN), en la Ciudad de La Habana, Cuba.

METODOLOGÍA

El estudio que aquí se presenta, tuvo un diseño descriptivo e interpretativo, para lo cual optamos por una perspectiva teórica que rescatara el sentido subjetivo que subyace en la acción social de los individuos. Los individuos se relacionan con los objetos y fenómenos que los rodean en función del significado que ellos le atribuyen a estos, sean de la naturaleza que fuera. Considerando que este tipo de dinámica puede ser mejor observada desde un punto de vista "micro", adoptamos como técnica de investigación y de análisis, la Entrevista en Profundidad (EP); ya que se centra en el punto de vista de los actores involucrados, en sus propias explicaciones, en sus propias maneras de ver, de nombrar y atribuir sentido a la realidad que los rodea (Castro, Bronfman y Loya, 1991).

De esta manera, reconstruimos los significados sobre la infertilidad a partir de los discursos narrativos de los entrevistados, toda vez que el lenguaje es el medio por el cual la actividad interpretativa de las personas puede ser observada; ya que este representa la acumulación de vastas cantidades de significados y experiencias de los individuos sobre fenómenos y procesos de sus propias realidades objetivas (Berger y Luckman, 1986).

La unidad de análisis de esta investigación estuvo constituida por los varones de parejas infértiles, que presentaban causa de infertilidad (exclusiva o compartida con su compañera), o sin la presencia de la misma, y que se encuentran recibiendo atención de salud en la Consulta de Infertilidad del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). Las edades oscilaron entre los 30 y 44 años, dado que –por lo general– entre este rango de edades, los proyectos de paternidad son más sólidos que en otras edades. La selección se realizó a través de diferentes etapas.

En un primer momento, se registraron todas las parejas remitidas³ por los clínicos –siempre que los varones de dichas parejas reunieran los criterios de selección–, entre los meses de septiembre a diciembre del año 2003. Este primer contacto se realizó a la salida de la consulta con el clínico, conversando con cada varón –elegible– que deseara participar en el estudio, luego de que leyera un Modelo de Consentimiento Informado y aceptaran voluntariamente participar del estudio. Luego de su aceptación se procedió a completar una Hoja de Ubicación, la que ayudó a realizar la entrevista en el lugar y hora que él lo deseara, de acuerdo con sus compromisos familiares, sociales y/o laborales.

En una segunda etapa, clasificamos a todos los varones de parejas infértiles (“potenciales entrevistados”), de acuerdo a dos categorías; a saber: la presencia de un factor de infertilidad –exclusivo o compartido con la pareja–, y la presencia de hijos en alguno de los miembros de la pareja. Para representar estas categorías, creamos un sistema de nomenclaturas:

VISH: Varón Infértil Sin Hijos.
MISH: Mujer Infértil Sin Hijos.

VICH: Varón Infértil Con Hijo.
MICH: Mujer Infértil Con Hijo.

Como Criterio Mínimo de Entrevistas Necesarias, se consideró entrevistar a 2 varones por cada categoría referida anteriormente, tratando de garantizar cierta pluralidad en la representación de los individuos, con características objetivas diferentes-. Sin embargo, la práctica real del reclutamiento evidenció que la variabilidad era mayor. Por ello, la selección de casos se realizó de forma intencional implicó abrir el margen de las entrevistas a 8 subcategorías. Finalmente, solo se pudieron realizar entrevistas a profundidad a 14 varones, pues la frecuencia real de aparición de varones de parejas infértiles, durante el tiempo de recogida de los datos (Septiembre-Diciembre del 2003) no resultó ser suficiente en algunos de los casos. Finalmente los 14 entrevistados distribuidos en función de las categorías y subcategorías propuestas son presentados en el siguiente cuadro:

GRUPOS	Con hijos			Sin hijos
Varón infértil (presencia -exclusiva o compartida con la mujer-, de causa de infertilidad)	VICH-M2	VICH-V2	VICH-Ambos ---	VISH3
Compañero de mujer infértil (presencia de causa en la mujer)	MICH-M1	MICH-V2	MICH-Ambos1	MISH3

VICH-M: Varón Infértil Con Hijos de la Compañera;
VICH-V: Varón Infértil Con Hijos Propios;
VICH-Ambos: Varón Infértil Con Hijos de la pareja en Común;
MICH-M: Mujer Infértil Con Hijos propios;
MICH-V: Mujer Infértil Con Hijos del Compañero, y
MICH-Ambos: Mujer Infértil Con Hijos de la pareja en Común).

³ Inicialmente –en la fase de protocolo– se había propuesto seleccionar a los participantes, a partir de la revisión de Historias Clínicas (HC) de las parejas infértiles tratadas en el INEN. Sin embargo, se recibieron las parejas remitidas por los clínicos, toda vez que algunas de las parejas antes mencionadas no tienen confeccionadas HC en la Institución.

La nomenclatura aquí utilizada, sirvió -desde el punto de vista ético- como Código Personal para cada entrevistado, los mismos que numerados correlativamente garantizaron que la verdadera identidad sólo fuera conocida por el Investigador Principal del Proyecto. Así se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los participantes, en los casos de intercambio con otros colegas.

Los participantes tuvieron la entera libertad de formar parte del estudio, con pleno conocimiento de que el anonimato y la confidencialidad, eran dos premisas importantes e inflexibles durante toda la investigación.

Durante el reclutamiento de los participantes, se les explicaron los objetivos del estudio, lo que requeríamos de ellos, así como la completa libertad de ellos para abandonar el mismo en el momento que lo desearan, sin que esa decisión pudiera tener consecuencias negativas para ellos en su atención futura. Junto con esta explicación se les entregó el Modelo de Consentimiento Informado.

Procesamiento y Análisis de la Información

El proceso de análisis de la información comenzó desde el mismo momento en el cual se construyó la Guía Semiestructurada que se utilizó para realizar las entrevistas. La información había sido grabada a fin de contar con los discursos verbales de los participantes durante su análisis. Estas grabaciones fueron transcritas textualmente, y enriquecidas con las anotaciones hechas por el entrevistador, de manera que se contara con una mayor cantidad de elementos que facilitaran el análisis de la información. Luego esas transcripciones fueron analizadas con la ayuda del software ATLAS/ti, estableciendo categorías abiertas -inicialmente-, mas tarde categorías empíricas, y luego categorías analíticas; las cuales salieron como parte de los propios resultados. Este análisis estuvo organizado según las interrogantes de la investigación, mediatizado por los objetivos del estudio, y las dimensiones y subdimensiones de análisis seleccionadas a priori, como también por los datos recogidos en una Hoja de Informantes: edad, presencia de causa de infertilidad (exclusiva en el varón o compartida con su compañera o solamente en su compañera), tipo de infertilidad (primaria o secundaria), lugar de nacimiento y lugar de residencia, entre otros aspectos.

El análisis de la información tuvo dos niveles: uno descriptivo y uno interpretativo. En el primero se analizó lo expresado textualmente por los entrevistados, y se representa y describe con pasajes de sus propios discursos. El nivel interpretativo partió de la reconstrucción de los significados que para los varones tiene la infertilidad, a punto de partida de sus percepciones sobre la repercusión que este padecimiento tiene para sus vidas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Padecer de infertilidad. Reconstrucción de un proceso

Un primer elemento del contexto subjetivo, a tener en cuenta para comprender los significados y la repercusión percibida por los varones entrevistados con relación a la infertilidad, así como los eventos que se derivan de esta, tiene que ver con la identidad de género masculina; o sea, la forma en que los varones se construyen y se perciben a sí mismos (Calero, 2002; Calero, Magallanes, Rechkemmer, García, 2003; y Álvarez, Calero, León, et al, 2004).

La identidad masculina, como identidad en oposición a lo femenino, requiere de una constante autoconfirmación por parte de los varones; debiendo contar -además-, con la aprobación externa para casi todas las acciones que realicen en el curso de sus vidas. Al mismo tiempo, esta aprobación

adquiere valor y legitimidad en dependencia de la etapa en la que se encuentre el individuo, con relación a su ciclo vital, toda vez que el varón debe ser, actuar y ocupar, ciertos espacios y condiciones con relación a su edad. De no hacerlo –aun en contra de su voluntad–, el varón corre un grave peligro de devaluación ante los otros, o lo que es lo mismo, su condición masculina se fragiliza ante la sociedad.

Cada etapa, exige determinadas condiciones y posicionamientos, aunque existen normas que se deben mantener y consolidar durante toda la vida del varón. Específicamente en la etapa adulta, el varón debe asumir responsabilidades diferentes a las asumidas en la adolescencia o la juventud, como lo constituye el hecho de ser padre y/o ejercer la paternidad.

Sin embargo, hacerse padre no es un proceso que ocurre de manera simple y predecible; pues existen eventos -inesperados e indeseados- que podrían marcar cambios en el curso "anhelado" del desarrollo social propio de cada individuo; obligándolo a reordenar y redefinir los elementos que dan cuerpo y hacen auténtica su propia identidad de género, debido -fundamentalmente- al impacto que dichos eventos tienen en los atributos que caracterizan al modelo de masculinidad hegemónica. Muchos de estos eventos son de origen biofisiológico, pero su repercusión se desplaza en el ámbito sociocultural, como ocurre en el caso de la infertilidad.

Para los entrevistados, la infertilidad se construye en padecimiento a partir de representaciones y prácticas socioculturalmente condicionadas por el género, donde la procreación, se constituye en uno –tal vez el más importante– de los roles sociales y culturalmente esperados. Este padecimiento es expresado como una dimensión afectiva sentida, pensada y vivida subjetivamente que se construye en torno a la imposibilidad de embarazar a su pareja. Esta dimensión se percibe a su vez como un evento negativo y distorsionador de la armonía reproductiva, en el desarrollo social del individuo como varón pleno.

De esta manera, la negatividad que gira en torno a los significados que le atribuyen los varones entrevistados a la infertilidad, se enmarca, se construye y se vivencia, como "potencialidad reproductiva anulada", no sólo en términos de la capacidad de embarazar a una mujer, sino en cuanto a la incapacidad de satisfacer una demanda construida desde el género. La infertilidad no sólo se constituye en una problemática cargada -en sí misma- de vastas cantidades de significados, sino que de ella se derivan, al mismo tiempo, múltiples y diversas consecuencias.

Estos significados y consecuencias que los varones señalan como resultado de este padecimiento, cobran su mayor sentido al percibirse traducidas como un sentimiento de pérdida o de frustración personal, como una razón de estigma, como el evento causante de roles fallidos; donde en todos ellos, hay un acompañamiento disminuido de la auto-estima. Además, estos significados se matizan y perciben de manera diferente, según el miembro de la pareja que presenta el factor de infertilidad, del tipo de infertilidad que experimente la pareja –sea, infertilidad de tipo primaria o secundaria–, con la consecuente presencia de hijos en alguno de los miembros de la pareja, y el tiempo transcurrido en la búsqueda de la fertilidad.

Vale destacar, que tanto los significados como la repercusión percibida con relación a la infertilidad, no se representan de manera aislada en los imaginarios de los varones entrevistados; sino que se entrecruzan y fluctúan entre sí con otros significados y con las características antes descritas.

La Infertilidad: frustración personal y/o pérdida

Cuando las personas "adultas" se unen formalmente –en matrimonio o consensualmente– para iniciar el proceso de conformación de una familia, como una norma se espera, dar lugar a la

procreación de la propia descendencia. Este último proceso, -en la mayoría de los casos- se percibe como el de mayor logro, tanto en el plano personal como de pareja; y en este sentido la infertilidad actúa como un obstáculo en la vida de las personas que la padecen, al imposibilitar el logro de este anhelo.

La infertilidad es percibida como un evento disociador, entre el logro de los anhelos y aspiraciones personales -y de pareja-, y las demandas socioculturales del contexto en el que se insertan las vidas de las personas que la padecen; generando -a su vez- un sentimiento de frustración personal y de pérdida, en la medida que la pareja no puede lograr tener los hijos que desea, y en el momento en que lo cree conveniente.

Así mismo, este sentimiento de frustración personal y/o pérdida, se encuentra aumentado o disminuido según el miembro de la pareja que presenta el factor de infertilidad, la edad del varón, y el tipo de infertilidad que presenta el varón, o sea, primaria o secundaria. La problemática para los varones no gana peso solamente en la posibilidad de haber embarazado o no a una mujer alguna vez, sino que su máxima expresión está dada en la condición de tener un hijo, pues ello le permite -o al menos le da la posibilidad de- ejercer los roles y las funciones sociales, esperadas -de ellos- por la sociedad, y así aproximarse a la "identidad anhelada" y construida socioculturalmente.

Este sentimiento de frustración y/o pérdida producido por la infertilidad, genera una gran angustia y dolor en quienes lo vivencian. En un estudio realizado por (Connolly, Edelmann, Cooke, Robson, 1992; Andrews, Abbey, Halman, 1991) se encontró -al igual que en el caso de nuestros entrevistados- que este sentimiento es percibido como un evento negativo en la vida de quienes lo padecen; y que el dolor y sufrimiento que les produce la presencia de dicho padecer, es comparado con aquel que se siente ante "la pérdida de un ser querido".

Constitución de la familia

La construcción de la familia, hace su apertura con el matrimonio o unión consensual; momento en el cual el varón rompe sus lazos de dependencia con su familia de origen, para dar lugar a la familia propia. Esta construcción de la principal institución social, le brinda -a los varones- la posibilidad de desarrollarse como proveedores del hogar y ser reconocidos por ello (Fuller, 2001); además, les permite establecer una relación de jerarquía, en la que ocupan el puesto de dominio y mando sobre todos los miembros de dicho hogar.

Si bien los varones alcanzarían un estatus de dominio y reconocimiento social al unirse en relación formal con una mujer, aún no se puede considerar -según el discurso de los entrevistados- que hayan logrado la constitución de una familia, su familia; pues para que esta cobre sentido y gane autenticidad como institución, requiere -invariablemente- de la existencia de los hijos; los que -a su vez- son considerados como la razón que "sella los lazos de la pareja" y "le da sentido a la relación, para construir la familia".

Desde la perspectiva de los entrevistados, el concepto de familia sólo adquiere su significado funcional cuando se ha logrado consolidar la procreación de la propia descendencia; por lo que la simple unión o relación de un varón y una mujer -sea esta una unión de tipo legal (matrimonio) o por consenso (consensual)- no determina por sí misma la existencia de una familia:

... pero es que son los hijos precisamente, eh! eh!, (...) no hay familia hasta que no llegan los hijos, eso siempre ha sido así, ese es como, este, eh!, ellos son la razón de la pareja, de la familia... (VISH, Prof. Universitario, 39 años).

Creo que llega el momento en que precisamente se pierde todo (se refiere a la relación de pareja) (...) en el caso del hijo viene como a alimentar ese matrimonio, viene a alimentar la vida en pareja. (VISH, Abogado, 33 años).

... el hijo es el seguimiento en la familia de uno, la constancia del amor de la pareja que tiene un hijo. Una pareja sin hijo yo creo que no tiene lógica, no hace ná. (MICH-V, Tabaquero, 32 años).

En este sentido, la imposibilidad para concluir el proceso de consolidación de la familia por la incapacidad de tener hijos, podría considerarse como un punto de ruptura, de pérdida, de frustración para los varones ante la infertilidad; aunque hay que destacar que, si bien la construcción de la familia es importante para los varones, ciertamente no es la frustración de este evento a la que mayor valor le atribuyen los entrevistados; sino que es justamente la consagración de la paternidad, el elemento plenamente impactado por la presencia de la infertilidad en la pareja.

Consagración de la paternidad

La consagración de la paternidad -como dijéramos anteriormente-, es considerada como el evento cumbre que le da sentido a la vida de los varones (sin excluir a las mujeres, sólo que en este estudio profundizamos el impacto que tiene para los varones). Es justamente a partir de este momento, cuando todos los roles y funciones a desempeñar por los varones adultos ganan autenticidad y sentidos.

De acuerdo con Fuller (1998; 2000, y 2001), ser padre les brinda a los varones la posibilidad de alcanzar un estatus de importancia y reconocimiento social, no obtenido con anterioridad. Este -a la luz de nuestros hallazgos- es considerado como "lo más importante que ocurre en la vida de un varón", "lo máximo"; es algo que se debe conseguir, pues le brinda al individuo las razones que dan significado a sus vidas, como personas realizadas:

Bueno, yo creo que esto es lo máximo, es sentirse realizado en el sentido ya de tener un hijo, de buscarle lo que necesita, de atenderlo, si no, para quién trabajamos... (MICH-M, Trabajador por Cuenta Propia, 32 años).

La paternidad al igual que la masculinidad, es una construcción cultural que se reproduce socialmente al interior de las familias, ganando sentidos de acuerdo a la época, y a las características del contexto socioeconómico, cultural e histórico en el que se construye y analiza. Además, esta construcción es considerada -por los propios varones- como un proceso "natural" e inherente a todos los varones. El modelo hegemónico de masculinidad plantea a la condición adulta la exigencia de la paternidad, "ser padre es participar de la naturaleza, está preestablecido y no se cuestiona, salvo que se quiera ofender el orden natural". (Olavarría, 1998, 2001).

Este sentido "natural" que le atribuyen los varones a la paternidad, podría deberse a la jerarquía que establece la dimensión biológica de esta construcción, sobre su dimensión social, como se vislumbra en los guiones discursivos de algunos de los entrevistados; quienes -a su vez- son compañeros de mujeres que tienen hijos de otra relación:

...para que un varón se sienta padre de un niño, necesariamente debe existir una relación biológica entre ambos (VICH-M, Electricista, 37 años).

Tras esta lógica de análisis, se muestra claramente el sentido de "falta de pertenencia" que experimentan los varones en cuestión, con relación a la crianza de esos niños. Nótese como

el entrevistado, alude a un profundo cariño hacia el hijo de su mujer, criado por él; pero que independientemente de ese cariño, existe un fuerte temor a perderlo, pues no es su padre biológico. Ello hace que no exista una entrega total de sentimientos, como ocurre en una relación promedio entre padres e hijos:

Entrevistador: ¿Qué piensas de eso que dicen "padre no es el que hace, sino el que cría"?

Entrevistado: *Yo creo que sí, yo quiero a ese niño como mi hijo, pero yo se que no es mío; que cualquier día puede venir su papá y llevárselo o sencillamente que él se vaya (...). Sí, Sí, hay veces que yo me siento su padre (...). Por eso quiero tener el mío, y no es que no lo quiera a él, pero lo tuyo es tuyo (...). ese es mío, como digo yo. El tiene mi sangre, no sé...* (VICH-M, Electricista, 37 años).

Además, estos varones sienten como hijos a esos niños solamente cuando han logrado ejercer algunos de los roles que los caracterizan como varones plenos en la etapa adulta. De manera que cuando los varones pueden desarrollar sus roles como proveedores, protectores, educadores, etc., es cuando vivencian las relaciones de ellos con estos niños, como una verdadera relación entre padre e hijo/a:

Entrevistador: ¿Y cuáles son esos momentos en los que sientes a Enriquito como un hijo tuyo?

Entrevistado: *Bueno, digo, momentos en los que como le digo, cuando la operación de él, que enseguida corrí con él para el médico, y así, momentos en la escuela en que me ha pedido que vaya para la escuela a hacer algo, para pagar alguna fiestecita de esas que les hacen, o para alguna reunión...* (VICH-M, Electricista, 37 años).

La paternidad es un proceso que comienza a ser construido e internalizado por los varones, desde la infancia misma; donde a través de sus relaciones con la familia y la escuela, comienzan a aprender el valor de este proceso, y lo ponen de manifiesto en el desarrollo de sus juegos de roles, construyéndose así, una serie de significados acerca de este proceso. De manera que ser padre, es una condición que encierra en sí misma una vasta cantidad de significados; los que funcionan –indistintamente– como auto-referentes para los propios varones y como referente para la sociedad.

Un elemento a considerar en el análisis de los significados que le atribuyen los varones entrevistados a la procreación, se circunscribe al embarazo de su pareja. Este es percibido como un símbolo para la sociedad (incluida su compañera); como un argumento incuestionable que denota su virilidad y su capacidad reproductiva, además de demostrar socialmente su orientación heterosexual activa, al haber sido capaz de penetrar a su compañera, y como resultado de ello, embarazarla.

La necesidad constante por demostrar la heterosexualidad masculina, es un elemento que reviste una gran importancia en la etapa adulta del varón. De hecho, en los discursos de los entrevistados se suele ver la existencia de estereotipos de género, que relacionan y miden la orientación sexual del varón, de acuerdo a su edad, la presencia de una pareja como compañera sexual, y la tenencia de hijos. De modo que se espera que un varón que sobrepase los treinta años de edad, debe estar casado o divorciado (lo que -de igual manera- hace referencia a la presencia de alguna mujer en su vida) y debe tener hijos, para que así pueda quedar clara -como constancia- su orientación heterosexual activa:

... pero los años van pasando y ya tienes treinta y pico [se refiere a la edad], y si ya eres un hombre hecho y derecho, es lógico que tengas una mujer y que tengas tus hijos, si no, qué esperas, dónde está tu papel de hombre en la vida... (MISH, Contador, 33 años).

Pero la connotación e importancia que adquiere la presencia de un hijo en la vida de los varones, no está marcada únicamente por la posibilidad de demostrar –socialmente– que se es capaz de mantener relaciones con mujeres, y –a su vez– que cuenta con una capacidad reproductiva incuestionable; sino que se refuerza y complementa con otros significados, que aluden al valor e importancia que tienen los hijos para los padres. Esto es, la visión de futuro que se construyen los varones de acuerdo a la existencia de sus hijos: como compañero en su vejez, como la ayuda económica, moral y sentimental del futuro, el cuidado ante la enfermedad, la perpetuidad del apellido familiar (en el caso de ser hijo varón), etc.:

Yo quiero tener un hijo por lo que representa desde el punto de vista de la continuidad, la continuidad de mi generación (...) para ver el fruto de lo que yo soy capaz de hacer... (VISH, Oficial (alto rango) de la Policía, 40 años).

... al final esto es una cadena, al final cuando uno va llegando a la tercera edad, como se dice, uno necesita de esa atención de los hijos... (VISH, Abogado, 33 años).

... de todas maneras, económicamente uno espera una ayuda de los hijos, pero no están obligados a hacerlo... (VICH-V, Policía, 36 años).

Algunos estudios, han descrito en otros contextos latinoamericanos, las expectativas futuras de los varones para con sus hijos (Olavarría y Valdés, 1998; Fuller, 1999). Muchos de nuestros resultados son similares a los encontrados por estos investigadores. Esta concordancia de resultados, sobre el valor que los padres varones le han otorgado a la presencia de sus hijos, podría deberse al hecho que tales significados se elaboran y sustentan bajo un mismo modelo de masculinidad hegemónica en la región.

Estos significados ganan mayor fuerza y autenticidad a medida que aumentan los años de vida de los varones; pues ser padre no tiene el mismo significado a los 30 años, que a edades superiores en la vida de un varón.

La edad como categoría de análisis

La edad se constituye en una categoría de análisis que reviste un valor importante para la interpretación de los significados que le otorgan los individuos a la infertilidad; toda vez que a medida que aumenta la edad, se considera que la fuerza física y espiritual de los varones, y la posibilidad de contar con más años de disfrute de los hijos, así como de los nietos, entre otras, va en decadencia:

Entrevistador: A ver si entiendo. ¿Y este grado de importancia se va elevando con el tiempo?

Entrevistado: *Sí, indiscutiblemente; porque sí, porque finalmente quisiera tener mi familia. Si a mi me dijeran, tu vas a vivir 200 años, a mi no me haría falta tener un hijo, te lo digo sinceramente, por lo menos pienso así, ahora al menos pienso así. Pero ante la opción de quedarme solo el día de mañana, de no tener quien me cuide, quien me ayude cuando esté jodío, prefiero tener a alguien también. Entonces, ante esa opción, prefiero tener un hijo. (MISH, Contador, 33 años).*

Como se puede observar en el curso de nuestro análisis, el sentido negativo que adquieren los significados que los varones construyen sobre la presencia de la infertilidad en sus vidas, está en estrecha relación con las potencialidades anuladas de lo que representaría para ellos el ser padre, así como el valor que le atribuyen a la presencia de un hijo en sus vidas.

El hijo como lazo de la pareja

Como otro de los argumentos presentados por los entrevistados sobre el valor que tiene la existencia de los hijos, salió a relucir una vieja creencia popular que indica que la presencia de hijos en el matrimonio –o unión consensual– hace más duradera la relación de pareja y la refuerza. Detrás de esta creencia, subyace el supuesto de que la existencia de conflictos y diferencias en la pareja se vería minimizado si existieran los hijos; y que en el caso de existir estos conflictos, los progenitores pensarían más de una vez –antes de separarse– en las implicancias y consecuencias que tal separación tendría para sus hijos, por lo que actuarían consecuentemente con ello no rompiendo el lazo de pareja.

A punto de partida de esta creencia, los entrevistados marcan claramente dos perspectivas paralelas, las cuales al ser expresadas, abren un espacio de controversias y ambivalencias. Por un lado los entrevistados establecen un consenso, en que esta creencia es parte del ideal de muchas personas, mayores en edad, por lo general y preferentemente mujeres –aunque no exclusivamente de ellas– y en el otro lado, se posiciona la contraparte, la cual considera tal creencia como una gran falacia.

Nos llama la atención, la forma en que un mismo entrevistado hace uso de la existencia de esta creencia, a fin de sumar razones por las que desearía tener un hijo: "... y como dice la gente mayor, las viejitas, tener un hijo hace duradero el matrimonio; por lo menos eso dice la gente..."; pero al mismo tiempo, hace una reflexión en la que establece, de manera paradójica y contrapuesta, la carencia de veracidad objetiva que apoya a este supuesto. Esta contraposición la argumenta el entrevistado, posesionándose en las vivencias de su niñez:

No pienso que un hijo sea el que haga que una relación dure toda la vida, porque una pareja por determinadas cosas se pueden separar aunque hayan 1, 2, 10 hijos, y además una experiencia también personal, porque en el caso del viejo mío, el tuvo 7 hijos con 5 mujeres diferentes, es decir que en ninguno de los casos ha hecho que los hijos retengan a los padres. (MISH, Militar, 31 años).

El análisis de esta creencia -desde el discurso de los entrevistados- permite vislumbrar, que la durabilidad en la relación de pareja no está marcada solo por la existencia de los hijos, sino por una amplia serie de atributos inherentes a la propia relación. De manera que, si bien es cierto que la presencia de los hijos no determina la durabilidad en la relación de pareja de sus padres, la ausencia de los hijos, sí marca la diferencia de permanecer o no, dentro de esa relación.

En este sentido, los entrevistados establecen un reordenamiento de las razones que fundamentarían la pérdida del vínculo relacional de pareja; donde establecen que la no existencia de los hijos, traducido en imposibilidad para tenerlos (como ocurre con la infertilidad), se constituye en un argumento de elevada importancia para decidir sobre la continuidad o discontinuidad de la relación. Esto se encuentra fundamentado al nivel de los deseos y necesidades de los miembros de dicha pareja, por lograr su propia descendencia y así la creación de su propia familia. Así lo describen dos entrevistados desde sus propias experiencias, mostrando –entre ellos– dos alternativas diferentes que apuntan a la misma situación. En la primera, el entrevistado ha perdido el vínculo de pareja en varias ocasiones, por abandono de sus compañeras; y en la segunda, es el propio entrevistado el que piensa en la posibilidad de romper el vínculo de pareja, sustentado en la posibilidad de lograr su hijo con otra mujer:

Entrevistado: *Mira, yo pienso que en este caso y en otras relaciones, ha influido el problema ese de la infertilidad, de que no salgan embarazadas.*

Entrevistador: ¿Qué te hace pensar eso?

Entrevistado: *Mira, en estas relaciones que yo he tenido, las compañeras siempre han manifestado el deseo de salir embarazadas, de tener un hijo; por diferentes razones, por el factor natural de la vida (...) Me hace pensar en eso, porque cuando se casaron nuevamente salieron embarazadas rapidísimo, así que el problema estaba ahí, no en otro lado... (VISH, Oficial (alto rango) de la Policía, 40 años).*

Entrevistador: Dime una cosa, haz pensado alguna vez en la posibilidad de divorciarte.

Entrevistado: *No, no, no*

[Curiosamente, en una breve entrevista que tuve con la esposa del entrevistado, cuando lo localizaba en su hogar, ella me planteaba que su matrimonio estaba siendo objeto de una crisis, donde su esposo (el entrevistado) le estaba pidiendo el divorcio].

(Esta entrevista está ocurriendo una semana después del contacto con el hogar del entrevistado).

Bueno, en realidad sí lo hemos conversado, pero ninguno de los dos nos lo creemos. Yo no quisiera divorciarme, porque es una excelente mujer, pero si lo hiciera sería únicamente para conseguir un útero joven, alguien que pueda parirme el hijo que tanto deseo. Eso [el divorcio], ha sido manejado como una posibilidad muy remota, eh!... (MISH, Contador, 33 años).

Por todo lo anterior, no queda duda que la presencia de los hijos en la vida de los varones –en la mayoría de los casos–, es interpretada por ellos y la sociedad en general, como el atributo indispensable que les permite ser reconocidos y sentirse como "personas importantes"; toda vez que les abre un espacio en el ejercicio de los roles y funciones tradicionalmente ligados a la masculinidad en la etapa adulta –dentro del modelo hegemónico–, reconociéndose como patriarcas, cabezas de familias, proveedores, protectores, entre otros, los que les brindan las posibilidades de dominio y mandato sobre todas las personas que conforman el núcleo familiar.

Por lo tanto, cualquier interrupción para el proceso de adscripción de estos poderes construidos y legados socioculturalmente a los varones, no sólo se traducirían en frustraciones personales, sino que a partir de esta frustración causada por la imposibilidad de "completar" el proceso de construcción de la masculinidad, se tejen nuevas interpretaciones –por parte del individuo– que dan lugar a nuevos significados.

CONCLUSIONES

La infertilidad es percibida por los varones entrevistados como un evento disociador entre el logro de los anhelos y aspiraciones personales y de pareja, y las demandas socioculturales del contexto en el que se insertan las vidas de estas personas, generando a su vez un sentimiento de pérdida y frustración personal, en la medida que la pareja no puede lograr tener los hijos que desea y en el momento que lo cree conveniente. Este sentimiento se hace más agudo para aquellos entrevistados que presentan una infertilidad primaria, en comparación a aquellos que ya lograron embarazar a una mujer alguna vez en sus vidas.

La unión y/o relación de pareja, hace que el varón alcance y se perciba posicionado en un estatus de dominio y reconocimiento social; pero ello no garantiza que se haya constituido una familia, toda vez que para los entrevistados, la familia se ha formado –invariablemente– tras la llegada de los hijos; los que son considerados además, como la razón que sella el matrimonio y le da sentido a la relación de pareja.

Para los entrevistados que presentan un factor de infertilidad, y que –a su vez– son compañeros de mujeres que tienen hijos, el sentimiento paterno para con esos niños solamente se desarrolla, si han conseguido ejercer algunos de los roles esperados de y por los varones en la etapa adulta: la provisión material, la protección, etc.

El embarazo constituye un importante elemento de análisis con relación a los significados sobre la infertilidad; toda vez que funciona socialmente como un símbolo y/o argumento "incuestionable" que denota la virilidad y capacidad reproductiva del varón; además de marcar su orientación heterosexual al haber penetrado sexualmente a una mujer y como resultado de ello, embarazarla. Sin embargo, el significado negativo de la infertilidad adquiere su máxima expresión, en la condición de tener un hijo; lo que a su vez le permite ejercer roles y funciones sociales esperadas por la sociedad.

La ausencia de un hijo, actúa como elemento determinante en la estabilidad de la pareja, conduciéndola hacia la ruptura y separación; a diferencia de la presencia de un hijo, que realmente no es condicionante de dicha estabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez L.; Calero, J.L.; León, M.E.; et al. (2004). Percepciones y comportamientos de la sexualidad y la reproducción según los hombres. Publicaciones Azucareras, Ciudad de La Habana, Cuba, 2004. (ISBN 959-7140-09-08).

Andrews, F.; Abbey, A.; Halman, L.J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. En *Journal of health and social behaviour* 32 (septiembre), 238-53.

Berger, P.; Luckman, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Calero, J.L. (2002). Los varones y su relación con los procesos de toma de decisiones en torno a la salud reproductiva. En *Rev. de Psicología LIBERABIT*. Universidad de San Martín de Pórres, Lima, Perú, 7(7):11-20.

Calero, J.L.; Magallanes, M.; Rechkemmer, A.; García, M. (2003). Infertilidad o paternidad frustrada. Significados de este Fenómeno desde la Perspectiva Masculina Peruana. *Rev. Cub. Salud Publ.* 29 (Suplemento 1):48-57.

Castañeda, E. (2001). "Bendito sea el fruto de tu vientre". Tesis presentada para optar por el grado de Maestra en Antropología Social. UNAM, 2001. México.

Castro, R.; Miranda, C. (1998). La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones: Algunos hallazgos de una investigación en Ocuituco (México). En *Varones, Sexualidad y Reproducción*. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación. El Colegio de México.

Connolly, KJ.; Edelmann, RJ.; Cooke, ID.; Robson, J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning. En *Journal of psychosomatic Research*, 36(5):459-68.

Family Health Internacional. (2004). Los hombres contribuyen a la infertilidad y sufren a causa de ella. En *Network en español*, 23(2):17-20.

Figueroa, JG. (1998a). Algunas propuestas para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. En Valdés, T. y Olavaria, J. (Eds): *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: Isis Internacional/ FLACSO- Chile. Santiago de Chile.

Figueroa, JG. (1998b). Algunas características del entorno reproductivo de los varones. Tema presentado en el Seminario Internacional "Varones, Formación Familiar y Reproducción", organizado por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, celebrado en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 1998.

Fuller, N. (1997a). Identidades masculinas. Varones de clase media en el Perú. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fuller, N. (1997b). Fronteras y retos: varones de clase media del Perú. En Masculinidades. Poder y crisis. Ediciones de las Mujeres. No 24. Isis Internacional. Santiago de Chile, 139-52.

Fuller, N. (1998). La constitución de la identidad de género masculina entre varones urbanos del Perú. En Valdés T. y Olavarría J. (Eds) Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile: ISIS Internacional/ FLACSO- Chile. Santiago de Chile, 56-68.

Fuller, N. (2000). Significados y prácticas de paternidad entre varones urbanos del Perú. En Fuller, Norma (Ed.). Paternidades en América Latina. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fuller, N. (2001). Masculinidades. Cambios y permanencias. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Gomáriz, E. (1997). Introducción a los estudios sobre masculinidad. Ed. San José: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, Costa Rica.

Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En Valdés, T. y Olavarría, J. (Eds) Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile: Isis Internacional/ FLACSO- Chile. Santiago de Chile, 49-62.

Olavarría, J.; Benavente, C.; Mellado, P. (1998). Masculinidades populares. Varones adultos jóvenes de Santiago. Nueva Serie FLACSO. FLACSO- Chile, Santiago de Chile.

Olavarría, J. (1999). Ser padre en Santiago de Chile. Tema presentado en el Seminario taller sobre Masculinidades. Lima, Perú, 1999.

Olavarría, J. (2000). Ser padre en Santiago. En Fuller Norma (Ed.). Paternidades en América Latina. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 74-100.

Olavarría, J. (2001). Y todos querían ser (buenos) padres. Varones de Santiago de Chile en conflicto. Santiago: Serie Libros FLACSO- Chile.

Palomino, N.; Ramos, M.; Valverde, R.; Vázquez, E. (2003). Entre el placer y la obligación. Derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y varones de Huamanga y Lima. 1ra edición. Universidad Nacional Cayetano Heredia y Population Concern. Lima, Perú.

Valdés, T.; Olavarría, J. (1997). Masculinidades. Poder y crisis. Ediciones de las Mujeres. No 24. Isis Internacional. Santiago de Chile, 9-16.

Valdés, T.; Olavarría, J. (1998). Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. En Valdés y Olavarría (Eds) Masculinidades y equidad de género en América Latina. FLACSO, UNFPA, Santiago de Chile.

Valdés, T.; Olavarría, J. (1999). Los estudios sobre masculinidades en América Latina: Cuestiones en torno a la Agenda Internacional. En Seminario taller sobre masculinidades, Lima, Junio de 1999.

Viveros, M. (1998a). Quebradores y cumplidores: biografías diversas de la masculinidad. En Valdés, Teresa y José Olavarría (Eds.). Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile: FLACSO- Chile, 36-55.

Viveros, M. (1998b). Decisiones reproductivas y dinámicas conyugales. El caso de la elección de la esterilización masculina. En Valdés, Teresa y José Olavarría (Eds.). Masculinidades y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile: FLACSO- Chile, 146-156.

Viveros, M. (1999). Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo. Ponencia presentada en la Conferencia Regional "Paternidad y Políticas Públicas". Lima, 1999.

Viveros, M. (2000). Paternidades y masculinidades en el contexto colombiano contemporáneo. En Fuller Norma (Ed.). Paternidades en América Latina. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 53-73.

WHO Scientific Group. (1975). The epidemiology of infertility: Report of a WHO Scientific Group. Geneva, (WHO Tech. Report Series; No 582).

WHO. (1991). Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primay and secondary infertility. World Health Organization, 26-37.

Expectativas y percepciones de mujeres y hombres frente a la atención del parto en zonas rurales de Cajamarca.

Jessica Niño de Guzmán

117

El presente artículo, que se desprende de un estudio mayor, tiene como finalidad analizar las expectativas y percepciones de mujeres y hombres frente a la atención del parto en comunidades rurales, pertenecientes a la jurisdicción de los establecimientos de salud que han implementado la adecuación cultural: San Marcos, Otuzco y Cauday de la Dirección Regional de Salud Cajamarca. Para ello evalúa la aceptabilidad de la adecuación cultural como una estrategia institucional.

El estudio se desarrolló de noviembre de 1999 a agosto del año 2000; fue de tipo transversal y de diseño cuantitativo y cualitativo. Las unidades de información y análisis fueron las mujeres y hombres (cónyuges) que acudieron por atención de parto institucional y quienes no acudieron, durante el año 1999; así como las gestantes y sus parejas en las comunidades seleccionadas.

La metodología combinó técnicas cuantitativas y cualitativas. Las variables definidas fueron de tipo sociodemográficas y las categorías abordaron dimensiones de la calidad que evalúan el servicio recibido.

Se aplicaron encuestas semi estructuradas a un total de 63 mujeres, usuarias (12) y no usuarias (43), de los establecimientos de salud seleccionados y 8 mujeres que acudieron o fueron derivadas al Hospital Regional de Cajamarca. En cuanto a los cónyuges, se entrevistaron a 46, de los cuales 30 eran parejas de no usuarias del servicio de parto, 10 de usuarias y 6 de aquellas que acudieron al Hospital. Del total de personas encuestadas por comunidad, el 34% (37) fue de la comunidad de Bajo Otuzco, el 28% (31) de Ogosgón y el 38% (41) de Penipampa.

Para profundizar el análisis de la información se realizaron entrevistas a una muestra intencional con 9 mujeres de 12 que tuvieron su parto en los establecimientos de salud seleccionados; y a 15 que dieron a luz en su domicilio (5 por comunidad). Para seleccionar a las mujeres se buscó que tuvieran varios niveles de instrucción y que vivieran con la pareja. También se entrevistó a las parejas de las mujeres entrevistadas (20 entrevistas). La muestra cumplió con el criterio de saturación. Para identificar sus expectativas frente a la atención de su próximo parto, se realizaron 6 grupos focales (2 por comunidad), de gestantes y cónyuges.

El promedio de edad de las personas encuestadas fue de 28 años en el caso de las mujeres y de 33 años en los varones. El grado de instrucción era primaria, incompleta y completa, en el total de la población objetivo, siendo el acceso a educación 7.8% más en los hombres. El porcentaje de analfabetismo en los hombres es tan solo de 3.3%, y se encuentra en el grupo de los no usuarios de los establecimientos de salud; mientras que en el total de mujeres el porcentaje de analfabetismo llega al 18.7%. No se encontró una diferencia significativa frente a las mujeres con bajo nivel de instrucción y su acceso o no a los establecimientos de salud. Respecto a la ocupación, la actividad en casa es la que prevalece en las mujeres y en el caso de los varones, la agricultura. La excepción son los usuarios del Hospital, quienes por tener mayor acceso a medios de comunicación son en su mayoría obreros.

Parto institucional en Cajamarca

Según la ENDES 96, en el Perú el porcentaje de mujeres atendidas por personal de salud durante el embarazo en ese tiempo fue de 67% y una cifra menor de 56% recibió la atención durante el

parto. En las áreas rurales del país, las coberturas fueron menores: 56% de las gestantes no tuvieron control prenatal y el 76% se atendieron con una partera o algún familiar.

Si bien en la Dirección de Salud Cajamarca, la cobertura de parto institucional se ha incrementado de 7% en 1993 a 27% en 1999 en los últimos años, aún resulta baja. Del total de partos, el 33% fue atendido por parteras y el 40% por otros (familiares, amigos o solas). La cobertura del control prenatal alcanzó el 48%, siendo el 56% gestantes controladas; esto significa que existen circunstancias que hacen que estas gestantes que tienen un primer contacto con el establecimiento de salud no culminen su control prenatal y menos aún acudan por atención de parto (Dirección Regional de Salud Cajamarca, 2000).

La desigualdad de oportunidades y poder que opera entre hombres y mujeres ha sido asumida como algo natural por quienes trabajan en salud (Network en Español, 1998, Vol 18, No 4). Son las mujeres quienes más acceden a los servicios, especialmente aquellas de las zonas rurales. Asimismo, se observa que muy pocas veces se promueve la participación del hombre en el control prenatal y parto; así como la corresponsabilidad en el cuidado de su salud reproductiva.

La población rural de Cajamarca, que en el año 2000 constituía el 72% de la población total, se caracteriza por ser pobre (tasa promedio de pobreza de 29), dispersa, con limitado acceso aún a servicios básicos, y con una tasa de analfabetismo de 14.9% en hombres y 39% en mujeres. La población es migrante, dedicada a la agricultura, ganadería, artesanía; con actitudes machistas y con baja autoestima (Dirección Regional de Salud Cajamarca, 2000).

El parto constituye una etapa especial en la vida de la mujer y la familia. Si bien es considerado un evento natural, está sujeto a riesgos cuya prevención norma estrictamente cada cultura a partir de las experiencias de sus familiares (madres, abuelas, etc.). Las mujeres siguen con sus actividades diarias hasta el momento del parto, cuidándose del esfuerzo físico, "la cólera", "el frío", "las caídas"; reconociendo que muchas veces no cumplen sus cuidados establecidos culturalmente, debido a las múltiples actividades que les exige su rol de género. La partera forma parte de la vida familiar de las mujeres, ellas refieren que "son como nosotras"; es decir, el nivel de identificación y confianza se basa en que las reconocen como parte de su mundo y por ende de su cultura (UNICEF, 1999).

En la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, se ha venido promocionando la adecuación cultural de los servicios de atención del parto a las características socio culturales del ámbito, una de las estrategias para disminuir la brecha entre los servicios de salud y la comunidad. La propuesta de adecuación cultural se empieza a implementar desde el año 1998, a partir de la "Iniciativa de los Diez Pasos para un Parto Seguro", con el apoyo de UNICEF, y focalizando la intervención en dos establecimientos de la Dirección Regional de Salud, San Marcos y Cauday, para luego extenderse a otros en forma progresiva.

Esta propuesta se desarrolla con la incorporación de prácticas de la población en relación al embarazo y parto a la atención institucional. Comprende la adecuación del ambiente físico: luces dirigidas (que le dan cierta oscuridad al ambiente), estufas para mantener abrigado el ambiente, disposición de colchonetas o banquitos que permitan a la mujer decidir la posición de dar a luz (echada o en cuclillas). También se brindan mates calientes durante el trabajo de parto; se provee de batas amplias que le den mayor protección, de fácil uso y que además se adecuen a sus características y se entrega la placenta después del parto para que los familiares la entierren. Durante todo el momento del trabajo de parto se motiva la participación de la pareja y la partera. Todos estos criterios responden a elementos tangibles de la calidad del servicio de parto y a iniciativas de profesionales e instituciones, basados en resultados de estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) aplicadas a mujeres de la zona urbana, urbano marginal y a parteras en el ámbito de la Provincia de San Marcos. (UNICEF, 1998)

A fines de 1999, en el proceso de difusión de esta estrategia, responsables del área de Salud de la Mujer del Centro de San Marcos, con el apoyo de UNICEF, realizaron una evaluación de los resultados de la adecuación cultural, identificando como logros: un "incremento en el 13% de la atención del parto institucional en relación al tercer trimestre 1998-1999, fortalecimiento del trabajo con parteras tradicionales, una nueva actitud del personal y la satisfacción de las púerperas atendidas bajo estas condiciones". Sin embargo, mencionaron también algunas dificultades, como la "resistencia del personal de salud, el cambio continuo del personal, la disminución de las horas de trabajo, el débil trabajo en equipo, y la escasa difusión de la propuesta".

Consideraciones teóricas

Al abordar el tema cultural, se requiere tener claro algunos de los conceptos y significados que este conlleva. Geertz (1973), define la cultura como "un modelo 'de' y 'para' una realidad de imágenes y concepciones organizadas que guían la conducta social". La cultura es como un modelo organizado de significados compartidos e imágenes que generan roles y creencias.

De allí que el embarazo, parto y puerperio, posean una serie de significados y normas sociales, que generan a la vez un conjunto de modelos explicativos. Lestaje (1985), interpreta el estado del embarazo en el mundo andino como un "estado ambiguo", pero a la vez normal y necesario para asegurar la descendencia y, por lo tanto, su participación en el trabajo agrícola. Es un "estado de preocupación y misterio" porque no se sabe lo que será del niño ni de la madre, si morirá o vivirá. El embarazo es un "estado de responsabilidad" no solo para la madre y el niño, sino para la familia y la comunidad.

Según el estudio realizado en dos comunidades de San Marcos: Huayanay y Huayobamba en Cajamarca (Guerra Reyes, L. 2000), se reconoce que existe peligro de muerte para la mujer con consecuencias para la unidad familiar. El parto es considerado por la población como un hecho natural, pero al mismo tiempo "similar al de una enfermedad de cierta gravedad." La autora señala que en un parto sin complicaciones, "los familiares de la mujer y la partera comunicarán a los interesados en el pueblo que la mujer 'salvó con bien' ". Esto se considera como un evento que superó al azar de morir y vivir.

El desarrollo de la atención médica del parto ha pasado por un proceso de apropiación de un espacio que antes perteneció al mundo de las parteras y parturientas. Bobee (1980), menciona las consecuencias del proceso de medicalización del parto: las dificultades de las parturientas para experimentar el parto como parte integral de su vida, la frialdad y soledad de las salas de parto, la dependencia del personal de salud, la discontinuidad entre el seguimiento, del embarazo, parto, posparto y la programación del mismo como un hecho clínico.

Uno de los aportes que están a la base de la discusión sobre calidad de atención es la desarrollada por A. Donabedian (1990); la atención a la salud posee tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de la atención. Define la calidad como la conformidad con las normas, las mismas que no son absolutas sino que cambian de cultura a cultura.

La calidad debería ser abordada desde lo que las usuarias/os prefieren y a su vez les permita mejorar sus condiciones de vida. Respecto a esto, Jain y Bruce (1990), plantean que calidad es escuchar la perspectiva del usuario/a para conocer cómo ellos experimentan los resultados. Sin embargo, Atree (1996) señala que "la visión del paciente de la calidad de atención tiende a percibirse como subjetiva, y por lo tanto subordinada a la perspectiva de los profesionales."

Es notorio observar que existe una brecha entre lo que las mujeres perciben de los servicios y la calidad actual de la atención en salud. Según María I. Matamala (1995), "una atención de buena calidad será aquella que bajo el enfoque de salud integral resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, trabajo, vida cotidiana, necesidades y subjetividades de las usuarias; así como también potenciando su autoestima, autonomía, dignidad y el ejercicio de sus derechos".

Percepciones de la atención de parto domiciliario en las comunidades rurales

Del total de partos durante el año 1999 en los ámbitos seleccionados, el 19% (12) fueron atendidos en los establecimientos de salud, el 68% (43) en el domicilio y el 13% (8) en el Hospital de Cajamarca.

La Región de Salud de Cajamarca contaba, en ese tiempo, con un total de 966 parteras, siendo el 94% mujeres y el 6% varones, de los cuales 72% se encuentran capacitadas/os. En el caso de la población estudiada, el 63% de los partos domiciliarios fueron atendidos por parteras capacitadas.

Las parteras asumen la responsabilidad del parto a nivel de su comunidad, y han adquirido esta destreza de un familiar cercano u otra partera como un proceso de transferencia de conocimientos, actividades y prácticas. Las parteras tradicionales asumen un liderazgo en el cuidado de la salud de las mujeres y los recién nacidos en sus comunidades.

Las mujeres se identifican con las parteras dado que comparten los mismos significados culturales acerca de los alimentos y su clasificación, del uso de recursos terapéuticos como hierbas, masajes recursos religiosos, y sobre todo valoran el soporte psicológico que las parteras brindan (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 1996)

Desde el año 1977, en un afán de acercar los servicios de salud a la comunidad, la Dirección Regional de Salud de Cajamarca inició la identificación y capacitación de parteras tradicionales. La propuesta de capacitación constaba de tres fases. En la primera, se instruye sobre la evolución del embarazo normal, atención del parto y complicaciones del puerperio. La segunda fase incluye conceptos generales del embarazo normal y de alto riesgo, capacidad resolutoria del establecimiento de salud, incluyendo el sistema de referencia y contrareferencia. Finalmente, en la tercera fase, se capacita a la partera en planificación familiar y cuidados del recién nacido.

Toda partera luego de estas tres fases recibe un kit para la atención de parto, el que comprende un plástico como solera para proteger la zona perineal de la paciente, papel kraft para colocar el material, gasa, hilos para atar el cordón y jabón. Este kit contribuye a la atención en mejores condiciones de limpieza y, por consiguiente, a menores riesgos para la madre y el recién nacido.

La partera con o sin estos nuevos conocimientos, cumple algunos roles dentro del proceso de atención del parto como el cuidar la comodidad de la madre, acompañarla, atender al recién nacido y preparar junto con la familia los alimentos una vez que se da el parto. Además, es costumbre que la partera "acomode" al niño cuando no está en la posición adecuada, y espera juntamente con la familia hasta que el niño nazca. Se encarga, asimismo, de levantar al niño/a, cortar el cordón umbilical –si es capacitada utilizando el kit y si no lo es con una tijera o un carrizo– abrigar a la criatura y atender a la madre.

Las actitudes frente a la reproducción y nacimiento de un niño/a gira alrededor de aspectos socioculturales y económicos. En las entrevistas, se mencionó que en tiempos ancestrales los preparativos para la atención del parto eran distintos si se trataba de un hombre o de una mujer. En el caso de nacer un hombre se mataba un carnero para alimentar a la madre; sin embargo,

ahora consideran que es igual en ambos sexos. Las diferencias se manifiestan de acuerdo a cómo las mujeres comparan la percepción del dolor en el parto de un niño con el de una niña, y esta percepción no coincide de una comunidad a otra.

En este artículo tomaremos algunas de las dimensiones de calidad, como la relación interpersonal, la seguridad, la accesibilidad; para comparar las percepciones de las mujeres y varones sobre la atención del parto por la partera y, en el siguiente acápite, la atención en los servicios de salud con adecuación cultural.

121

La relación interpersonal constituye uno de los aspectos que las mujeres y hombres de las comunidades estudiadas diferencian más entre la atención de la partera y del personal de salud. La relación que se establece entre la parturienta y la partera es totalmente horizontal, con un trato muy familiar, donde el cariño, la compañía y el ánimo que estas les brindan es muy valorado, mucho más por las mujeres que por los hombres, lo cual refuerza la confianza que se establece entre ambas.

El acceso cultural y geográfico se da en todos los casos, pues la partera vive en las comunidades y tienen sus mismas costumbres, formas de pensar y actuar. En cuanto a la accesibilidad económica, el reconocimiento al trabajo que realiza la partera varía desde el compadrazgo, ofrecerle algunas especies que cosechan o animales que crían hasta dinero en efectivo. En el 79% de los casos no se pagó nada, 16% pagaron en especies (alimentos y/o animales) y solo un 5% pagó entre 5 y 20 soles según el nacimiento fuera de una mujer o un hombre. En la mayoría de los casos esta relación es de uno a dos, pagándose 10 nuevos soles por la mujer y 20 por el hombre, asumiendo el aporte en el trabajo que este último daría cuando sea joven y adulto.

Sobre los llamados aspectos tangibles de la atención, existen algunas características específicas de la atención del parto en el domicilio como son: la posición, la iluminación, las nociones de calor y frío, el consumo de los mates calientes y las prácticas sobre la placenta. Respecto a la posición, podemos observar que la de cuclillas es la tradicional; sin embargo, hay mujeres que han experimentado y prefieren la posición acostada (14%).

El 86% de mujeres que tuvieron su parto en cuclillas refirieron que esta posición facilita el parto haciéndolo más rápido y con menos dolor. Aquellas que nunca experimentaron otra posición temen cambiar, porque están acostumbradas a que sea así, o porque podría hacer que le cause mayor dolor o que el niño no nazca.

La iluminación de las viviendas en las comunidades es con lámpara o vela. Muy pocos cuentan con luz eléctrica, por lo que los partos se producen en poca luz; y existe también la preferencia porque el parto ocurra en estas condiciones.

Los mates calientes son muy valorados por las mujeres y toda la familia, ellas manifestaron que les ayuda mucho en su labor de parto (97.5%). Se concibe que estos mates calientan al cuerpo y ayudan a disminuir el dolor, pero por sobre esto está el significado que encierra en la relación entre la partera y la mujer en el momento del parto, transmitiendo confianza, apoyo y afecto. El tipo de hierba con que se elabora el mate varía de un lugar a otro, siendo las más usadas en las comunidades estudiadas: el orégano, el agua de maíz blanco, albahaca, botoncillo, flor de tuna, flor de mutui, tomate de zorrillo, carne de mono y chocolate, bajo la creencia de que debe tomarse antes y después del parto.

Al interior de las familias de zonas rurales existe una concepción marcada frente al frío y al calor. Por lo tanto, el abrigarse, tomar mates y estar en un ambiente abrigado, favorece el avance del trabajo de parto. El 74.4% de mujeres no usuarias, dieron a luz en un ambiente abrigado, el 14% en

uno muy abrigado y, un 11.6% en un ambiente frío, por razones del clima. Y en cuanto a la ropa, el 72.1% se abrigó más que de costumbre y el 27.9% usó la misma ropa que tenía puesta.

En cuanto a la expulsión de la placenta existen costumbres que se han mantenido a través del tiempo. Por ejemplo, la madre recibe un mate caliente, que le permita recobrar la fuerza que necesita para la expulsión de la placenta y ante el temor de que esta "vuelva a meterse", atan el cordón al dedo del pie y esperan hasta que caiga por sí sola.

El entierro de la placenta constituye otra de las costumbres en las comunidades. En el 81.4% de 43 partos, se cumplió este rito, y en el 18.6% de las no usuarias y 10% de los cónyuges, desconocieron qué hizo la partera con la placenta.

En el 98% de los casos entrevistados, se expulsó la placenta en forma completa e inmediatamente después del nacimiento del niño. La partera se encarga de "juntarlo" y enterrarla o entregarla a la familia para que lo entierren, asumiendo la responsabilidad, por lo general, la pareja.

Si bien los partos en las comunidades rurales suelen ser momentos de gran participación de toda la familia, se le trata de brindar a la mujer las mayores condiciones de privacidad y tranquilidad. En un mismo ambiente se encuentra la partera, el cónyuge y/o la madre, y en raros casos otro familiar.

En el 69.7% de los partos en domicilio acompañó la pareja, en el 37% acompañó la mamá y en el 39.5% otros familiares; el resto de la familia va cumpliendo roles distintos, desde ayudar a la partera, el acompañamiento permanente durante y después de la labor de parto, hasta la preparación de los alimentos y los mates calientes.

Las encuestas arrojaron que el 83.7% de las mujeres que tuvieron su parto en el domicilio, prefirieron la atención por la partera; y en el caso de los hombres un 56.7. Los hombres manifestaron que el parto fue muy rápido y no les dio tiempo para acudir al establecimiento de salud. Posiblemente ellos están más convencidos de la importancia de acudir, para evitar cualquier riesgo; mientras que las mujeres preferirían ser atendidas por la partera, siguiendo las costumbres familiares.

Las entrevistas confirman que la preferencia por la partera se sustenta mucho más en la confianza. Para las mujeres depende también de la experiencia que la partera haya adquirido (43%), porque es un familiar cercano, madre, hermana o tía (26%), la había atendido antes (23%), y porque es "buena gente" (8%).

En el caso de los hombres la confianza está basada principalmente en la experiencia que tiene la partera (55%), porque es capacitada y atiende bien (22%); porque es un familiar (17%), y porque ayuda en el parto (6%).

La primera respuesta que surge al preguntar acerca de la preferencia por la partera es que el establecimiento de salud está lejos o porque el trabajo de parto fue en la noche; sin embargo, subyace a las respuestas siempre el criterio de la confianza.

La seguridad entendida como la destreza para brindar una atención sin complicaciones, en el caso de los partos domiciliarios por partera, se ve reflejada básicamente en el reconocimiento explícito a la capacitación que esta haya recibido por parte del personal de salud, cuya tendencia es cada vez mayor.

La seguridad también se sustenta en el seguimiento que la partera desarrolla sobre la madre y el niño, en el control del tiempo para dar a luz, en la referencia oportuna que esta realiza en caso de identificar algún riesgo, y en la utilización de un kit para la atención de un parto en mejores condiciones de asepsia.

En los casos en que la partera no puede atender el parto porque identifica algún signo de riesgo, la madre es por lo general derivada al establecimiento de salud. En el caso de una partera capacitada la transferencia se hace con un formato donde ella da a conocer el actual problema y al mismo tiempo brinda cierta seguridad a la mujer de que efectivamente va a ser atendida. En algunos casos, ella misma lleva a la paciente al establecimiento.

En el caso de las usuarias, que ya han experimentado el parto en los establecimientos de salud, si su experiencia ha sido satisfactoria, va disminuyendo la confianza hacia la partera, percibiendo que la atención en el domicilio por persona empírica no es la más segura.

El puerperio es considerado una etapa peligrosa para la madre. De los 43 partos que fueron atendidos en el domicilio, 3 presentaron complicaciones: La primera tuvo retención de membranas, que fue resuelto en el mismo domicilio utilizando medios caseros como "infusiones de hierbas con vino". El segundo caso fue una hemorragia post parto, por lo que se requirió la presencia de la obstetriz del Centro de Salud, quien con el uso de oxitócicos (IM) solucionó el problema. Y la tercera, presentó vómitos y dolor de cabeza, prefiriéndose llamar al médico quien llegó al domicilio ya en el período de alumbramiento.

Estas complicaciones, se resolvieron sin acudir a los establecimientos de salud y sin necesitar tratamiento médico mayor. En el segundo caso fue la pareja quien tomó la iniciativa de buscar ayuda, favoreciendo la distancia que se encontraban al Centro de Salud (20 minutos caminando) y la disponibilidad en esos momentos del profesional responsable. Sin embargo, son casos que hubieran podido llegar a problemas mayores y hasta la muerte de la madre.

En cuanto a la satisfacción frente a la atención por partera, el 46.5% de las mujeres quedaron muy contentas, el 39.5% contentas, el porcentaje restante entre más o menos y poco contentas. En el caso de las parejas, un 36.4% quedaron muy contentos de la atención recibida, porcentaje menor al de las mujeres y el 41% contentos, en este grupo existió un 4.5% que quedó insatisfecho con la atención. La satisfacción, sobre todo desde las mujeres, se sustenta en que "todo salió bien", la madre y el niño/a se encontraron fuera de peligro y recibieron la atención y el cuidado que requerían; incluyendo la alimentación, higiene y la compañía que la partera les ofreció.

Otro de los aspectos que generan satisfacción en las mujeres es el seguimiento que realiza la partera después del parto, permitiéndoles identificar algún riesgo en esta etapa, lo cual hace sentir a las mujeres más protegidas.

Sólo un 14% de mujeres y un 4.5% de hombres declararon no haber estado satisfechos de la atención de la partera. Uno de los casos se debió a que la partera de la comunidad no se encontraba y tuvieron que ubicar a otra; en otro caso, la partera llegó cuando el niño/a ya había nacido y en un solo caso hubieran preferido la atención por personal de salud, pero no les dió tiempo para acudir al establecimiento.

Percepciones frente a la atención institucional del parto con adecuación cultural

La decisión de adecuar y promover respuestas culturales desde los servicios de salud en el nivel local, se dio con la finalidad de hacerlos accesibles a la población y contribuir a evitar las muertes maternas y la de los recién nacidos.

A continuación se analizan las percepciones en las diferentes dimensiones de la calidad por parte de las mujeres y sus parejas que recibieron la atención del parto en establecimientos de salud que implementaron la adecuación cultural.

En cuanto a las relaciones interpersonales, la adecuación cultural ha dado lugar a un cambio de actitud del personal esforzándose por mejorar sus relaciones con la población. Las personas entrevistadas refirieron que el trato en estos establecimientos de salud ha mejorado en los últimos años y se encuentran satisfechos/as. Más del 80% de usuarias y cónyuges percibieron el trato como bueno o muy bueno.

Aún existe entre un 15 a 20% de usuarios/as, quienes identifican que la comunicación con el personal de salud todavía está por mejorar, donde es necesario fortalecer las relaciones de confianza y horizontalidad.

En el caso de las no usuarias/os, existe una apreciación muy negativa frente al trato por parte del personal de salud; mucho más si han tenido alguna experiencia negativa en otro establecimiento.

La adecuación cultural surge básicamente como una estrategia para mejorar el acceso al establecimiento de salud, pero también se han creado algunos mecanismos de incentivos como el no cobrarles la atención u obsequiarles un regalo para el recién nacido.

Las entrevistas permitieron identificar los motivos por los que las mujeres acudieron a estos establecimientos. El 58% del total de usuarias refirieron que una de sus principales motivaciones fue el temor a un riesgo o complicación y la preferencia por el personal de salud (25%) quien les brinda mayor seguridad o porque fue atendida anteriormente allí. El 17% señaló que acudió al establecimiento por la presencia de una multa, razón que también fue manifestada por no usuarias, lo que trastoca cualquier estrategia orientada a mejorar los servicios.

Respecto a la accesibilidad física, todavía hay limitaciones: el tiempo de traslado en promedio para llegar a los establecimientos ha sido de menos de una hora en el 66.7% de los casos; y de una a tres horas en el 33.3% de los casos. Además, el 57% de las parejas acudieron al establecimiento a pie, el 14% lo hizo en camilla y el 29% en carro. En cuanto a la hora de traslado, el 58.3% lo hizo en el día, el 33.3% lo hizo en la noche y el 8.3% en la madrugada.

En lo que se refiere a la organización, se encontró que el tiempo de espera, desde que llegaron al establecimiento hasta que recibieron la atención, fue menor a 15 minutos en el 83.3% de los casos y el 16.7% de mujeres esperaron entre 15 a 30 minutos; considerando que el parto requiere de una atención inmediata.

En estos establecimientos donde el promedio de extensión de uso (atendidos/as nuevos en relación a la población total) en 1999 fue de 68% (Dirección Regional de Salud Cajamarca, 2000), no se justificaría un tiempo de espera mayor al encontrado. Sin embargo, existe la percepción ante otro tipo de atención que no es la obstétrica, que el tiempo de espera no es aún el ideal.

La accesibilidad frente a los costos por la atención, muestra ciertas limitaciones. Las usuarias refirieron que en el 33.3% de los casos, los gastos (de atención y medicamentos) superaron a lo esperado, es decir lo percibieron como caro, en un 33.3% fue gratis, y en un 25% refiere que sí estuvieron a su alcance. En cuanto a las parejas, el 40% refirieron que los costos sí estuvieron a su alcance, el otro 40% fue gratis, en un 10% superaron lo que ellos esperaban gastar.

La accesibilidad cultural es uno de los aspectos que más se ha resaltado como limitante, en los últimos años, respecto al acceso de la población a un determinado servicio. Entre ello, la toma de decisiones al interior de la familia, experiencias anteriores, las concepciones y experiencias de vecinos y familiares, entre otros.

Un aspecto cuestionado en el ámbito rural, es la relación de poder que existe del hombre sobre la mujer en las decisiones que se toman. Sin embargo, encontramos que en los partos domiciliarios esta decisión es si tomada por la mujer en el 34.1% de los casos, en el 52.4% por ambos; en el 7%, la decisión es tomada por la mamá de la mujer y tan solo en un 6.5 % de los casos es tomada solo por la pareja.

Es interesante comparar que la decisión varía en los casos de partos institucionales, solo en un 14.8 % de los casos, la decisión fue tomada por la mujer, en el 70.2% fue tomada por ambos, un 11.5% fue tomada por la pareja, (mayor al de los partos domiciliarios) y en un 3.5% la decisión la tomó la suegra de la mujer.

En el caso de las mujeres no usuarias, el 46.5% pensaron en ir en algún momento al establecimiento de salud. De estas, el 85% lo pensaron ante el temor de alguna complicación, el 10 % simplemente hubieran preferido la atención por el personal de salud o porque existen medicinas (5%).

En el caso de los hombres, el 90% sí pensó en ir (50% más que las mujeres), siendo los motivos: el temor ante una complicación (70%), preferencia por el personal de salud (26%), porque existen medicinas (4%). Las entrevistas también refuerzan que prevalece la decisión de la pareja cuando existe el convencimiento de la importancia de acudir al establecimiento de salud, para evitar cualquier riesgo.

Como podemos observar las experiencias de partos anteriores, que fueron normales tanto de ellas como de sus familiares, les da seguridad para no acudir al establecimiento. Tanto en las mujeres (41.9%) como en sus parejas (53.3%) consideran no haber acudido porque no fue necesario, el parto ocurrió de la forma y dentro del tiempo que ellos consideraron "normal" e incluso "muy rápido" (de 1 a 2 horas), y acudirían al establecimiento de salud solo ante una complicación o si hubieran tenido el tiempo suficiente para trasladarse.

Por lo tanto, el parto es considerado un evento natural, pero que encierra dentro el mayor peligro que es la muerte; sin embargo, mientras no se presente el peligro no se ve la importancia de acudir al establecimiento de salud.

Otro de los aspectos es el temor que perciben sobre todo las mujeres a un mal trato por parte del personal de salud y a que las atienda un profesional varón. Así mismo, los cónyuges tienen la percepción que un médico varón no podría realizar la atención igual que una mujer, "salvo cuando exista alguna complicación donde sí se requiera su intervención", pero de lo contrario impediría que se establezca cierta empatía y, sobre todo, se asuma la responsabilidad de la atención que sí se daría con una mujer.

Aparece también el temor ante los procedimientos de la atención del parto como la episiotomía o ante procedimientos quirúrgicos mayores como una cesárea, lo cual implica el traslado a un establecimiento de mayor complejidad (hospital), ocasionando a la vez mayores gastos.

En ambos, no usuarias y sus parejas, existe un desconocimiento frente a los costos de la atención; un porcentaje aceptable no fue porque pensaban que los costos eran altos, sumando a esto los gastos ocultos, es decir la movilidad, alimentación, entre otros; que implica, a la vez, el descuido de la casa, los hijos y los animales. Esta limitante es expresada de manera más explícita por los hombres.

Si comparamos el acceso a la atención del parto con el del control prenatal, encontramos que el 100% de mujeres que se atendieron en su domicilio acudieron al control prenatal en el establecimiento de salud, siendo el promedio 5 controles por gestante. Esto nos indica que existen razones que determinan la brecha entre el control prenatal y el acceso a la atención del parto, e incluso la culminación de los controles durante el embarazo.

Asimismo, el 93 % de los cónyuges de las mujeres que se atendieron en sus domicilios, acudieron por algún motivo al establecimiento, y el 70% acudieron acompañando al control prenatal, en un promedio de 2 controles.

Por lo general, no existe detrás de esta práctica la intención de atenderse el parto institucionalmente. Las razones encontradas en otros estudios, que motivan a las mujeres a acudir por control, es el confirmar la gestación, asegurarse de que no hay problemas en el embarazo o quedar registrada garantizando así la atención ante la aparición de una emergencia obstétrica (MINSA, 1999).

La confianza hacia el personal de salud, para que se puedan expresar libremente, sin temor y acudir sin dudar como primera opción, sin que exista necesariamente algún problema; varía entre las no usuarias y las usuarias.

La mayor confianza hacia el personal de salud está del lado de las usuarias; y la mayor desconfianza viene de las no usuarias; a pesar de que ambas han experimentado en algún momento un acercamiento con el personal de salud. En el caso de las parejas, tanto de las usuarias como de las no usuarias el nivel de confianza varía entre adecuado y regular.

Antes de que la mujer experimente un parto institucional, la confianza se mantiene en la partera. Existen esfuerzos del personal de salud por mejorar la confianza de las parejas que acuden al establecimiento de salud para la atención del parto; donde esta confianza ha ido ganándose, especialmente por la mejora de las relaciones interpersonales y la disminución de las complicaciones en la atención.

En lo que se refiere a la seguridad, estuvo orientada básicamente a recoger de las usuarias y parejas, sus percepciones frente a la respuesta del establecimiento para resolver los problemas o complicaciones que pudieron haberse presentado. Sin embargo, encontramos que el 100% de mujeres que se atendieron en los establecimientos de salud seleccionados, no presentaron ningún tipo de complicación.

En cuanto a la disponibilidad de materiales para la atención, en el 83.3% de los partos atendidos en los establecimientos se percibió que se contaba con todos los materiales e insumos. Solo un 16.7% percibió que no se contó, en ese momento, con algunas medicinas para brindar la atención.

Al igual que la confianza, la seguridad de un parto sin complicaciones ha ido pasando de la seguridad que se sentía por la partera, a la seguridad en el personal del establecimiento, pero solo de aquellas que han logrado experimentar un parto institucional con buenos resultados para la madre y el niño.

Uno de los aspectos identificados durante las entrevistas es la falta de "profesionales especialistas" en este campo, que trae consigo tratamientos inadecuados y la transferencia, en muchos casos inoportuna, a establecimientos de mayor complejidad. Asimismo, mujeres que han tenido la experiencia de no encontrar medicinas, descalifican al establecimiento en la posibilidad de dar una buena atención.

El miedo que se experimenta tanto en la atención en domicilio por partera como en el parto institucional está muy ligado a la capacidad de dar solución a cualquier riesgo que pudiera presentarse durante el parto; sin embargo, se observó que este es menor en los partos institucionales.

Respecto a la privacidad, esta fue abordada sobre todo por la presencia de personas desconocidas durante la atención del parto. El 50% de las usuarias manifestaron que hubo personas desconocidas en

el mismo ambiente, y en el otro 50% solo estuvieron las personas que atendían el parto. En el caso de las parejas, percibieron la presencia de personas extrañas en la sala de parto en el 33% de los casos.

La información que se brinda a las usuarias /os es uno de los aspectos más débiles, como resultado en la investigación. En cuanto a los procedimientos efectuados, solo un 41.7% de usuarias recibieron este tipo de información; y el 57% de las parejas estaban informados del proceso de atención del parto. Sin embargo, en las entrevistas se reveló que el nivel de información que les ha llegado a las mujeres y esposos durante la atención del parto era muy limitado y poco claro respecto al proceso mismo, la presencia de riesgos, y el consentimiento informado.

Existe un buen nivel de información referente a planificación familiar, lactancia materna y el cuidado del recién nacido en la etapa del puerperio; que sí se proporciona en estos establecimientos en forma más amplia y sobre la cual todas las usuarias y esposos conocen.

En el caso de los hombres y las no usuarias, más del 75% conocen poco o desconocen los horarios de atención y servicios que se brindan. En el caso de las usuarias, el grado de conocimiento es mayor, como consecuencia del mayor contacto que tienen con el establecimiento de salud; ya que por lo general son quienes asumen la responsabilidad del cuidado de la salud de sus hijos.

A pesar de que más del 70% de la población entrevistada cuenta con radio, la difusión de los servicios y horarios, a través de este medio no se da. Conocen el horario a través de conversaciones con familiares y vecinos, así como por experiencias anteriores de haber acudido en un horario determinado u otros medios como un cartel en algún lugar del establecimiento.

La incorporación de la propuesta de adecuación cultural para la atención de parto se ha dado en diferentes grados en los establecimientos de salud seleccionados. El Centro de Salud San Marcos y el Puesto de Salud de Cauday, son los establecimientos que han tratado de introducir todos los elementos antes mencionados. El Centro de Salud de Otuzco, lo ha venido haciendo en forma progresiva.

Como podemos observar y se corrobora con las entrevistas, no todas las mujeres experimentaron la atención con todos los elementos de la adecuación. Es decir, no todas tuvieron la oportunidad de elegir la posición, recibir mates, que los familiares, esposo y/o partera puedan estar presentes, el enterrar la placenta, etc. Aquellas que sí tuvieron esta oportunidad lo consideraron como un aspecto que podría ayudar a que las mujeres y sus parejas se sientan mejor al recibir la atención.

Sin embargo, los significados que estos elementos encierran alrededor de la práctica en el parto por partera, muchas veces no son tomados en cuenta por el personal de salud. No es el hecho de que dispongan de mates calientes, sino de la actitud de las/los prestadores del servicio hacia una relación de mayor confianza y afecto.

Observamos también que existe una diferencia entre lo que percibió la usuaria y la pareja, posiblemente por el poco involucramiento que este último pudo haber tenido; siendo una de las mayores diferencias la percepción frente al ambiente, el 67% de hombres lo percibieron como frío, mientras que en las mujeres solo un 8.3%.

En el caso de las batas, si bien el 91.7% de mujeres encuestadas manifestaron que las protegía como ellas deseaban, en las entrevistas refirieron que se sienten incómodas con todo aquello que no sea su propia vestimenta, pero lo aceptan.

A pesar de la apertura del personal de salud para atender el parto en diferentes posiciones, solo un 25% de mujeres tuvo la posibilidad de elegir. De estas el 67% prefirió la posición acostada. El 75% de mujeres que no tuvieron la opción de elegir siguieron las instrucciones que le daba el personal de salud.

En relación al entierro de la placenta, si bien a más del 80% les gustó que se la ofrecieran, las mujeres refirieron que en algunas ocasiones les entregan la placenta sin que ellas la pidan, y se convierte entonces en una obligación para el paciente enterrarla.

Los aspectos tangibles en la organización de los establecimientos de salud, también están relacionados con la limpieza, el arreglo del local y la presentación del personal. Las usuarias de los servicios de atención de parto, refirieron en el 100% de los casos, que el establecimiento está limpio y bonito (arreglado). En cuanto a la presentación del personal, el 91.7% de ellas refieren que el personal está correctamente uniformado y tan solo en el 8.3% de los casos, percibieron que el personal de salud no estaba adecuadamente presentado.

En cuanto a la satisfacción frente al servicio brindado, el 58.3% de las usuarias refirieron estar muy satisfechas, 25% satisfechas y el porcentaje restante entre más o menos y poco satisfechas. En el caso de las parejas, el 50% refirieron estar muy satisfechos, el 30% satisfechos, un 10% más o menos satisfechos y un 10% insatisfechos.

El buen trato es el aspecto más valorado y lo que marca la satisfacción de las usuarias/os; así como también la solución de su problema, que en ese momento era el parto y su deseo de que la "aliviaran bien". El acompañamiento del personal de salud jugó un rol muy importante en el proceso de atención.

Sin embargo, el nivel de satisfacción por la capacidad resolutive del establecimiento no habría logrado alcanzar aún niveles óptimos, debido a experiencias negativas que no llegaron a complicarse, pero que pusieron en tela de juicio la respuesta del establecimiento para controlar y evitar cualquier riesgo en el momento de la atención y, por lo tanto, disminuyó el grado de satisfacción.

La presencia de la pareja y el que le brindaran medicinas forman parte también de aspectos más valorados en ambos grupos. El involucramiento del cónyuge en algún procedimiento realizado, significó un punto importante de su satisfacción, sin que este sea necesariamente su presencia en la sala de partos.

Corresponsabilidad de la pareja en la atención del parto

Del total de mujeres que alumbraron su parto en sus domicilios (43), el 88.4% tiene pareja; de estos, el 95% vive con ellas. En el caso de las usuarias de los establecimientos seleccionados, el 91.7% tiene pareja, y el 90.9% vive con ellas.

En cuanto a la participación de la pareja en el parto domiciliario, el 73.3% de ellos estuvieron presentes en ese momento, desde el inicio hasta el final. El porcentaje es menor en los partos institucionales, donde su participación llega a verse limitada. En el 66.7% de los casos la pareja acompañó al establecimiento, de los cuales el 50% participó solo hasta antes del parto y el otro 50% durante todo el proceso de atención.

De los cónyuges que no participaron en el parto, al 80% de los casos les hubiera gustado participar, y el 20% preferiría no hacerlo. En el caso de los cónyuges que no acudieron al establecimiento de salud, el 50% fue porque estuvieron trabajando, 25% porque estuvo de viaje y el otro 25%, porque se quedó en casa con los niños.

En cuanto a los sentimientos de las parejas por su participación durante todo el proceso y estar presente en el mismo parto, el 75% se sintió feliz por ser partícipes de un momento tan especial, y el 25% se

sintió mal. Si bien este es un porcentaje pequeño, existe temor de parte de las parejas al ver la sangre y que sean testigos de alguna complicación que ponga en peligro la vida de su mujer e hijo/a.

La participación de la pareja en la atención del parto, como una forma de lograr una mayor corresponsabilidad, está en proceso. Hay avances, pero falta aún tomar en cuenta sus propios temores y preferencias.

La mayor participación y compromiso del cónyuge es durante el puerperio, cuando asume el cuidado de la mujer y el recién nacido, sobre todo cuando no está presente la madre, hermana u otros familiares cercanos. Esta participación es mucho mayor después de un parto domiciliario que en uno institucional, brindándole a la mujer la alimentación, compañía, y en muchos casos, asumiendo las tareas de la casa y del cuidado de los otros hijos, por el tiempo que permanezca en reposo.

Expectativas frente a la atención del parto

Las expectativas fueron abordadas prioritariamente en las no usuarias, gestantes y parejas, respecto a cómo les gustaría que fuera el servicio de atención de parto.

Las primeras expectativas, tanto en las mujeres como en los hombres, están básicamente referidas a que el establecimiento cuente con la capacidad resolutive que permita atender el parto en las mejores condiciones, con un personal capacitado, que brinda un adecuado seguimiento a las mujeres, además de disponer de medicinas y movilidad para una óptima y oportuna referencia. Todas estas características están relacionadas a la calidad técnica del servicio.

Las entrevistas y grupos focales permitieron profundizar sobre estas expectativas, confirmando que existe una priorización en relación a que el establecimiento les dé una buena atención, evitándoles cualquier riesgo a la vida de la mujer o del niño.

Del total de mujeres que se atendieron en su domicilio, solo a un 16.3% les hubiera gustado que las atiendan personal de salud, siendo los principales motivos el que atienden mejor (57%), tienen mayores conocimientos (29%) y porque les brinda mayor seguridad (14%).

En el caso de los cónyuges tenemos que el 43.3% hubiera preferido la atención por otra persona. De estos, el 92% hubiera preferido al personal de salud y solo un 8% a la promotora de salud. La preferencia hacia el personal de salud se debe básicamente a que brindan una mejor atención, evitándoles cualquier complicación (54%), tienen mayores conocimientos (25%) y porque se cuenta con medicinas (21%).

A pesar de que hombres y mujeres priorizan la parte técnica de la atención, en los primeros hay un reconocimiento más explícito, mientras que en las mujeres tiene casi el mismo valor que el buen trato.

Otra expectativa está referida al buen trato, la amabilidad y el respeto entre el personal de salud y la usuaria/o. Las encuestas arrojaron que el 28% de mujeres y el 36% de hombres esperan un buen trato. Sin embargo, a través de las entrevistas se demuestra que son las mujeres quienes esperan más que un buen trato, cariño, "voluntad" del personal de salud; lo cual podría tener relación con el grado de autoestima y la necesidad de apoyo en situaciones tan especiales como lo es el parto.

En cuanto a la accesibilidad física y organizacional, refirieron como expectativa la posibilidad de disponer con la ambulancia para el traslado de la mujer durante la labor del parto, así como después de este, para retornar a su lugar de origen. Responder a esta expectativa podría contribuir a un traslado oportuno de la paciente y la referencia en caso de ser necesario.

Frente a la accesibilidad organizacional de los servicios de salud, uno de los aspectos que es identificado como una debilidad, es la falta de atención las 24 horas. Temen que cuando acudan no encuentren al personal de salud profesional, como en algunas oportunidades ha ocurrido; por lo que manifiestan la necesidad de que los servicios cuenten con personal capacitado para la atención de parto durante todo el día y noche.

Más del 50% de las no usuarias y sus parejas están dispuestos a pagar entre 10 a 30 nuevos soles. Las personas que realmente no podrían pagar, es menor al 10%; por lo tanto, la accesibilidad económica no necesariamente constituye un limitante de acceso hacia los servicios de salud, salvo que los costos superen su disponibilidad de pago, como sucedió en el 33.3% de usuarias y 10% de cónyuges, en los establecimientos de salud seleccionados.

Frente a la accesibilidad cultural, la propuesta de adecuación es percibida como necesaria e importante, para un mayor acercamiento con la población, en el 51.2% de mujeres. El 23.3% piensan que solo algunos elementos son muy importantes, un 14% piensa que no es importante que tomen en cuenta sus costumbres, que el personal de salud sabe cómo deben atenderse los partos; y finalmente un 11.6% no sabe o no opina.

En cuanto a los cónyuges, a diferencia de las mujeres, solo a un 13.3% le gustaría que el personal de salud tome en cuenta sus costumbres (posición, mates calientes, iluminación, presencia del esposo, placenta) para brindar la atención, un 46.7% piensan que es importante tomar en cuenta solo algunos aspectos; un 23.3% piensan que no es muy importante, y un 16.7% no sabe, no opina. A diferencia de las mujeres, son los hombres los menos convencidos de la propuesta de adecuación cultural, exigiendo mucho más la calidad técnica de la atención.

En cuanto a la limpieza, el 93% de no usuarias refirieron que es importante que el establecimiento de salud esté limpio. En el caso de los cónyuges el 100% sustenta esta opinión. El 100% de no usuarias y cónyuges esperan ver al establecimiento arreglado y bonito.

En relación a la presentación del personal, el 60.5% refieren que es importante que el personal de salud esté correctamente uniformado, el 23.3% refiere que no es tan importante, ya que hay otras cosas más importantes en el proceso de atención, y un 16.3% no saben. En el caso de las parejas, el 76.7% refirió que es importante que el personal de salud esté correctamente uniformado, porcentaje ligeramente mayor al de las mujeres; y un porcentaje exactamente igual a ellas, refiere que hay otras cosas más importantes que el uniforme.

A pesar de que la necesidad de información no aparece como un aspecto priorizado, sin embargo, en las entrevistas y grupos focales, se mencionó la necesidad de hombres y mujeres por contar con mayor información en salud.

Hombres y mujeres refirieron que el disponer de información es un derecho al cual muy pocas veces tienen acceso. Consideran que el momento más adecuado de brindar información y tener un mayor acercamiento con la población es a través del trabajo extramural.

CONCLUSIONES

El estudio muestra un análisis de los sistemas de atención de parto tradicional e institucional en el contexto de la calidad en salud. Dentro del esquema de atención tradicional existen dos situaciones, cuando hay un riesgo para la mujer, especialmente cuando son atendidas por parteras que no han tenido un acompañamiento de los servicios de salud, y otra, cuando el servicio de atención tradicional brinda a la mujer seguridad y confianza. El elemento que determina la preferencia, especialmente de las mujeres (87%) a la atención por la partera es la confianza que se sustenta en la experiencia ganada a través de los años. De allí que las tres principales razones del no uso de servicios de atención de parto en los establecimientos de salud con adecuación cultural fueron: el no considerarlo necesario, ya que el parto ocurrió en condiciones aparentemente normales; temor al personal de salud, ya sea ante un mal trato, procedimientos quirúrgicos (episiotomía) o vergüenza a un profesional varón; y ante el temor de costos elevados en la atención.

Las principales razones de acceso a los establecimientos de salud que han implementado la adecuación cultural, se dio por temor a complicaciones, en el 58% de usuarias; por confianza en el personal de salud (25%) y por temor a una multa (17%) mas no por las características que estos servicios ofrecían. Esto podría estar relacionado a la búsqueda de una mayor seguridad personal; sin embargo, los establecimientos de salud no siempre cuentan con la capacidad resolutive para atender estas necesidades.

A pesar de que la adecuación cultural surge como estrategia para reducir la mortalidad materna a nivel del ámbito de la Dirección Regional de Cajamarca, esta no ha tenido una contribución significativa, ya que el acceso de las mujeres a la atención de un parto institucional se ha dado por razones distintas a la implementación de la propuesta.

El estudio identificó el poco uso de los servicios de atención de parto en establecimientos de salud que han implementado la adecuación cultural (19%), similar a cualquier otro establecimiento, a pesar de que este se constituyó en el principal objetivo de la estrategia.

Esto muestra claramente que las estrategias que se vienen diseñando son desde el punto de vista institucional, sin tomar en cuenta las expectativas y percepciones de la población, sobre todo de la zona rural. No existe una actitud proactiva del personal de salud de ir a las comunidades e identificarse con la población, que es en este sentido hacia donde debería orientarse la adecuación cultural.

La propuesta de adecuación cultural, que intenta acercar los servicios a la comunidad, es considerada como importante por la mayoría de la población con todos o algunos de sus elementos; sin embargo, no responde a lo que las mujeres esperan de los servicios de salud, a excepción de la participación de los familiares y esposos, que sí aparece como un elemento valorado en el proceso de atención.

En cuanto a la participación del esposo durante el parto, en establecimientos con adecuación cultural, este presenta niveles de involucramiento mínimo. Esto, no solo respecto a su presencia en los procedimientos de atención, sino en cuanto a la información que se le brinda, antes, durante y después del parto. El enfoque de género dentro del servicio de salud reproductiva, como un espacio concreto para lograr una mayor corresponsabilidad de la pareja y como una forma de responder a las necesidades de salud y expectativas propias de mujeres y hombres no es visto como prioritario por el personal de salud. La corresponsabilidad de los esposos durante la atención del parto, valorada por ellos mismos, es más probable que sea asumida en la atención domiciliaria que en la institucional, a pesar de la propuesta de adecuación cultural.

El buen trato fue uno de los aspectos más valorados en el proceso de atención por las usuarias/os de los establecimientos de salud. Sin embargo, se identificó un tiempo de espera mayor a 15 minutos, costos de la atención que superaron su capacidad de pago, presencia de extraños durante la atención y la débil información recibida tanto en los procedimientos, como en lo referente a los horarios y servicios que se ofrecían.

El estudio identificó las principales expectativas frente a la atención del parto institucional, las mismas que están referidas a la solución de sus problemas ("que la alivien bien"), buen trato, disponibilidad de medicamentos, atención rápida, apoyo con movilidad para el traslado oportuno de las mujeres y la participación del esposo y familiares.

RECOMENDACIONES

El desarrollo de procesos de calidad implica cambios en el quehacer de la salud y en las actitudes de los diferentes actores que intervienen en la atención. La adecuación cultural debe ser entendida como una forma de acercar los servicios de salud a la población, utilizando lenguajes y formas de trabajo que incorporen aspectos de su realidad sociocultural, sobre todo los significados de algunas prácticas tradicionales más importantes como las relaciones interpersonales con la partera, el pudor y la posibilidad de elegir la posición para el parto, sin que esto afecte la calidad técnica de los procesos de atención. Para ello, es necesario desarrollar la capacidad de escuchar las necesidades y expectativas de salud de hombres y mujeres; estableciendo algunos mecanismos que evalúen su satisfacción para traducirlas en acciones concretas de mejoramiento de la calidad.

La propuesta de un Modelo de Atención de Parto, deberá tener una mirada hacia la continuidad en la atención, que contribuya finalmente a una disminución significativa de las muertes maternas. Este deberá priorizar la identificación precoz de gestantes por personal de salud, la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio, la atención oportuna, el contar con personal capacitado y los recursos necesarios, el fortalecimiento de las redes sociales para un sistema de referencia comunal oportuno y efectivo, así como la educación permanente a la población; sin perder de vista los principios de equidad y calidad en todo el proceso de atención.

La adecuación cultural debería trabajarse dentro del marco de un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, donde no solo se refuercen los aspectos de calidad del servicio, sino donde la calidad técnica y la capacidad resolutoria sean un componente prioritario, respondiendo de esta forma a las expectativas de la población.

Las actividades preventivo-promocionales requieren ser priorizadas, dando mensajes positivos que permitan construir mejores condiciones de vida en las mujeres, relaciones de género más equitativas y, por ende, el derecho a un parto más seguro y humano. Por ello, se necesita fortalecer el trabajo comunitario como una forma concreta de acercamiento con la población y de respuesta inmediata a sus necesidades de salud. La atención del parto domiciliario conjuntamente por el personal de salud y la partera, podría constituirse en una alternativa concreta de minimizar los riesgos a las mujeres que no acudirían al establecimiento.

Debería implementarse un programa de preparación para el parto en las zonas rurales, que permita un mayor acercamiento a las gestantes y al esposo, donde se les de a conocer el desarrollo del embarazo y parto, enfatizando los mensajes orientados a una maternidad saludable y segura; y donde se toquen aspectos de autoestima y género que garantice cambios más sostenidos.

De acuerdo al estudio, se requiere garantizar las condiciones de privacidad, no solo durante el periodo expulsivo, sino durante todo el proceso de atención del parto, tanto en el ambiente como en la presencia de personal que realiza esta atención.

Los servicios deberían no olvidar de incorporar a los hombres en los procesos de educación y sensibilización frente al proceso reproductivo y fortalecer aquellas prácticas de responsabilidad del cuidado de la salud de su pareja, contribuyendo de esta forma a la construcción de una sociedad con relaciones de género más equitativas.

Finalmente se recomienda realizar estudios que enfoquen la calidad técnica de la atención del parto en los establecimientos de salud, así como en las actitudes y comportamiento de los/las prestadores/as de los servicios durante el proceso de atención (valores, motivaciones, satisfacción). Asimismo profundizar en el análisis de género, a partir de los resultados del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander, Ezequiel. (1983). *Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Andía, Freddy.; et al. (1998). Mejorando la satisfacción de mujeres en el puerperio a través de un modelo de parto alternativo: Un cuasiexperimento en Juliaca, Puno. En Vallenas, S. y León, F. *Salud perinatal en áreas prioritarias del Perú: Cinco investigaciones operativas*. Population Council, Documentos de Trabajo Número. 25; Perú.
- Aguirre, Baztán. (1995). *Etnografía - Metodología Cualitativa en la Investigación Socio Cultural*. España.
- Allotey, Pascale. (1994). *Where There's No Tradition of Traditional Birth Attendants: Kassena Nankana District, Northern Ghana*. Centre for women's health in Society, University of Melbourne; Australia.
- Altobelli, Laura. (1998) Identificación de la demanda insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica. Resultados de una encuesta de salud de mujeres rurales. Population Council, Documentos de Trabajo Núm. 27; Perú.
- Bencad, Eduardo. (1998). *La integración de los Métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social*. Barcelona.
- Bramon, Jorge. Et al. (1998). Elementos deseados de la atención durante el parto: Un estudio de satisfacción de usuarios y usuarios potenciales de los Centros de Salud en Huancavelica. En Vallenas, S. y León, F. *Salud perinatal en áreas prioritarias del Perú: Cinco investigaciones operativas*, Population Council, Documentos de Trabajo Núm. 25; Perú.
- Burgos, María Ofelia. (1995). *El Ritual del Parto en los Andes. Aspectos socioculturales de la concepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en la zona sur andina del Perú*.
- Campero, L. et al. (1998). "Alone, I wouldn't have known what to do" A qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. Instituto Nacional de salud Pública. México: Sociedad científica médica Vol 47, No 3,395 – 403.
- Casas, Antonio. (1998). "Equity in Health Care". *Revista Mujer Salud*. Chile.
- Castro, Roberto. (1992). *En busca del significado: Supuestos, Avances y Limitaciones del Analisis Cualitativo*. En *Para comprender la subjetividad de la investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. Mexico.

CONSORCIO MUJER. (1998). *Calidad de Atención en la Salud Reproductiva: Una Mirada desde la Ciudadanía Femenina*. Lima: Editorial Servicios Gráficos S.R.L.

CADEP "José María Arguedas". (1998). *Percepciones y Perspectivas de la Calidad de Atención en Salud Reproductiva*. Cusco.

Dirección Regional de Salud Cajamarca. (1999). *Informes del Área de Salud Reproductiva y Estadística*. Cajamarca – Perú.

Donabedian, Avedis. (1990). La dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de la Calidad. En *Salud Pública de México*, marzo – abril, Vol 32, No 2 México D.F.

Edición de Mujeres. (1995). *Inquietudes Femeninas: Las mujeres escriben sobre la participación de los hombres en la familia*. Washington.

Figuroa, Juan. (2000). Algunos elementos del entorno reproductivo de los varones al reinterpretar la relación entre salud, sexualidad y reproducción. Mexico, 1997. En *Revista Mujer Salud*. Chile.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1995). *Participación masculinas incluyendo Planificación de la familia y la salud sexual*. New York.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. El Cairo.

Güezmes Ana. (1997) ¿Qué implica la calidad de atención en servicios de salud?, Lima. 1996. En *Revista Mujer Salud*; Chile.

JOURNAL SAFE MOTHERHOOD. (1999). *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. London.

Kennedy, J.; Olsson, K. (1996). Health Care Seeking Behavior and Formal Integration: A Rural Mexican Case Study. En *Human Organization* Vol. 55, No 1. Mexico.

Lawrence, O. et al. (1993). Traditional Birth attendants and Maternal Mortality in Graha. En *Sociedad Médica Científica*, Vol 36. No 11. Graha.

León, Federico.; Altobelli, Laura. (1998). Cambio en las percepciones de la comunidad sobre los servicios de Salud Reproductiva y reducción de la necesidad insatisfecha de estos servicios en la sierra del Perú. Huancavelica.

Levine, Robert.; Scrimshaw. (1983). *Effects of Culture on Fertility: Antropological Contribution*. New York.

Matamala, María I. (1995). *Salud de la Mujer. Calidad de Atención y Género*. Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social. Santiago: Editorial Reproducciones América.

Matamala, María I. (1997). *Calidad de Atención en Salud. Un Derecho de las Mujeres*. En *Revista Mujer Salud*, No 4. Chile.

Médicos sin Fronteras. (1997). *El manejo de la salud en los Sistemas médicos tradicional y profesional en las provincias de Acobamba y Angares*. Huancavelica - Perú.

MINSA, Programa Materno Perinatal, Proyecto 2000, USAID. (1999a). *Salvarse con bien. "El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú"*. Lima – Perú.

- MINSA, Programa Materno Perinatal, Proyecto 2000, USAID. (1999b). Mujeres de negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de caso. Lima – Perú.
- NETWORK en Español. (1998). La planificación familiar y la vida de las mujeres. Vol. 18, No 4; EE.UU.
- NETWORK en Español. (1998). Los hombres y la salud de la reproducción. Vol. 18, No 3; EE.UU.
- Nanteras Nicandro. (1999). Conferencia: Retos de la Calidad de los Servicios de Salud en el Primer Nivel de Atención. Lima.
- Parakovi, A. y otros. (1991). The application of operational research procedures to maternal mortality from puerperal sepsis in a rural community. Facultad de salud y ciencias sociales. Universidad de Ilorion, Nigeria. En: Sociedad Médica Científica. Vol 33, No12 pp.
- Pittman, Patricia. (1996). Equidad de género en la dimensión socio emocional de la calidad de atención. En: Revista Mujer Salud de marzo de 1997; Argentina.
- Ponce, vs / f. (1994). Un enfoque cualitativo sobre la demanda y uso de servicios de Salud Materno Infantil. La perspectiva de las mujeres de San Juan de Lurigancho e Independencia. En: Calidad de Atención en la Salud Reproductiva: Una Mirada desde la Ciudadanía Femenina; Lima – Peru.
- Proyecto 2000. MINSA - USAID. (1998). Estudio Descriptivo de técnicas tradicionales de atención del parto y del recién nacido. Lima – Perú.
- Ramirez S. , Najera A. Nigenda, G. (1998). Percepciones de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectivas de los usuarios. México. Scielo Public Health.
- Reyes, Hilda. (1997). Modelo de mejora continua de calidad a la Salud Sexual y Reproductiva. Este artículo fue publicado en Chacarera, Revista Salud Mujer No 23, ediciones Flora Tristan; México.
- Roeder, Estela. (1998). Percepciones e interpretaciones de las mujeres en edad fértil respecto a su salud materna, partiendo de sus costumbres, prácticas culturales y estilos de vida. UNICEF – Cajamarca Informe sin publicar.
- Ruiz, José. (1996). Metodología de la Investigación cualitativa. Bilbao:Universidad de Desto;
- Schwartz, H y Jacobs J. (1984). Sociología Cualitativa. Métodos para la reconstrucción de la realidad. México. Trillas
- UNICEF. (1991). Maternidad Tradicional. Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo. Centro de investigación, asesoría y educación; Cochabamba – Bolivia.
- Wiebenga, Mariette. (1995). Salud Materno Infantil y Género en la Atención Primaria de Salud. APRISABAC – Cajamarca.
- Xochitl, C. y otros. (1996). Traditional Birth Attendants in México: Advantages and Inadequacies of Care for Normal Deliveries. En: National Institute of Public Health, Sociedad Médica Científica, Vol. 43, No 2 pp 199 – 207, Morelos - México.

Significados del embarazo, parto, puerperio y su articulación con el uso de los servicios de salud

Rosario Soto

137

La mortalidad materna tiene una razón de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos a nivel nacional (INEI-ENDES, 2000). Observamos que existen diferencias en la magnitud de la mortalidad materna a nivel de departamentos, provincias y distritos, como podemos observar en el departamento de Cusco y la provincia de Paruro. Esto se debe a la diversidad de condiciones y situaciones que influyen en la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en aquellos lugares de pobreza extrema y con presencia de áreas rurales extensas en su territorio.

Durante el parto y el puerperio se presenta la mayor mortalidad materna, siendo incrementado el riesgo de morir cuando ocurren los partos en el domicilio, alejados de servicios de salud que cuenten con una atención obstétrica que pueda prevenir la muerte materna.

En el Cusco, los partos atendidos institucionalmente tienen una prevalencia menor, particularmente en sus provincias, debido a barreras culturales, al maltrato que reciben las usuarias en los servicios, a la inaccesibilidad geográfica y económica.

Al analizar por qué las gestantes no hacen uso de los servicios de salud encontramos algunas explicaciones que plantean que las características propias, valoraciones y actitudes de las usuarias referentes a la familia, embarazo y parto, pueden estar constituyendo una limitante para el acceso a los servicios de salud. Son aspectos culturales que no han tenido cambios significativos a pesar de los esfuerzos que se vienen desarrollando por parte de los servicios para mejorar el acceso a la atención del parto institucional (Niño de Guzmán, 2000; CADEP, 1998).

La salud materna infantil es una de las prioridades en el desarrollo de políticas de salud a nivel internacional, nacional, regional y local, lo que ha llevado al Ministerio de Salud a implementar diferentes estrategias para reducir la mortalidad materna.

Dentro de estas se plantea: el incremento de coberturas del parto institucional, incrementar su continuidad, incrementar la cobertura de gestantes controladas, alcanzar una capacidad resolutive de 100% en funciones obstétricas en los establecimientos de salud y alcanzar el 100% de calidad en la atención, acentuándose la implementación de la adecuación cultural en la atención del parto, para propiciar así la atención de este institucionalmente.

La adecuación cultural contempla la incorporación de las prácticas de la población en relación al embarazo y parto en la atención institucional. En el Cusco, fue implementada en el año 1999 en sus diferentes provincias, dentro de ellas, Paruro, donde se diseñó una estrategia integral en salud materno infantil, cuyo enfoque estaba basado en el fortalecimiento de capacidades técnicas y personales de los trabajadores de salud, la participación de la comunidad organizada, la adecuación cultural de los servicios, el apoyo a la implementación de los hogares maternos y la información, educación y comunicación como eje transversal (UBASS – Paruro).

Paruro es una de las 13 provincias que integran el Departamento del Cusco, ubicada al sur oeste del mismo, región natural sur: sierra, piso ecológico: quechua, su capital es el distrito del mismo nombre, con una población de 39,726 habitantes al momento del estudio. Está constituida por 9 distritos, población en su mayoría en extrema pobreza, caracterizada por un escaso desarrollo socio-económico, con extensas zonas rurales y poco accesibles; situación que repercute en los indicadores de salud.

Estudios realizados sobre el uso de servicios de atención obstétrica refieren que "las causas de la baja demanda a los servicios por la población están relacionadas a factores, culturales, socio – económicos, geográficos y de calidad en los servicios". Entre los factores culturales que limitan el acceso de las usuarias se encuentran: la posición ginecológica para la atención del parto, el tacto vaginal, el uso de sustancias frías cuando se realiza la higiene perineal, el uso de enema y rasurado del vello púbico, la eliminación de la placenta y el no permitir el ingreso de los familiares al momento del parto (UNICEF 1999).

Si bien se conoce por estas investigaciones las barreras culturales para acceder a los servicios de salud, nuestro interés para realizar el estudio que reseñamos para este artículo era analizar cuáles eran los significados socio culturales de las mujeres de Paruro, con relación al embarazo, parto y puerperio. Nos preguntamos ¿Cómo se articulan estos significados en la utilización de los Servicios de Salud que implementaron la Adecuación Cultural? Y si ¿La estrategia de adecuación cultural permitiría la sostenibilidad en el acceso a los servicios de salud, como son el control prenatal y la atención del parto institucional, entre otros? Finalmente que tanto la atención del parto institucional estaba relacionada con la adecuación cultural implementada en los servicios de salud.

PERSPECTIVA TEÓRICA

Existen formas mixtas de atención de la salud/enfermedad por lo que es necesario hacer un análisis dinámico de la realidad, donde los sistemas de atención de la salud deben ser entendidos desde el contexto cultural del que forman parte dentro de la realidad simbólica, construida por los sujetos donde se producen, se curan y sanan las dolencias y las enfermedades, por lo que los sistemas de salud se encuentran en permanente intercambio e interacción recíproca (Pedersen, D; 1988).

Por otro lado, según Kleiman, (en Pedersen, 1988) los sujetos interpretan las dolencias y enfermedades de forma individual, variable entre las diferentes personas de la comunidad y modificables de acuerdo a los encuentros clínicos con profesionales médicos o practicantes de la medicina convencional.

El encuentro de estos modelos biomédico y tradicional se da en diferentes direcciones generando cambios y transformaciones continuas al interior de estos. Por eso decimos que en salud no solo encontramos el discurso médico occidental de "saber-poder" que expresa concepciones sobre salud, vida, nacimiento, muerte, impuestos como tendencia universal e indispensable, que violenta la diversidad cultural, étnica, social y autonomía de las poblaciones rurales andinas; sino también la medicina tradicional con su propia dinámica y redes a nivel de la comunidad. Asimismo, Castro, R. et al (1991), refieren que existe un desfase entre racionalidades de la comunidad y la medicina moderna de los prestadores de salud; lo que en un caso aparece como conocimiento, en el otro se trata de creencias y viceversa.

En este proceso de ambivalencia, redefinición, debate, reinterpretación y convergencia de modelos y discursos, los diversos actores pueden formular sus propias propuestas de síntesis de dos sistemas cognitivos que los interpelan y en virtud de los cuales necesariamente construyen sus propios significados.

La diversidad cultural y étnica de nuestro país se refleja también en las percepciones y significados que tiene la población acerca de salud-enfermedad, de las actitudes y prácticas que se realizan para atender las necesidades de bienestar, desarrollándose así un sincretismo al respecto. Ejemplos de estas prácticas son: la pasada de huevo para el susto, los rezos para el mal de ojo, el uso de mates, las frotaciones, que son utilizadas por la población simultáneamente con los indicados por

los Servicios de Salud, tanto en zonas rurales como en las urbanas y en los diferentes estratos sociales. Dos sistemas se encuentran vigentes, complementándose, encontrándose y algunas veces haciéndose antagónicos: el biomédico y el tradicional.

Las nuevas formas de manejar la atención salud-enfermedad, "representan un conjunto de estrategias adaptativas culturales valiosas para la sobrevivencia y el manejo de enfermedades y dolencias" (Pedersen; 1988). Por todo esto, es necesario entender el pensamiento y prácticas desde la perspectiva sociocultural de las mujeres de Paruro, en relación a este evento de su vida, el embarazo, parto y puerperio y el uso de los Servicios de Salud. Los símbolos que utilizan las mujeres de Paruro para conceptuar este proceso están relacionados con su vida y su herencia ancestral. Según Geertz (1994), se deben "explicar las cosas desde el punto de vista del nativo", asimismo este autor define la cultura como "un modelo de" y "para" una realidad de imágenes y concepciones que guían la conducta social. Así, los roles y creencias que se generan a partir de un modelo organizado de significados e imágenes compartidos, dan sustento a lo que conocemos como cultura.

Las mujeres de Paruro realizan, de acuerdo a sus costumbres socioculturales, los cuidados y ritos durante el embarazo, parto y puerperio. En esta investigación se trata de explicar y analizar las ideas que se esconden tras las formas simbólicas a través de palabras, imágenes, ritos, comportamientos y sentimientos que las mismas mujeres manifiestan.

Obviamente existe una idea de orden dentro de su cosmovisión, a esto Geertz llama "sentido común" que es "la afirmación de que en realidad no dispone de otra teoría que la de la vida misma. El mundo es su autoridad..., el sentido común ha permanecido más como un fenómeno aceptado que analizado". Culturalmente se mantiene una fe irrestricta en el sentido común a partir de la veracidad, dando los hechos por sentados. Esto porque se trata de la aprehensión objetiva de la realidad y la sabiduría de generar juicios y aseveraciones, por ello mismo incuestionables. En sus discursos, las mujeres de Paruro aseveran prácticas y conceptos, verificados para ellas en su vida cotidiana y en la de su comunidad, utilizando para ello diversidad de símbolos.

Según Vogt, (1979) los símbolos son "una reafirmación periódica de un sistema de significados", de acuerdo a la definición que toma Turner (1990) del Concise Oxford Dictionary "un símbolo es una cosa que, por acuerdo general, se considera como tipificación o representación o evocación natural de otra por poseer cualidades análogas o por asociación real o de pensamiento"; y para Turner el símbolo es..."la unidad mínima del ritual que aún conserva las propiedades y características de la conducta ritual; es la unidad irreductible de estructura específica en un contexto ritual que aún conserva... Ya que los símbolos son parte necesaria del proceso social...El símbolo llega a asociarse con intereses objetivos, metas y medios humanos, ya sea que estos se encuentran explícitamente formulados o deban deducirse de la conducta observada.

Desde la perspectiva interaccionista simbólica, todas las organizaciones, culturas y grupos están constituidos por actores envueltos en un proceso de interpretación del mundo que los rodea. Tienen sus interpretaciones y definiciones propias, no obstante se desenvuelvan en el marco de su cultura o grupo. Si estas elaboraciones se repiten en otras personas se convierten en construcciones colectivas marcadas por su cultura, Esta perspectiva asigna una importancia gravitante a los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea. En ese sentido Blumer (1969), afirma que el interaccionismo simbólico reposa sobre tres premisas: primero, las personas actúan con relación a las cosas o personas, sobre la base de los significados de su sociedad; segundo, los significados son productos sociales que surgen durante la interacción: "El significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a ella, en lo que concierne a la cosa de que se trata"; tercero, los actores sociales asignan significados a otras personas, a las cosas, y asimismo, a través de un proceso de interpretación.

En resumen, el estudio tuvo como objetivo describir los significados socioculturales de las mujeres de Paruro - Cusco con relación al embarazo parto y puerperio y su articulación con el uso del servicio de salud que está implementando la adecuación cultural. Lo significativo para esta investigación es aprender este proceso de interpretación, con énfasis en el punto de vista de las mujeres de Paruro.

METODOLOGÍA

La investigación que dio origen a este artículo fue fundamentalmente exploratoria descriptiva, de diseño cualitativo.- El estudio fue de corte transversal y se recogió información mediante entrevistas individuales a profundidad, con una muestra intencional seleccionada con criterios de heterogeneidad. Se trabajó con mujeres usuarias que tuvieron su parto durante el periodo del año 2002 y con los proveedores del Servicio de Obstetricia del Centro de Salud de Paruro. Las entrevistas se desarrollaron durante los años 2003-2004, se eligió este periodo de tiempo para evitar que se presenten algunos problemas de recuerdo en las entrevistadas.

Se aplicó la técnica de entrevistas a profundidad con la finalidad de explorar, obtener información y analizar los significados de los actores sobre embarazo, parto y puerperio, además de cómo se relacionan éstos con la atención recibida y brindada en el establecimiento de salud. Centrándose la información en la construcción de los discursos alrededor de los significados, prácticas, estrategias, conocimientos que se manifiestan por parte de usuarias y sobre la percepción de la usuaria y el proveedor/a del servicio de salud que implementa la adecuación cultural.

RESULTADOS

Significados de embarazo, parto y puerperio

A partir de la entrevista y de la experiencia de campo de la autora del artículo, se observan dos saberes que se sincretizan en la atención del proceso embarazo, parto y puerperio. Por un lado, hay una cierta apropiación del discurso que transmite el prestador de salud y es socializado por las mujeres, se identifica el embarazo a través de la amenorrea, se vive el embarazo con normalidad, y se ha incrementado el control prenatal. Por otro, persisten sus creencias tradicionales y culturales que dan sentido y significado a sus cosmovisiones y prácticas muchas veces poco comprendidas por los proveedores de los servicios de salud.

Coexisten así dos prácticas: la realización de actividades de acuerdo al rol socialmente asignado y la del cuidado que es impartido desde el servicio de salud, tanto en el embarazo como en el parto y puerperio. Pero también se realizan los cuidados relacionados con sus creencias: fenómenos naturales, illapa, huayra, chiri, soqa, ñaupas. El sistema de dualidad, se expresa en la división existente entre dos dimensiones opuestas pero complementarias y coexistentes. Durante el parto y puerperio se observa mayores cuidados, con mayores rituales en esta etapa; amarrarse el chumpi en la cintura, amarrarse la cabeza, waltar el cuerpo, cortar el cordón con teja, entierro o incineración de la placenta. Estas costumbres no están tan arraigadas en mujeres jóvenes y con mayor grado de instrucción.

Relaciones de género en la vida de las mujeres en Paruro

Los roles de género están claramente definidos, la pareja andina "yanantin" es considerada como de opuestos complementarios. El parto, a diferencia del embarazo no es considerado un proceso eminentemente femenino, se da una participación activa del esposo; y es considerado un espacio

privado. La decisión de acudir al establecimiento es de la mujer, la negativa del esposo es un veto que prevalece y se respeta. Se constata la existencia de violencia física, psicológica y sexual.

Los servicios de salud

Se valora la competencia técnica del prestador de salud. Expresan confianza y consideran relevante la existencia de tecnología para la atención. Observan el tiempo de espera prolongado, la ausencia de explicación sobre procedimientos. Existe empatía en algunos casos con el personal de salud. Se valoran las visitas domiciliarias en las que se da el primer contacto a través del control prenatal. Este contacto es vital para la toma de decisión para acudir posteriormente al servicio de salud. En sus expectativas se encuentra el buen trato, ser atendidas por mujeres, adecuado tono de voz, ambiente cálido y de confianza. La experiencia negativa socializada de anteriores maltratos en el centro de salud, actitud coercitiva para la atención del parto institucional (multas), relaciones asimétricas y de poder que se establece. Se observa incremento en el uso del servicio, pero en los sectores más vulnerables de la población no hay incremento en el parto institucional.

141

Adecuación cultural

Se expresa la percepción de cambios y adecuación cultural en el servicio, no obstante, las mujeres que se deciden por el parto domiciliario manifiestan que la atención en sus casas es diferente y mejor. El respeto a las costumbres es un aspecto relevante de la adecuación cultural, la presencia de más personal en la atención del parto incomoda.

Existe personal poco sensibilizado, que no respeta costumbres; esto, debido a la movilización constante del personal. Hay una percepción del hogar materno, como lugar de alojamiento y con financiamiento como cuando se implementó la estrategia. Ante complicaciones se recorre el siguiente circuito: consulta a la familia y a los servicios alternativos, luego al promotor quien deriva al servicio de salud.

El promotor es un actor social que goza de respeto y poder en la comunidad pero le falta capacitación. En los servicios alternativos no hay cuidado ni atención con parteros, la atención del parto es dado por la familia, sin embargo persisten los curanderos encargados de realizar las prácticas culturales propias de este proceso.

De los proveedores de salud

Existe coincidencia en la percepción de las usuarias y de los servidores/as sobre los motivos por los cuales no se acudía al servicio de salud: la socialización de las malas experiencias, la falta de respeto a sus costumbres, temor a los procedimientos ajenos a ellas y no tener con quién dejar a sus hijos.

Hay un doble discurso, el proveedor no tiene un trato horizontal con la usuaria y no reconoce ni practica los derechos reproductivos, se genera una relación de poder. La estrategia de adecuación cultural ha sido asumida de manera comprometida por el personal del centro de salud esto se expresa en la socialización de la experiencia.

Los proveedores expresan que son un servicio de referencia respecto al prestigio que tiene el centro de salud en esta estrategia frente a otros servicios nacionales e internacionales.

Los/as proveedores/as de salud han encontrado nuevos saberes que se han interrelacionado con los adquiridos en la formación académica, lo que les provocó tensión pero también una visión y práctica intercultural en relación al proceso del embarazo, parto y puerperio. Así, el saber académico que se encuentra con el saber nativo entran en relación dialéctica generando un nuevo saber sincrético que definitivamente contribuye a poner en pie una propuesta para afrontar la problemática del embarazo parto y puerperio en los andes.

CONCLUSIONES

En el ámbito de las mujeres de Paruro coexisten dos saberes en torno a la atención del proceso embarazo-parto- puerperio que se sincretizan. Por un lado, la cultura andina y por el otro, el institucional proveniente de la medicina occidental. Perviven fuertemente arraigadas prácticas y creencias de la cosmovisión andina en la atención de este proceso, ligadas además a una concepción mágico-religiosa. No obstante, también se ha hallado que en las mujeres jóvenes y de mayor grado de instrucción, estas costumbres no son reconocidas como propias.

La adecuación cultural como estrategia, ha redundado en mayor aceptación de este servicio por las mujeres, incrementando el control prenatal y que este sea precoz. Con la atención del parto también ocurre un incremento pero no se ha llegado al 100% de atención institucional.

Se percibe mejora en los servicios de salud referidos a la competencia en la resolución de problemas. No obstante, esta percepción, persiste la socialización negativa de anteriores maltratos y la expectativa porque mejoren algunos aspectos como el tiempo de espera, privacidad en sus partos, que se elimine la actitud coercitiva y la episiotomía, así como ser atendidas preferentemente por mujeres.

El promotor tiene relevancia en este proceso, es la primera persona en la ruta hacia el uso del servicio al que acude la mujer. Pese a su importancia, falta completar su capacitación.

En las mujeres de Paruro existe la percepción que el parto y el puerperio son las etapas de mayor riesgo, por ello la mayor parte de sus rituales y costumbres inciden en ellas, coincidente con la constatación real en las estadísticas del MINSA, que tanto en el parto como en el puerperio se produce la mayor cantidad de muertes maternas.

Los roles de género interpretados a la luz de la cosmovisión andina producen un mayor riesgo en la salud de la mujer embarazada. El esposo cumple un rol fundamental en el parto y puerperio, pues es quien atiende a la esposa y recibe al bebé, no ocurriendo lo mismo en el embarazo. Asimismo, se observa una asimetría en las relaciones de poder, ya que el esposo tiene un rol fundamental en la toma de decisiones para que la gestante use los servicios de salud, pues su oposición constituye un veto. La violencia física, sexual y psicológica contra la mujer también es parte de la realidad de Paruro, como parte de la discriminación y subordinación de la que es víctima.

Los/as proveedores/as de salud han encontrado nuevos saberes que se han interrelacionado con los adquiridos en la formación académica, lo que les provocó tensión pero también una visión y práctica intercultural en relación al proceso del embarazo, parto y puerperio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre Baztán A. (1997). Ética, ética y Transferencia. En A. Aguirre Baztán (Ed.). Etnografía Metodología Cualitativa en la investigación Sociocultural. México D:F: Alfaomega Grupo Editor.

Altobelli, Laura. (1998). Identificación de la demanda insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica, Perú. Resultados de una encuesta de Salud en Mujeres Rurales. Population Council, Perú.

—
143

Anderson Roos, Jeanine. (2001). Tendiendo Puentes: Calidad de atención desde las perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Lima: Manuela Ramos.

ASOCIACIÓN KALLPA. (1999). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre embarazo, parto y puerperio. Cusco.

Blumer. (1969). Symbolic Interactionism. Perspectiva and Method. Ingle Word Cliff, The Viking Press.

Borda Villegas, Catalina. (2001). Factores condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá. En Revista Salud Pública, Nro. 3

Burgos, María Ofelia. (1995). El ritual del Parto en los Andes Aspectos socioculturales de la concepción, embarazo, parto, puerperio, recién nacido y parteras tradicionales en al zona sur andina del Perú.

Menéndez, Elizabeth.; Rota, Hanneke. (1998). Percepciones y Perspectivas de la calidad de atención en salud reproductiva. Cusco: CADEP José María Arguedas.

Carmona, Aurelio. (1993). Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la Medicina Tradicional Andina. En Revista Universitaria, N° 135. Cusco: Ed. Universidad San Antonio Abad.

Castro, Roberto.; et al. (1991). Embarazo y Parto entre la tradición y la modernidad: El caso Ocutuco. En Estudios Sociológicos del Colegio de México, IX (27).

COMITÉ DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LA MUJER- CLADEM. (2002). III Seminario Regional. Derechos Sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos. Lima.

Conferencia Intergubernamental de Población y Desarrollo del Cairo. (1994). Capitulo VII 7.2

Frisancho Pineda, David. (1998). Medicina, indígena y popular. Lima: Ed. Los Andes.

Geertz, Clifford. (1992). La interpretación de las culturas, Barcelona: Ed. Gedisa.

Geertz, Clifford. (1994). Conocimiento local. Barcelona: Ed. Paidós.

Getzels, Peter. (1983). Los ciegos: Visión de la identidad del runa en la ideología del Inkarrí- Qollarri. En Q'ero el último Ayllu Inca. Cusco: Centro de Estudios Andinos.

Gúezmes, Ana.; Palomino, Nancy.; Ramos, Miguel. (2002). Violencia Sexual y Física contra las mujeres en el Perú. Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. C.M.P. Flora Tristán, Universidad Particular Cayetano Heredia-OMS.

INEI - ENDES 2000. (2000). Salud Materno Infantil 9,116-133.

Lamas, Marta. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. En Revista La ventana, N°1. México.

Laurent, Abel. (1991). Ganancia del peso materno durante el embarazo y su relación con el peso del Recién Nacido. Cusco: Centro Guamán Poma de Ayala.

Lopez, Mariana. (2001). Costumbres y cambios. Pluralismo médico en Antofagasta de la sierra, Provincia de Catamarca, Argentina. En Cuarto Congreso Chileno de Antropología. Chile.

Marzal, Manuel. (1985). El sincretismo iberoamericano. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Menéndez E. L. (1998). Estilos de vida riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. En Estudios sociológicos, XVI: 46, 1998.

MICRORED PARURO. (2002). Documento de trabajo de informe de Internado en Odontología. Paruro-Cusco.

MINISTERIO DE SALUD – DIRECCION DE SALUD. (2001). Documento de Evaluación. Cusco.

MINISTERIO DE SALUD – COMUNIDAD ECONOMICA EUROPEA UNICEF PROANDES COORDINADORA INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE PARURO UBASS. (1999). Estrategia Integral de Intervención en Salud Materno Infantil. Paruro.

MINISTERIO DE SALUD – Dirección General de Salud de Las Personas - Programa Materno Perinatal. (2000). Lineamientos Normativos para la organización y funcionamiento de las Casas de Espera para gestantes de Alto Riesgo. Perú.

MINISTERIO DE SALUD – DISA – UBASS. (2000). Sistematización de la Estrategia integral salud materno infantil en la provincia de Paruro. Equipo Técnico UBASS Paruro.

MINISTERIO DE SALUD – DISA. (2001). Programación de UBASS. Paruro, Cusco.

MINISTERIO DE SALUD – DISA-Cusco. (2001). Plan de Contingencia de Reducción de la Mortalidad Materna. Cusco.

MINISTERIO DE SALUD - Resolución Ministerial No. 465-99-SA/DM

MINISTERIO DE SALUD, Dirección General de Salud de Las Personas - Programa Materno Perinatal. (1999). Lineamientos Normativos para la Capacitación de Parteras Tradicionales.

MINISTERIO DE SALUD, OGE, Proyecto Vigía 2001. (2001). Interculturalidad en la atención de la salud. Lima.

MINISTERIO DE SALUD, Programa Materno Perinatal. (1999). Salvarse con Bien, El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía del Perú.

MINISTERIO DE SALUD, PROYECTO DE SALUD Y NUTRICION BASICA. (1997). Conocimientos actitudes y prácticas en salud y nutrición infantil. Cusco. Informe de investigación N° 4.

MINISTERIO DE SALUD. Programa Materno Perinatal, Proyecto 2000, USAID. (1999). Mujeres de Negro. La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de caso.

MINSA. (2000). Informe Programa Nacional Perinatal. Lima.

MINSA. (1996). Un Sector de Salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000. Lima.

Niño de Guzmán, E. Jessica. (2000). Expectativas y Percepciones de mujeres y varones frente a la atención del parto en zonas rurales de Cajamarca. Aceptabilidad de la adecuación cultural. Tesis de Maestría, UPCH.

- Nuñez del Prado, Daisy. (1975). El poder de decisión de la mujer quechua andina. En *América indígena*, Vol. XXXV, Nº 3.
- Nuñez del Prado, Daisy. (1979). Yanantin: La dualidad andina. Simposium *Ideología y Sociedad en los Andes* IV Congreso del Hombre y la Cultura Andina, Cusco.
- Nuñez del Prado, Oscar. (1983). El hombre y la familia: Su matrimonio y organización político-social en Q'ero. En *Q'ero el último Ayllu Inca*. Centro de Estudios Andinos Cusco.
- OPS; OMS. (2001). La Iniciativa Regional de América Latina y el Caribe para la reducción de la Mortalidad Materna. Informe de progreso 2001.
- OPS; OMS. (1998). *Maternidad Saludable*. Bogotá.
- Pedersen, Duncan. (1998). Curanderos Divinidades, Santos y Doctores: Elementos para el análisis de los sistemas Médicos. II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Lima.
- PROYECTO 2000. (2000). *Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de la Usuaría. (Diagnóstico de Necesidades de Comunicación)*. Lima.
- Silverblatt, Irene. (1995). *Luna, Sol y Brujas: Género y clases en los andes Pre-hispánicos y Coloniales*. Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de las Casas. Segunda edición.
- Turner, Victor. (1990). *La Selva de los Símbolos*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- UNICEF. (1999). *Enfoques y Resistencias Culturales*. Perú.
- UNICEF. (1994). *Maternidad tradicional, conocimientos y actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo*. Cochabamba: Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud CIAES.
- Vargas, Rosana.; Naccarato, Paola. (1995). *Allá, las antiguas abuelas eran Parteras*. Atenea Impresiones Editores. S.R.L.
- Vogt, Evon. (1979). *Ofrenda para los Dioses: Simbolismo de rituales Zinacantecos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Webster, Steven. (1983a). El pastoreo en Q'ero. En *Q'ero el último Ayllu Inca*. Cusco: Centro de Estudios Andinos.
- Webster, Steven. (1983b). Ritos del ganado: Los ritos cíclicos estacionales de la familia. En *Q'ero el último Ayllu Inca*. Cusco: Centro de Estudios Andinos.

Significados de los modelos de atención del embarazo y parto en comunidades rurales de Concepción, Junín

Miriam Santivañez

147

La salud sexual y reproductiva constituye un derecho de hombres y mujeres sin discriminación alguna, que debe estar garantizado por servicios de salud de calidad. Una muestra de la negación de este derecho se observa en la población más vulnerable - como es la población de zonas rurales- a través de evidencias estadísticas de morbi-mortalidad materno-perinatal, persistiendo brechas en la mortalidad materno-perinatal entre zonas rurales y urbanas. El servicio de atención estatal en las zonas rurales cubre solo un 46% en atención prenatal (INEI, 1996) y 25.2% en atención de partos en el ámbito rural de Junín. La tendencia de incremento de la atención prenatal por personal de salud desde 1986 oscila entre 6.6% a 8.7% hasta la actualidad. El porcentaje restante es atendido por las "otras" formas de atención local alternativos: como la atención por parteras y por familiares. Al respecto, el MINSA viene analizando que la alta mortalidad materna y perinatal afecta sobre todo a las mujeres y recién nacidos más pobres, a los que viven en áreas rurales, y a determinados grupos étnicos y culturales. (MINSA, 1996 -2000)

En este marco, la intervención en salud sexual y reproductiva desde las instancias públicas en sus diferentes niveles está ampliando su cobertura de atención a las zonas rurales; sin embargo, las actividades que desarrollan no están respondiendo en toda su magnitud a las necesidades y expectativas reales de salud sexual y reproductiva de estos grupos, internamente diferenciados a partir de sus culturas (andina o amazónica) y otras características sociales como la migración o nivel de pobreza, quedando excluidos de recibir servicios de salud con calidad.

Diversos estudios refieren que las brechas en la atención de salud en zonas rurales está relacionada a las "barreras" geográficas, idiomáticas y culturales que limitan el acceso de estas poblaciones al sistema de atención profesional de salud, optando por mantener servicios alternativos de atención existentes: tradicional y familiar (popular).

Un estudio realizado en zonas rurales andinas y amazónicas evidencia que el recurso humano de los servicios periféricos no está preparado para responder a las emergencias y que existe una marcada incomprensión entre usuarios y proveedores por no estar integrados en el tejido institucional e ideológico de la comunidades rurales (Anderson, 1999) En otro estudio, se encontró que la distancia cultural entre proveedores de salud y las usuarias se expresa en la relación vertical, el lenguaje técnico incomprendible y la diferencia del idioma (CMP Flora Tristán y UNMSM, 1999).

En este contexto, el conflicto cultural desde los diversos modelos explicativos de atención conlleva una pluralidad donde no es la "enfermedad" sino el comportamiento cultural en relación al proceso salud-enfermedad lo que determina la búsqueda de un tipo de agente (Burgos, 1995).

El estudio que originó este artículo, partió de un enfoque de interculturalidad en salud, desarrollando la pertinencia cultural en el proceso de atención durante el embarazo y parto, para minimizar las barreras en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud. Se abordó, para ello, la dimensión simbólica de los actores involucrados en este proceso, sus pensamientos, conocimientos y creencias y cómo estos se manifiestan en conductas, prácticas y normas de relación social entre usuarias y proveedores, lo que nos permitió entender mejor los modelos médicos formal, tradicional y popular existentes en el proceso embarazo y parto seguro y los procedimientos con que intervienen a nivel preventivo, recuperativo o de mantenimiento de la salud durante el embarazo y parto en zonas rurales.

El abordaje cultural del estudio se tomó como un punto de partida para reconstruir una primera aproximación de la calidad de la atención del embarazo y parto desde cada uno de los modelos

explicativos, a partir de las similitudes o diferencias en las expectativas de las usuarias y los agentes sobre el proceso de atención, tomando en cuenta la definición de Avedis Donabedian "la calidad de un acto en salud como una propiedad de y un juicio sobre alguna unidad definible de la atención", en este caso de las acciones de atención en el embarazo y parto.

En el mundo simbólico de las usuarias existen patrones que recrean los roles y decisiones con la pareja para definir el modelo médico de atención a demandar, situación que refleja la persistencia del "machismo" práctica social que persiste en el mundo andino, que invisibiliza los derechos reproductivos de la mujer, como lo evidencia un estudio mexicano titulado "Ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud" (Figueroa 1999). Por ello, se consideró relevante explorar las capacidades en la mujer para decidir, considerando criterios de información, autoestima y prácticas de valoración por la pareja (Fawcett 1980).

Como una aproximación al campo simbólico expresado en los significados, el estudio exploratorio pretendió caracterizar los significados atribuidos a las concordancias y exclusiones de la atención a partir de los modelos explicativos que tienen los agentes de salud y las usuarias según grupos etarios, situación de migración y pobreza, durante el proceso de embarazo y parto, en zonas rurales andinas de la provincia de Concepción, departamento de Junín. Describir los significados del proceso de embarazo y parto, las expectativas y criterios que condicionan la aceptación de un determinado modelo de atención y las características de la capacidad de decisión en las usuarias según grupos etarios, situación de migración y pobreza y en los agentes locales de salud.

A través del acercamiento cultural de este proceso, se tratará de explorar en las convergencias o distanciamientos que existen en estas interacciones de los modelos de salud y servirá de punto de referencia para plantear políticas de intervención intercultural en salud materna y optimizar la calidad de la atención materna comprendiendo las necesidades y expectativas de las usuarias.

METODOLOGÍA

La investigación aplicó la metodología cualitativa para examinar el significado que le atribuye la mujer andina y los agentes locales al embarazo/parto y su proceso terapéutico. El método buscó identificar y describir los significados que determinan las prácticas en cada tipo de atención de salud durante el embarazo y parto, su concordancia y exclusiones dentro de la compleja red de interacción agente/ usuaria a nivel de los tres tipos de atención local. Los significados se reconstruyeron a partir de las expresiones de los entrevistados que reflejan un conjunto de pensamientos, conocimientos y creencias traducidas en conductas y reglas que desarrolla cada modelo explicativo de atención local.

Se aplicaron "entrevistas en profundidad", lo que permitió recopilar información en temas específicos según los objetivos del estudio, a nivel de las dos unidades de observación mujeres andinas y agentes de salud local del ámbito de estudio.

Se eligió a los distritos de Comas y Andamarca, que cubren los criterios de alta representatividad poblacional en situación de pobreza (mayor a 80% según NBI) y ruralidad (mayor a 85%). Ambos distritos están ubicados en la provincia de Concepción, departamento de Junín. Se seleccionó a las nueve comunidades que contaban con establecimiento de salud (centro o puesto de salud).

Se aplicó un total de 67 entrevistas a profundidad a nivel de las usuarias, quienes fueron sub-grupadas en base a los criterios: grupo etario (Adolescentes, adultas jóvenes y adultas maduras) y situación de residencia (no migrantes y retornantes).

A nivel del grupo de los agentes locales de salud se aplicaron 11 entrevistas a profundidad a nivel de los agentes formales entre personal profesional y técnico, 12 entrevistas a nivel de los agentes tradicionales (parteros) entre capacitados y no capacitados y 12 entrevistas a nivel de agentes populares entre esposos y otro familiar cercano a las mujeres entrevistadas, que durante la mayoría de sus embarazos y partos, optaron por esta alternativa.

Las entrevistas estuvieron basadas en una guía que abordó tres categorías temáticas: la primera, denominada percepción del proceso de embarazo y parto para dar cuenta de pensamientos, creencias y valores de las usuarias y agentes relacionados a los acontecimientos como son el diagnóstico oportuno, los cuidados y los riesgos que se presentan durante el proceso de embarazo y parto; una segunda sección, abordó las expectativas y criterios en usuarias y agentes que determinan la aceptación o rechazo de la atención preventiva, recuperativa o de mantenimiento de la salud durante el embarazo y parto; la última sección abordó la categoría de capacidad de decisión de la mujer para explorar las circunstancias en que las mujeres andinas están en capacidad de tomar decisiones sin presiones de su entorno familiar para optar por un servicio de atención con calidad durante su embarazo y parto.

El análisis de la información se realizó en base a una codificación sustentada en la teoría de análisis fundamentado, que sigue un esquema básico de clasificación de la información en dos ejes: el análisis horizontal que permitió interpretar el significado de las categorías desde cada grupo informante y el análisis desde los ejes temáticos. En un primer momento estratificó a cada indicador en función a la valoración de las recurrencias temáticas en situaciones relevantes y no relevantes para las usuarias y los agentes y un análisis interpretativo que permitió comprender el significado de los efectos generados por las situaciones excluyentes o concordantes que explican un acercamiento o distanciamiento en la interacción de las usuarias con los agentes y en los agentes entre sí en la atención del embarazo y parto.

RESULTADOS

Por intermedio de las entrevistas a usuarias y agentes se caracterizaron los significados sobre el modelo explicativo de salud-enfermedad durante el embarazo y parto y, por otro lado, se identificaron situaciones concordantes y excluyentes que construyen los agentes de los tres modelos médicos de atención formal, tradicional y familiar (popular) en relación a la atención en el embarazo y parto.

En principio, se encontró que las usuarias del modelo médico de atención formal valoraban las medidas preventivas del modelo, a partir de experiencias negativas vividas en situaciones de gravedad en embarazos o partos previos que fueron atendidos por los dos modelos de atención de salud alternativos.

En las usuarias formales retornantes, la valoración de las medidas preventivas se da por haber tenido contacto en la ciudad con los agentes formales; sus vivencias positivas las lleva a reconocer que el tratamiento preventivo puede evitar "problemas". Consideran el examen de orina más seguro. Las medidas preventivas más reconocidas están relacionadas con la "consejería en alimentación". Valoran el reposo para evitar pérdidas, un grupo menor valora la demanda oportuna de los servicios de salud cuando presentan signos de alarma como dolor de cabeza, visión borrosa, pies hinchados-clínicamente denominada preclampsia y que ellas lo relacionan con el "mal viento".

En las usuarias del modelo médico de atención tradicional explican su percepción de riesgo a partir de la valoración de medidas preventivas, conocidas como "prohibiciones para evitar problemas": "mal viento" o "mala posición", frente a la cual practican "el acomodo", "caminatas para ayudar a un parto rápido" y búsqueda de atención por la partera para el diagnóstico y para el "acomodo".

Es relevante la preferencia de las embarazadas por la atención en el domicilio, debido a tres razones: familiaridad, cercanía a los hijos y menos temor a lo desconocido.

Puede dar como tembladera, ahí nomás puedes perder la vida; una vez me ha pasado esto, por eso prefiero llamar a la tía (partera) que sabe de parto. Esa vez me dio hemorragia, mi esposo también se ha asustado y ya después no me llevaba a la chacra mi esposo. (Emperatriz, 44 años de edad, No Migrante, Andamarca).

En el grupo de usuarias retomantes del modelo médico de atención popular, se percibió que la interiorización de las medidas preventivas es mínima y en las usuarias populares no migrantes es casi nula.

La mayoría manifestó innecesaria la búsqueda de orientación de un "especialista" formal o tradicional. Perciben que solo se limitan a dar alternativas temporales y que solo les genera gastos. Conciben que no todos los embarazos son "iguales" y se tiende a explicar las causas de complicaciones en base a sus creencias.

No, señorita, para mí es normal, estoy gestando, trabajo normal, cargo papa, mi leña... yo no busco a nadie más. Antes sí buscaba a la curiosa en mis 3 primeros hijos...ahorita mi esposo el único me atiende. (Marcela, 32 años, Ronatullo).

Mirando la maternidad desde afuera

En relación a las y los agentes del modelo médico de atención formal, se observaron actitudes que no propician la recreación o reformulación de opiniones. Por el contrario, buscan imponer una modificación de comportamientos en las usuarias con relación al diagnóstico, a los cuidados preventivos y al parto en sí. Identifican como una debilidad de las mujeres andinas y de las parteras(os) la falta de percepción de riesgo y seguridad tal como se entiende desde el modelo médico formal, conciben que los problemas se evitarían si las parteras las "ayudaran" a identificar tempranamente el embarazo, y si las mujeres tomaran "conciencia" de la importancia de los cuidados durante su embarazo. La "sobada" y "el mal viento" son los cuidados tradicionales más cuestionados por el personal de salud quienes expresaron que la cultura de la mujer no les permite ver los problemas que puede tener un embarazo, lo cual estaría contribuyendo a no acudir al establecimiento de salud periódicamente.

Los parteros saben solo recibir el bebe, ellos no tienen conocimientos científicos, todo lo que hacen es empírico, que pueden enseñar a las mujeres.... (Agente formal: Profesional, Ramiro).

Yo creo que son creencias, mitos de la comunidad, por el malestar que tienen por el embarazo, ya piensan que su bebe está en mala posición, pero lo dicen porque han escuchado y las parteras igual piensan. (Agente formal: Técnico, Héctor).

En el grupo de los agentes del modelo médico de atención tradicional (parteras y parteros), se observó actitudes de rechazo sobre la forma de diagnóstico del embarazo por personal de salud. Criticaron las medidas preventivas como son las visitas seguidas de la mujer (controles prenatales) al establecimiento donde solo le miden la barriga, también enfatizaron poca "experiencia" del personal de salud frente al manejo de una mala posición o una hemorragia, limitándose a enviarlas (transferirlas) a la ciudad.

Rechazan el método de tacto vaginal para determinar el inicio del trabajo de parto, manifiestan que en el pulso se conoce si "falta poco" o "mucho" para el parto, tienen la creencia que si le ven "sus partes" a la mujer, el bebé no saldrá y el alumbramiento se prolongará.

Les controlan con un aparato; le miran al bebe si está bien... eso está bien, pero lo malo es que no saben acomodar y ya se complica el bebe y no puede salir, son jóvenes y no tiene experiencia y solo lo mandan a la ciudad. (Agente tradicional, Andrea)

En la posta recomiendan que la mujer debe ir cada mes y la mujer acá no tiene tiempo y a veces vive lejos y esto no es posible. (Agente tradicional, Doris).

En el caso de los agentes del modelo de atención popular (familiares, esposo), se identificó una percepción de marginación por los agentes tradicional y formal. Expresaron que la atención preventiva que brindan ambos agentes solo les había generado experiencias negativas, manifestaron que es igual con ellos y sin ellos cuando se tiene que presentar problemas en el embarazo o parto.

Mentira les llaman en la posta, más es para que pierdan tiempo, y no le hacen nada; le miran -dice- su barriga y no le acomodan nada, entonces no sirve, yo no le mando a mi señora. (Agente Popular, esposo, Georgino).

La calidad de atención

En cuanto a los significados de las situaciones concordantes y excluyentes que conciben las usuarias y agentes desde la dimensión de calidad de la atención, fue reconstruida a partir de expectativas y criterios sobre el "proceso de atención" en el embarazo y parto.

Las usuarias del modelo formal de salud tienen presente expectativas de severidad de una complicación durante el embarazo/parto y valoran la atención preventiva para evitar "peligros". A mayor conocimiento del modelo hay mayor valoración de los beneficios de las "vitaminas", los controles periódicos, los cuidados en los últimos meses como "no hacer esfuerzo" para minimizar las complicaciones o "problemas" de "fracasos, hemorragias, partos prolongados". La expectativa más valorada por todas las mujeres fue la competencia técnica del agente formal, relacionada directamente con la resolución terapéutica efectiva. Expresaron insatisfacción con relación a la intervención terapéutica en casos de referencia de las mujeres en situación evidente o no de peligro, consideran una intervención tardía por parte del proveedor.

Me agrada cómo atiende la señorita de la posta, dicen que te vas hacer la higiene, te vas a cuidar, no vas hacer mucho esfuerzo porque aborto nos puede dar, nos enseñan cómo van ser la cosas. (Victoria, 40 años, no migrante, Andamarca).

La expectativa con menor reconocimiento fue la comunicación usuarias-proveedores, de la que expresaron que era limitada y que había poca confianza debido a la rotación periódica del personal en los establecimientos de salud, lo cual estaría contribuyendo a un clima de poca familiaridad, poca empatía y desconfianza en la relación proveedor-usuarias.

En el grupo de usuarias del modelo médico de atención tradicional, se observó una mayor aceptación a las expectativas de severidad y beneficio de las "prohibiciones" que imparte la partera, relacionan estos aspectos con la minimización de los "peligros" y los problemas en el embarazo, y para que el parto sea "rápido", las "prohibiciones" son aceptadas por la usuaria sin miedo, ni desconfianza:

Busco a la partera que es más conocida, ya hay más confianza, ella ya viene cuando falta poco para acomodar a mi bebe y no se demore el parto, ya una vez me ha dado también hemorragia, por no hacerle caso, ella me dijo "no vas hacer mucho esfuerzo" y me fui a traer leña y casi pierdo a mi hijo. (Rosalia, 43 años, no migrante, Comas).

Las expectativas competencia técnica y resolución terapéutica son concebidas a partir de la confianza en la habilidad de la partera y la efectividad de la atención frente a las complicaciones que se expresa en "embarazo maduro" o "parto rápido".

Yo estoy de acuerdo con la forma de arreglar, sobar, la manera cómo nos habla la partera, si no está la señora de siempre buscaría a otra partera... así hago madurar al bebe. En la posta no tengo confianza porque una fecha yo le hice vacunar a mi hijito, mi hijo empezó a cojear, tener fiebre, por eso yo ya no le tengo fe a los de la posta. (Angélica, 42 años, no migrante, Pucacocha)

La comunicación fluida y horizontal es muy reconocida y se recrea en la paciencia, el buen trato y la confianza que imparten los parteros.

La señora Eva me ha sobado y el bebe nació bien... pero antes le dije que se fijara si todo está bien; no he ido al centro de salud porque siento que me miran como un bicho raro, dicen que te ven todo y no me gusta. (Aida, 27 años, no migrante, Andamarca).

En este grupo no es relevante la intervención terapéutica inmediata de la partera, al inicio tratan los malestares con "hierbas caseras", basada en sus creencias de "mal ojo", "susto", lo que destacan es la predisposición de las parteras para atenderlas en su domicilio cuando ellas las solicitan.

En contraste con los dos grupos anteriores, en las usuarias del modelo médico de atención popular, se evidenció poca valoración a los beneficios de las acciones preventivas, no es relevante la competencia técnica, conciben la intervención y resolución terapéutica en situaciones críticas de complicación.

Yo me hago sobar con mi esposo, trae aceite rosado y en la noche bonito me soba, me va preguntando dónde me duele y ya se acomoda el bebe, así nomás ha sido en mis 4 hijos. (Ricarda, 43 años, no migrante, Ronatullo).

Se percibió una comunicación fluida y mayor confianza con la madre, hermana, suegra o esposo.

Me agrada cómo mi suegra se preocupa, viene a verme, me enseña que no debo caerme, me pone faja después que acomoda al bebe, me gusta porque me atiende en mi casa, ayuda a cuidar a mis hijos cuando ya caigo enferma, es de más confianza,...a veces las parteras vienen un rato y si no sale el bebe se van y vuelven cuando ya uno está mal. (Noemí, 29 años, retornante, Talhuis).

En la perspectiva de los agentes formales, la calidad de la atención del modelo médico tradicional es considerada como escasa. Manifiestan actitudes de rechazo a las competencias técnicas de las parteras por estar sustentadas en creencias y costumbres ancestrales, refirieron haber recibido casos de complicación de gestantes por negligencia de las parteras, conciben que la resolución terapéutica es poco efectiva y la intervención terapéutica tardía, cuestionan el tratamiento en base a "hierbas", "emplastos" y "pagos a la tierra".

Las parteras no saben, se corre el riego en la sobada que estrangulen al bebe con el cordón umbilical, así mismo el pulso no es seguro y no deben confiar en esto las mujeres, los pagos menos. (Isabel. Agente formal)

La mayoría del personal profesional entrevistado mostró actitudes de marginación, hegemonía y rechazo frente a las usuarias que demandan atención de parteras o parteros; por no ser estos últimos "especialistas" y consideran que dan servicio a las mujeres embarazadas en forma "empírica".

Se observó una divergencia marcada con el grupo anterior, las parteras conciben que la competencia técnica del agente formal es individualizada, con una intervención tardía, cuestionando la demora por la referencia de la mujer a otro establecimiento de salud. Esta situación la relacionan con la débil capacidad del personal en la resolución terapéutica y la poca experiencia del personal de salud joven.

Varias enfermeras no han podido atender y las familias de las mujeres me han llamado; a veces ellas esperan que las contracciones estén fuertes y esperan al bebe, a veces esperan que la fuente se rompa y a veces hacen pujar más de la cuenta o cuando falta que el bebe se acomode para salir. (Agente tradicional, José).

Las enfermeras y los doctores solamente miran, escuchan pero no saben acomodar, o dar un tratamiento que corte el sangrado, no tienen experiencia, una vez sí había una enfermera que sabía acomodar y ayudaba a las mujeres, pero estas nuevas no saben nada y más se reniegan" (Agente tradicional, Doris).

Las y los parteros objetan el mal trato. Manifestaron haber observado y escuchado que las mujeres no tienen confianza en el personal de salud para contarle sus "cosas"; que tienen temor a preguntar porque les contestan de "mala manera" y cuestionaron la actitud de increpar por buscar ayuda previa en los parteros. Asimismo criticaron la forma muy "técnica" de explicar los cuidados o tratamientos.

Las señoras no quieren ir a la posta, porque como no le han curado y más le han gritado que son descuidadas, entonces no les tienen confianza (Agente Tradicional, Venancio).

Con relación a los agentes del modelo médico popular, se encontró una posición similar a sus usuarias, predomina una actitud de rechazo respecto a la marginación y hegemonía que ejercen los otros dos agentes. Critican los cuidados que determina cada agente como la frecuencia de los controles que es vista como innecesaria o la visita a la partera para el "acomodo". Prima la concepción de que en el embarazo se interviene cuando se presenta el problema.

Una vez mi esposa estaba en el PANFAR y la enfermera le obligaba para hacerse ver, pero como no quiso le dijo que la iba a sacar y ya mi esposa no fue, ella tiene miedo porque a su prima casi la matan en la posta, no sabían acomodar al bebe. (Agente popular, esposo, Victoriano).

La forma de comunicación fue otro criterio cuestionado por la mayoría de estos agentes; producto de vivencias de mal trato en alguna oportunidad especialmente por el personal de salud.

Decidiendo los cuidados de la maternidad: un derecho aún postergado

Los resultados a nivel de la capacidad de decisión de las usuarias según el modelo médico de atención se trabajó sobre la base de cuatro criterios: autoestima, información, reconocimiento y consenso.

En términos generales, no hay diferencias relevantes en la capacidad de decisión de las mujeres según grupos etarios, se visualizó mayor diferencia según el tipo de residencia, es decir, usuarias no migrantes y usuarias retornantes.

En las usuarias del modelo médico formal, se observó un mayor consenso con la pareja para mejorar sus conocimientos y poner en práctica medidas preventivas que minimizan los peligros en el parto, permitiéndoles una mayor apertura para decidir. En el grupo de usuarias retornantes predomina el criterio de los conocimientos preventivos transmitidos por agentes formales en la ciudad; y en las usuarias no migrantes, prevalece el criterio de las experiencias negativas vividas en los otros modelos de atención. Ambos criterios está permitiendo la tendencia hacia el desarrollo de la autoestima de la mujer andina.

Como antes tuve parto difícil, ya mi esposo tiene miedo, ahora esta vez ya los dos hemos dicho que mejor vamos a ir en la señorita de la posta que es estudiada, mi vecina como le ve la señorita me dijo también que es mejor la posta. (Vilma, 29 años, no migrante, Andamarca)

Mi esposo, es el que se preocupa, me dice que tengo que ir a la Posta, porque mi bebe puede estar mal o al nacer le puede pasar algo. (Teresa, 28 años, Retornante, Racracalla)

Una situación que aún prevalece en las usuarias no migrantes y retornantes es la presencia de creencias y costumbres sobre la relación de pareja y la influencia de la red familiar y social, que se expresan en actitudes de sumisión que limitan una mayor apertura para decidir.

Mi esposo nunca me ha dicho "yo te voy a llevar" o "a ver vamos a conversar cómo va ser de tu parto". Nada, él decía que mucha pastilla tomo, entonces yo viendo eso ya no iba para hacerme ver en la posta. (Victoria, 40 años, No migrante, Andamarca).

Se observó una baja capacidad de decisión en las usuarias del modelo médico tradicional, predomina un bajo desarrollo de su "autoestima", ejercicio de un rol pasivo en la toma de decisiones por la dependencia, el desconocimiento y el poder marcado de la pareja.

Refieren que la pareja es quien autoriza la visita en el partero, se recrea esta situación en expresiones como: "Él tiene que ordenar a la mujer, acá es así".

Mi esposo dice, que ya la partera sabe, ella tiene experiencia....Él no se preocupa hasta el momento que me viene los dolores. (Eutropia, 42 años, no migrante, Pucacocha)

En el grupo de usuarias retornantes la "autoestima" también es baja, son "reconocidas" por la pareja, si han vivido "experiencias negativas". En parte de este grupo de mujeres, el varón se preocupa por la salud de la mujer por ser la encargada del cuidado del hogar y los hijos. El "consenso e información" es más relevante en las mujeres que han vivido experiencias negativas, tienen mayor apertura hacia el consenso con su pareja para decidir por un agente que le ofrece mayores ventajas.

Acá no les cuidan sus familias, sus esposos les hacen trabajar hasta que está con sus dolores, algunos hombres son machistas, en cambio mi esposo es bueno, pocos hay así. (Lucy, 20 años, Retornante, Racracalla)

En el grupo de las usuarias no migrantes predomina una "baja autoestima, reconocimiento y consenso". Prevalecen las creencias y costumbres, respeto por el poder que ejerce la pareja en relación a la forma cómo deben hacerse las cosas en el hogar. Persiste poca valoración del varón hacia la pareja por una atención de salud segura y de calidad.

Normal trabajo con mi esposo todos los meses; al final un poco menos, pero seguimos trabajando, sino mi esposo se molesta. (Lorenza, 46 años, no migrante, Canchamalca)

En la mayoría de las usuarias del modelo médico popular, la capacidad de decisión sobre el tipo de atención es baja. La "información" que manejan se basa en "experiencias" de atención del parto en el entorno familiar. Prevalecen las creencias/costumbres e influencia significativa de la red familiar, aspectos que influyen para que la mujer se sienta segura y confiada en la atención familiar.

Mi esposo nomás me atiende, su mamá le ha enseñado en mi primer bebe. Él no quiere que nadie me atienda, él nomás me hace enfermar en mis dos bebes últimos. (Juana, 19 años, no migrante, Racracalla).

155

En el grupo de usuarias no migrantes se percibe que la pareja influye significativamente, haciendo prevalecer su decisión dentro del hogar. Se observó en la mujer una mayor confianza en su propia capacidad y fuerza para tener un hijo, siendo poco relevante optar por otro tipo de atención.

Mi esposo ha decidido que mi suegra me atienda porque a todas sus hijas ella nomás les ve. Yo tenía miedo, pero él me dijo que no va pasar nada y ya pues ella no más me atiende en todos mis bebes. (Raquel, 33 años, no migrante, Puquian).

La situación de las usuarias retornantes no difiere significativamente de las usuarias no migrantes. Las "experiencias" con el entorno familiar han contribuido a objetar la efectividad de los otros modelos de atención, en especial el modelo formal.

Por la ciudad, sus esposos les atienden, en la sierra es un poquito diferente, las mujeres también somos diferentes, más fuerte de trabajo somos, por eso igual de trabajo hacemos cuando estamos esperando bebe, al final nomás ya es un poco menos. (Marcela, 32 años, Retornante, Ronatullo).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Encontramos que en el grupo de mujeres pobres y en extrema pobreza, la preferencia por un tipo de atención no estaba relacionada directamente al aspecto económico. En esta cultura andina, hay una influencia marcada por lo simbólico, los significados que expresan en sus conocimientos y creencias y también hay una influencia significativa de la recreación social que hacen de las "experiencias negativas" -de alguno de los modelo médico de atención- vividas en embarazos anteriores u otras situaciones de emergencia.

En el discurso de las adolescentes y adultas jóvenes se encuentra preferencia y deseo de ser atendidas durante su embarazo y parto en los establecimientos de salud; sin embargo, prevalece la influencia de la "relación de poder" de la red familiar: suegras y madres quienes prefieren la atención de una partera o del familiar de mayor experiencia. En las mujeres adultas, hay una mayor preferencia por una atención tradicional en el embarazo y parto, su discurso refleja actitudes de confianza, comprensión y valoración por la disposición de las/os parteras/os.

Las mujeres retornantes de zonas urbanas tienen mayor predisposición a demandar atención en el modelo médico formal, debido a que han interiorizado la importancia de los cuidados del embarazo durante su residencia en la ciudad, lo cual es un discurso discordante con relación a las mujeres no migrantes, quienes tienen una mayor preferencia por la atención tradicional o popular.

En el contexto de la diversidad cultural, el sistema de salud durante el embarazo y parto no es independiente de los significados que la mujer construye y recrea en base a un determinado modelo explicativo de salud y sus procesos terapéuticos. La aproximación a este fenómeno se

ha explorado a partir de puntos de concordancia o exclusión traducidos en comportamientos de aceptación o rechazo de un determinado modelo de atención de salud. En este sentido, un primer elemento constitutivo del sistema cultural de salud durante el embarazo y parto se reconstruye a partir de los cuidados prenatales. Así, las mujeres que demandan atención en el modelo médico formal y tradicional, construyen el modelo explicativo de salud en el embarazo y parto a partir de la valoración de "cuidados prenatales", expresados simbólicamente como "parto sin problemas". A partir de esta aproximación se recrea un conjunto de prácticas denominadas "prohibiciones" o medidas preventivas orientadas a un "parto maduro y rápido".

Las "prohibiciones" más relevantes para ambas usuarias son los cuidados a tener en los últimos meses de gestación, como el acomodo para que el parto sea rápido, la buena alimentación para que el bebé no sea pequeño, el abrigo que ayuda a un parto rápido y con menos dolor, el no hacer esfuerzo o trabajo duro para evitar bebés "sietemesinos".

Las mujeres que fueron atendidas en el entorno familiar conciben que los "cuidados" no son "iguales" para todos los embarazos, y que es irrelevante tener cuidados para un proceso que "es natural", su saber está más relacionado a su convivencia con la realidad, siendo relevante para ellas las "experiencias negativas", que constituyen parte de su saber sensitivo de su mundo, priorizando "el vivir" en forma concreta y constante sustentada en la cosmovisión andina. Este último grupo es el más vulnerable a complicaciones maternas, debido a que tienden a demorar la búsqueda de atención, producto de su baja valoración sobre la importancia y trascendencia de los cuidados oportunos en el embarazo y parto.

El embarazo y parto se reconstruyen culturalmente a partir del "proceso terapéutico", dentro de una reconceptualización de las prácticas de los "otros" y la articulación de las visiones culturales de los actores interactuantes en el entorno local. La aproximación a la calidad de la atención se expresan en expectativas y criterios que se basan en los conocimientos sustraídos de las propias usuarias y los agentes de los tres modelos médicos de atención y reforzada por sus experiencias vividas.

En tal sentido, las expectativas concordantes entre cada tipo de usuaria frente a cada agente están relacionadas con la competencia técnica que se espera de estos y se expresa en la experiencia de cada agente. La resolución terapéutica efectiva y el beneficio de los cuidados preventivos para minimizar riesgos prevalecen en las expectativas de calidad de los modelos por parte de las usuarias formales y tradicionales.

Las expectativas excluyentes más significativas y cuestionamientos se centran a nivel de la intervención terapéutica tardía, debido a las transferencias a otros establecimientos de salud en el caso del agente formal y por los tratamientos caseros que imparten los agentes del modelo tradicional. Por otro lado, las limitaciones identificadas en la comunicación entre usuarias-proveedores formales, se configuran a partir del mal trato, la poca familiaridad, frágil empatía y la desconfianza.

En comparación con los resultados encontrados en las usuarias, los significados identificados a nivel de los agentes sobre la calidad del "proceso terapéutico" en el embarazo y parto, son excluyentes desde la aproximación de cada agente en relación a los "otros agentes" respectivamente.

En la perspectiva de los agentes formales, la calidad de la atención del modelo médico tradicional es considerada como limitada, rechazan las competencias técnicas de las y los parteros por ser "empíricos", cuestionan la resolución terapéutica por el tratamiento "casero" y poco efectivo, y la intervención terapéutica tardía. Con base a estas situaciones recrean y refuerzan actitudes de marginación, hegemonía y rechazo frente a las usuarias que demandan atención con parteras.

Las parteras conciben que la competencia técnica del agente formal es individualizada, con una intervención tardía, cuestionando las referencias y la baja capacidad del personal en la resolución terapéutica. Objetan el mal trato, el uso técnico de términos y cuestionan las censuras que reciben las mujeres por buscar ayuda previa en las parteras.

Con relación a los agentes populares, se encontró una posición similar a sus usuarias. Predomina una actitud de rechazo respecto a la marginación de sus saberes y la hegemonía que ejercen los otros dos agentes. La forma de comunicación es cuestionada producto de vivencias de mal trato en alguna oportunidad, especialmente por el personal de salud.

157

Y el tercer elemento constitutivo del estudio es la toma de decisiones de las mujeres por un tipo de atención de calidad. En tal sentido, prevalece la influencia de la pareja sobre la de la mujer, en la toma de decisión sobre cuál de los tres modelos de atención elegir. La mujer construye su autoestima a partir de conocimientos, identificándose un mayor desarrollo en mujeres que demandan atención formal y en especial mujeres retornantes.

En todas las mujeres atendidas, la información que obtienen para tomar una decisión está basada fundamentalmente en experiencias negativas con otras formas de atención. Las usuarias de los tres tipos de atención refieren que la mayoría de los esposos participan en el momento del parto y en situaciones de "emergencia". En el caso de las parejas de mujeres retornantes, existe mayor tendencia a que las mujeres sean atendidas por un agente formal.

Para concluir, quisiéramos que este estudio acerca de la atención de salud desde una perspectiva intercultural contribuya a la reflexión sobre las diferentes dimensiones de la atención del embarazo y parto y sobre los mensajes de cuidados preventivos que las y los proveedores de salud formal intentamos transmitir a las gestantes. Asimismo, preguntarnos si la información que se brinda responde a las expectativas de las mujeres andinas y si la forma de la atención les satisface.

Se necesita profundizar más en cada contexto cultural sobre qué cambios se requieren para cubrir las necesidades y expectativas que las mujeres tienen en la atención del embarazo y parto. También, si los equipos de salud tienen la capacidad de intervenir partiendo del conocimiento y respeto del "otro" y cómo se podrían involucrar mejor con la red social de las familias para promover el ejercicio ciudadano de las mujeres de manera que puedan decidir con autonomía e información sobre los cuidados durante la maternidad. Estas son solo algunas inquietudes que habría que tomar en cuenta como punto de partida para adecuar los servicios de salud, lo que permitirá mejorar la calidad de la atención y no subordinar la identidad cultural de las y los ciudadanas/os.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arnol, Denise. (1996). Los caminos de género en Qagachaka: Saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes. CIPCA- Quito. Ecuador, 303-392.

Bastien, JW. (1968). Etnofisiología Andina (Evidencia Lingüística, metafórica, etiológica y etnofarmacológica para conceptos andinos sobre el cuerpo). En Revista Arinsana, No. 15 -24. Cuzco-Perú.

Bastien, JW. (1989). Feminine ritualist and symbols en the andes. En Boletín Bibliográfico de antropología americana. Vol 40, No. 49. Texas.

Benno de Keijzer. (1991). Educación Popular, medicina tradicional y cultura popular. México: Ed. IMEPLAN, 125-157.

Bilbeau, Guilles. (1993). ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. En Pizón. (Ed.). Cultural Salud en la Construcción de las Américas. Secretaria de Salud. México.

Breilh, Jaime. (1994). Nuevos Conceptos y Técnicas en Investigación Quito: Ed. CEAS, 1ª Edición.

Burgos Lingan, María. (1995). El Ritual del Parto en los Andes. Tesis Doctoral Katholieke Universiteit Nijmegen. Suiza.

Cáceres, Efraín Ch. (1988). Si crees, los Apus te pueden cura. Centro de Medicina Andina, Cusco-Perú. En Revista Salud en América Latina. N° 14. CELATS Ed. Visual Service. Perú.

Castro Roberto, y Bronfman, Mario. (1999). Investigación Cualitativa en Salud y Reproducción: Caso de Ocuituco. Instituto Nacional Indigenista. México: Ed. EDOMEX.

Centro de investigación, asesoría y educación en salud (CIAES). (1991). Conocimientos, creencias, prácticas y actitudes de la mujeres en relación al ciclo reproductivo. Proyecto Mother Care. Cochabamba, Bolivia.

Corin, E. (1987). La reference anthropologique and pratiqueclinique. En E. Corin et al. (Eds.). Regards Anthropologiques en Psychiatrie, Montreal: Ed. GIRAME.

Cortazar Augusto. (1965). Esquema del folklore Colección Esquema. Argentina: Ed. Columba.

Dofossez, Anne-Claire. ; Fassin, Didier. ; Viveros, Mara. (1992). Mujeres de los andes: condiciones de vida y salud. Bogota: IFEA, Universidad Externado de Colombia, 420- 471.

Frisancho, Ariel. (1993). Salud Comunitaria en el Ande Peruano. Ed. Perú: Amarilys.

García Miranda, Juan. (1996). Racionalidad de la Cosmovisión Andina. Lima: Ed. CONCYTEC.

Gómez Jara, Francisco. (1986). El diseño de la Investigación Social. México: Ed. Fontamara.

González Anleo, Juan, (1992). Para comprender la Sociología. Argentina: Ed. Verbo Divino.

INCAP. (1989). Manual de Estudios Antropológicas aplicadas a la Salud y Nutrición. (Documento Inédito). Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (1985). Serie Estadística. Lima-Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1986). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lima-Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1992). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lima-Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1994a). Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas. Lima-Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1994b). Compendio Estadístico de Población y Vivienda por Provincia y Distritos. Lima-Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1996a). Compendio Estadístico Social. Lima-Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1996b). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Lima-Perú.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) -Junín. (1996c). Población, Mujer y Salud. Resultados de ENDES. Lima-Perú.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1997a). Estado de la Población Peruana- Salud Reproductiva. Lima-Perú.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) -Junín (1997b). Medición y Focalización de la Pobreza. Huancayo. Lima-Perú.
- Kleinman. A. (1988). *The Illness Narratives, Suffering, Healing and The Human Condition*. New York: Basic Books. Inc.
- León, Natalia. (1997). Género, matrimonio y sociedad criollo en Cuenca durante la segunda mitad del siglo XVIII. Ecuador, 21-41.
- Llanos Cervantes, Elvira. (1995). El Embarazo en Mujeres Aymaras Migrantes. En *Publicación Mujeres de los Andes*. IEP-Lima.
- Maguñá L. Alejandrina. (1996). Familia y Salud Popular en el Horizonte Andino. En *Revista CELATS*, Perú.
- Ministerio de Salud (MINSA). (1996-2000). Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Dirección de Programas Sociales. Perú.
- Matthew B, Miles.; Huberman, Michael.A. (1994). *Qualitative Data Analysis* New Delhi: Ed. SAGE Pulications, London.
- Nigenda, Gustavo. ;Langer, Ana. (1995). *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública. México: Ed. FONTAMARA.
- Nichter, Mark. (1992). *Antropological Approaches to the Study of Ethnomedicine*. London: Editorail Gordo/ Bread. Scienctie Publisher.
- Núñez Sobrera, Julia. (1967). *Medicina Tradicional en Distritos de Huancayo*. IIP. Lima-Perú. (Mimeo).
- Núñez Sobrera, Julia. (1968). *Medicina Tradicional en los distritos de Marco, Matahuasi. Chongos Bajo Huaccha-Huancayo*. Ministerio de Trabajo y comunicación. Lima-Perú.
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (1983). *Sistema de Servicios de Salud*. Washington. Abril-4. Publicación HSD/SILOS-1.
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (1990). *Sistemas Locales de Salud*. Washington. Oct.10. Publicación HSD/SILOS-3.
- Patton. M.Q. (1980). *Cualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills. Ca.
- Plaza. Orlando. (1986). *Formas de Dominio Económico de Comunidades Campesinas DESCO*. 2da. Edición Lima - Perú.
- Pedersen, Duncan. (1989). "Salud y Culturas Médicas Tradicionales". (Documento Inédito) OPS-Lima-Perú.
- Pedersen, Duncan, Bibenau, G.; Puentes C. (1985). "Estilos de Vida y Salud". (Documento Inédito). OPS-Perú.
- Pedersen, Duncan. (1985). *Curanderos, dividendos Santos y doctores para el análisis de los sistemas médicos*. (Doc. Inédito). OPS-Perú.

- Pérez, Luz María. (1994). Embarazo en adolescentes Rurales. Santiago de Chile: Ed. CORSAPS.
- Polia Meconi, Mario. (1996). Despierta, remedio, cuenta...Adivinos y médicos del Ande. Tomo I. Lima: Ed. Fondo Editorial PUCP, 53 - 77.
- Rostworoski, Maria. (1992). Algo sobre las mujeres andinas. En . Revista Chacarera, N° 9, 34-35.
- Salazar, Mari.; Huamán, José.; Guillen, F.; Antunez de Manolo, S. (1986). Parto Lactancia y Planificación Familiar. Lima: Centro de Documentación AMIDEP,187-217.
- Singer M.; Baer Ha.; Lazarus E. (1990). Critical Medical Anthropology: Theory and research. Great Britain: Soc. Sci Med.
- Sihuay, N.; Valer, D. (1985). Actitudes de la Mujer gestante de diferentes condiciones socio-económicas de Huancayo. Tesis de grado. Enfermería. Ed. Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo. Perú.
- Soto Sulca, Ricardo. (1993). La redefinición de las comunidades en el Valle del Mantaro. Huancayo: Editorial Centro Cultural José María Arguedas, 27-35.
- Tatzo, Alberto. (1996). Visión Cósmica de los Andes. Quito: Ed. Abya - Yala.
- Tinker, Anne, Koblinsky, Marjorie. A. (1994). Hacia una maternidad segura. Washington, D.C.: Ed. CENIDS, Banco Mundial.
- Tomaso De Caprara, Chiesa E. (1985). Trabajo en Parteras Tradicionales en Apurímac. DESCO - PERU.
- Uribe Rivera, Javier. (1991). La Programación Local de Salud y la Necesidad de un Enfoque Estratégico. Curso Salud Colectiva. Módulo III Planificación-Programación. Lima- Perú.
- Valdivia Ponce, Oscar.; Vásquez Palomino, Fc.; Dávila K. Isidora. (1982). Concepciones Psicoculturales en Torno al Antojito de Mujeres Embarazadas. En Revista de ciencias psicológicas y neurológicas, Vol. 4. Lima.
- Vargas, Roxana. (1995). Allá las antiguas abuelas eran parteras. Lima: Ed. ATENEA Impresores/editores. Flora Tristán.
- Villar, Manual. (1986). Manual sobre Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex N° 7. OPS.
- Urrutia B. Carlos, Boggio C., Ana. (1985). Al Encuentro de la Salud Popular Revista CELATS, N° 5. Perú.
- Wolfram, Fisher. (1994). Combatiendo la pobreza rural en América Latina y El Caribe. BID. Coordinadora Rural. Washington.

Estado/Iglesia y los derechos reproductivos en el Perú de los 90

Las organizaciones feministas y el debate público sobre el aborto en el Perú de los 90

Nancy Palomino

163

Este artículo se basa en un estudio más amplio sobre las organizaciones del movimiento feminista y los derechos reproductivos en el Perú durante la década de los 90. Aquí se presenta el debate público sobre la despenalización del aborto y sus implicancias para las políticas en salud reproductiva y se reconstruyen y analizan los principales argumentos del movimiento feminista tal como fueron recogidos por la prensa escrita.

El campo de la reproducción humana y la salud reproductiva resulta particularmente útil para analizar la dinámica de la acción política de los últimos años, en tanto este es un campo polémico donde confluyen múltiples actores con mayor o menor poder, los mismos que entran en conflicto por los intereses que expresan. La "participación" de los actores ha sido planteada como uno de los temas centrales de la reforma en el sector salud (Sottoli, 1999). Desde la década de los 80 y más aún en los 90, se ha impulsado, como una orientación política internacional de las reformas de salud, el reconocimiento y la promoción de una estructura plural de actores que comprende las instancias descentralizadas estatales, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las organizaciones sociales de base y el sector privado. Usamos el concepto de actores en el sentido que le da Brachet-Marquez, de colectividades con recursos organizacionales que les permitan articular los intereses de sus miembros¹.

Las políticas públicas con relación a la reproducción y la sexualidad han sido objeto, en el Perú y otros países, de innumerables controversias en las que han participado activamente diferentes actores sociales, políticos y religiosos. Los intercambios discursivos en la esfera pública acerca de la planificación familiar, el aborto, la educación sexual, los derechos sexuales y reproductivos en las últimas décadas, tuvieron como importantes protagonistas a las activistas feministas. La hipótesis de este estudio es que las feministas lograron formular y legitimar un discurso político propio sobre la opción reproductiva y la autodeterminación como ampliación de los derechos humanos de las mujeres. Además, la participación activa de grupos, colectivos y organizaciones no gubernamentales feministas en espacios públicos de discusión, permitió abrir el debate desde nuevas perspectivas sobre temas considerados tabú y logró que los medios de comunicación difundieran, una visión feminista sobre los derechos de las mujeres.

Una cuestión importante para abordar este tema de investigación es la distinción de lo público y lo privado. Para este estudio asumimos que la esfera privada tiene dos acepciones, una que corresponde a la empresa privada y cuyo espacio de definición es el mercado y otra, referente al ámbito doméstico, donde transcurre un considerable tiempo de la vida cotidiana de la gente. Entendiendo lo privado en esta segunda acepción, las teóricas del feminismo han cuestionado la separación público-privado dado que un conjunto de derechos que se ejercen en los espacios privados quedan desprotegidos al no reconocerse que en la esfera privada del mundo doméstico existen relaciones de poder y una condición de subordinación del género femenino (Pateman, 1995:17-30). Lo público se ha identificado con el espacio del poder político y del Estado; sin embargo, no se agota en estos.

El concepto de esfera pública que desarrolla Habermas está referido al "espacio en que los ciudadanos deliberan sobre sus problemas". Para este autor, la constitución de un poder público que garantice las libertades individuales y de un ámbito socioeconómico regulado por el derecho

¹ Viviane Brachet-Marquez, Reforma de salud en América Latina: aclarando el vínculo entre actores y Estado, Center for Health and Social Policy, documento sin referencia de publicación.

privado, se basa en la teoría de los derechos desarrollada en la primera mitad del siglo XIX que postulaba la separación del derecho privado (ámbito socioeconómico) del derecho público (ámbito del Estado) y, por otra parte, en el fracaso del desarrollo de un Estado sin democracia. A partir de la confrontación Estado y sociedad, se abren nuevos elementos para la participación de esta última. Dado que el poder estatal, al instaurar la libertad burguesa, no garantizaba la libertad y participación política de sus ciudadanos, se gesta la esfera pública con una función política fundamental (Habermas, 1999:11). La participación política se da a través del diálogo, por lo tanto es un espacio de interacción discursiva distinto al Estado. Implica que la información acerca de las políticas y gestión estatales deberían estar disponibles para someterla a escrutinio público y de esta manera facilitar la participación informada de la ciudadanía en el debate político. Tiene como condición la libertad de expresión, la libertad de prensa y asociación para transmitir el interés general o interés público al Estado (Fraser, 1997:95).

En sociedades como la nuestra donde se mantienen sistemas jerárquicos basados en sistemas de exclusión y dominación de distinto signo como la clase social, la etnia, el género o la orientación sexual, la viabilidad de la participación ciudadana en la esfera pública se ve seriamente restringida. Tal como sostiene Fraser, no todos los individuos u organizaciones de la sociedad civil tienen el mismo poder ni las mismas posibilidades de ser escuchados, de tomar la palabra o escribir sus opiniones. Por ello, esta autora cuestiona que los interlocutores en la esfera pública puedan deliberar "como si fueran socialmente iguales" (Fraser, 1997:107) y plantea el valor que tienen los múltiples públicos para el avance de la democracia, en tanto pueden expresar la diversidad de intereses de los grupos sociales. Justamente, el libre acceso y equidad en la participación en la esfera pública no se cumple cuando las voces de algunos grupos no son escuchadas o se decide sin tener en cuenta los intereses expresados por los movimientos sociales, o cuando no se generan las condiciones para remover las barreras que impiden su expresión.

Algunos estudios han resaltado lo poco permeable que ha sido el Estado peruano a la participación y al control social de actores sociales con una agenda o demandas autónomas y diferenciadas de las que el Estado promueve. (Cueto, 2001; Ewig, 2003²). Sin embargo, los movimientos sociales, por su capacidad de generar controversias, han encontrado formas de expresión incluso en los espacios mediáticos como la prensa escrita. Es así que en las últimas décadas, el movimiento feminista en el Perú y en los diferentes países del mundo contribuyó a dotar de nuevos contenidos a los derechos de las mujeres. La diferencia sexual y la construcción cultural de género sobre esta diferencia, así como las relaciones de poder, fueron cuestionadas por este movimiento develando los mecanismos de opresión y subordinación. La tensión generada por la búsqueda de condiciones de igualdad pero al mismo tiempo del reconocimiento de las diferencias motivaron una amplia discusión que habría de tener implicancias en las demandas políticas del movimiento por la libertad reproductiva y en la conceptualización de los derechos sexuales y reproductivos.

Para efectos de la investigación se utilizaron como fuentes de información más de 500 artículos periodísticos sobre los derechos reproductivos, el aborto y las políticas de planificación familiar. Estos artículos reportaban debates, comunicados y declaraciones de las feministas y otros actores, que aparecieron en los medios de comunicación escritos más importantes de la ciudad de Lima durante la década de los 90. Se revisó también la base de datos Warmi, de artículos periodísticos publicados sobre la mujer entre 1970 y 1996 del CENDOC-Mujer. Se eligió la prensa escrita porque recoge una mejor contextualización de los hechos y permite analizar cómo se argumentan las ideas. La comunicación mediática posee una dimensión simbólica fundamental al ocuparse de la "producción y circulación de materiales significativos para los individuos que los producen y reciben" (Thompson, 1998:26). El desarrollo extensivo de los medios de comunicación ha transformado la

² Christina Ewig. *Malthus' New Clothes: Unaccountability and the Family Planning Scandal in Peru*, informe sin publicar, University of Wisconsin- Milwaukee, 2003. Agradezco a la autora el haberme facilitado generosamente el informe de su investigación.

política contemporánea, pero forma parte del complejo orden de los contextos socioculturales donde se confrontan en términos de hegemonía y subalternidad, intereses múltiples. Es notorio el poder de los medios para atribuir el liderazgo de los movimientos a ciertas personas e intensificar los conflictos con el orden instituido (Laraña, 1999:60). Obviamente, este poder de los medios de comunicación introduce un filtro y un sesgo a la deliberación pública en tanto puede determinar qué se publica y qué no; mucho más en un contexto de control de la medios como se dio durante el gobierno de Fujimori durante la década de los 90.

Antecedentes de una lucha por colocar los derechos reproductivos en la esfera pública

La década de los años 70 fue de gran importancia para la vida social, cultural y política del país. Desde 1968, el país había estado bajo un gobierno militar que realizaba su propio programa de revolución peruana y en el campo de la reproducción asumía explícitamente políticas pronatalistas. En ese tiempo, surgieron diversos actores sociales y políticos, dominando el escenario político el debate sobre el desarrollo, las teorías de la dependencia económica, el cambio social y la construcción del sujeto político.

Fuera y dentro de los movimientos políticos y sociales iban germinando los malestares y las rebeldías de muchas mujeres sin encontrar una respuesta de democratización del país que incluyera las diferencias y reconociera su status de ciudadanas. Es así que surgió un importante contingente de mujeres feministas que habrían de influir en los cambios culturales de las tres últimas décadas del siglo XX en el Perú³. Una de estas organizaciones, Acción para la Liberación de la Mujer Peruana – ALIMUPER, en 1979, hizo la primera marcha por la legalización del aborto y por el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo; asimismo, junto con otras organizaciones expresaron públicamente su protesta frente al cierre de los servicios de planificación familiar por parte del gobierno militar y organizaron manifestaciones contra los concursos de belleza. Con estas protestas se cuestionaba la utilización del cuerpo de la mujer como objeto sexual y como vientre reproductor.

A fines de los 70, y durante los 80 en el país y la región, se formaron nuevos grupos de mujeres feministas, ONG y colectivos entre ellos el Movimiento Manuela Ramos (1978) y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán (1979) y otros varios grupos en diferentes regiones del país.

Durante la década de los 80, las organizaciones del movimiento feminista habían logrado estar presentes en los debates públicos sobre las políticas de planificación familiar y la educación sexual, en tanto expresaban nuevos puntos de vista que iban a contracorriente de los discursos tradicionales acerca de la mujer. El movimiento feminista y sus organizaciones fueron ganando reconocimiento por su defensa de los derechos de la mujer y además de crear organizaciones no gubernamentales, generaron recursos para dotarse de medios propios de expresión como la revista Viva, La Tortuga, Mujer y Sociedad.

En 1983, se realizó en Lima el II Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe donde asistieron más de 600 mujeres de toda la región. En este encuentro se fundó el Círculo de Feministas Cristianas Talitha Cumi (1983) y luego aparecerían otros colectivos feministas como el Grupo de Lesbianas Feministas GALF (1984). En los años siguientes se formaron nuevos grupos que recibieron apoyo de la cooperación internacional: el Centro de Documentación de la Mujer – CENDOC-Mujer (1985), el Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer – Demus (1987) y otros centros con trabajo activo con sindicatos y organizaciones populares de mujeres como Filomena Tomaira Pacsi (1985).

³ En la primera generación de mujeres feministas que se identificaron como tales, estaban María Jesús Alvarado, quien fundó en 1914, en Lima, el grupo Evolución Feminista, Zoila Aurora Cáceres quien fundó en 1925 la asociación Feminismo Peruano y otras organizaciones que lucharon por los derechos cívicos y políticos de las mujeres y también por el acceso a la educación. (Portugal, Ana María, Sesenta años del Movimiento Feminista en el Perú. Documento mimeografiado, 1985)

Se formaron además redes, consorcios y alianzas entre organizaciones nacionales e internacionales como la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe –RSMLAC (1984) y el Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer –CLADEM (1987).

En agosto de 1984, se realizó la Conferencia sobre Población de las Naciones Unidas, en México. Paralelamente, una red internacional de organizaciones activistas organizó en Amsterdam, un Tribunal Internacional de la Mujer⁴. En esta reunión, el movimiento internacional adoptó el concepto de los derechos reproductivos, naciendo la Red Mundial de los Derechos Reproductivos.

En el Perú, meses antes, la prensa había recogido la dura crítica de las feministas peruanas al sistema patriarcal, a la discriminación en el acceso a los servicios, la expropiación del cuerpo y sus planteamientos acerca de la libertad reproductiva:

“Ana María Portugal y Matilde Baralia plantean: Exigimos que los anticonceptivos estén al alcance de todas las mujeres sin distinción de estado civil, y que sean incorporados a la Seguridad Social como medicamentos básicos... como personas exigimos que nos reconozcan el derecho de ejercer libremente la decisión de tener o no tener hijos... el sistema patriarcal nos ha despojado de una identidad, ha expropiado nuestro cuerpo, nos ha reducido a la animalidad, para convertirnos en máquinas reproductoras al servicio del Estado y de sus instituciones que de acuerdo a sus intereses nos obligan a parir o dejar de hacerlo⁵ .

En julio de 1985, la Comisión de Derechos Reproductivos del Movimiento Feminista Peruano emitió un comunicado donde cuestionaban las políticas de control natal de los Estados y también las políticas que niegan información y anticonceptivos a quienes los necesitan. Por ello, se reclamaba el acceso a la esterilización voluntaria y al mismo tiempo se advertía del riesgo de programas de esterilización forzada. Unidas a estas reivindicaciones se reclamaba el derecho a participar en las instancias de decisión política.

En mayo de 1987, el diario oficial El Peruano, publicó un extenso reportaje acerca del aborto. Indicaban que anualmente se practicaban 200 mil abortos y esclarecieron tanto las posiciones de la Iglesia como las del movimiento feminista. Para la Iglesia, el feto es desde la concepción un ser humano y por lo tanto el aborto es un asesinato. En esta misma edición publicaron un comunicado del movimiento feminista donde se expresa un conjunto de reivindicaciones sobre el derecho a decidir:

“Todas las mujeres tenemos derecho a decidir sobre nuestra capacidad reproductiva, de elegir cuándo queremos tener un hijo y cuándo no, al margen de las razones del Estado y de los dogmas religiosos. Por lo tanto, demandamos: la despenalización del aborto para acabar con su clandestinidad; una educación sexual integral...; que todas las mujeres tengan acceso gratuito de los métodos anticonceptivos eficaces y seguros incorporados dentro del sistema de salud... todo esto tiene que darse con el mejoramiento de las condiciones de la vida de la población y el cambio de la situación de la mujer en nuestra sociedad⁶ .

Este párrafo condensaba la posición de las organizaciones del movimiento feminista en el Perú acerca de la autonomía reproductiva de las mujeres y su posicionamiento frente a los poderes del Estado y de la Iglesia. Se formulaba un conjunto de demandas concretas dirigidas al Estado, exigiendo la atención de los derechos sociales del acceso universal a la salud, la educación sexual y la anticoncepción así como la despenalización del aborto. Las feministas peruanas postulaban que el Estado debía mejorar las condiciones de vida de las mujeres e incidir en las condiciones habilitantes para el ejercicio de los derechos. Este comunicado, como muchos otros del movimiento

⁴ Sobrepoblación... ¿por qué? El cuerpo como instrumento de control demográfico, Landelijk Platform Bevolkings -politiek, Amsterdam, 1984. Documento mimeo

⁵ Sostienen feministas: “Se nos ha convertido en máquinas reproductoras”, El Observador, 4/3/1984.

⁶ “El movimiento feminista opina: Es un acto de desesperación pero...”, El Peruano, 22/5/1987.

feminista durante los 70 y 80, articuló tanto la dimensión individual de los derechos como su dimensión social. Los pronunciamientos de antes de la década de los 90 se caracterizaron por un discurso radical, de alta densidad argumentativa, pero al mismo tiempo con capacidad comunicativa no solo para un público especializado sino para el conjunto de la sociedad.

En la segunda mitad de la década, las organizaciones feministas y sus redes internacionales instauraron el 28 de mayo como Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, desarrollando cada año movilizaciones y actividades que llamaron la atención de la prensa y del sector público de salud. Muchas de estas manifestaciones tuvieron como motivo a la mortalidad materna. Las campañas intentaban llamar la atención sobre la alta tasa de mortalidad materna en el Perú, que cobraba sus víctimas en un 99% de las mujeres pobres. En estas campañas demandaban al Estado la necesidad de evitar estas muertes, aumentar los recursos financieros para la atención materna y para mejorar la atención al parto y sus complicaciones. También pedían la promulgación de la ley de esterilización voluntaria y la legalización del aborto "para que se den en condiciones de seguridad y sean accesibles para las mujeres que los soliciten"⁷.

167

Esta breve descripción de la dinámica y compleja presencia de las feministas en esta etapa anterior a la década de los 90 nos muestra un movimiento con capacidad de propuesta, que construyó una identidad que se distinguió de otras fuerzas sociales con un discurso reivindicativo propio. A pesar de su marginación de la escena oficial logró colocar sus demandas en la escena pública y en los medios, aún cuando muchas veces fueran ridiculizadas o ignoradas en sus primeras manifestaciones.

Los discursos feministas expresaban la demanda por la igualdad social entre hombres y mujeres y su resistencia a ser relegadas al ámbito de lo doméstico. Se proponían politizar lo privado y reclamaron su participación en la toma de decisiones políticas. La demanda por maternidad voluntaria, legalización del aborto y el acceso a la anticoncepción, se inscribieron en un discurso de recuperación del cuerpo, contrario a un discurso tradicional.

Otra característica que es posible identificar en estos primeros manifiestos es el de un discurso que integra distintas esferas de la vida social, económica y política con una reivindicación feminista inserta en los procesos que vive el país y unida a otras demandas sociales. El discurso feminista se distinguió claramente de las posiciones de otros actores al oponerse a políticas de control natal pero también cuestionó la injusticia social, la violencia y el autoritarismo. Cuestionó un sistema político que excluía a las mujeres en la toma de decisiones políticas y el conservadurismo de las posiciones oficiales de la Iglesia Católica en las materias de sexualidad y reproducción.

El debate sobre el aborto en los 90

A fines de los 80 y los inicios de la década de los 90, se dio un importante debate sobre la despenalización del aborto por violación en el contexto de la reforma del Código Penal que había estado vigente desde 1926 en el Perú. Esta reforma respondía a la necesidad de modificar un sistema normativo que resultaba obsoleto frente a los cambios que había experimentado la sociedad peruana en las últimas décadas. Por otra parte, entre los 70 y los 90, unos 65 países en el mundo habían liberalizado sus leyes sobre el aborto⁸ a fin de permitir la interrupción voluntaria del embarazo. En América Latina, 12 países lo permitían por indicación terapéutica y 6 de estos mismos en casos de violación: Bolivia, Brasil, Panamá, Puerto Rico, México, Cuba (Bermúdez, 1993: 218-222). Muchos países europeos liberalizaron las leyes sobre el aborto por violación, por el impacto que tuvieron las violaciones masivas de mujeres durante la segunda guerra mundial (Htun, 2003).

⁷ "Feministas realizaron singular marcha hacia Maternidad de Lima", La República, 27/5/1989.

⁸ En 1975, el aborto es legalizado en Francia; en Italia se legalizó en 1977 y en España, en 1978 siendo ratificado en este último país en 1985.

El debate sobre la despenalización del aborto por violación se dio de manera intensa entre julio de 1990 y abril de 1991 en que se aprobó el nuevo Código Penal de Perú, actualmente vigente. La controversia pública se inició cuando la cámara de diputados remitió el proyecto de Código Penal para que fuera promulgado por el presidente Alan García (Reynoso, 1997; Bermudez, 1993). El proyecto despenalizaba la interrupción voluntaria del embarazo⁹ cuando se tratara de casos de violación y de casos de inseminación no consentida, antes de las 12 semanas de gestación.

El interés de la opinión pública y de los medios se concentró más en la discusión sobre la despenalización del aborto por violación que fue denominado "aborto sentimental". Las activistas feministas respaldaron esta propuesta de la Comisión Revisora del Código Penal¹⁰. Entre los argumentos más importantes que formularon estaba el señalamiento del riesgo de los abortos inseguros para la vida y la salud de las mujeres y el carácter discriminatorio de la ilegalidad del aborto. Se argumentó que los abortos realizados por profesionales tienen un alto costo económico y que este alto costo de servicios de interrupción del embarazo lo hacía inaccesible a mujeres de escasos recursos. En estas circunstancias, mujeres en situación de pobreza y también muchas adolescentes recurrían a prácticas peligrosas, algunas veces autoaplicadas, o a servicios clandestinos inseguros para su vida y salud. Se formularon asimismo argumentos filosófico-jurídicos acerca de la reproducción y la libertad sexual y reproductiva¹¹. Finalmente, se abordaron argumentos acerca del carácter del Estado y de sus obligaciones en materia de políticas.

En un comunicado firmado por varias organizaciones feministas y con la adhesión de algunas otras organizaciones no gubernamentales se defendió el derecho a no tener una maternidad forzada y se formuló un horizonte ético para la vida vinculándola al desarrollo humano y al ejercicio de la libertad:

"... quienes trabajamos por la defensa y real ejercicio de los derechos de la mujer, apoyamos esta iniciativa, cuya vigencia constituye un acto de humanidad como último recurso... la maternidad es tan importante que por principio no debería ser producto de ningún acto de imposición ni violencia... la Constitución reconoce explícitamente el derecho a la vida y a la libertad... La vida implica algo más que el hecho biológico, es la apuesta por un desarrollo humano en condiciones de auténtica libertad"¹².

La más alta jerarquía de la Iglesia Católica y algunos profesionales, médicos y abogados católicos, se opusieron a la despenalización del aborto por violación en diversas notas periodísticas y declaraciones que aparecieron en la prensa escrita, en días sucesivos. La comisión revisora del Código Penal defendió su posición de despenalizar el aborto "sentimental", señalando que el proyecto había sido hecho en respuesta al pedido de miles de mujeres que sufren abuso sexual. El Colegio Médico se manifestó a favor de despenalizar el aborto por violación¹³. El presidente Alan García decidió no promulgarlo, declarando que: "no considero justo que a tan solo 12 días de que culmine mi gobierno, promulgue un documento de tanta trascendencia y que muy pocos conocen"¹⁴.

Reforzando su posición, los más altos representantes de la Iglesia Católica continuaron oponiéndose

⁹ El Código Penal de 1924, reconocía como legal sólo el aborto terapéutico cuya finalidad es salvar la vida y la salud de la mujer gestante. El código anterior además incluía como figura atenuada el aborto "honoris causa" para salvar el honor de una mujer. (Rosas, 1997:106)

¹⁰ La comisión revisora del Código Penal estaba formada por representantes de las Cámaras de diputados, de senadores y del poder judicial y presidida por el Dr. Luis Roy Freire.

¹¹ Roxana Vásquez, de la organización feminista DEMUS "¿En defensa de qué vida? Debate contra la discriminación y por la libertad de la mujer y la despenalización", Página Libre, 17/07/90.

¹² CLADEM, Comité Latinoamericano para la defensa de los derechos de la mujer, "Aborto y violación: el acuerdo es posible", El Comercio, 15 julio, 1990. "En extenso comunicado grupos feministas se pronuncian sobre legalidad del aborto por violación", Página Libre, 15/7/90. Lo firmaron: Comité Latinoamericano para la defensa de los derechos de la Mujer-CLADEM, Movimiento Manuela Ramos, Centro Flora Tristán, Demus, Asociación Perú Mujer, el Centro de Documentación de la Mujer-CENDOC y Mujer y Sociedad, CESIP, CEAL, Asociación Laboral para el Desarrollo, ADEC - ATC.

¹³ Ibid. En este mismo artículo se estima que el número de abortos anuales en el Perú, en cifras extraoficiales sería de 6mil 600 abortos anuales. Nótese la enorme discrepancia de las cifras que se manejaron en el debate.

¹⁴ Expreso, 17/7/90, (citado por Reynoso, 1997).

de manera rotunda a la introducción del concepto de despenalización del aborto por violación. La prensa recogió las declaraciones del arzobispo Augusto Vargas Alzamora, quien llegó a maldecir a los legisladores y decisores políticos que estuvieran a favor de la despenalización del aborto y sostuvo la existencia de una jerarquía de leyes.

"La vida no es propiedad del hombre, es una creación divina. No hay perdón para quien arrebatara la vida a un nuevo ser. La ley de Dios está por encima de la ley de los hombres..... ¿Cuántos caines están a favor de matar impunemente a inocentes criaturas? Sobre ellos que caiga la maldición de Dios, como a Cain"¹⁵.

169

Lo más llamativo de estas declaraciones es que no hubo una respuesta de los actores políticos, a pesar de que se estaba planteando la idea de que el ámbito de la acción estatal estaba supeditado a la interpretación religiosa. El obispo Cabrejos Vidarte, secretario general del Episcopado Peruano, hizo declaraciones sobre el rechazo de la Iglesia al aborto cuando peligraba la vida de la madre (aborto terapéutico), en caso de violación (aborto ético o sentimental) y cuando existen malformaciones en el feto (eugenésico):

"La vida es sagrada, desde el instante de la concepción... la encíclica Humane Vitae (1968), escrita por el Papa Paulo VI, en el punto XIV, expresamente señala, que debe excluirse absolutamente el aborto, directamente querido y procurado, aunque sea por razones terapéuticas... la Iglesia rechaza el aborto, en su tres modalidades: terapéutico, sentimental y eugenésico"¹⁶.

La despenalización del aborto por violación logró el respaldo de más de 180 intelectuales, artistas, feministas y otros líderes sociales. En un comunicado afirmaban que la "vida es el encuentro entre el corazón y la razón... es crear condiciones para una procreación libre y feliz". Se cuestionó que se condenara a ir a la cárcel a aquellas mujeres violentadas sexualmente por haber interrumpido un embarazo forzado y se formuló una nueva argumentación al proponer el derecho a ser deseado para nacer:

... la intención de las mujeres no es quitar la vida ni matar sino preservar la calidad de vida de los seres humanos. Cualquier persona debe ser deseada para nacer... Por ello hacemos nuestra la propuesta de las mujeres para que puedan ejercitar el derecho a interrumpir su embarazo en caso de violación"¹⁷.

Profundizando el debate, las feministas colocaron la cuestión del Estado a discusión. Gina Yáñez, abogada del Movimiento Manuela Ramos, en una entrevista para la revista Caretas, planteó la necesidad de que se cumpla el mandato constitucional de la separación entre Estado e Iglesia.

"Lo que me parece condenable es que la legislación y las declaraciones de los gobernantes, se basen en consideraciones religiosas. El artículo 86 de la Constitución establece la autonomía del Estado frente a la Iglesia... sin embargo, algunos parlamentarios, hombres de leyes, el propio Decano de la Facultad de Derecho y el Presidente de la República, han declarado que se debe tener en cuenta el problema religioso antes de promulgar el Código Penal nuevo, lo que constituye una aberración. La religión es un problema individual como lo es el aborto, y el Perú es un Estado laico"¹⁸.

Los medios resaltaron la ausencia de cifras sobre el aborto, las circunstancias agravantes en que este

¹⁵ "Grave problema, el aborto", El Comercio, 22/7/90.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Comunicado "En caso de violación si a la posibilidad de interrumpir un embarazo", La República, 22/7/90.

¹⁸ "Momento de decisión. Fondo, trastorno y aristas del aborto en el Perú, un problema embarazoso que se debe discutir con realismo ¿y las violadas?", Caretas, 23/7/90.

se realiza por su ilegalidad y su relación con la muerte materna. En un reportaje de la revista Caretas se informó que "El aborto es la causa del 27% de las muertes maternas y, de este porcentaje, cerca de la mitad (46%) se debe a las condiciones precarias higiénicas de los sitios donde se practican los abortos"¹⁹.

La presión por despenalizar el aborto por violación se hizo mayor a medida que avanzaban los días. Varias ONG con trabajo en la promoción de la mujer y organizaciones promotoras de la defensa de los derechos humanos se manifestaron también a favor de la despenalización. Mujeres políticas subrayaron la exclusión de las mujeres en las decisiones políticas. Para ellas, el tema del aborto por violación debería ser estudiado y abordado por las mujeres al ser ellas las afectadas²⁰.

El periodo presidencial de Alan García llegó a su fin sin que se promulgara este proyecto de Código Penal. El 28 de julio de 1990 asumió la presidencia del Perú, Alberto Fujimori, y hacia octubre del 90 se anunció la política de planificación familiar, como la mejor arma para evitar el aborto²¹.

Hacia fines del año 1990, la Comisión Consultiva de los Derechos de la Mujer del Colegio de Abogados formado por mujeres abogadas dio un dictamen contrario a la despenalización del aborto por violación, haciendo suya la defensa del orden divino y del orden natural.

*"El Perú en su ordenamiento jurídico ha optado, proclama y defiende el derecho a la vida. Cualquier pretendida legalización del aborto, bajo cualquier denominación, viola no sólo el derecho positivo sino la ley natural y la ley de Dios... el proyecto de Código Penal contiene normas violatorias de los derechos a la vida y de la persona humana al introducir la despenalización del aborto deviniendo inconstitucional"*²².

En enero de 1991, el movimiento feminista comenzó a recoger firmas que apoyaran la despenalización del aborto por violación dado que el texto del proyecto de reforma de Código Penal había sido modificado. El nuevo texto del proyecto de Código Penal ya no incluía la ampliación de la despenalización del aborto cuando hay inseminación artificial sin consentimiento y en el caso de violación sexual. En un nuevo comunicado firmado no solo por las organizaciones feministas sino también por otras organizaciones se insistía en el derecho a la vida –entendida en su dimensión más compleja – y del derecho de las personas a ser deseadas al nacer y a la calidad de vida. Se cuestionaba el dogmatismo de las fuerzas conservadoras, y se reconocía la existencia de una iglesia plural, en cuyo seno identificaron corrientes humanistas abiertas a las necesidades y derechos de las mujeres.

*"Somos ciudadanas y ciudadanos del Perú que creemos en la vida, así como en la paz. Porque mantenemos la esperanza en el Perú como posibilidad, apostamos a la transformación de nuestra sociedad y por ello, a una vida sin violencia... la vida es un encuentro entre el corazón y la razón, más que la afirmación dogmática de principios conservadores... Al interior de la Iglesia hay sectores que pugnan por humanizar la vida. Sin embargo subsisten algunas voces que consideran que las mujeres, además de ser violadas y quedar embarazadas, debieran ir a la cárcel en caso de decidir no continuar con su embarazo... cualquier persona debe ser deseada para nacer y tiene derecho a desarrollarse en un ambiente de tranquilidad y felicidad"*²³.

¹⁹ Ibid.

²⁰ "Mujeres plantean amplio debate sobre legalización del aborto. Nosotras somos las más indicadas para opinar, dice Cabanillas", La República, 27/7/90.

²¹ "Fujimori anuncia que gobierno propiciará control de natalidad", La República, 24/10/90. "La mejor arma contra el aborto" entrevista a presidente del CONAPO, Carlos E Aramburú. El Comercio, 4/11/90.

²² Comunicado, El Comercio, 17/12/90.

²³ "Un llamado a la acción. Feministas recaudan firmas en apoyo a la despenalización del aborto", El Comercio 14/1/91.

Varias organizaciones feministas, en otro comunicado, rechazaron la penalización del aborto en casos de violación porque "no se le puede imponer a la mujer una maternidad, producto de este acto criminal"²⁴.

Los debates continuaron durante 1991, incorporando nuevas voces. El abogado penalista José Ugaz fundamentó en un artículo periodístico las graves consecuencias de las medidas punitivas frente al aborto. Para este jurista, las condiciones de clandestinidad en que se realiza el aborto, generan un sistema selectivo atentatorio del principio de igualdad que afectan a los sectores más débiles y de escasos recursos de la sociedad²⁵.

171

El Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer, (CLADEM) en Perú, formado por varias de las organizaciones feministas de Lima, elaboró una propuesta sobre el aborto inducido que logró una amplia difusión en los medios de comunicación. Propuso que el Estado debía amparar el derecho de toda mujer a una maternidad libre, consciente y voluntaria. Basado en este principio, el CLADEM propuso penalizar con penas de pérdida de libertad a quien hiciera abortar a una mujer sin su consentimiento, reprimir a quienes ejercen violencia contra una mujer grávida causándole aborto, sancionar a quienes provocan la interrupción del embarazo por falta de previsión, negligencia, imprudencia o impericia o a quienes realizaran prácticas abortivas a una mujer, bajo condiciones que pusieran en riesgo su vida o su salud. La base jurídica de esta propuesta valoriza como bien jurídico tutelado la vida y la salud de la mujer²⁶. El CLADEM consideró que la penalización del aborto en nuestro país constituía una política indefendible, pues había tenido como consecuencia la muerte de miles de mujeres, en especial las de menores recursos económicos y las más jóvenes.

En este momento del debate, otras voces críticas manifestaron públicamente las diferencias dentro del movimiento feminista. Algunas feministas estaban en desacuerdo respecto a que se estuviera planteando la despenalización y no la legalización irrestricta del aborto:

"Lo novedoso en este debate, es que sectores del Movimiento Feminista abandonen demandas como la legalización del aborto y se limiten a solicitar una despenalización y/o el aborto por violación... es posible que la búsqueda de nuevas estrategias para el movimiento nos lleve a buscar nuevos caminos, pero la recuperación de nuestros cuerpos sigue siendo una condición prioritaria para nuestra liberación. Termino señalando el estupor que me causa el saber que existe una legislación sobre mi vientre, que este es un espacio social sobre el cual dictaminan y legislan en mi país"²⁷.

La polarización de las posiciones frente al aborto se produjo igualmente al interior de los partidos y del parlamento. En estos espacios, la presencia de mujeres apristas o izquierdistas influyó en una posición en principio favorable a la despenalización del aborto por violación, como se observa en las declaraciones de Mercedes Cabanillas:

"...consideramos que el Código Penal debería recoger también la violación sexual como uno de los causales de factibilidad del aborto, en tanto que el embarazo es producto de una agresión sexual, y no fruto de una relación deseada y planificada"²⁸

²⁴ Dicen feministas "Violación justifica el aborto", La República, 26/1/91.

²⁵ Ugaz, José, "Realidad del aborto", El Peruano, 24/2/91.

²⁶ "Proyecto de Código Penal. Un dilema en gestación", El Comercio 11/3/91.

²⁷ Miloslavich, Diana. "Polémicas feministas. Campaña abortada" La República 1/2/91.

²⁸ "El APRA apoyará la despenalización. Senadora Mercedes Cabanillas fija la posición de su partido frente al tema del aborto", Revista Mujer, 1/4/91.

Como desenlace de este largo debate, el nuevo código penal fue promulgado por el presidente Fujimori el 3 de abril de 1991. Este Código Penal mantiene la penalización del aborto por violación sexual "fuera del matrimonio" o por inseminación artificial no consentida "fuera del matrimonio" y el aborto eugenésico, como delitos castigados con una pena no mayor de tres meses. Aunque esta pena no significa prisión efectiva, el aborto sigue siendo ilegal en estas causales. Un pronunciamiento del CLADEM después de meses de debate público resumió su reacción frente a este desenlace:

"El Estado ha definido el tipo de conductas que constituyen delito y sus sanciones correspondientes, con una pretensión de modernidad y de corte descriminalizador, queriendo convencer a la ciudadanía que el avance legislativo significaría automáticamente una efectiva protección a sus derechos... optó por privilegiar los viejos argumentos de represión y castigo, ante la presión de la jerarquía eclesial y de los grupos conservadores que lograron una vez más consagrar su principio abstracto de la vida, frente a la realidad de un país en donde la vida concreta es cada vez más frágil e incierta"²⁹.

La confrontación entre los actores que participaron en este debate expresó las potencialidades y las limitaciones de la esfera pública con relación al aborto. Las organizaciones no gubernamentales lideradas por las mujeres del movimiento feminista y las ligadas a la defensa de los derechos humanos, expresaron una nueva institucionalidad civil con capacidad argumentativa, y de ganar adhesiones a la causa que defendieron³⁰ así como realizar acciones de denuncia y presión. El protagonismo del movimiento feminista permitió ampliar el debate a la sociedad civil –sobre un tema de importantes repercusiones sociales y políticas– y no solo en el ámbito de los poderes del Estado. Los argumentos de las feministas se fueron haciendo más complejos y especializados en tanto el debate se mantuvo por varios meses, mientras se dilataba el proceso de aprobación del nuevo código penal del 91 que reemplazó al de 1924.

El desenlace produjo un gran desencanto entre las mujeres comprometidas con esta demanda. La presión política de la Iglesia, y de sectores afines lograron impedir que se aprobara la despenalización del aborto por violación. De esta forma la penalización de tres meses que pesa sobre el aborto por violación continúa actuando como una sanción simbólica que mantiene la interrupción de embarazos no deseados o no planificados en la clandestinidad. El haber reducido la pena en los casos de aborto por violación podría ser un indicador de que la argumentación feminista logró sensibilizar a la opinión pública y a una parte de la clase política pero se temió despenalizar el aborto por violación y desafiar las iras de la Iglesia oficial. Por otra parte, la jerarquía de la Iglesia Católica presionó para que también se penalizara el aborto terapéutico, lo cual no fue logrado. Otras coyunturas de discusión pública sobre el aborto, como las previas a la Conferencia sobre Población y Desarrollo en 1994, no tuvieron la misma importancia que tuvo la discusión del Código Penal. Un contexto de endurecimiento del régimen de Fujimori, con pocos canales de participación ciudadana, puede haber influido en el hecho de que no se hubieran abierto a debate público cambios jurídicos importantes como el de la inclusión de la figura del concebido en la Constitución del 93.

En 1995, el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas, recomendó al gobierno peruano "examinar las causas de la alta tasa de mortalidad materna incrementada por abortos clandestinos y a revisar la ley sobre aborto y en consideración de las necesidades de salud de las mujeres considere suspender las penas de prisión a las mujeres que abortan ilegalmente". Un último intento durante la década de los 90 fue el del congresista Harold Forsyth quien presentó un proyecto de ley para despenalizar el aborto,

²⁹ "Pronunciamiento del CLADEM sobre el Código Penal. ¿Defensa de la vida?", El Peruano, 8/4/91.

³⁰ Durante el año 1990, las organizaciones feministas presentaron cuatro propuestas de modificatoria del Código Penal que ampliaban causas para la despenalización del aborto.

"cuando el embarazo es consecuencia de una violación sexual fuera del matrimonio... y, cuando, según diagnóstico médico, el ser en formación corra el riesgo de sufrir graves taras psíquicas o físicas"³¹. Este proyecto fue encarpetao.

Límites a la participación en la esfera pública

173

En el Perú, durante el gobierno de algo más de diez años de Alberto Fujimori, se produjeron intensos cambios políticos: la reforma del Estado, el ajuste estructural, el quiebre del sistema democrático en 1992 y una nueva Constitución que permitió al presidente prolongar su mandato. Durante la segunda mitad de los 90, la controvertida política gubernamental de planificación familiar estableció metas para la anticoncepción quirúrgica generando denuncias nacionales e internacionales. La década concluyó con las movilizaciones ciudadanas por el retorno a la democracia. El autoritarismo y la fragilidad de las instituciones democráticas hicieron más aguda la tensión entre discursos democráticos y prácticas autoritarias que debilitaron las bases de la ciudadanía y de la posibilidad de ejercicio de derechos.

En este contexto, la investigación nos demostró que la participación en la esfera pública con relación a la despenalización del aborto no se dio en iguales condiciones. Las feministas se enfrentaban a un discurso contrario a la autonomía reproductiva, instituido en normas religiosas y legales. El gobierno central y su poder legislativo al momento de decidir cedieron a la presión de la Iglesia y de los sectores opuestos a la despenalización del aborto. En esta coyuntura, se reveló la ausencia y/o debilidad de una clase política que tuviera más clara una concepción de políticas públicas consistentes con una perspectiva de derechos humanos y de construcción de ciudadanía. La influencia del poder eclesial en estos temas demuestra la poca claridad de los líderes políticos que se dejan influenciar por criterios morales o religiosos particulares en las decisiones sobre las políticas públicas.

La discusión colocada por las feministas acerca de la necesidad de la separación del Estado y de la Iglesia y de la construcción de un Estado laico no encontró mucho eco en otros sectores de la opinión pública. Hasta la Constitución de 1933 en que se reconoció la libertad religiosa, la religión católica era la religión oficial en el Perú y es en la Constitución de 1979 donde se establece que "... dentro de un régimen de independencia y autonomía el Estado reconoce a la Iglesia Católica como elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del Perú" le presta su colaboración así como a otras religiones (Abad, 2003: 64). Sin embargo, no parecieran estar todavía claras, para la cultura política peruana, las implicancias filosóficas y jurídicas que subyacen al Estado laico donde no cabe la idea de que ley divina está por encima de la ley humana. Lo más notable es que esta concepción estuviera no solo defendida por representantes de la Iglesia, sino que fuera compartida con algunos representantes legislativos y del Colegio de Abogados.

La argumentación de la preeminencia de la ley divina sobre la ley humana según Castoriadis es propia de una sociedad "heterónoma", en la que la ley ("nomos") está dada por otro ("heteros"), y no es el acuerdo entre quienes forman parte de la sociedad. En estas sociedades, a pesar de que las normas son construidas socialmente, se proclama su legitimidad en instancias que escapan a lo humano (Castoriadis, 1997:197), locus de controles externos identificados con entidades religiosas o seculares como la naturaleza o el destino (Lista, 1997:2)³². Bajo esta concepción no sería posible cuestionar la ley dada por Dios, mucho más grave aún si se establece una jerarquía de leyes y un monopolio en la mediación e interpretación de esta ley divina.

³¹ "Proponen legalizar el aborto en caso de violación sexual", *Expreso*, 27/9/98.

³² Lista, Carlos. *El debate subyacente: aborto y cosmovisiones morales*, Seminario Latinoamericano sobre Población y Salud reproductiva, La Habana, 1997.

En las cuestiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción, la jerarquía de la Iglesia Católica en el Perú, ha intentado imponer una pauta "universal" de moralidad y de control de la sexualidad que implica la prohibición de métodos anticonceptivos modernos para evitar embarazos no deseados y el endurecimiento de su posición frente al aborto. La presencia pública del poder eclesial se ha manifestado con gran fuerza cada vez que se abordan asuntos vinculados a la sexualidad y la reproducción en las políticas y ha utilizado como argumento la defensa de la moral. El tránsito de la condena del hecho hacia la condena de la discrepancia con el discurso de la jerarquía de la Iglesia Católica sobre el aborto ha agudizado la intolerancia y la casi imposibilidad de tener un debate racional sobre este tema en el Perú y en otros países de la región. Nótese la ruptura con la posibilidad de un contrato social moderno, de acuerdos entre ciudadanas y ciudadanos que hacen parte de una comunidad política no tutelada por otros poderes, y que puede deliberar sobre temas controvertidos, expresando sus diferencias.

Las mujeres como sujetos con capacidad de tomar decisiones éticas

La cuestión del aborto es uno de los temas más controvertidos en el actual debate sobre los derechos humanos y las políticas públicas en salud. En los últimos años en el Perú, el debate sobre el aborto se ha focalizado principalmente en los derechos del concebido versus el derecho de la mujer a decidir sobre su capacidad reproductiva. Esta discusión no ha logrado avanzar y ha quedado estancada probablemente porque la polarización en el debate contiene visiones diferenciadas que atraviesan la concepción de la vida, la cuestión reproductiva, las mujeres y la ciudadanía, la libertad, y la justicia. También subyacen a las distintas posiciones en debate distintas concepciones sobre la ética así como sobre los derechos. No deja de llamar la atención cómo en el problema del aborto, la discusión, en términos morales, invisibiliza al sujeto femenino, prescinde de la evidencia empírica y de las circunstancias concretas en las que las mujeres toman sus decisiones.

La posición del movimiento feminista a favor de la legalización y/o despenalización del aborto daba continuidad a una lucha histórica de reivindicaciones sobre el derecho al control del cuerpo y la autonomía en las decisiones reproductivas. Su argumentación se basaba en el reconocimiento de la capacidad de las mujeres de tomar decisiones éticas y de su autonomía para no ser obligadas a seguir adelante con un embarazo no deseado.

El desafío para las mujeres de construirse como sujetos con derechos ha sido inmenso, y ha sido particularmente fructífero durante el siglo XX. Bajo formas de lucha muchas veces opuestas, ellas afirmaron la igualdad pero también la diferencia contra quienes atribuían a la naturaleza y a la diferencia biológica, los significados sociales del ser mujer. Generaciones de mujeres han tenido que rebelarse de la dependencia del género masculino y salir del mundo doméstico donde habían sido confinadas. La cuestión de la autonomía sobre el cuerpo y la reproducción sufrió la feroz oposición de sectores muy conservadores que vieron en la liberación de las mujeres, la mayor amenaza contra el orden establecido sobre la sujeción de las mismas. Una de las cuestiones medulares de las posiciones conservadoras frente a la cuestión reproductiva es el temor a la liberalización de las costumbres, al ejercicio de la sexualidad sin la correspondiente reproducción. El no reconocimiento de la autonomía reproductiva y de la sexualidad orientada en placer produce profundos temores: se le atribuye por ejemplo la crisis de la familia y por lo tanto de la sociedad.

La defensa de la vida ha sido un argumento constante esgrimido por quienes se manifiestan contrarios a la despenalización del aborto. Las posiciones extremas atribuyen al feto el status de persona y califican el aborto de asesinato. En esta posición extrema se omite la obligación del Estado de preservar y proteger la vida de la mujer gestante –incluso en los casos en el que riesgo de morir o ver su salud seriamente afectada amerite la necesidad de un aborto terapéutico. Se

observa que la táctica de la Iglesia cada vez que hubo alguna iniciativa para despenalizar el aborto por violación fue tratar de que se elimine el aborto terapéutico y lograr penalizarlo completamente. Cuando se concentra la discusión en el concebido, se omite e invisibiliza al sujeto mujer como si no existiera o no tuviera derecho a su vida y su salud.

Pocos conocen que la posición de la Iglesia Católica frente al aborto fue cambiando a lo largo de la historia. Siglos atrás, por la teoría de la animación retardada, no se condenaba el aborto cuando el feto todavía no estaba formado. San Agustín y San Jerónimo discutían cuándo entraba el alma al cuerpo. San Buenaventura, citando a Aristóteles, defendía que el alma no puede existir en el embrión cuando no está adecuadamente organizado (Valdez, 1997:67-68). Tomás de Aquino sostenía que el aborto no era un homicidio a menos que el feto se encontrase unido al alma. "Estos teólogos estaban de acuerdo en que la hominización ocurre 40 días después de la concepción en varones y 80 días después en mujeres". (Hurst, 1993:14). Estas ideas se mantuvieron hasta el siglo XIX y progresivamente la posición contraria al aborto se hizo más radical, sobre todo a partir de la elección de Juan Pablo II en 1978 (Htun, 2003:151).

Las implicancias de la penalización del aborto para la salud pública

El aborto ha sido reconocido como un problema de salud pública tanto nacional como internacionalmente y constituye un asunto de gran preocupación para especialistas, investigadores y activistas. La falta de datos a comienzos de la década hizo que se manejaran cifras tan disímiles como 6 mil, 80 mil o 500 mil. Mediciones realizadas por Ferrando en Perú, en los estudios comparativos conducidos por Singh, S. y Wulf, D. lograron estimar la magnitud del aborto inducido. Para el año 1994, el estimado de abortos en el ámbito nacional fue de 271 mil y para el año 2000, se estimó 350 mil abortos inducidos anuales³³. La cifra se aproxima más a las estimaciones que las feministas habían utilizado en los debates y también a algunas cifras que manejaron los periodistas. El incremento en cifras absolutas del número de abortos demostró la ineficacia de la penalización para desalentar a las mujeres de recurrir al mismo.

En el caso del aborto por violación, durante la década no se contaba con una medición confiable sobre la violencia sexual, pero ahora sabemos que es un grave riesgo al cual están expuestas las mujeres desde la infancia. El 23% de las mujeres de Lima y el 47% de Cusco reportaron haber sufrido violencia sexual por parte de su pareja. Una de cada 10 mujeres había sufrido violencia sexual a partir de los 15 años, por parte de algún familiar, amigo o enamorado. (Gúezmes, Palomino y Ramos, 2001). La alta prevalencia de la violencia sexual muestra la magnitud del problema. Como lo denunciara el movimiento feminista, no solo es una violación de sus derechos humanos, de su libertad e integridad física, sino que incrementa la probabilidad de un embarazo no deseado y al estar penalizado la obliga a un embarazo forzado o a un aborto clandestino en condiciones inseguras.

Otro argumento fuerte utilizado por las feministas fue la denuncia de la discriminación que rodea la penalización. El aborto realizado en condiciones de clandestinidad es de alto riesgo para mujeres que no tienen recursos económicos para acceder a servicios especializados. Las condiciones de ilegalidad además elevan los costos de los servicios profesionales para la interrupción del embarazo. Las mujeres que no disponen de recursos realizan las interrupciones con la asistencia de personas no calificadas y utilizando procedimientos que pueden llevarlas a la muerte, infecciones y otros riesgos.

Un importante aspecto para la formulación de las políticas es el referido a los costos que significan tanto para las mujeres como para el Estado la atención del aborto incompleto y sus complicaciones.

³³ Si bien la proporción de abortos por cien nacidos vivos aumento de 42% a 54%, la tasa anual por cada cien mujeres en edad fértil se mantuvo constante en 5,2% (Ferrando, 2002:26).

A pesar de que existen estudios al respecto, este tema no ha sido incluido en la agenda de discusión. La cuestión de la reducción de costos humanos y económicos tanto de las mujeres y sus familias como para el Estado podría ser una consideración importante para políticas públicas laicas. Solo en el Instituto Materno Perinatal de Lima, el servicio de atención al aborto ocasionó un gasto anual en 1992 de US \$ 645,090 anuales y constituía el 13% de su presupuesto. El gasto del aborto complicado era 3.6 veces mayor que el de los abortos no complicados. (Li y Ramos, 1993: 72).

Entre los vacíos, temas silenciados o ausentes que se identificaron en el debate, están los referidos a las responsabilidades del Estado frente a la reproducción social. Dentro del contexto de penalización del aborto, no hay referencia a la necesidad de una respuesta estatal para atender y dar protección a los niños y niñas cuya gestación no fue deseada. El Estado asume que la mujer no solo debe llevar adelante el embarazo sino también asumir el conjunto de responsabilidades asociadas a dicha maternidad. No hay protección legal efectiva para asegurar empleo para mujeres gestantes o que no sean discriminadas por esta razón para ingresar o mantenerse en el mundo laboral.

CONCLUSIÓN

Indudablemente, el movimiento feminista en el Perú, en las coyunturas señaladas, elaboró un conjunto de argumentaciones jurídicas y sociales con fuerte potencial para generar controversia y conocimiento útil para la ciencia política como la crítica al Estado y a un pensamiento político no secular. El debate, a diferencia de la década de los 80, tendió a ser más especializado. Las integrantes del CLADEM, en su mayoría abogadas, publicaron textos jurídicos importantes sobre el aborto (Bermudez, 1993; Rosas, 1997; Bermudez, 1998) así como los reportes sombra sobre los derechos humanos. La tendencia a la especialización y la calidad intelectual de varias de las abogadas del movimiento feminista peruano contribuyó a la producción de estas nuevas conceptualizaciones pero tuvo como debilidad no lograr un discurso que llegara a formar parte del sentido común de las mayorías. Aún cuando las cifras de los estudios estadísticos y epidemiológicos (Ferrando, 2002) nos indican la alta prevalencia del aborto inducido en el país, no se ha logrado superar la ambivalencia social y política de un doble discurso que opera acerca del aborto, el mismo que mantiene normas tradicionales y punitivas en lo público cuando se transgreden ampliamente en lo privado (Shepard, 2001),

Las organizaciones feministas lograron poner en la agenda pública el reconocimiento de los derechos de las mujeres como un tema central en la definición de sus reivindicaciones y la recuperación de los cuerpos por ser estos espacios donde se ejerce la dominación. Denunció sistemáticamente los efectos fácticos y simbólicos de la violencia, el control de la sexualidad y de la reproducción en los cuerpos de las mujeres. Reivindicó una noción de las mujeres como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones éticas en todos los campos de sus vidas, incluidos el de la sexualidad y la reproducción.

Pero el ejercicio ciudadano de derechos en el ámbito de la reproducción encuentra graves dificultades e impedimentos en varios niveles que se expresan en normas y valores tradicionales que rigen la vida de los individuos y las relaciones de pareja, con una limitada interiorización de los derechos de las personas como reguladores de la convivencia humana (Palomino et al., 2003). Todavía estamos lejos de contar con políticas de Estado consistentemente destinadas a reconocer, proteger y asegurar las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos en la salud. En esta última línea, se perfilan elementos para repensar lo público y lo privado, el carácter laico del Estado y redefinir una ciudadanía que incluya a las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abad, Samuel. (2002). Libertad religiosa y Estado democrático: a propósito del debate constitucional. En Estado laico, a la sombra de la iglesia, CMP Flora Tristán, Lima, 61-76.

Bermúdez, Violeta. (1993). Aborto: estado del debate y estrategias en América Latina. El caso peruano. En Vigiladas y castigadas, CLADEM, Lima.

Bermúdez, Violeta. (1998). Silencios públicos, muertes privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y El Caribe, CLADEM, Lima.

Castells, Carme (comp.). (1996). Perspectivas feministas en teoría política. España: Paidós.

Castells, Manuel. (1998). El poder de la identidad. Madrid: Alianza Editorial.

Castoriadis, Cornelius. (1997). El avance de la insignificancia. Los caminos del laberinto IV, Eudeba, Argentina.

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, DEMUS. (2000). Mortalidad Materna y aborto inseguro. Enfrentando la realidad, Lima.

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos. (1993). Jornada Científica Consideraciones médico sociales para el tratamiento del aborto incompleto. Lima.

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos. (1994). El aborto. Consideraciones médico sociales para el tratamiento del aborto incompleto, Lima.

CLADEM, CRLP, DEMUS. (1998). Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Perú. Reporte sombra para la XIX sesión CEDAW, Lima, junio.

Correa, Sonia. (2003). El aborto es un asunto político global. En Boletín de DAWN para el Foro Social Mundial. Montevideo, enero.

Correa, S.; Matamala, I.; Palomino, N.; Ramos, S. (1994). Las aventuras y el consenso del movimiento feminista camino a El Cairo. Publicado en Boletín de DAWN, Barbados, y en la revista Estudios Feministas No. 3/94, Brasil.

Durand, Teresa.; Gutierrez, María A. (1999). Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos. En Ana María Portugal y Carmen Torres (Eds.). El siglo de las mujeres, ediciones de las mujeres, No. 28, Isis internacional, Santiago, Chile, 214-232.

Ferrando, Delicia. (2002). El aborto clandestino en el Perú, hechos y cifras. Lima: Ediciones Flora Tristán, Pathfinder.

Fraser, Nancy. (1997). Justicia Interrupta Reflexiones desde la posición "postsocialista". 1a. Edición en español, Universidad de los Andes, Colombia, 95-133.

Güezmes, A.; Palomino, N.; Ramos, M. (2002). Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú, Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres. CMP Flora Tristán, UPCH - FASPA, OMS, Lima.

Habermas, J. (1999). Historia y crítica de la opinión pública. México: Ediciones G. Gilli, 6ª. Edición en español.

Hurst, Jane. (1993). La historia de las ideas sobre el aborto en la Iglesia Católica. Lo que no fue contado, Católicas por el derecho a decidir, 3ª.edición, Montevideo.

Htun, Mala. (2003). Sex and the State. Abortion, Divorce and the Family Under Latin American Dictatorships and Democracies. Cambridge University Press, USA.

Laraña, Enrique. (1999). La construcción de los movimientos sociales. Madrid: Alianza Editorial.

Li, Dina.; Ramos, Virgilio. (1993). Costo social y económico del aborto en mujeres de contextos diferentes. En Aproximaciones al aborto, Population Council, Lima.

Najar, Rosario. (2002). Aproximación cuantitativa a la problemática de los medios de comunicación en el Perú. En C. I. Degregori y G. Portocarrero (Eds.). Cultura y globalización. Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.

Pateman, Carole. (1995). El Contrato Sexual. Barcelona: Editorial Anthropos, UAM México.

Palomino, N.; Ramos, M.; Valverde, R.; Vásquez, E. (2003). Entre el placer y la obligación. Derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y varones en Huamanga y Lima, UPCH. Lima: Population Concern.

Paxman, John; Rizo, Alberto; Brown, Laura.; Benson, Jane. (1993). La epidemia clandestina: la práctica del aborto ilegal en América latina. En Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar. Número especial, 9-15.

Petchesky, Rosalind. (1985). Abortion and Woman's Choice. The State, sexuality and reproductive freedom. Northeastern University Press, USA.

Petchesky, Rosalind. (2001). Derechos y necesidades: repensando las conexiones en los debates sobre salud reproductiva y sexual. En Sofía Gruskin (Ed.). Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos. Lima: Ediciones Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Shepard, Bonnie. (2001). El "doble discurso" sobre los derechos sexuales y reproductivos en América Latina: el abismo entre las políticas públicas y los actos privados. En Sofía Gruskin (Ed.). Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos. Lima: Ediciones Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Reynoso, Cecilia. (1997). El aborto a la luz del debate público. En Rosas B, María Isabel. Aborto por violación. Dilemas éticos y jurídicos, The Population Council, Lima: DEMUS.

Romero B., Inés. (2002). El aborto clandestino en el Perú. Una aproximación desde los derechos humanos. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Rosas B., María Isabel. (1997). Aborto por violación. Dilemas éticos y jurídicos. The Population Council. Lima: DEMUS.

Singh, Susheela.; Wulf, Deirdre. (1991). Cálculo de los niveles de aborto en el Brasil, Colombia y el Perú a base de datos hospitalarios y de encuestas de fecundidad. En Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, USA, Número especial, 14-19.

The Alan Guttmacher Institute. (1994). Aborto clandestino: una realidad latinoamericana, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.

Thompson, John B. (1998). Los media y la modernidad. Una teoría de los medios de comunicación. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1ª. Edición.

Valdez, Margarita. (1997). Aborto y anticoncepción en México: las actitudes y argumentos de la Iglesia Católica. En Mark Platts (comp). Dilemas éticos. México: Fondo de Cultura Económica.

Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

Naciones Unidas. (1994). Programa de Acción de La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo.

Naciones Unidas. (1995). Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing.

Antagonismos y consensos. El lenguaje de los derechos humanos y las esterilizaciones quirúrgicas en el Perú

Ruth Iguiniz

181

Durante la segunda mitad de la década de los 90, la política de planificación familiar en el Perú se convirtió en una prioridad del gobierno de Alberto Fujimori. El desarrollo del Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF) se incorporó a las múltiples reformas de corte neoliberal del Estado que las agencias financieras internacionales habían impuesto para reducir el gasto público y para cumplir metas específicas en los indicadores socioeconómicos y de desarrollo. En este periodo también se lograron importantes consensos de política internacional como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo (1994) y la Conferencia de Mujeres en Beijing (1995) que pusieron en primer plano el extenso trabajo feminista y de organizaciones de mujeres en torno a los derechos sexuales y reproductivos y a nociones más amplias de desarrollo social.

En este contexto internacional impulsado por dos procesos simultáneos y contradictorios como fueron la reducción de gasto social del Estado inspirado por modelos neoliberales y la ampliación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, las políticas de planificación familiar que impulsó el gobierno de Fujimori estuvieron llenas de peculiaridades y contradicciones propias que incentivarían los debates a nivel nacional.

Este artículo presenta un análisis de los usos y características del lenguaje de los derechos humanos usados en el debate político sobre el programa entre las dos posiciones antagónicas más visibles públicamente en la década: las organizaciones feministas y la Iglesia Católica.¹ Propone que bajo las circunstancias en las que se formuló e implementó el Programa Nacional de Planificación Familiar, estos dos grupos tradicionalmente enfrentados se encontraron haciendo uso del mismo lenguaje –de derechos humanos– y enfrentándose al mismo opositor: el Estado. Este uso permitió, por un lado, que se uniformizara un discurso frente al Estado y por otro, que se evidencie que la diversidad de posiciones y argumentos que pueden ser acogidos bajo el paraguas de los derechos humanos nos obliga a reflexionar sobre la universalización del lenguaje de estos derechos.

Metodológicamente, este trabajo se basa en publicaciones de los medios de comunicación de la época e investigaciones publicadas sobre organizaciones feministas y de la jerarquía de la Iglesia Católica. Los comunicados feministas y los documentos de las conferencias del Cairo y Beijing, así como los comunicados y las encíclicas de la Iglesia Católica fueron analizados buscando identificar las definiciones y documentos de derechos humanos de los cuales se sostenían sus posiciones. De esta manera, se presenta un análisis del discurso de dos importantes organizaciones en el Perú.

El Programa Nacional de Planificación Familiar y el dilema feminista

El movimiento y las organizaciones feministas se sitúan en oposición política frente al Estado tratando de influir en la política y las decisiones de autoridades políticas a favor de la incorporación de elementos de equidad e igualdad de género que modifiquen políticas públicas más bien conservadoras. Sin embargo, a pesar de tener un presidente autoritario y antidemocrático², las políticas sociales y reformas del régimen de Fujimori parecieron ofrecer espacios para transformar la posición y agenda femenina dentro del Estado y el sistema de salud en especial³.

¹ Por consideraciones metodológicas y de espacio, este artículo se concentra en el debate entre las dos principales posiciones a favor y en contra del programa de planificación familiar. Concientes de que hubieron otras instituciones como el Colegio Médico del Perú, las Organizaciones de Mujeres, y otros grupos religiosos, que también participaron de manera activa en el debate, reconocemos que éstos tendieron a concentrarse alrededor de las dos posiciones discutidas en este artículo.

² Durante este periodo gran parte de las organizaciones de mujeres (feministas y no feministas) centraron su trabajo en la reconstrucción de la democracia y en ese tenor se organizó la oposición al gobierno.

³ Por ejemplo, se constituyó el Ministerio de la Mujer, y varias mujeres ocuparon cargos protagónicos en el Consejo de Ministros, el Congreso y distintas instituciones públicas.

El hecho que Fujimori participara y anunciara el PNFP en la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) puede ser visto como un intento por ganarse la aprobación del movimiento de mujeres en el Perú e internacionalmente, que en el contexto de las conferencias de Naciones Unidas contaban con importante apoyo internacional y capacidad de movilización y presión política. Según Ewig, (2000:7) el apoyo público de las feministas peruanas, quienes activamente investigaban y promovían los derechos reproductivos de las mujeres, le haría más fácil a Fujimori llevar a cabo su Programa Nacional de Planificación Familiar, en tanto que la opinión pública había sido sensibilizada a aceptar la necesidad de mujeres y hombres de controlar su capacidad reproductora y de acceder al uso de los métodos anticonceptivos modernos.

El presidente A. Fujimori presentó por primera vez su política nacional de planificación familiar como parte del plan de "lucha contra la pobreza" en julio de 1995, enfrentándose abiertamente a la Iglesia. El programa, creado en concordancia con los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo y la CEDAW⁴, parecía cumplir con los estándares internacionales de respeto a la autonomía de las mujeres y los hombres sobre sus decisiones de salud reproductiva.

El "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000", tendría como misión "proveer servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud reproductiva de la mejor calidad; que lleguen sin distinción alguna a los habitantes del Perú, contando con su consentimiento libre y voluntario." (MINSa 1996:3) Además estableció la gratuidad de los métodos anticonceptivos en todos los servicios públicos de salud.

A pesar que la definición de salud reproductiva incluía a hombres y mujeres, el Estado, a través del "Ministerio de Salud asume la responsabilidad de atender la Salud Reproductiva de las personas, y especialmente de la mujer." (MINSa; 1996:5) El énfasis del programa en promover la salud de las mujeres no fue cuestionado por algunas organizaciones feministas y de mujeres. Por el contrario el programa en su conjunto fue rescatado como un instrumento importante de democratización de los servicios de salud, y de apertura hacia la toma de decisiones de las mujeres sobre su salud. Representantes del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y de la Asociación Perú-Mujer, dicen en una entrevista periodística que, en principio, el anuncio del programa "era una buena noticia, que ya era hora que este Gobierno empezara a tener en cuenta uno de los aspectos como es el tema de la salud reproductiva de las mujeres." Y afirmaban estar de acuerdo con que el Estado promoviera "que las familias de bajos ingresos y de menor nivel educativo, tengan el mismo acceso a los métodos de planificación familiar con que cuentan las clases de mayores ingresos." (Diario Gestión, 1/8/2005 Pág. 2)

De acuerdo con el programa, era necesario ofrecer métodos anticonceptivos modernos, incluyendo la esterilización quirúrgica y por consiguiente, modificar la Ley Nacional de Población para que incluya dichos métodos. Después de un largo debate (inclusive dentro del partido de gobierno) y de la oposición de la Iglesia Católica, en septiembre de 1995, el congreso modificó la Ley Nacional de Población para quitar las barreras que impedían incluir métodos permanentes de anticoncepción (como la esterilización masculina y femenina) en los programas de planificación familiar del Estado.⁵ La presencia de muchos congresistas católicos, así como la necesidad del Gobierno de reducir el debate público lo más posible para seguir adelante, impidieron la discusión sobre flexibilizar las leyes que penalizan el aborto tal como fue recomendado por la Conferencia de la Mujer, Beijing 1995.⁶

A pesar de este panorama que parecía una importante oportunidad para cambiar y mejorar las condiciones de acceso a servicios amplios de salud sexual y reproductiva de las mujeres a

⁴ Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer - CEDAW

⁵ Ley No.26530. Publicada en El Peruano, 10 de septiembre de 1995.

⁶ Para un análisis detallado del debate político en torno al aborto ver Palomino 2004.

nivel nacional, el énfasis de las políticas neoliberales del Estado que condicionaba el empleo de los proveedores de salud al cumplimiento de cuotas por servicios y procedimientos médicos, la promoción de la esterilización quirúrgica como principal método anticonceptivo y la implementación de "campañas de esterilización" en poblaciones objetivo focalizadas, terminaron en 1997 con este breve acercamiento entre las organizaciones feministas y el Estado.

Las organizaciones feministas llevaron las denuncias sobre los abusos cometidos por el Programa Nacional de Planificación Familiar a la Defensoría del Pueblo, el Congreso de la República y a los comités internacionales de defensa de los derechos humanos tales como el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Como resultado de sus investigaciones se publicaron una serie de recomendaciones y documentos revelando y denunciando las malas condiciones y abusos producto de la implementación del Programa lo que obligó al Estado a revisarlo y modificarlo.

El conflicto con la Iglesia Católica

La posición oficial de la Iglesia Católica frente a los métodos anticonceptivos modernos la hace opuesta a la implementación de cualquier Programa Nacional de Planificación Familiar que promueva su uso y/o los distribuya. Dado que quienes han ocupado puestos claves en el gobierno peruano, han sido en su mayoría católicos, no se habían dado conflictos serios en el pasado. Por el contrario, incluso algunos gobiernos previos tuvieron políticas pronatalistas.

Sin embargo, el conflicto entre el gobierno de Fujimori y la Iglesia empezó motivado por intereses políticos durante la campaña presidencial de 1990. El apoyo explícito del Cardenal Vargas Alzamora a la candidatura de Vargas Llosa, dejó en evidencia que la victoria de Fujimori se había producido sin el apoyo político de la Iglesia Católica. Este hecho le otorgaba a Fujimori cierta independencia para formular políticas y programas como el de planificación familiar.

A esta rivalidad política se le sumaron también evidentes aspectos de la fe, moralidad y teología católica. Entre las reacciones y pronunciamientos de la Iglesia en contra del Programa Nacional de Planificación Familiar encontramos desde aquellos que –desde un ala más conservadora– censuraban el programa con argumentos fanáticos que lo definían como "plan satánico" y que "convertiría al país en un burdel"; hasta los que basaban su oposición en argumentos de la doctrina católica.⁷ Finalmente, la Iglesia se opuso a la implementación del Programa Nacional de Planificación Familiar debido a que enfatizaba el uso de métodos anticonceptivos modernos y en particular, la esterilización quirúrgica, iniciándose así una confrontación abierta. (Palomino, 2004)

Mientras su oposición estuvo basada en desacuerdos religiosos y morales, el debate con el Estado y las organizaciones feministas era imposible y definido como el tradicional enfrentamiento ideológico entre estos actores. Sin embargo, luego que las primeras denuncias de esterilizaciones forzadas y otros abusos fueran reconocidas, el debate se nutrió de otros argumentos y dinámicas.⁸

En un documento de la Comisión Permanente de Obispos del Perú, la Iglesia Católica fue de las primeras instituciones en denunciar "la existencia de festivales de salud" donde mujeres pobres eran obligadas a esterilizarse como condición para recibir otros tratamientos. De ser ciertas las denuncias, continúa diciendo el documento, "estaríamos frente a un acto de violación de la dignidad de los pobres y de la violación de la libertad sin precedentes en nuestro país".⁹

⁷ Citado de "Peru's Family Planning Fight Forgets the Poor" 1995. En Ewig; 2000

⁸ En este sentido, La Iglesia Católica encontró dos posiciones diferentes desde las cuales oponerse al Programa Nacional de Planificación Familiar. Por un lado, estaba en contra del programa en sí mismo debido a nociones religiosas conservadoras sobre moralidad, matrimonio y sexualidad de las altas jerarquías. Y por otro lado, estaba en contra de los abusos cometidos en la implementación del programa debido a una defensa de las libertades y derechos humanos.

⁹ Iglesia en el Perú. No.205 Mayo-Junio 1996. p.8

Como podemos ver, las contradicciones y abusos ocurridos durante la implementación del PNPf permitieron, en primer lugar, fortalecer y darle nuevos argumentos (de violación de derechos) a la posición de la Iglesia Católica; y, en segundo lugar, presionar a las organizaciones feministas a reevaluar su posición y presentar una crítica más firme a la implementación del programa.

El análisis de las políticas públicas plantea que, desde la perspectiva "incrementalista", el proceso de toma de decisiones se define como un proceso interactivo en el que los diversos actores involucrados en el tema o problema van construyendo y negociando soluciones y respuestas a los problemas de manera incremental sobre la base de experiencias, recursos y procesos políticos y políticas previas. (Lindblom 1959; Foltz 1996) La OMS plantea también que las políticas a menudo son arenas de controversia, que reflejan el dominio y la información que tienen los distintos grupos e ideologías particulares.

Desde este marco de análisis, la coyuntura sucintamente descrita permitió que, sin acuerdo explícito de ningún tipo, los principales actores involucrados en el debate se encontraran a través de sus discursos sobre la violación de la dignidad humana y el derecho a la libertad y, en el caso de la Iglesia Católica se acercaran un poco a aquellos usados por las organizaciones feministas sobre la violación de derechos humanos y de las mujeres.

El desarrollo de políticas públicas que busquen ser sostenibles a lo largo del tiempo y responder a las necesidades de las personas a quienes se dirige la política, deben ser el resultado de un esfuerzo de gobernabilidad¹⁹ en el cual se eviten las controversias irreconciliables entre los actores y se propicie algún nivel de consenso. Esta búsqueda de consensos es necesaria también para las políticas de salud reproductiva.

Desde esta perspectiva, me parece importante preguntarnos por las posibilidades de encontrar lenguajes comunes que acerquen grupos antagónicos hacia la formulación de políticas más equitativas y estables. ¿Serán posibles estos acercamientos solo en circunstancias extremas como la de las esterilizaciones forzadas que analizamos? ¿O podría darse en otras circunstancias y contextos?

Si bien el lenguaje de derechos humanos posicionó a la Iglesia Católica y a las organizaciones feministas del mismo lado, en el debate frente al Estado, no podemos dejar de reconocer que las definiciones y marcos conceptuales desde los cuales estos grupos sostienen su posición son diferentes. A continuación indagaré sobre las nociones de responsabilidad individual, libertad y sujeto con derecho (entitlement) manejadas por ambos grupos y bajo el marco de los derechos humanos.

El lenguaje de los derechos humanos

Es importante recordar que el concepto de Derechos Humanos surge en un contexto determinado. La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, como resultado de la Revolución Francesa en el siglo XVIII, se basa en el reconocimiento de la libertad, propiedad y autonomía del ciudadano europeo varón. Luego de la segunda guerra mundial, las Naciones Unidas toman los documentos francés y americano (la Declaración de Independencia) como base para la formulación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948.

Las organizaciones feministas fueron las primeras en cuestionar el enfoque de derechos heredado de las declaraciones del siglo XVIII, por privilegiar al hombre como ciudadano con derechos, excluyendo a las mujeres. Poco a poco han logrado incluir a la mujer como sujeto de derechos

¹⁹ La gobernabilidad no solo incluye las acciones del gobierno, sino que se extiende más allá de él, tomando en cuenta el rol de los ciudadanos, a título individual y organizados en diversas formas de asociación, y la forma cómo los grupos y comunidades de la sociedad se organizan para tomar e implementar decisiones en temas de interés general. (Brinkerhoff y Brinkerhoff 2002:4-5)

y ampliar el espectro de derechos reconocidos universalmente. En el Perú, las organizaciones feministas también han centrado su trabajo en promover y reclamar la inclusión de la mujer como ciudadana con derechos sociales y políticos. "Implícito en el concepto de ciudadanía desarrollado por pensadoras feministas, está la mujer como sujeto de derechos, lo que significa que ambas las mujeres y la sociedad reconocen los derechos y autonomía de éstas en todas las esferas de la vida." (Shepard; 2000:3)

Las mujeres estamos comenzando a reconocer nuestra autonomía y capacidad de decidir como individuos sobre nuestra vida sexual y reproductiva; sin embargo, nuestros roles en la reproducción, crianza y maternidad/paternidad siguen estando definidos social y culturalmente. En este sentido, y desde una perspectiva antropológica, es fundamental entender qué significa e implica hablar de derechos y responsabilidades individuales cuando no se es reconocida como sujeto individual por la sociedad o cultura dada.

Por esta razón, entre otras, las feministas se apoyan principalmente en los documentos y convenciones internacionales de derechos humanos para defender su condición de ciudadanas con derechos y autonomía: empezando por la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) que establece que "todos los ciudadanos tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad"¹¹ sin distinción de raza, color, sexo, religión, opinión política, nacionalidad o clase social, la Convención de la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer hasta las plataformas de acción de conferencias más recientes como la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing.

Por otro lado, a raíz del Concilio Vaticano II entre 1962 y 1965, el desarrollo de la Teología de la Liberación y los cambios políticos y sociales del país, el Cardenal Landázuri asume como responsabilidad de la Iglesia Católica Peruana el "guiar el desarrollo social y político del país... buscando una mayor igualdad en la distribución de la riqueza..." Con el acercamiento de la Iglesia Católica a los sectores más pobres, se dio también un reconocimiento de la inacción del Estado frente a la pobreza existente motivando que los obispos católicos se convirtieran en los líderes de los derechos humanos y de los intereses populares, denunciando la violencia del Estado, demandando el respeto por la ley y exigiendo políticas que respondieran a las necesidades de los pobres. (Flete y Smith 1997:90, en Portocarrero 2005:15)

En el contexto peruano, tanto las organizaciones feministas como la Iglesia Católica se autodenominan –y son consideradas– defensoras de los derechos humanos de las personas y participan activamente en la defensa de ellos. Sin embargo, en lo que respecta al Programa Nacional de Planificación Familiar de los años 90 y de los derechos reproductivos de las mujeres, podemos ver cómo el uso del mismo lenguaje puede representar y ser usado con distintos fines según el contexto y según los actores. Durante la formulación del programa, ambas instituciones tuvieron posiciones claramente opuestas respecto a las implicancias de considerar los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos de las mujeres (en tanto sujetos con derechos, autónomos e independientes). Más adelante, durante la implementación del mismo y luego de los abusos ocurridos, ambas instituciones trasladan el debate sobre derechos humanos hacia otra dimensión: la responsabilidad del Estado como proveedor y garante de derechos, y los medios del que dispone para lograr su objetivo.

Sobre los derechos individuales y los derechos reproductivos de las mujeres

La Declaración Universal de Derechos Humanos establece una relación particular entre el derecho a casarse por voluntad propia y haciendo pleno ejercicio de su libertad, y el de formar una familia al

¹¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, artículo 3.

considerarlos parte del mismo artículo. "Hombres y mujeres mayores de edad, sin limitaciones por raza, nacionalidad, o religión, tienen el derecho a casarse y formar una familia. Ellos comparten los mismos derechos al casarse, durante el matrimonio y a su disolución." (Artículo 16.1)

Tal como está planteado en este documento y los sucesivos, el derecho a la libertad y el ejercicio libre de los individuos a casarse no generaría mayor contradicción. Se asume que son dos individuos que haciendo uso de sus derechos individuales, eligen libremente contraer matrimonio. Sin embargo, el derecho a formar una familia (y el concepto de familia en el que se sustentan dichas declaraciones) presenta algunos desafíos al discutir los derechos reproductivos de las personas.

Dentro de la tradición católica, formar una familia implica el derecho de la pareja a tener o no tener hijos. Para los sectores más tradicionales dentro de la misma, la sexualidad debería estar siempre abierta a la reproducción, mientras otros reconocen que el fin del matrimonio no es solo procrear. La decisión sobre tener hijos o no, debería ser el resultado de un consenso entre los individuos conformando la pareja. Pero ¿qué sucede cuando uno de los miembros quiere ejercer su derecho individual de tener hijos y el otro no? En la práctica sabemos que el ejercicio de este derecho individual (ya sea del hombre o de la mujer) depende de una serie de factores económicos, sociales y culturales. Estos factores, a su vez, determinan las relaciones de poder que establece la persona con su pareja, con su familia y con la sociedad y que, como sabemos, empodera o no a las personas. En la práctica, el lenguaje formal de los derechos humanos y el marco legal que los acompaña no pueden responder fácilmente a este dilema.

Gracias al aporte feminista, varias declaraciones y documentos de derechos humanos han puesto en evidencia los problemas generados por las relaciones de poder al interior de la pareja y la necesidad de reconocer explícitamente el ejercicio equitativo de sus derechos por parte del hombre y la mujer. Por ejemplo, la CEDAW declara que "los Estados firmantes deben asegurar, basándose en la igualdad entre hombres y mujeres...e) los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y cuándo desean tenerlos, y a tener acceso a información, educación y medios que les permitan poner en práctica estos derechos." Y la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en Viena 1993, confirma que en base a la igualdad entre hombres y mujeres, las mujeres tienen derecho a servicios de salud accesibles y adecuados, así como a la mayor gama de servicios de planificación familiar posible" (Párrafo 41)

Como podemos ver, estos avances son el resultado del reconocimiento de las limitaciones en el ejercicio de derechos de dichos individuos a lo largo del tiempo. Freedman e Issacs (1993), reconocen que el cambio más importante se relaciona con el ejercicio de los derechos reproductivos, que en la Proclamación de Teherán, proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968¹², era "de los padres" y que recién en el Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest¹³ (1974) pasa a incluir a las "parejas e individuos". Las organizaciones feministas defienden el derecho individual de las mujeres por ser nosotras las responsables biológicas, social y culturalmente del cuidado de los hijos, comprometiendo no solo nuestras vidas y salud sino también el ejercicio de otra serie de derechos. Esta posición, que viene siendo presentada y defendida en conferencias como las realizadas en El Cairo (1994), Beijing (1995) y posteriores, reafirma el derecho de las parejas y los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y cuándo tenerlos, y que debería asegurarse que las mujeres controlen su propia fecundidad. (Cairo; 1994 Capítulo 7 Principios 3 y 4) La reafirmación del individuo como sujeto de derechos reproductivos significa, en este caso, un logro fundamental para la autonomía, individualidad y posición de la mujer en la sociedad.

¹² La proclamación establece que "La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos."

¹³ "Toda pareja y todo individuo tiene el derecho fundamental de decidir libremente y con toda responsabilidad el número de hijos y cuándo nacen."

La Iglesia Católica por su parte, a pesar de promover la ciudadanía e igualdad de las mujeres frente a los hombres en diversos aspectos, aún mantiene a la pareja como unidad responsable de la procreación y del ejercicio de decisiones reproductivas. Según la encíclica *Humanae Vitae* (1968:12) "Esta doctrina teológica se fundamenta en la conexión inseparable que Dios desea, y que los hombres no pueden romper por su propia iniciativa, entre los dos significados del acto conyugal: el unificador y el procreador." Sin embargo, en un intento por reconocer las condiciones socio-económicas y físico-psicológicas que afectan a las esposas, la Iglesia Católica reconoce el "derecho inalienable" de hombres y mujeres a regular su fecundidad dentro del matrimonio sin poner en riesgo ninguna vida.

La Iglesia Católica enfatiza que la pareja, como unidad social y religiosa, es la que tiene el derecho a decidir sobre los hijos. Pero este derecho no se basa en las nociones de libertad, responsabilidad o derechos individuales presentadas antes. Al posicionar a la pareja como base en la toma de decisiones, la Iglesia Católica evidencia una estructura organizacional colectiva y jerárquica. Bajo esta lógica, los católicos son individuos que voluntariamente renuncian a sus intereses individuales a favor de los intereses de la comunidad católica (o dado el caso, la pareja, la familia, la comunidad de base, el partido político, etc.)

Al fundamentar su posición en la 'ley natural' o 'ley de Dios' (en oposición a las leyes civiles, a las que apelan las feministas, por ejemplo) la Iglesia reclama autoridad y responsabilidad para censurar y sancionar abusos y maltratos humanos. Es así que la Comisión Episcopal Peruana explica que "debido a que hombres y mujeres fueron creados a imagen y semejanza de Dios para vivir felices (...) La Iglesia, por eso, no pronuncia ciegos 'nos' a los deseos humanos, sino un radical 'sí' a la vida y la libertad. Pero justo porque no hay auténtica libertad sin responsabilidad, estas enseñanzas traen algunos 'nos' a todo aquello que amenaza la dignidad humana y su llamado a la felicidad."¹⁴

De esta manera, el argumento principal de la Iglesia Católica estaría fundamentado en la libertad y responsabilidad humanas. Desde un punto de vista colectivista, las personas son libres de tomar cualquier decisión y realizar cualquier acción. Pero deben tener en consideración las consecuencias e implicancias que esos actos puedan tener para el resto de la comunidad ya que ellas no son responsables solo de sí mismas en tanto individuos sino también de la comunidad de la cual forman parte, en tanto miembros de una colectividad. La defensa que la Iglesia Católica hizo de los derechos humanos y de las mujeres en el contexto del Programa Nacional de Planificación Familiar se basa no en sus derechos individuales sino en su membresía a la comunidad religiosa y nacional. Uno de los problemas principales de este argumento es que la Iglesia no reconoce las diferentes posiciones de poder que tienen hombres y mujeres dentro de la pareja, las comunidades civiles, sociales y religiosas de las que forman parte.

Sobre el rol del Estado y los medios para regular la fertilidad

El tratar de poner en práctica e incentivar el ejercicio de estos derechos también abrió nuevos conflictos entre la Iglesia Católica, las organizaciones feministas y el Estado.

Las organizaciones feministas apoyaron inicialmente la implementación del Programa Nacional de Planificación Familiar que lograba ampliar el derecho de las mujeres al acceso a servicios de salud reproductiva y métodos modernos de anticoncepción, y que parecía cumplir con la Ley General de Salud que declara que "el Estado está imposibilitado de renunciar a su responsabilidad de proveer servicios de salud públicos. La intervención del Estado en la provisión de atención médica se basa en el principio de equidad." (CLADEM; 1999:103) Sin embargo, se vieron forzadas

¹⁴ Iglesia en el Perú No.203 Enero-Febrero 1996. P.2

a reevaluar este apoyo cuando los medios y fines promovidos por el programa salieron a la luz durante su implementación. En el contexto de los abusos cometidos con las esterilizaciones quirúrgicas, las organizaciones feministas, lideradas por el CLADEM, tuvieron que concentrarse en defender los derechos más básicos como son el derecho a la vida, salud y libertad de las mujeres, vulnerados bajo la cubierta de la expansión de servicios y cobertura. Denunciaron también, con casos documentados, el carácter discriminatorio de un programa que vulnerando los derechos a la autodeterminación reproductiva y los derechos humanos había afectado principalmente a las mujeres en situación de pobreza extrema, en especial a las poblaciones rurales e indígenas

La Iglesia Católica se opone a las políticas de Estado que intentan imponer, según ella, políticas "antinatalistas" por sobre la voluntad de las parejas. La Encíclica Vaticano II pronuncia que "La decisión sobre el número de hijos, basada en el derecho inalienable de hombres y mujeres a casarse y tener hijos, depende del estricto juicio de los padres y de ninguna manera puede estar sujeto al criterio de la autoridad estatal." (Vaticano II. G.S.87) En este marco, los objetivos de los programas de planificación familiar deberían promover, según la Iglesia Católica, la "maternidad y paternidad responsables" que se refieren "al amor, al cuidado y a la formación que los padres tienen y ejercen para con sus hijos. Es una grave distorsión privilegiar hasta identificar, con el simple espaciamiento de los nacimientos, la paternidad y maternidad responsables".¹⁵ Entonces, la Iglesia Católica termina por negar cualquier forma de intervención estatal para proveer un servicio de planificación familiar (información, asesoría) o acceso a métodos anticonceptivos modernos o naturales.

Por otro lado, el lenguaje de los derechos humanos presente en el discurso de la Iglesia Católica también tuvo que condenar directamente la violación de los derechos de la mujer a la vida, la integridad física y la libertad por parte del Programa Nacional de Planificación Familiar del Estado. En un mensaje de la Comisión Episcopal de Lima en 1998, los obispos denuncian, "el uso indiscriminado de contracepción quirúrgica permanente entre los sectores pobres de la sociedad, especialmente en el área rural. Así no solo es un ataque contra la libertad de las personas, sino contra los derechos humanos más básicos como la integridad física y la vida en sí misma".¹⁶ Con este pronunciamiento, los obispos también cuestionan el ejercicio del derecho a la libertad de las mujeres que fueron inducidas o forzadas a usar unos métodos de planificación familiar en lugar de otros en los 'festivales de salud'; denuncia la violación del derecho a la integridad física de las mujeres operadas sin condiciones médicas apropiadas; así como la violación del derecho a la salud y la vida evidente en los varios casos de muerte ocurridos en ese contexto.

Además de coincidir en la necesidad de denunciar la violación de los derechos a la salud, la libertad y la vida de las mujeres, ambas instituciones –las organizaciones feministas y la Iglesia Católica– denunciaron la violación de los derechos a la información y al consentimiento informado previo a cualquier procedimiento médico. Sin embargo, las organizaciones feministas mantenían el debate dentro del marco legal y de derechos individuales, mientras que la Iglesia Católica combinaba en su discurso los marcos legales de derechos civiles y aquellos doctrinarios y morales.

Siendo una de las voces más fuertes entre las organizaciones feministas, CLADEM apela a los estándares internacionales de los derechos humanos, a los derechos constitucionales y a los marcos legales peruanos. La Ley General Nacional de Salud que establece el derecho de las personas a recibir, en condiciones adecuadas y lenguaje comprensible, información completa y permanente sobre su estado de salud y tratamiento, incluyendo diagnóstico, pronóstico y posibles tratamientos. De igual manera, la Constitución Peruana (1993) establece que "el Estado defiende los intereses de los consumidores y usuarios. Por esa razón, él garantiza el derecho a la información sobre productos y servicios disponibles en el mercado. El Estado también supervisa, en particular, la salud y seguridad de la población." Sin embargo, los casos denunciados evidenciaron el incumplimiento de los mismos.

¹⁵ Iglesia en el Perú No.203 Enero-Febrero 1996. P.3

¹⁶ Mensaje de los Obispos del Perú sobre la Política de Población. Conferencia Episcopal Peruana. Iglesia en el Perú No.212 1998 p.17

La Iglesia Católica también se une a las denuncias de este segundo grupo de derechos. En la VIII Conferencia Regional de la Mujer Latinoamericana y del Caribe, el delegado de la Iglesia Católica, Monseñor Passigato reporta "...serios abusos contra la dignidad e integridad de la mujer en esos hospitales y centros de salud, públicos y privados, (...) negando de esa manera el derecho a la opción libre e informada..."¹⁷

Además de los argumentos defendiendo los valores católicos de la mayoría de la población nacional, es importante enfatizar que la defensa de los derechos de las mujeres rurales por ambos grupos priorizan el acceso a la información clara y en lenguaje accesible. Al plantear la necesidad de considerar el uso de lenguaje local, y consideraciones culturales del cuerpo y privacidad, así como de personal médico calificado para trabajar en los diferentes contextos culturales y socioeconómicos, las organizaciones feministas y la Iglesia Católica denuncian múltiples casos de discriminación contra la mujer andina evidentes a través de la existencia de cuotas para esterilizaciones más altas para zonas andinas rurales.

CONCLUSIONES

A pesar que el Programa Nacional de Planificación Familiar de Fujimori terminó priorizando indicadores de crecimiento económico y demográfico en lugar de la mejora de los servicios de salud y el estándar de vida de las mujeres y parejas, este ofreció una coyuntura importante para discutir sobre los derechos reproductivos en el Perú. Creado bajo la influencia de los movimientos internacionales de derechos de la mujer y las conferencias de las Naciones Unidas de El Cairo y Beijing, el Programa Nacional de Planificación Familiar representó un avance importante en el lenguaje formal y legal que marcan los debates sobre el tema.

Las organizaciones feministas y la Iglesia Católica, estando tradicionalmente opuestas en estos y otros temas, se encontraron ante una coyuntura en la que tuvieron que debatir en base al mismo lenguaje –de los derechos humanos– para oponerse al mismo enemigo –el Estado– tanto en la arena nacional como internacional. Bajo este contexto, en el que grupos antagónicos como los analizados pueden utilizar el lenguaje de los derechos humanos para defender principios e ideales conceptualmente distintos, nos vemos obligados a pensar críticamente cuando se discute en términos de derechos humanos, sus limitaciones e implicancias y a no asumirlos unívocos dando por sentada su universalización.

Si bien es importante recordar que la mayoría de nuestra vida ocurre dentro de un contexto social fuertemente influenciado por la doctrina católica, es preocupante constatar la gran influencia de la Iglesia Católica en la formulación de políticas de estado y en las decisiones políticas que se toman los funcionarios públicos. Esta influencia pone en riesgo la capacidad del Estado para cumplir con su obligación de garante de derechos humanos y reproductivos de las personas. Y al mismo tiempo es evidencia de la necesidad de establecer canales de comunicación y diálogo que recojan y reconozcan las diversas necesidades de la población en materia reproductiva.

Finalmente, en el caso concreto de nuestro estudio, donde la población comparte creencias católicas arraigadas en la cultura, es importante considerar que la reproducción y sexualidad son aspectos de la vida humana, social y culturalmente determinados y, por tanto, difíciles de aplicar en términos universales, objetivos y racionales como lo son en declaraciones de derechos humanos internacionales. Aun siendo resultado de un programa guiado formalmente por el lenguaje y marco legal de dichas declaraciones, la brutalidad de los casos de esterilizaciones forzadas denunciados y otros maltratos durante la implementación, nos obligan a reconsiderar la complejidad de creencias y prácticas de la población en general –mujeres, hombres, proveedores de servicios y beneficiarios.

¹⁷ Declaración del Monseñor Rino Passigato, Nuncio apostólico en el Perú, jefe de la delegación de la Santa Sede a la VIII Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe. En: Testimonio, No.65 Enero-Febrero 2000 p.16 Negritas del autor

Reconociendo la importancia fundamental de lograr el reconocimiento y autonomía del individuo con derechos en nuestra sociedad y la obligación del Estado de formular políticas que garanticen el ejercicio de derechos, esta experiencia intolerable de violación de los derechos reproductivos de las mujeres, ha permitido que tanto las organizaciones feministas como la Iglesia Católica articulen sus posiciones, diametralmente distintas, bajo el mismo discurso de los derechos humanos a la vida, la salud, la información y el acceso libre a servicios. Ello podría ofrecernos un punto de partida para crear un debate más largo y constructivo sobre el tema y de esta manera lograr políticas públicas que garanticen avances en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y el ejercicio del derecho a la libertad de acción y pensamiento, a la vida y salud de las mujeres y hombres del país.

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

Brinkerhoff, Derick y Jennifer Brinkerhoff. (2002). Government-Nonprofit Relations in Comparative Perspective: evolution, themes and new directions. En *Public Administration and Development*, 22: 3-18.

CLADEM. (1998). *Silencio y Complicidad. Violencia Contra las Mujeres en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*. 112 vols. Lima- New York.

CLADEM. (1999). *Nada Personal. Reporte de Derechos Humanos sobre la Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica en el Perú, 1996-1998*. Lima.

Cook, Rebecca J. (1993). International Human Rights and Women's Reproductive Health. En *Studies in Family Planning*, Marzo/Abril, 73-86.

Defensoría del Pueblo. (1998). *Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria I. Casos investigados por la defensoría del pueblo*. Vol. 7 Informes Defensoriales. Lima: Defensoría del Pueblo.

Ewig, Christina. (2000). *Engineering Development: The Reform of Family Planning in Peru under Fujimori*. Ponencia presentada en LASA, Miami.

Foltz, Anne-Marie. (1996). *The Policy Process. Health Policy and systems development*. En *Agenda for Research*. Editado por Katia Janovsky. WHO.

Freedman, Lynn P.; Stephen L., Isaacs. (1993). *Human Rights and Reproductive Choice*. En *Studies in Family Planning*, Enero/Febrero, 18-30.

Friedmann, John. (1987). *Planning in the Public Domain. From Knowledge to Action*. Nueva Jersey: Princeton Univ. Press.

INEI. (1997). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 (ENDES)*. Lima.

Juan Pablo II. (1995). *Encíclica Evangelium Vitae*. Roma.

Lindblom, Charles. (1959). *The Science of Muddling Through*. En *Public Administration Review*, No. 19, vol. 2, 79-88.

Ministerio de Salud. (1996). *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*. Lima: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (1997). *Normas del Programa de Planificación Familiar*. Lima: Ministerio de Salud.

Pablo VI. (1968). *Encíclica Humanae Vitae*. Roma.

Palomino, Nancy. (2004). Las organizaciones feministas y los derechos reproductivos en el Perú: 1990-1999. Tesis de Maestría –UPCH.

Pio XII. (1967). Encíclica Humani Generis. Roma.

Portocarrero, Felipe.; Hanny, Cueva.; Portugal, Andrea. (2005). La Iglesia Católica como proveedora de servicios sociales: mitos y realidades. Universidad del Pacífico.

PROMUDEH. (1998). Plan Nacional de Población 1998-2002. Lima.

Shepard, Bonnie. (2000). Let's Be Citizens, not Patients!: Constructing Citizen Participation and Users Rights with Women's Organizations and Public Health Services in Peru. Ponencia presentada en LASA, Miami.

Documentos y Declaraciones sobre Derechos Humanos:

Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada en París por la Asamblea General de las ONU, Diciembre de 1948.

Proclamación de Teherán. Proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968.

Plan de Acción de la Conferencia Mundial de Población en Bucarest, 1974.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por la Asamblea General de las ONU, Diciembre de 1966. Vigente desde marzo de 1978.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado por la Asamblea General de las ONU, 1966. Vigente desde Septiembre de 1976.

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Adoptada por la Asamblea General de las ONU, 1979. Vigente desde Septiembre de 1981.

Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.

Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, 1995.

SOBRE LAS/OS AUTORAS/ES

Inés V. Bustamante Chávez

Psicóloga con diploma en salud del adolescente, magíster en Salud Pública, magíster en Ciencias de la Salud, PHD (c) en Salud Mental con énfasis en Epidemiología de Drogas. Coordinadora de la Unidad de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y docente de la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH. Ha realizado investigaciones, intervenciones y tiene publicaciones sobre embarazo, ITS/VIH y SIDA, consumo de drogas y promoción de la salud en adolescentes.

Jorge Luis Calero

Pedagogo e Investigador Auxiliar del Centro Colaborador para las Investigaciones en Salud Reproductiva, de la OMS en La Habana. Instituto Nacional de Endocrinología. Es magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva y su trabajo se dirige fundamentalmente al área de la educación en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y adultos jóvenes varones, desde una perspectiva de género.

Alfonso Gushiken Miyagui

Médico egresado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental y magíster en Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia, Colombia. Psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y miembro de la Nueva Escuela Lacaniana. Profesor asociado de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Carmenza Hincapié de Villegas

Psicóloga, magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental. Docente, Facultad de Psicología, Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia, 1996.

Ruth Iguñiz Romero

Antropóloga, candidata al Doctorado en Políticas Públicas y Urbanas en Milano New School of Management and Urban Policy- Nueva York. Investigadora en políticas públicas de salud. Actualmente coordina el proyecto de promoción de investigación en políticas y sistemas de salud en la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con auspicio de la OMS y la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.

Loraine Ledón Llanes

Licenciada en Psicología (Universidad de La Habana, Cuba) y magíster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva (Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú), se desempeña como investigadora en el Instituto Nacional de Endocrinología de Cuba, desarrollando actividades de asistencia, docencia, investigación y asesoría en temas de género, sexualidad, salud reproductiva, enfermedades crónicas y otros afines, sobre los cuales ha publicado en revistas de carácter internacional. Recibió el Premio ALIRH a Investigadores Jóvenes en Ciencias Sociales durante la XVIII Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana, 2003.

Natalie Loncharich Vera

Enfermera, magíster en Salud Pública, estudios culminados de doctorado en Ciencias de la Salud. Profesora Asociada y Secretaria Académica de la Escuela de Postgrado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Ha realizado trabajos de investigación cualitativa en el área de salud sexual y reproductiva. Ha participado como ponente en diversos eventos desarrollando los temas de investigación, salud sexual y reproductiva, docencia en enfermería, consejería, autoevaluación y acreditación universitaria.

Raquel Meléndez De la Cruz

Enfermera graduada en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, magíster en Salud Pública y Diplomada en Salud del Adolescente en la misma universidad. Actualmente colabora en la asistencia técnica en Gestión de la Investigación y Educación Permanente en el Vice- Decanato de la FASPA- UPCH. Investigadora en salud del adolescente e intervenciones educativas.

Jessica Niño de Guzmán Essaine

Obstetriz, magíster en Salud Pública, con experiencia en el diseño e implementación de políticas, estrategias e instrumentos orientados al mejoramiento continuo y a la garantía de la calidad en los servicios de salud. Aplicación de los enfoques de Equidad de Género e Interculturalidad en proyectos de desarrollo, salud y otras áreas. Ha participado en investigaciones con la Universidad Cayetano Heredia. Cuenta con publicaciones en Género y Mejoramiento de la Calidad en Salud

Nancy Palomino Ramírez

Educadora, Diplomada en Antropología, magíster en Salud Pública, docente e investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Coordinadora de la Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva de la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH. Integrante del Consejo Consultivo de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Co-autora de los libros "Entre el Placer y la Obligación" y "Violencia Sexual y Física contra las Mujeres en el Perú".

María Elena Planas Toledo

Magíster en Antropología de la Universidad de Montreal, Canadá, y candidata a PhD de la Universidad de Leiden, Holanda. Especializada en antropología médica, ha sido Profesora Asociada del Departamento de Salud Pública y Administración de la UPCH desde el año 2000 y ha ejercido en esos años la coordinación de la Unidad de Investigación en Salud Mental y la Dirección Universitaria de Proyección Social.

Tanya Taype Castillo

Psicóloga graduada en la Universidad Peruana Cayetano Heredia-UPCH, magíster en Salud Pública y Diplomada en Salud del Adolescente en la misma universidad. Especialización en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud- FIOCRUZ Brasil, Educación de Calidad y Equidad en Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación-UMCE Chile. Profesora de la Facultad de Salud Pública y Administración-UPCH. Investigadora en salud del adolescente-jóvenes e intervenciones educativas.

Miriam R. Santivañez Salazar

Licenciada en enfermería, magíster en salud pública egresado de la UPCH, candidata a maestra en gerencia social egresada de la PUCP, su trabajo enfatiza en la línea de la primera infancia y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos, género y libertad.

Rosario Isabel Soto Bringas

Obstetriz, magíster en Género Sexualidad y Salud Reproductiva, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Directora Universitaria de Evaluación Capacitación y Acreditación. Docente Asociada del Departamento Académico de Obstetricia y Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco.

**PUBLICACIONES DE LA UNIDAD DE
SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA
FASPA-UPCH**

La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género en el Perú: tendencias en la década de los 90. Co-edición M. Manuela Ramos, CMP Flora Tristán, UNMSM, UPCH, RSMLAC, Lima, 2000

Autoras: Susana Chávez, Ana Gúezmes, Nancy Palomino, Lita Vargas, Carmen Yon

Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de la pareja y la salud de las mujeres. Co-editado con el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. Lima 2002

Autores: Ana Gúezmes, Nancy Palomino y Miguel Ramos

Entre el placer y la obligación: derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y varones de Huamanga y Lima. Lima 2003

Autores: Nancy Palomino, Miguel Ramos, Rocío Valverde y Ernesto Vásquez

Prisiones domésticas, ciudadanía restringidas: violencia sexual a trabajadoras del hogar en Lima. Lima, 2005

Autora: Teresa Ojeda Parra

Masculinidades y violencia conyugal: experiencias de vida de hombres de sectores populares de Lima y Cusco. Lima, 2005

Autor: Miguel Ángel Ramos Padilla

PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Revista: Temas en Salud Reproductiva / Reproductive Health Matters (en español)
Disponible en formato electrónico en

www.diasera.org.pe

ISBN: 978-9972-806-34-6



9 789972 806346