

SEXO SEGURO, CUERPOS DISCIPLINADOS

María Soledad Quintana Arroyo

SEXO SEGURO, CUERPOS DISCIPLINADOS



FLACSO
ECUADOR



**ABYA
YALA** | UNIVERSIDAD
POLITÉCNICA
SALESIANA

Quito, 2010

Sexo seguro, cuerpos disciplinados

María Soledad Quintana Arroyo

1era. edición: Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla: 17-12-719
Teléfonos: 2506-247 / 2506-251
Fax: (593-2) 2506-255 / 2 506-267
e-mail: editorial@abyayala.org
www.abayayala.org
Quito-Ecuador

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito - Ecuador
Telf.: (593-2) 2328888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

Diseño y
Diagramación: Ediciones Abya-Yala

ISBN FLACSO: 978-9978-67-253-2

ISBN Abya-Yala: 978-9978-22-928-6

Impresión: Abya-Yala
Quito-Ecuador

Impreso en Quito Ecuador, septiembre, 2010

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – sede Ecuador
Programa de Antropología Convocatoria 2006-2008
Tesis previa la obtención de maestría en ciencias sociales con
mención en Género y Desarrollo;
Autora: Soledad Quintana
Tutora: Mercedes Prieto

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a quienes me han prestado sus voces para poder continuar con esta tesis, gracias por su tiempo y por permitirme ser un canal por el que, ojalá, hayan podido transmitir sus pensamientos.

A FLACSO-Sede Ecuador, por confiar en esta propuesta de investigación y por otorgarme la beca para la realización de esta tesis; a todo el programa de Estudios de Género y a Ana María Goetschel.

A Mercedes Prieto por la dirección, por su apoyo, por pensar en los mínimos detalles y en los distintos matices de esta tesis. Gracias, en especial, por el tiempo, por las respuestas sencillas y directas y la amistad en momentos de grandes dudas respecto a esta investigación.

A Gioconda Herrera, por quien tuve la oportunidad de conocer el programa de Estudios de Género de FLACSO, allá por el año 2002, por la lectura de esta tesis y por la amistad y el abrazo siempre cariñoso.

A Valeria Coronel, por su apoyo y comentarios durante la etapa de construcción de la propuesta de investigación, por la lectura del presente texto y por la confianza que me brindó para compartir mis ideas sobre esta tesis.

A Alicia Torres, por haber apostado por mi trabajo y confiar en mí.

A mi familia, por el apoyo incondicional, sin el que no hubiera podido seguir en este camino. Gracias, Lilia, Rafael, Mónica, Anita, Fernando

y a la alegría y curiosidad incansables de Martina y Natalia; y, por supuesto, siempre a la memoria de Ana Luisa, quien persistentemente está en mis pasos.

A Caro, Paola, Gabi, Saras y Nancy, por todos los años de amistad, por el ánimo y emoción puestos en este proyecto, por estar a mi lado, por las horas habladas de este y tantos temas, y por creer.

A Paola, Diana, Victoria, Mariela y Fausto, por los recuerdos de estos quince años. A mis compañeras y amigas del taller de tesis y de maestría, por los buenos momentos, gracias por querer conocer más de mis divagaciones (que son muchas); la cafetería nunca fue la misma sin ustedes. A Verónica Vacas, por el cariño, la sonrisa sincera y por su colaboración en la edición de este trabajo.

A Andrés, por leer mi propuesta, por las preguntas y las respuestas, por los silencios y las palabras, por creer que esta propuesta tenía futuro y por la amistad.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL, EL CONTROL Y LAS SEXUALIDADES

Introducción	9
Debate teórico	10
Metodología	20
Reseña de los capítulos	25

CAPÍTULO II.

POBLACIÓN, DESPOBLACIÓN Y PÁNICO SOCIAL

Introducción	27
Antecedentes: el maternalismo	29
El control de la natalidad	32
Políticas antipoblación (caso ecuatoriano)	44
Conclusiones	49

CAPÍTULO III

LOS DISCURSOS MÉDICOS Y EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Introducción	55
La sexualidad saludable y segura: manual de pánico y control	58
ITS: el caso del Virus de Papiloma Humano (HPV) y el pánico social	60
El Virus de Papiloma Humano y los discursos médicos	63

CEMOPLAF y HPV: confluencia de discursos de la sexualidad saludable	82
Conclusiones.	91

CAPÍTULO IV

VOCES DE MUJERES. TEMOR, NEGOCIACIÓN E INTIMIDAD

Introducción.	97
Rutas, temor, negociación	98
HPV: la consulta, el laboratorio y el diagnóstico.	107
Negociación e intimidad	113
Conclusiones.	117

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

La sexualidad, una libertad condicionada	123
¿Hacia un autocontrol de la sexualidad?	126
Delegación y autocontrol.	128
¿Maternidades en encrucijada?	130

BIBLIOGRAFÍA	135
-------------------------------	------------

CAPÍTULO I

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL, EL CONTROL Y LAS SEXUALIDADES

Introducción

El tema de las sexualidades ha sido un aspecto central dentro de todos los posicionamientos de la teoría feminista y, actualmente, los principales debates sobre este lo han remarcado dentro de una dimensión importante en la experiencia de mujeres y hombres, como estructurante no solo personal sino también social.

Sin embargo, busco encontrar una mirada distinta a la exclusivamente regulatoria del poder Foucault (1979), desde un centro fijo, sino en la posibilidad de generación de agencias; en torno, no a una sola forma de poder hegemónico, sino a la dispersión de varios discursos. El ejemplo hallado dentro de las prácticas médicas ginecológicas, precisamente, conlleva este encuentro.

El rol preponderante de las sexualidades en las diversas culturas y sociedades, así como la importancia de la intervención y la regulación han sido elementos ampliamente abordados y discutidos desde múltiples espacios geográficos y disciplinarios. Estos abordajes tienen como punto en común considerar el tema de la sexualidad como un elemento a partir del cual entender procesos sociales y, de cierto modo, develar

los aspectos que, desde el ámbito regulatorio, se dan en torno a los procesos de modernización y a los proyectos de construcción, no solo de las comunidades nacionales sino, en el marco actual, de los procesos globalizadores.

En América Latina la sexualidad ha sido un tema de estudio que se ha enfocado desde ámbitos tales como la educación, la división sexual del trabajo y la salud. Respecto a este último campo, me interesa rastrear discursos y prácticas alrededor de la “salud de las mujeres”. De ahí que el esquema inicial de esta investigación planteara la necesidad de descubrir si la visión médica actúa o no como condicionante de la “sexualidad femenina”, a través de la formulación de discursos de “sexualidad saludable” sustentados en imaginarios de “pánico social”, y de cómo los discursos son negociados cotidianamente por la población.

Debate teórico

Sexualidad y poder

Weeks (1998) habla de la idea, concepto y construcción del término *sexualidad* en una relación de fuerzas y poderes que han intentado “normativizar” la actividad sexual. El poder entiende a la sexualidad como un “efluvio” impostergable de la biología y fisiología humanas que debe ser restringido, o como una fuerza poderosa capaz de producir cambios positivos en las sociedades.

Para este autor, la sexualidad está, ante todo, configurada por fuerzas sociales y sujeta a organización y modelación cultural: “[...] la sexualidad solo existe a través de sus formas sociales y su organización social.” (Weeks, 1998: 29).

Por tanto, no se trata de un elemento “natural más” limitado por la biología y normalizado por la moral. Lo sexual no aparece como una entidad autónoma, sino regularizado por lo social. Lo sexual y lo social, entonces, están asociados, lo primero adquiere características diversas ya que la sociedad lo modela. Existen tantos tipos de sexualidad como de sociedades, valoraciones culturales, ideologías y conductas respecto de aquella.

Las prácticas sexuales son resultados sociales e históricos, productos de las relaciones sociales y no de la biología, de ahí que los comportamientos y los significados de lo sexual estén vinculados. Las formas de

sexualidad subjetiva están relacionadas con los modos en que la sociedad ha constreñido lo sexual, que, así, es un “constructo” social e individual al mismo tiempo. Esta construcción tiene que ver con cómo las emociones, deseos y relaciones son configurados por la misma sociedad, y está atravesada, además, por las condiciones de género, raza y clase.

El mismo autor señala que las áreas fundamentales donde se organiza la sexualidad en las sociedades son, principalmente, el parentesco y los sistemas familiares, la organización social y económica, la legislación-reglamentación, la política y la religión.

Si bien todas las sociedades, de un modo u otro, organizan la vida erótica, no todas han recurrido a los dispositivos de control que, según Weeks, parecen obsesionar a Occidente. En este contexto, la sexualidad se ha convertido en objeto de preocupación moral.

Weeks señala algunos momentos decisivos alrededor de la organización de la sexualidad en Occidente: en la antigua Grecia se ordenó en torno a las “actitudes pasivas”; durante los siglos XII y XIII, tras el triunfo de la tradición cristiana, se estableció el matrimonio como nueva norma social; y entre los siglos XVIII y XIX se consolida la normatividad expresada de la heterosexualidad obligatoria.

La propuesta de Foucault, en cambio, interpreta la sexualidad desde la propuesta del poder. Señala que el discurso sobre esta (desde hace tres siglos) ha llevado consigo una serie de interdicciones y prohibiciones que han asegurado lo que él llama “disparidad sexual”: “al hablar tanto del sexo, al descubrirlo, desmultiplicarlo, compartimentarlo y especificarlo justamente allí donde se ha insertado, no se buscaría, en el fondo, sino enmascararlo: discurso encubridor, dispersión que equivale a evitación.” (Foucault, 1989: 67)¹.

Habría, según este autor, un temor ante la “peligrosidad” del sexo, que el poder busca ocultar a través del discurso “neutro y purificador” de la ciencia, señalando lo inmoral, la perversión, la rareza, la patología (Foucault, 1989: 67).

La ciencia médica, al instaurar la noción de lo mórbido y lo patológico, “higieniza” lo sexual para asegurar el progreso y la limpieza del cuerpo social. En el siglo XIX, en Occidente, el sexo se inscribió en la biología como modo de significación normativa de lo sexual y de la medicina, como instancia de juzgamiento de lo normal- anormal de la vida

sexual de las personas. Este modelo que surge en Occidente, aplicado a la cultura, actúa como un mecanismo de control de lo social expresado en los regímenes de saber, poder y placer.

Butler (2002), retomando a Austin y a Foucault, habla del poder que actúa como discurso, como invocación del acto lingüístico que no hace referencia al poder en sí, sino a las estructuras de poder que posibilitan que este se ejecute, puesto que la acción, para la autora, no es expresiva, sino performativa.

“Los actos performativos —dice— son modalidades de discursos autoritarios: la mayoría de ellos, por ejemplo, son afirmaciones que al enunciarse, también encarnan una acción y ejercen un poder vinculante.” (Butler, 2002:56). La acción de enunciar estaría vinculando lo que se nombra a una esencia, a un origen al que no se puede hacer referencia ya que es falaz, por inexistente. El tema de la “invocación reiterada” al origen de las identidades sexuales influye en las prácticas cotidianas, por ejemplo, la afirmación reiterada de lo “femenino” tiene implicaciones directas para las mujeres sobre las prácticas sexuales, la heteronormatividad y la monogamia.

Sin embargo, el discurso del poder, a juicio de esta autora, no es solamente represivo, o por lo menos no solo actúa negativamente, porque anota que si fuera absolutamente represivo, no se manejarían discursos respecto de lo sexual. En palabras de Foucault, si el poder fuese únicamente represivo y modelador el discurso de lo sexual éste no se multiplicaría. Tal es así que menciona que, dentro de los regímenes de saber de Occidente, ha existido un registro del ejercicio de la sexualidad y del placer que ha derivado en la *scientia sexualis*, que amalgamado al *ars erotica* (de Oriente) podría entenderse como el esfuerzo por construir una ciencia de la sexualidad.

Hay, por tanto, en Occidente un goce en saber sobre el placer. La sexualidad se transforma en discurso permanente. Prueba de esto son los testimonios, las confesiones, un “dar cuenta de” que es una característica del régimen de placer, que viene dado por el placer de “extraer” del otro su verdad, una verdad que incita a formar los discursos de la sexualidad. El sexo es, entonces, la verdad a descubrirse que, en la ciencia de la sexualidad, debe ser completada, interpretada por quien recoge esa verdad.

Pero hablar de los cuerpos es también hablar de su materialidad, de su presencia física, esta vez en torno a la ciencia y a la medicina como figuras de autoridad de la modernidad. La racionalidad científica, positivista, influyó también en la construcción de un nuevo orden social, de sus instituciones y de sus expresiones políticas que producen nuevos marcos interpretativos y normas sociales para la vivencia de la salud y de la enfermedad. El Estado moderno, legitimado a través del discurso biomédico, interviene estratégicamente sobre los usos y prácticas que hacen las personas sobre sus cuerpos, en pos de una comunidad “nacional”.

Los “dispositivos de poder” bajo los que estaría actuando la ciencia tienden a homogenizar los cuerpos bajo un patrón estándar que da cuenta de productividad, competitividad, desarrollo y lógica, a través de la imagen de la “libre elección”. Los inicios de una política de los cuerpos determinaron un conjunto de transformaciones que, paulatinamente, ha modificado los modos de vida tradicionales, y llevaron a un orden social moderno. En este afán de “destradicionalización”, del que habla Bonan (2003), se crean otro tipo de prácticas como expresión de desarrollo y progreso, tales como el Estado benefactor, la maternidad vs. participación política, el género y la ciudadanía. Dentro de estos procesos, la biopolítica logra establecerse como lugar de poder social y simbólico.

Heller y Fehér (1995) cuestionan la idea de “libre elección” ya que, a su modo de ver, existen biovalores que atraviesan los cuerpos y aparecen como medicalizados. La salud, como producto de la modernidad (al contrario de la enfermedad), aparece como una norma indiscutible e indiscutida como medida “de las expectativas normales de la vida humana en cuanto tal” (Heller y Fehér, 1995: 72), que según los autores, pese a estar construida bajo la ética protestante, se ha ampliado para todos y todas y exige que el cuerpo: maquinaria trabajadora, sea lo más apto posible, lo que se liga con la idea contemporánea de un cuerpo sano, joven, bello y productivo.

El poder internaliza códigos y valores respecto de la salud, modela y configura prescripciones médicas que, aun bajo la presencia de la enfermedad, se entrelazan con formas de “disciplinamiento higienizante”, en un encuentro poco casual con formas de “ritualidad religiosa premoderna” donde lo que se busca es la purificación de un cuerpo contaminado.

Los modernos temas de salud tienen que ver con lo público, con la patologización y con la alarma. Alrededor del tema de la salud se construye la figura de “pánico social”. En el caso particular de la salud sexual de las mujeres existe una visibilización cada vez mayor de las infecciones de transmisión sexual (ITS), desde donde se consigue armar esta figura de pánico social ante los cuerpos: contaminados, no puros. Los cuerpos que se salen de esa moral normal prescrita exigen ser purificados en la acción aparentemente neutral de la medicina, dado que lo que habría que proteger, por encima de todo, es el cuerpo social.

Me interesa retomar el tercer sentido metafórico de la salud, recogido por Heller y Fehér cuando se refieren a los “delitos contra la salud”. En este marco, el cuerpo contaminado aparece como atentatorio al orden, donde caben la reeducación y la purificación a través de escuetos presupuestos estatales con los que se pretende frenar la “epidemia” de una vez y para siempre, sin que esto implique mayores gastos públicos. Entonces, cabe formular la pregunta: ¿a quién favorece, en realidad, el disciplinamiento y la medicalización de los cuerpos? ¿Las mujeres son las verdaderas redimidas y apoyadas?

En este mismo ámbito de reflexión Klawiter (2000) relata el caso de las agrupaciones organizadas alrededor de la enfermedad (cáncer de seno), y de la creación de nuevas subjetividades. En un contexto en el que todo es objeto de consumo, los cuerpos también llegan a serlo.

Pero la historia de la sexualidad también se organiza en torno a las historias de oposición y resistencia frente a los códigos morales y los mecanismos y dispositivos de control, que permiten hablar de la conformación de las “culturas de resistencia”. En los últimos tiempos estas culturas de resistencia y de agencia social se han ido visibilizando políticamente en torno a la temática de la sexualidad y de asuntos relacionados (un ejemplo claro es el feminismo).

Autores de la subalternidad proponen ir más allá del “umbral epistemológico” foucaultiano (Wynter, 1995). La subalternidad propone una lectura en reversa de todo el sistema cultural ilustrado, al que se particulariza como “occidental” (Rodríguez, 1996). Se busca cambiar el lugar de la reflexión y sus categorías, discernir los modos de producción de hegemonías y subordinaciones en la cultura. Por tanto, se trata no solo de narrativas de poder, sino de un intento de desplazamiento hacia una teoría de la recepción, la lectura, la interpretación “que subraya los mo-

dos de construcción en la sintaxis, los hitos, las cesuras y los silencios” (Rodríguez, 1996: s/n), localizándose entonces las resistencias, las convergencias o las insurgencias.

Schepper-Hughes (1997) afirma que es necesario reconocer el poder, la agencia, la decisión y la eficacia de los sujetos “oprimidos”. Se trata de ese contrapoder, desde abajo, por el que ese “otro” aparece también como moralmente responsable “por sus connivencias, colaboraciones, racionalizaciones, ‘falsas conciencias’ y más que ocasionales parálisis de su voluntad. Con la agencia comienza la responsabilidad.” (Schepper-Hughes:1997: 509).

Sexualidad y regulación

Kathya Araujo (2003), siguiendo a Lévi-Strauss, apunta que el instinto sexual es el único que, para su satisfacción, requiere de ya un/una semejante, de ahí que la regulación constituye un importante elemento de la relación entre sujetos, con lo que se posibilita la constitución de la sociedad y un principio de “convivencia normada” entre humanos (Araujo, 2003: 102).

Lo sexual y lo social se construyen y modelan mutuamente. La regulación social ha variado históricamente, pero siempre el sustrato de esos mecanismos regulatorios ha sido el ordenamiento de lo sexual y la reproducción (Araujo, 2003: 102).

Lo social actúa como un poder que regulariza lo sexual a través de instituciones como la medicina; a través de ella se busca dar a la sexualidad un sentido mucho más neutral.

Las estrategias regulatorias incluyen mecanismos, como los discursos, instituciones, normas y representaciones (por ejemplo, la sexualidad saludable), como construcciones culturales para controlar el “impulso sexual”.

La ciencia medicaliza, e incluso podría decirse que deshistoriza, la sexualidad, no solo en tanto narrativa-construcción, sino también, y principalmente, en cuanto práctica de los cuerpos, y en específico de los cuerpos femeninos silenciados. Una de estas formas de silenciamiento de los cuerpos son, justamente, los discursos médicos como los de “sexo seguro”, basado en un tipo de alarma en sociedades poscoloniales como la ecuatoriana.

Esta tesis ha investigado en las relecturas, interpretaciones y negociaciones que pueden existir entre los discursos y las vivencias, a través de la construcción de una tercera narrativa, expresada en los silencios de los discursos oficiales y sociales: la de los y las agentes sociales.

La relación sexualidad-pánico

Para resolver el interrogante cuerpos-medicina, regulación y pánico, desde el ámbito teórico, tomo, básicamente, dos propuestas conceptuales que hablan acerca de cómo se construyen los horizontes de sexualidad saludable en la región, por sobre y en torno a la tensión de los paradigmas libertario y de derechos que analiza Kathya Araujo, y también del proceso de construcción social del riesgo que es analizado por Ruiz Guadalajara (2005), Cohen (1972) y Beck (1998), entre otros.

Araujo (2008) señala que para el caso de América Latina las posiciones libertarias y de derechos en torno a la sexualidad aparecen entrelazadas en la práctica, aunque paradójica y contrariamente. En algunos casos están estrechamente vinculadas a los discursos radicales de liberación de las sexualidades, particularmente heterosexuales, de la dominación y de la violencia patriarcal. En este sentido, la argumentación fundamental ha estado asociada a la autonomía del cuerpo, por un lado, y a aspectos de las prácticas sexuales en sí mismas, por otro.

De este modo, todo el marco regulatorio en América Latina parece estar concentrado en el derecho, que ha sido tratado como un tema de impulso político por los movimientos sociales (feministas y de diversidad sexual) en las agendas nacionales.

Ambos posicionamientos presentan límites. Los discursos libertarios están exentos, según Araujo, de la regulación. Opina que la libertad por sí sola, es decir, como objetivo, no existe, ya que es necesario trabajarla a través de respuestas éticas. Existe una excesiva confianza en el sujeto ideal de la libertad, en que sea capaz de respetar al otro.

El paradigma de los derechos genera un ideal de sexualidad y de control sobre lo erótico, con base en un modelo sanitario de sexualidad, que encuentra como principal interlocutor al Estado, ente capaz de ejercer el control hacia toda la sociedad.

Por otra parte, los riesgos sociales y de pánico generados por sistemas expertos y medios de comunicación obedecen a procesos y no son,

por tanto, eventos disruptivos. Ulrich Beck (1996) ha señalado que la sociedad actual o “sociedad del riesgo global” se caracteriza por planear su futuro, incluso por sobre los límites de la seguridad de los individuos y bajo la imposibilidad de calcular la magnitud de los riesgos. En esta sociedad del riesgo, el desarrollo científico-tecnológico se ha transformado, en sí mismo, en un factor de construcción de riesgos y agente vulnerante de la sociedad.

Beck considera que al ser el desarrollo tecnológico un factor que incrementa la noción de los riesgos e incrementa la incertidumbre y el pánico, se anula todo sistema de seguridad tradicional y este conduce a la disgregación de los individuos. La ciencia es el punto desde el que se toman las decisiones, con efectos claros en el modo de vida de las personas. De este análisis se desprenden conceptos como la “biografía del riesgo” y la “biografía del peligro”, que buscan explicar las formas que ha tomado el riesgo en nuestra sociedad y en las personas.

En sí mismo, el riesgo es una construcción que implica la consideración de lo que, en determinado momento histórico y social, cada comunidad humana considera como normal y seguro y lo que no lo es. Beriain (2000: 83) considera que el riesgo “es la medida, la determinación limitada del azar según la percepción social del riesgo, y surge como el dispositivo de racionalización, de cuantificación, de metrización del azar”. En este sentido las acciones, que en nombre de la sociedad se encaminan a la evitación de los riesgos, tienen como prioridad el lucro y el beneficio, pero, contradictoriamente, se basan en la acumulación de los riesgos.

Cohen (1972) atiende a la noción de riesgo como un “pánico moral”; es decir, como amenazas o “chivos expiatorios” para distraer de otros problemas sociales. Los pánicos morales consisten en la explotación de los mayores miedos de la sociedad, generalmente para servir a ciertas agendas políticas, que pueden llevar no solo a la sanción, sino a la disminución de libertades civiles.

Si a su vez los entendemos como construcción, los pánicos morales tienen un proceso que implica, a decir de este autor, tres fases:

1. *Suceso y significado*. Se trata de un evento preocupante que aparece socialmente cuando ya sea los medios de comunicación u organismos especializados deciden darle una importante cobertura. Son

- eventos que se describen como inquietantes para la sociedad entera.
2. *Implicaciones sociales.* Cuando se vincula el suceso o evento a los problemas de la sociedad en general. Tras lo cual, se sigue discutiendo, con la contribución de “expertos” que se encargan de señalar que el evento es solo un indicador o la “punta del iceberg”, un ejemplo aún no sistematizado de un patrón que constituye una amenaza para la sociedad. En nuestro caso, el tema de las ITS correspondería, según esta lógica, al cambio de los tiempos, la pérdida de valores y la libertad sexual, concentrando, de esta manera, la atención pública.
 3. *Control social.* Se trata de una forma de confrontar la amenaza que conlleva el pánico moral. Según Cohen esta respuesta puede ser incluso vista en cambios dentro de las legislaciones, que pretenden castigar a los “desviados”, con lo cual se satisface a la opinión pública.

La percepción del riesgo y sus efectos sobre la intimidad

Giddens (2000) usa el término “sexualidad plástica” en referencia a la aparición de una sexualidad liberada del vínculo inmediato de la reproducción, que según él implicaría cambios en cómo se arman las parejas, en el amor y en el erotismo de las sociedades modernas. En este sentido, el establecimiento de relaciones igualitarias, democráticas y equitativas entre hombres y mujeres daría lugar a lo que el mismo autor llama “relación pura”.

La “relación pura”, entonces, ha surgido en las sociedades contemporáneas, que están tan segmentadas, como resultado de que, por ejemplo, las mujeres tengan más control sobre la concepción, es decir, que hayan podido acceder a técnicas cada vez más avanzadas en anticoncepción. Esta realidad posibilita el incremento de experiencias en el plano sexual antes del matrimonio; en otras palabras, que las mujeres puedan tener acceso a las mismas prerrogativas en el plano de lo sexual que han tenido, históricamente, los hombres, lo que normalmente ha sido objeto de admiración, y lo que no sucedía con las mujeres.

Esta “transformación de la intimidad” conlleva, según Giddens, a que los imaginarios acerca de la feminidad como virtud se debiliten y permitan un reconocimiento al ejercicio “libre” de la sexualidad femenina. Aquí me refiero al control de la natalidad, como “liberación” de la sexualidad de la reproducción y el parentesco, que, a la vez, permite

la división del amor romántico de la pasión, lo que se denomina “amor confluyente”.

Lo que Giddens y otros seguidores como Galende (2001) llaman “la transformación de la intimidad” al parecer responde a elementos subjetivos, más que a la constitución misma de la pareja. Moreno (2008) opina que en el caso de las mujeres, la constitución de la pareja y de la familia, ellas aún vinculan su sexualidad al hecho de la maternidad, por lo menos en las realidades latinoamericanas. Y observa que, aunque las formas de amor confluentes y democráticas son percibidas por los sujetos (en especial por lo más jóvenes) como positivas, no corresponden a hechos que sucedan en la práctica.

Esto se debe a que las sociedades contemporáneas latinoamericanas, con una marcada segmentación social y un contraste que se da con base en las diferencias de acceso al capital simbólico y económico, y con legados conservadores respecto a la sexualidad, no viven el ideal de democracia que supone la relación de pareja. Las transformaciones de las que se puede hablar en nuestras realidades corresponden a las experiencias que las mujeres, solas o en pareja, adquieren en distintas etapas de su vida, y esto, entonces, más que con la institución de una pareja democrática, tiene que ver con los procesos de construcción del individuo y los condicionantes sociales en los que se produce.

El orden moderno se basa en el principio de orden y autoridad. Para Beck (1999) las instituciones modernas han proclamado la individuación, aunque son, más bien, procesos incorporados. Contemporáneamente, las instituciones dejan de tener el mismo peso, no existen referencias únicas, lo individual se construye, por tanto no hay individuos sociológicos determinados. Los individuos son construcciones históricamente dadas.

Se puede señalar que las mujeres en la realidad ecuatoriana siguen trayectorias distintas a las planteadas por Giddens o Castells y en ese aspecto es necesario mostrar desde dónde hablan las mujeres, es decir, distinguir el aspecto socioeconómico y el origen étnico, ya que la experiencia de una “relación confluyente” instalada en sectores económicos “altos” no es comparable con los procesos que se dan en clases medias o “bajas”, pues las expectativas, roles y proyectos personales responden a distintas exigencias, que tienen que ver, por ejemplo, con el factor de la subsistencia y la información circundante.

Este es un hecho que aparece claramente en temas de salud sexual y reproductiva, los discursos de saber-poder, aunque no hegemónicos, plantean una tensión importante entre comportamientos sexuales y miradas moralizantes hacia la sexualidad, con base en el pánico y la alarma. Este aspecto es el que me interesa investigar, por tal razón, he decidido abordar el tema de las infecciones de transmisión sexual desde donde se puede acceder a un espectro de discursos que inciden en la generación de mecanismos de “autocontrol” en las personas, el caso del Virus de Papiloma Humano me parece pertinente, pues alrededor de este los discursos son bastante enfáticos en aspectos de regulación, dirigidos principalmente hacia las mujeres.

Metodología

Debo señalar que la metodología, tal como la había planteado al inicio, tuvo modificaciones que son importantes de señalar. En el esquema original planteé hacer un estudio con alcances comparativos entre mujeres de distintos sectores económicos, para obtener percepciones distintas acerca de la información obtenida sobre salud sexual, principalmente en lo relacionado con infecciones de transmisión sexual, y, más cercanamente, al diagnóstico de Virus de Papiloma Humano. El objetivo se cumplió en parte, sin embargo, no pudo hacerse el análisis comparativo propuesto ya que el acceso a información de mujeres con este diagnóstico presentó varios obstáculos en los centros médicos del proyecto CEMOPLAF (Centro Médico de Planificación Familiar), como lo fue la negativa de las personas a hablar y, si se quiere, exponer públicamente un tema privado.

Por esta razón, quisiera aclarar que las entrevistas que se lograron formular para esta tesis pertenecen a voces de mujeres que no necesariamente completaron su tratamiento en centros de CEMOPLAF, pero en las que, gracias a su apoyo, pude encontrar ciertos puntos en común respecto de su experiencia con este tipo de diagnóstico.

En términos generales, formulé mi propuesta de investigación con un enfoque metodológico multisituado. Mi objetivo, como ya lo he señalado, fue abordar desde el HPV (Virus de Papiloma Humano, por sus siglas en inglés) la visión y el discurso médico y salubrista respecto del tratamiento y la atención a las mujeres, y descubrir si este discurso actúa o no como disciplinador de la “sexualidad femenina”.

La etnografía multisituada permite al investigador o investigadora recoger, registrar y recrear, a través de distintas localizaciones, el efecto de simultaneidad de los fenómenos dentro de sociedades complejas (Núñez, 2004).

La ventaja que ofrece la metodología es la unión de varios discursos que se encuentran fragmentados, a través de los cuales es posible capturar procesos, saberes y comprensiones de tiempo y espacio distintos, pero articulados.

En este caso, un eje central de la metodología fue la vida cotidiana como “espacio microsocioal por excelencia. Asumimos que es el dominio de las relaciones interpersonales cara a cara, es el ámbito de lo obvio, de lo común, lo que se da por sentado. A la vez es el escenario donde se produce y reproduce diariamente el orden social.” (Valdés et al., 1999: 15).

En este intento por explorar cómo este tipo de discurso es recibido por las mujeres y hombres, los modos en que se interpreta y se asimila en distintos escenarios socioeconómicos (medios y populares) planteé, en el esquema inicial, acudir a varios subcentros del proyecto CEMO-PLAF, donde conocí a las personas con quienes debería mantener un contacto inicial, para los permisos respectivos. El trabajo se realizó en estos mismos espacios, con un alcance muy limitado a la información estadística de casos de mujeres y/o parejas que acudían a consulta bajo diagnóstico y/o tratamiento de esta infección.

Partiendo de este objetivo general, se buscan los siguientes objetivos específicos:

- Identificar formas discursivas institucionales-médicas y sociales respecto de la sexualidad femenina.
- Explorar cómo el discurso de “sexo seguro” es recogido por las mujeres en cuyos casos ha existido o existió un diagnóstico y tratamiento del problema de HPV.
- Descubrir las formas de recepción/negociación de las mujeres de diferentes estratos sociales, respecto del discurso de “sexo seguro”, en su vida cotidiana, en su relación de pareja tras acceder a materiales informativos y/o tratamientos recomendados, diseñados por expertos en salud sexual y reproductiva (médicos ginecólogos, obstetras, capacitadores, etc.).

Dentro de este último objetivo, pretendo recoger los efectos de los discursos que se emiten desde un sistema experto, como es la medicina ginecológica, entendidos como discursos de poder en la vida cotidiana de mujeres y hombres. Es decir, estudiar los ecos de esa reproducción del discurso y los sitios desde donde son emitidos, los lugares del ejercicio mismo del discurso médico.

Escenarios

En etnografía, se denomina “sitios” o *sites* a una localización física o espacio social, cuya ubicación se define a partir de la dinámica del fenómeno que se estudia. Y son relevantes en tanto pueden revelar las fuerzas que operan a nivel macro, local, nacional y global (Núñez, 2004).

Para llevar a cabo los puntos anteriores se trabajó en distintos centros pertenecientes al proyecto del CEMOPLAF, ubicados en el centro y norte de la ciudad de Quito.

Cabe señalar que el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) se crea como una institución privada, sin fines de lucro, en el año de 1974. Tiene entre sus funciones divulgar información sobre paternidad responsable, fertilidad, educación sexual, planificación familiar y juventud, dirigida a estudiantes, maestros, profesionales de la salud, fundaciones, etc. Por esta razón se decidió tomarlo como un *site* central en el estudio, en tanto recogía todas las características esperadas.

Recepción de los discursos médicos entre mujeres y hombres

La etnografía comparativa y multisituada involucra dos momentos, tanto para el investigador como para los agentes sociales, que son: el estar y el representar (Núñez, 2004).

El estar implica delimitar la localización, asumir un rol, y establecer una relación y ciertos niveles de participación y familiaridad con el grupo con el que se trabaja, desde los *sites* o espacios señalados para la investigación.

A partir del estar se puede avanzar hacia el representar, que incluye las distintas miradas no solo desde el investigador o investigadora hacia

lo observado, sino que es de esperarse siempre un proceso en *feed back*, la interpretación de lo observado se da desde estos dos puntos.

Como se señaló anteriormente, esta investigación busca un tipo de información vinculada a la cotidianidad de mujeres y hombres, para tener un acercamiento a las interpretaciones de la sexualidad en sus propios contextos. Es decir, se busca explorar cómo esa información proveniente de los círculos familiares y comunitarios delinea su propia sexualidad y cómo, en esta medida, se recogen, integran o negocian los diagnósticos, prácticas y narrativas de la salud. Por esta razón, el trabajo de campo también debió ser realizado en las casas de las informantes.

Esta información se recuperó a través de entrevistas a profundidad y testimonios en los propios espacios de las informantes. En principio, el acercamiento a ellas se marcó gracias al encuentro en los escenarios de consulta. Sin embargo, no pudieron concretarse como entrevistas porque muchas de ellas manifestaban no querer hablar públicamente del tema, por falta de tiempo o por razones diversas.

Por esta razón decidí, aun tomando como base el esquema de trabajo inicial, contactar a mujeres con las mismas características señaladas anteriormente, pero que no fueran diagnosticadas y tratadas únicamente en el CEMOPLAF, sino en otros espacios de consulta y de salud reproductiva, dentro de la ciudad de Quito, quienes tuvieron mucha apertura y preocupación por hablar y señalar sus puntos de vista, y a quienes agradezco profundamente su colaboración y valentía, y, sobre todo, el haber confiado en mí al hablar de un tema que no es fácil de tratar en círculos públicos. Esto me permitió no solo indagar sobre la recepción de los discursos, sino abrir un punto más en el análisis, hacia los efectos de los discursos sobre la intimidad.

La investigación estuvo influenciada por la lectura de la sexualidad femenina en relación con la ciencia médica en tanto discurso de poder, desde una nueva interpretación, a partir de la interpelación al poder “desde abajo”. Para esto retomo los términos “biografía del riesgo” y “biografía del peligro” de Beck. En este sentido, la presente investigación pretende rescatar las voces de las mujeres desde distintos posicionamientos y la definición y construcción de la identidad bajo este contexto.

Discursos médicos

La unidad de análisis fue el discurso, entendido como una forma de saber particular expresado en poderes y prácticas, a través de las cuales se promueve y justifica a sí mismo. Los discursos para efectos de esta investigación fueron todos aquellos provenientes de la institucionalidad médica y los que se manejan social y cotidianamente (círculos familiares, comunitarios, etc.) acerca la sexualidad femenina, para esto fue muy importante tomar siempre en cuenta el punto de enunciación de los mismos.

Los discursos comprenden prácticas y narrativas médicas y salubristas, tomando como central al discurso del “sexo seguro”. Esto se hizo a través de la recolección de documentos y publicaciones médicas, así como de datos provenientes de la observación en el centro de salud; esta última estuvo dirigida a identificar colaboradores claves para la realización de entrevistas a profundidad o testimoniales.

El esquema metodológico, sin mayor modificación, se mantuvo de la siguiente manera:

Diagrama 1
Discursos

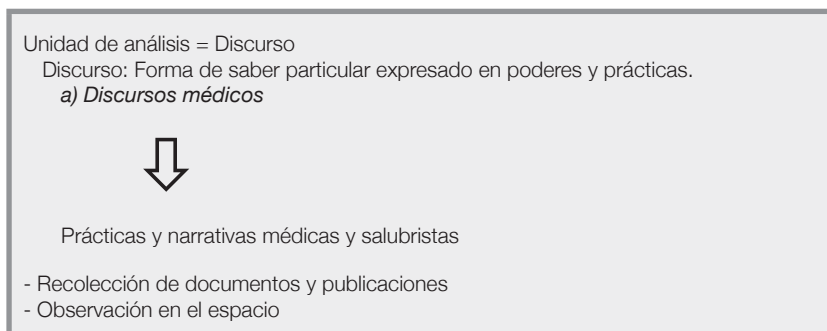
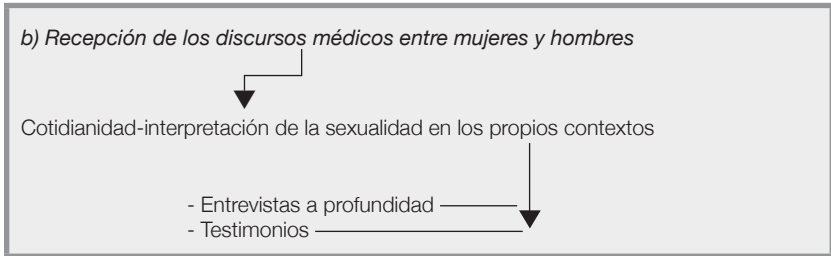


Diagrama 2
Recepción de los discursos



Reseña de los capítulos

Esta tesis está dividida en cinco capítulos. El primer capítulo, “La organización social, el control y las sexualidades”, incluye el debate teórico y el alcance metodológico de la investigación. Teóricamente, el debate comprende la sexualidad, el biopoder y la regulación, las resistencias y la construcción de los pánicos morales-sociales. Metodológicamente, se hace una descripción del proceso de la etnografía multisituada, y del trabajo etnográfico que se realizó durante la investigación.

El segundo capítulo, “Población, despoblación y pánico social”, está concebido a manera de un intento de búsqueda arqueológica de datos históricos y de hallazgos que me permiten hablar de una continuidad “de control” en los discursos políticos o ligados a la medicina como ámbito de legitimación de las políticas públicas, hacia el momento de transición que se recoge en el Capítulo III.

El tercer capítulo, “Los discursos médicos y el Virus de Papiloma Humano”, recoge la característica principal de la transición, es decir, la ideología del desarrollo que en sociedades como la ecuatoriana modificó los modos de existencia política, económica y educativa. En la segunda parte de este capítulo hago una descripción de lo que se denomina Virus de Papiloma Humano (VPH), con base en documentos y más publicaciones médicas, y entrevistas con funcionarios de salud, apuntando al caso del CEMOPLAF en el Ecuador, como uno de los agentes paraestatales de salud sexual y reproductiva, para delinear un modelo (o un acercamiento) a tipologías de discurso sobre sexualidad saludable.

El capítulo IV, “Voces de mujeres. Temor, negociación e intimidad”, recoge testimonios de mujeres respecto a la vivencia de la sexualidad, los

cuerpos y de la salud reproductiva. En este capítulo se analiza acerca de la generación de espacios de contestación a la normativa, a la estigmatización y a la producción-calificación de sujetos patológicos y sujetos saludables.

El capítulo V, “La sexualidad, una libertad condicionada”, es el último capítulo, que recoge las conclusiones y deja abiertos algunos cuestionamientos respecto a los dispositivos de control de la sexualidad, y un segundo momento trata la posibilidad de la vinculación de la sexualidad con la maternidad, y de las interpelaciones de los discursos de sexualidad femenina. Una vez abiertas, estas interrogantes permitirán nuevas posibilidades de interpretación.

Notas

1. En este sentido, el ejemplo que Foucault presenta sobre la época Victoriana es claro: “Este discurso –dice– busca enmascarar el sexo, ocultar e impedir hablar de aquello de lo que se hablaba, excepto en el contexto de la ciencia moderna, con el que se legitima un cierto tipo de moral.”

CAPÍTULO II

POBLACIÓN, DESPOBLACIÓN Y PÁNICO SOCIAL

Introducción

Desde una perspectiva arqueológica de la relación sexualidad-salud, el imaginario de pánico o de “alarma social” parece ser una constante dentro de las discursividades médicas y, por extensión, de las políticas públicas de salud. Abordar las formas de discurso médico dentro de esta perspectiva, puede ser una forma de acercamiento para entender cómo la medicina ha sido un instrumento de apoyo y legitimación de políticas estatales insertas en la historia ideológica del progreso, la civilidad y el desarrollo, cuyo éxito parecería expresarse en el control sobre los cuerpos.

El cuerpo, según la mirada de Foucault (1985) y dentro de un “orden del discurso”, no es sino el resultado de las huellas de la historia. Desde el elemento fisiológico hasta la elaboración más sofisticada, el cuerpo queda comprendido en el marco de la realidad que crea el discurso. Por tanto, el discurso es una práctica que lleva a la acción, promueve prácticas sociales y representaciones que corresponden a un campo y a la episteme de una época específicos, en este caso, la época de la consolidación de los proyectos nacionales y las ideologías de consumo-desarrollo económico, donde el discurso médico se centra en una comprensión biologizada del cuerpo, correspondiente a un cuerpo social ordenado.

En el presente capítulo pretendo acercarme a una descripción de los escenarios y representaciones de América del Sur y de Ecuador en específico, en el contexto de lo que, a mi modo de ver, implica una transición entre los discursos de la maternidad, que favorecían el poblamiento y los discursos de maternidad tendientes a la despoblación (médicos y políticos); y a cómo se han construido las políticas de control sobre los cuerpos. Discursos de dos épocas específicas, en los cuales se expresa una cierta continuidad en el discurso de control: el maternalismo, la higienización y la civilidad en los estados liberales (de inicios del siglo XX) como parte de la política natalista; y, por otra parte, el apareamiento de la “problemática” poblacional, la ingerencia de organismos internacionales y la implantación de políticas poblacionales y control de la natalidad en América del Sur y en Ecuador.

Tomo como centrales, para el caso de América Latina y Ecuador, dos hechos fundamentales: la Guerra Fría y la Revolución Cubana, que tuvieron como contraparte en la región la firma de la Carta de Punta del Este y el cambio de objetivos de los estudios de población de las tasas de crecimiento hacia los temas de desarrollo, población y escasez de recursos. Se trata de un contexto en el que América Latina era vista como un polo de subdesarrollo, debido a su creciente demografía, y un centro de inestabilidades políticas y revolucionarias.

En una segunda fase del capítulo, se describe la época en que los discursos vienen acuñados en una retórica de desarrollo económico y social y de lenguajes políticos de “bienestar social”, “calidad de vida” y “seguridad ciudadana”. Lenguajes reflejados en el discurso médico y sanitario —uno de los prioritarios en las líneas del desarrollo—, en el que las prácticas apuntaban a informar y difundir métodos anticonceptivos como medida para controlar la natalidad y el subdesarrollo, y en el que aparecen organizaciones paraestatales vinculadas al tema financiadas por gobiernos estadounidenses (para lo cual tomo como ejemplo el caso del CEMOPLAF y su discurso organizacional).

Este capítulo se basa en un trabajo de investigación bibliográfica e histórica de fuentes del Archivo de Medicina Dr. Eduardo Estrella, del Fondo Histórico Jijón y Caamaño de la Biblioteca del Banco Central del Ecuador. Se revisaron publicaciones de CEPAR (Centro de Estudios de Población) acerca del tema de la población en Ecuador, conjuntamente con informes preliminares de instituciones que trabajan el tema de la

natalidad y la sexualidad en la ciudad de Quito, particularmente el caso CEMOPLAF.

Antecedentes: el maternalismo

Los estudios han señalado cómo en América Latina, la modernidad ilustrada de los siglos XVIII y XIX incorporó un sistema de conocimiento y racionalidad, con el que aparece el ideal de ciudadanía moderna y de Estado nacional. Para Goetschel (2002), en el siglo XIX, en Ecuador, fundamentalmente durante el gobierno de García Moreno, el discurso oficial sobre la mujer destacó su función materna, doméstica y el ámbito de su formación, eminentemente privado.

En el período liberal se manejó el discurso del bienestar físico y moral de la población y se definió las características de los nuevos ciudadanos, lo que implicó dejar de lado lo “tradicional”, con nuevas técnicas que se buscaban interiorizar en los sujetos acerca del cuidado del cuerpo, la higiene y disciplinamiento, a fin del mantenimiento y mejoramiento de un todo biológico social, tanto en su funcionamiento fisiológico como moral, a través, por ejemplo, de obras de “conducta ejemplar” destinadas, en gran número, a niñas y jóvenes, las mismas que, de modo general afirmaban que la felicidad y la buena conducta moral y física de los miembros de la familia eran responsabilidad única de las mujeres, ya que a ellas les correspondería “[...] velar, desde la más tierna infancia, por la moral y la buena conducta y la formación de un *habitus* adecuado para el cumplimiento de su rol” (Goetschel, 2002: 13).

El discurso de las ciencias biológicas y médicas es incorporado a los debates políticos y educativos sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, como explicación de un “orden natural” sobre los significados de la diferencia sexual, de la relación razón-cuerpo, naturaleza y vocación social de los hombres y de las mujeres (Bonan, 2003: 25).

Esta lógica logró incorporar una nueva diferenciación entre lo “patológico” y lo “normal”, entre lo “sano” y lo “contaminado”, es decir, generó un horizonte de lo que debía perseguir la sociedad en su conjunto y de todo aquello que debía combatir.

Clark (1995) menciona que Ecuador, en este período (1910-1945) se caracterizó por una profunda crisis económica, que afectó diferencialmente a las distintas regiones y clases. Debido a la crisis, se generó

un proceso acelerado de migraciones internas y de urbanización, con el incremento de las tasas de mortalidad infantil en las ciudades, en torno a los “peligros higiénicos y morales de las áreas urbanas”, según los discursos emitidos por las autoridades públicas de sanidad, para el año de 1914 (Clark, 1995: 185).

El cuidado y la protección de la infancia se volvieron temas de debate público y, aunque las estadísticas demostraban el aumento de los nacimientos, también señalaban el incremento del promedio de muertes infantiles. Tanto las políticas como los proyectos nacionales se orientaron al fomento de la atención infantil, encaminados por médicos expertos, quienes subrayaron como primordial la lactancia materna. Es así como el discurso médico y político de la época llegó a advertir como espacio primordial de intervención sanitaria al hogar y a los cuerpos de las madres (Clark, 1995: 186), ya que la familia se entendía como una unidad básica entre la nación y la ciudadanía (Clark, 1995: 186); por tanto, el comportamiento moral de padres y madres pasó a ser un plan de interés general.

El papel central de las mujeres estaba en su aspecto reproductivo; en otras palabras, su deber no se quedaba solamente en el crecimiento de la población, en un estricto manejo y un objetivo “de uso” de su sexualidad, sino, además, en el de procurar el desarrollo de ciudadanos sanos y productivos (Clark, 1995: 186), por lo que se creyó necesario entregar a las mujeres conocimientos científicos, de la ciencia médica de la puericultura, para la crianza de los niños.

Traslapado, aparece el temor social a los nuevos roles que estaban alcanzando las mujeres en los espacios públicos; la profunda crisis económica llevó a que las mujeres de los estratos más pobres empezaran a formar parte del mundo laboral, a salir de sus hogares, especialmente como obreras. Por estas circunstancias debían dejar a sus hijos con sus vecinas o en orfanatos. A esta nueva posición laboral que ocupaban las mujeres se adjudicaron las deficiencias en salud de los infantes.

Aunque se crearon centros de cuidado infantil, dirigidos por mujeres de “alta” sociedad involucradas en trabajos de caridad, los médicos fueron los primeros en enfatizar la necesidad de que el cuidado de los niños debía obedecer, más que a la buena voluntad, a razonamientos médicos y científicos y, en menor medida, al proyecto liberal nacional (Clark, 1995: 194).

Los médicos relacionaron el aumento en el índice de mortalidad infantil con la falta de instinto materno en las mujeres, que por entonces empezaban a incursionar en lo público. Señala Clark:

[...] aunque las mujeres fueron vistas como particularmente apropiadas para prodigar cuidados, no implica que el instinto maternal fuera percibido como algo natural e innato. En el contexto de los debates sobre el bienestar de los niños, el instinto maternal fue reconceptuado como algo que requería formación científica (Clark, 1995: 194).

De esta forma, el cuerpo de las mujeres se convierte en un objetivo de intervención de la medicina que, apoyada por el Estado, “reorganiza” los conocimientos femeninos en materias de higiene, sexualidad y sanidad familiar, y por tanto se reestablece la imagen de la mujer-madre como transmisora de estos modernos conocimientos.

Inculcar la educación de hogares higiénicos y el aprendizaje del instinto maternal en las mujeres apuntaba, entre otras cosas, a apartarlas de la seducción que, se creía, ejercían algunos hombres, para conducir las a la prostitución. Con el despliegue de estos esfuerzos se evitaría, además, la transmisión de enfermedades venéreas, que según los médicos constituían un “veneno racial” capaz de degenerar a la población en su totalidad (Clark, 1995: 199).

Las enfermedades venéreas, por los años veinte, en Quito, según lo que recoge Clark, fueron tratadas en espacios determinados y bajo vigilancia específica, dentro de instancias creadas para el efecto por la sanidad pública², y que involucraban, por cierto, el tema del control racial, ya que para los proyectos de progreso nacional, la raza era un atavismo a eliminar.

Los intentos civilizatorios buscaban la “destradicionalización” de la sexualidad, se manejaban en relación directa entre educación, moral y salud que se confrontaban a la tradición, que se consideraba un escollo en el camino al progreso, donde, al parecer, la ignorancia y la inmoralidad se expresaban en un manejo “descuidado” de los cuerpos.

El control de la natalidad

El desarrollo y la población

En esta parte quiero hacer referencia a los procesos regionales que se configuraron tras la Segunda Guerra Mundial en la región. No es mi interés abordar el tema de la Reforma Agraria, que es quizá uno de los puntos más profusamente estudiados de la época, sino enfocar el tema de la población y de este como un problema en torno a las metas de desarrollo que se planteaban como una prioridad universal³.

El paradigma del desarrollo es, probablemente, uno de los más utilizados durante la segunda mitad del siglo XX (Devés, 2000: 21) y está íntimamente ligado al del subdesarrollo. Como tal, el desarrollo ha sido vinculado a la idea de “crecimiento económico” o como un sinónimo de este.

Devés (2000) considera que el desarrollo es un proceso autosostenido que involucra a la sociedad en su conjunto y en el que han confluído, en primer lugar, elementos económicos, acompañados por factores sociales, políticos y culturales, identificados, muchas veces, con una mejoría en las condiciones de vida de las masas. “[y se] ha asociado a la industrialización, al progreso tecnológico-científico, a la urbanización, al aumento de ingreso per cápita y a mejoras en las condiciones de vida: alimentación, vivienda, educación y salud” (Devés, 2000: 22).

El desarrollo es un término del que, en América Latina, se empieza a hablar “en estrecha conexión con el mundo norteamericano, mucho más que con el europeo” (Devés, 2000: 22), a diferencia de lo que ocurría con el concepto liberal de progreso. El paradigma del desarrollo en la región es más bien funcional y tiene principalmente un carácter pragmático (Devés, 2000: 23), ya que la intención no era descubrir nuevos principios generales, sino aplicar los existentes al análisis de la realidad concreta y a la formulación de medidas necesarias para mejorar (Pazos, 1983; citado en Devés, 2000: 23).

En este sentido, el bienestar y el desarrollo eran considerados metas a alcanzarse a través del crecimiento económico, que podría ser medido a través del PIB. El crecimiento en el PIB demostraría el bienestar material y se esperaba que expresara el incremento en los índices de calidad de vida, deseable o alcanzable, de las personas a lo largo de su existencia.

Con el desplazamiento de las economías tradicionales hacia las economías de mercado se consolidan políticas fiscales de redistribución y de empleo que conforman una etapa de consumo masivo; en este sentido, los trabajadores que podían percibir ingresos por concepto de su trabajo se convirtieron en consumidores, lo que, aparentemente, profundizó las contradicciones que se daban entre lo tradicional y lo moderno (que se venía manejando, desde épocas del liberalismo, entre lo deseable y lo inconveniente), se consolidó, en este momento, la expansión de una forma de economía monetaria.

Por su parte, las teorías y la ideología del desarrollo económico de los años sesenta y setenta vivieron su “etapa de gloria”, debido a que los gobiernos de la región y la política exterior de Estados Unidos se orientaron hacia la búsqueda de una alternativa política a la Revolución Cubana, en programas como Alianza para el Progreso y una incidencia política cada vez mayor de organismos internacionales.

Según Rodríguez y Yoclevzky (1986) en esta época se empezaba a notar un desplazamiento del interés de los estudios de población —de los problemas relativos al crecimiento de esta— hacia los temas de la distribución de los recursos, vinculando las políticas de población con las políticas públicas en general, dentro de cada país (Rodríguez y Yoclevzky, 1986:38), con obvias diferencias en el tratamiento de estos problemas.

A finales de los sesenta, organismos como las Naciones Unidas (ONU) y el Fondo para la Población (UNFPA) concedían ayuda en materia de población a los países en vías de desarrollo. Los problemas relacionados con el crecimiento poblacional y la población, entendida como campo de asistencia técnica, eran conceptos nuevos para la época, por eso este y otros organismos internacionales formularon y aplicaron políticas y procedimientos dirigidos hacia los países en vías de desarrollo, a través de voluntariados y programas de asistencia para el desarrollo, de lo cual Alianza para el Progreso es un ejemplo. A lo largo de estos años el Consejo de Población ha desarrollado investigaciones en anticoncepción, y otras organizaciones como el UNFPA han comercializado mundialmente la T de cobre (Embíd, n/d: 4).

El final de los sesentas y principios de los setentas, es una época en la que los países receptores empezaron a formular proyectos de desarrollo que respondían al concepto dominante de la población, el bienestar y la

calidad de vida, donde los puntos a solucionarse involucraban cuestiones como dinámicas de población, políticas de población, educación y planificación familiar (Salas, 1979: xi).

La ayuda internacional incluía otros aspectos del desarrollo, pero la atención se centró en la población, y se fue extendiendo en la medida en que “los países fueron aceptando como válidas estas actividades” (Salas, 1979: xii).

La visión del imperio, intervención en el problema de la población

Los trabajos contemporáneos de las relaciones poscoloniales intentan abandonar viejos paradigmas de conspiración entre centro y periferia, y prefieren construir una alternativa de “encuentros culturales”. Gilbert (1998), por ejemplo, sugiere que es necesario no solo analizar los intercambios socioeconómicos, sino entender los flujos multidireccionales de las ideas, las personas y las instituciones, en una comprensión mucho más amplia de cómo se dan estos flujos, cómo se reciben, cómo se contestan y cómo son apropiados en cada uno de los espacios donde se han dado estos “encuentros cercanos”, para entender las motivaciones particulares que mueven o no las conductas sociales (Gilbert, 1998: 13).

Los cambios culturales operados en las relaciones internacionales, desde esta perspectiva de la poscolonialidad, narran momentos específicos de las relaciones históricas entre Estados Unidos y América Latina, en un marco de influencias mutuas y de lo que Stern (1998) llama “paradojas locales” y “significados diacrónicos” de esos encuentros con el imperio; de lo que Salvatore llama la representación del “imperio informal” (1998, 2006) de sus agentes, mecanismos, discursos que, “por la empresa del conocimiento”, América del Sur fue vista a través del lente de los Estados Unidos.

El perfil de orden y expansión del repertorio ideológico del imperio informal que, aspiraba “atacar” viejos temores como la diferencia racial y su potencial revolucionario (en la llamada “América india” o andina de Perú, Ecuador y Bolivia), la necesidad del control de la energía sexual y la formación de mercados de consumo, guiados, según Salvatore, por las mismas representaciones imperiales, pero a la vez tenía como consig-

na acumular y sistematizar el conocimiento sobre esa otra América. De ahí que se crearan centros, universidades, espacios destinados a “conocer” e informar acerca de las costumbres, las “necesidades” y problemas sociales de la región, como los comités de cooperación, instituciones filantrópicas privadas, etc. (Salvatore, 2006: 166).

La aspiración central del “imperio informal”, en la época del Panamericanismo a la que refiere Salvatore, buscaba que sus “hermanos menores del Sur” (ya que se prefería hablar en términos de fraternidad antes que de paternalismo) superaran de manera gradual y pacífica todos sus atavíos conservadores, para que pudieran alcanzar democracias raciales, en las que sus gobernadores atendieran las demandas de las poblaciones negras e indias, comúnmente excluidas, para que de esta manera fueran menos reticentes al intercambio comercial, ya que supuestamente este sería un canal por el que se superarían los conflictos raciales (Salvatore, 2006: 158).

Esta empresa del conocimiento fue el más importante discurso unificador de las intervenciones de los mediadores norteamericanos, un lenguaje común de la autoridad imperial informal (Salvatore, 2006: 178). Este imperio, sobre todo moral, no consistía en la agresión, la conquista violenta o la intervención militar (directa por lo menos), sino en un poder e interacción pacífica, un lenguaje diplomático e informado con respecto de los vecinos del sur, en la inducción y en el ejercicio de una forma política que los condujera hacia el consumo a través de estrategias más sutiles, como la publicidad y tecnología visuales, que los hicieran sentir dentro de un mundo en desarrollo.

Este es, quizás, el argumento central, un imaginario específico de América del Sur por el que se hacía urgente apoyar e intervenir para solucionar los que, tras la observación específica y sistematizada, parecían ser los principales problemas de sus pueblos, y “entregarles” mecanismos por los cuales se salvarían del subdesarrollo, entre los que la ignorancia, propia de las élites conservadoras, era quizá, el problema principal. Los mecanismos podían ser directos o indirectos, por eso se pensó que el control poblacional de esta región del mundo, necesariamente sería fuente de crecimiento económico, y traería, por añadidura, el desarrollo social, el bienestar y la seguridad de los ciudadanos⁴.

Las tres últimas décadas del siglo XX fueron, para varios organismos internacionales tales como el Consejo de Población, un período

revolucionario, no solamente en el sentido político sino dentro de las ordenaciones mundiales de patrones de vida, de aspiraciones básicas de bienestar social que podrían reflejarse en determinadas condiciones de salud, de educación y de estatus de las mujeres (Berelson 1954; citado en Jones, 1975: 9).

El que los gobiernos del tercer mundo encaminaran acciones para la obtención de tales metas se entendía como un proceso evolutivo gradual, por el que debieron transitar, años antes, los países desarrollados. Esta revolución, sin embargo, encontraba un importante obstáculo en el “vertiginoso” crecimiento poblacional, que parecía ser característico de las áreas que presentan menor desarrollo económico y “acentuados” niveles de multiculturalidad, y que, a pesar de los esfuerzos realizados, no lograban salir de esa condición.

[...] esa realización (de desarrollo) está obstaculizada por el rápido crecimiento poblacional y los esfuerzos más enérgicos, a menudo, son nulificados por el acrecentado flujo de números. Demasiados países han estado trabajando duramente para progresar, solo para encontrarse que están en el mismo lugar (Berelson 1954; citado en Jones, 1975: 9)

Los programas de planificación familiar

Los programas de planificación familiar en los países en “vías de desarrollo” eran considerados verdaderos esfuerzos de “ingeniería social” (Jones, 1978: 24). De ahí que su reconocimiento era condición urgente y necesaria para lograr el equilibrio entre las tasas de natalidad- mortalidad y desarrollo.

Los técnicos, analistas y políticos del mundo desarrollado veían un desbalance en la situación demográfica de América del Sur, que aparentaba una situación poblacional “única” pues, comparativamente con los países desarrollados que mostraban una tendencia hacia el descenso del índice de nacimientos, las tasas de muerte aumentaban en los primeros, y por tanto la densidad era aun más alta, pese a contar con las llamadas “válvulas de escape”, como la migración (Jones, 1978: 24).

Los programas de planificación familiar aparecen, en los años sesenta, patrocinados por los gobiernos en la mayoría de países asiáticos, en el Caribe y en algunos países africanos. En otros países existía un respaldo

público de los gobernantes para actividades de planificación familiar, aunque estas no eran parte de las políticas oficiales, particularmente en América Latina, donde se señalaba que:

el abierto patrocinio del gobierno para los programas de planificación familiar ha tenido un lento desarrollo porque estos han debido enfrentarse a la doctrina Católica Romana oficial (Jones, 1978: 25).

Según los estudios que para finales de los setenta se realizaban entre investigadores sociales y médicos, el 72% de la población de los países en vías de desarrollo contaba con legislación y políticas de anticoncepción o programas de planificación oficiales, y un 9% de estos países apoyaba las actividades de planificación, aunque no oficialmente; y se calculaba que, para la década, un alto porcentaje de mujeres en edades reproductivas usaba métodos anticonceptivos, posteriormente a la incorporación de programas nacionales de planificación familiar.

Pese a esto, quedaba aún la duda de los efectos de estas políticas en muchos de estos países que no contaban con las condiciones sociales y económicas consideradas idóneas, porque los técnicos no lograron obtener evidencias claras de que la reducción de los niveles de fertilidad fueran producto exclusivo de los programas, si los países no entraban en francos procesos de modernización (Jones, 1978: 26).

Si la modernización era uno de los condicionantes básicos para el decrecimiento poblacional y el aumento de los niveles y la calidad de vida de la población, se podría colegir que este proceso involucraba la creación y expansión de mercados de consumidores, con cierto poder adquisitivo, que acompañara la posibilidad de alcanzar los estándares de vida esperados, bajo el supuesto de que de los países “encaminados” hacia el desarrollo se esperaba un cierto modelo de estabilidad política y bienestar social.

Un segundo elemento a considerar, para entender el éxito de las políticas de planificación familiar en los países subdesarrollados, dependía no solo de la adopción y respaldo oficial, sino de que esta posición oficial, a su vez, fuera reflejo de un alto interés de “desarrollo social y económico de los países interesados” (Jones, 1978: 26). Es decir, era imperante la adopción oficial de tales medidas dentro de las legislaciones nacionales,

ya que de lo contrario, estos países se verían automáticamente excluidos del tan ansiado elefante blanco del desarrollo, el progreso y el bienestar.

La simple voluntad de los países y de sus gobiernos por apoyar estas políticas no tendría el efecto esperado, que, por el contrario, tendrían aquellos que decididamente incorporaran medidas complementarias para su cumplimiento, es decir, acciones directas para prevenir los embarazos y disminuir las tasas de crecimiento familiar hasta un óptimo deseable.

El problema es que muchos de los países que se enfrentarán a un aumento masivo de población durante las próximas décadas [...] están lejos del nivel de desarrollo socioeconómico en el cual los programas de planificación familiar se muestran prometedoramente fructíferos [...] en una anticipada y pronunciada disminución en las tasas de nacimientos. No hay evidencia de que el tamaño de la familia ideal en los países en vías de desarrollo —aun cuando es más baja en una óptima familia— es lo suficientemente bajo para prevenir el considerable y continuo crecimiento poblacional previsto para fines de siglo. Ahora, dado estos hechos desagradables, es ampliamente reconocido que los programas de planificación familiar necesitan ser elevados y que otras acciones complementarias como la de proporcionar pagos como incentivo a las parejas por evitar la gestación, y hasta la de considerar la posibilidad de implantar recompensas y castigos, relacionados con el tamaño de la familia, deberían ser consideradas (Jones, 1978: 27).

Existió en la época un amplio debate externo e interno acerca de las decisiones que deberían adoptar los gobiernos de los países subdesarrollados para entrar en el camino del desarrollo, ya que su negligencia sería una causa de su automarginación del proceso, y esto obedecería, desde una lectura muy personal, a su propia irresponsabilidad histórica, la misma que se reflejaría en pocos logros alcanzados con respecto a tamaños ideales de familia o en procesos paulatinos de disminución “hasta un punto en el cual la fertilidad esté en o cerca del nivel *normal*”⁵ (Jones, 1978: 27).

Algunos momentos en la creación de las políticas poblacionales

En 1946, el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas creó la Comisión de Población con el fin de organizar estudios y asesoramien-

tos estadísticos sobre estructura y variaciones de la población mundial. Por primera vez se buscaba una relación entre factores demográficos y socioeconómicos. En el mismo año, se creó la División de Población dentro de la Secretaría General de Naciones Unidas, que hasta 1949 estableció un programa ampliado de asistencia técnica para los países en desarrollo.

Para 1952, Naciones Unidas empezó a proporcionar las primeras asistencias en planificación familiar, con la aplicación del “método del ritmo”, y entregó las estadísticas que medían la eficacia del método. Esto originó un gran debate y oposición social a nivel mundial, por lo que estos temas de planificación quedaron olvidados durante varios años.

En 1952 se creó, en Estados Unidos, el Consejo de Población (Population Council), avalado por John Rockefeller III. Este consejo es considerado una de las organizaciones más importantes en estudios de población, y cuenta con el grupo de expertos más importantes en demografía y políticas de población a nivel de Estados Unidos. La organización está financiada en su totalidad por capital privado, proveniente de la Rockefeller Foundation, la misma que ha financiado desde inicios de los sesenta la mayoría de programas de planificación familiar y esterilización, a través de la introducción de anticonceptivos hormonales orales⁶.

En 1954 se celebró la “Primera conferencia mundial de población”, auspiciada por Naciones Unidas y por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. La conferencia fue definitoria ya que, tras varias discusiones de los científicos reunidos, se aprobaron varias resoluciones y recomendaciones para los gobiernos de los países en desarrollo. Estas resoluciones estuvieron acompañadas, casi por diez años, por acuerdos internacionales, que exigían de los gobernantes mayor atención a los temas poblacionales y de control de natalidad dentro de sus políticas estatales.

En 1965, los estudios impulsados por Naciones Unidas apuntaron, por primera vez, a investigar la relación entre la planificación familiar y la situación de las mujeres. Estos estudios fueron avalados por movimientos feministas y por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Mediante estos estudios se consiguió la aprobación de la resolución 7, en la que se señala que “ambos cónyuges deben tener ac-

ceso a toda la información educativa disponible sobre planificación de familia” (Salas, 1979: xvii).

En este mismo período se determinó que, dados los índices de crecimiento poblacional y la escasez de recursos alimenticios y ecológicos, los gobiernos debían adoptar urgentes medidas de estabilización de la población, impulsando el control de la natalidad como política de prioridad social ante tan amenazante situación. Para esto debían incrementarse todos los estudios científicos y técnicos sobre fecundidad, que era el área donde mayor énfasis se debía poner, y, en menor medida, la mortalidad y la migración, con lo que se inició una campaña intensiva de asesoramiento, formación y capacitación en el área de planificación para los gobiernos de países en vías de desarrollo, los mismos que debían impulsar, modificar o ampliar programas o instituciones públicas que llevaran adelante programas de este tipo, siguiendo, claro, las directrices y recomendaciones de la Comisión de Población en los territorios nacionales⁷.

La Organización Mundial de la Salud, en este mismo período, adoptó, como una de sus principales funciones, la de:

dar asesoramiento técnico a los miembros que lo pidan, para la ejecución de programas relacionados con la planificación familiar e integrados en la acción de los servicios sanitarios establecidos, sin menoscabo de las actividades preventivas y curativas que incumben normalmente (Salas, 1979: xx).

En 1966, 30 países suscribieron una carta en la que se señala que la planificación familiar es: “el enriquecimiento de la vida humana, no su restricción, y que la planificación de la familia, al proporcionar mayores oportunidades a cada persona, da libertad al hombre para lograr su dignidad individual y realizar todas su posibilidades” (Salas, 1979: xx).

Por lo que se concretó un documento oficial suscrito por los representantes de los Estados miembros, en el que se reconoce que:

la planificación de la familia reviste vital interés tanto para la nación como para la familia, nosotros, los infrascritos, confiamos sinceramente en que los dirigentes del mundo compartirán nuestras opiniones y se nos unirán en esta gran empresa por el bienestar y la felicidad de todos los pueblos⁸ (Salas, 1979: xx).

Así, organismos adscritos a Naciones Unidas, como UNFPA, empezaron a ser los principales cooperantes en materia de planificación familiar. Este organismo se constituye como uno de los primeros apoyos en servicios de salud materno-infantil, bajo la solicitud expresa de los gobiernos y con la participación del Comité Mixto UNICEF- OMS (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- Organización Mundial de la Salud) de Política Sanitaria, que decidía sobre los proyectos a ser favorecidos. Las acciones de UNICEF han estado, desde entonces, enfocándose en la capacitación a personal de salud en el cuidado de la salud materno-infantil y la planificación familiar, y en la expansión de servicios de salud, con preferencia hacia la salud materno-infantil (Salas, 1979: xxi).

En 1980 se conformó la Federación Internacional de Planificación Familiar (Internacional Planned Parenthood Federation-IPPF), en 119 países afiliados, para coordinar diferentes acciones. Las organizaciones nacionales que surgieron con el objetivo de la planificación familiar, con diversas actividades y estrategias de control de poblaciones, actualmente cumplen con la difusión del Norplant y el desarrollo de programas piloto para pruebas de dispositivos intrauterinos y programas de esterilización (Embíd, n/d: 5).

Alianza para el Progreso y América Latina: el temor y la respuesta sanitarista al crecimiento de la población

Alianza para el Progreso es, quizá, uno de los puntales para la adopción de medidas de planificación familiar en la región, y particularmente en Ecuador. Esta organización nació en 1961, como un programa de ayuda de capitales, en la administración de Kennedy, que consistía principalmente en préstamos a largo plazo otorgados por instituciones oficiales (Citado en Levinson y de Onis, 1972: 7), bajo la premisa de la participación estatal como promotora del desarrollo económico latinoamericano.

La Alianza se creó basada en el supuesto de que América Latina, por su proximidad geográfica con Estados Unidos, era esencial para los intereses de seguridad de este país⁹. Por tanto, los negociadores enviados desde Washington fueron los más insistentes en los objetivos de la Reforma Social de la Carta, que firmaron los países latinoamericanos en Punta del Este “porque Estados Unidos competía con Cuba

para atraerse a las masas de América Latina” (Citado en Levinson y de Onis, 1972: 7).

Estados Unidos apoyó a los partidos políticos de clase media, ya que suponía que la clase media “instruida” constituía la mayor fuerza democrática y antirrevolucionaria. Este programa permitió, en cierta forma, concertar los objetivos inmediatos del gobierno norteamericano con los de la clase media.

En términos formales, este programa parecía apuntar a los principales problemas sociales que se estaban dando en América Latina: reforma agraria, educación, salubridad, ocupación, vivienda, población.

El “problema de la población” aparece en el contexto de las presiones revolucionarias y del inicio de regímenes autoritarios, con el incremento de la población en las ciudades tras la época de la industrialización. El supuesto de este “problema” era que los latinoamericanos “han sido lentos para captar las implicaciones de este acelerado crecimiento demográfico para la región” (Levinson y de Onis, 1972: 207) y que para el año de 1970 se estimaba en 275 millones, con un incremento anual de siete millones de personas.

Por otra parte, el tema del control de la natalidad era considerado un tabú entre las élites latinoamericanas, mayormente católicas¹⁰, y las facciones comunistas calificaron a las nuevas demandas de control de la natalidad como un “complot de los ‘imperialistas blancos’ para impedir que surgieran los pueblos mestizos al desarrollo” (Levinson y de Onis, 1972: 208).

La demografía, más que en épocas anteriores, fue un tema que ocupó a grupos médicos especializados —ginecólogos, obstétricos— y a las primeras organizaciones privadas internacionales de planificación familiar que llegaron a América Latina.

Con la influencia de Alianza para el Progreso, el control de la natalidad y de la población llegó a ser un tema político gubernamental. Por ejemplo, en 1966 en una reunión de la OEA, se propuso discutir la relación entre política demográfica y desarrollo; y en 1968, Estados Unidos destinó 25 millones de dólares al programa de ayuda para América Latina para financiar proyectos de planificación familiar, de investigación científica sobre reproducción y estudios de población (Levinson y de Onis, 1972: 209), en muchos países apoyados oficialmente.

Los programas de control de la natalidad, impulsados desde esta vertiente de desarrollo, tuvieron, sin embargo, fuerte oposición por parte de la Iglesia, que ha considerado, tradicionalmente, los métodos de planificación familiar como un aspecto negativo, y en similar medida, muchos sectores lo han atribuido al “machismo” de los latinoamericanos.

Durante los diez años en que se ejecutó la Alianza, el apareamiento de la píldora anticonceptiva fue, quizás, uno de los más fuertes impactos sociales en la región. A pesar de las oposiciones, para 1970 el número de usuarias de la píldora se calculaba en 2,5 millones, entre clases medias y altas.

Para movimientos contrarios a la propuesta¹¹ de la Alianza, la visión médica que promocionaba esta organización no trascendía las concepciones higiénico-sanitaristas como para transformar las condiciones que, por entonces se creía, eran las principales causas de enfermedad y muerte, sino que operaba solo al nivel de la “concientización”, no para manejar las situaciones “amenazantes”, como el crecimiento poblacional, con soberanía: “algo así como educar para convivir con el mal sin que este desaparezca” (Campaña, 1992: 69).

El énfasis en la “concientización sanitarista” de la Alianza entre los círculos médicos favoreció a acentuar la amenaza del crecimiento poblacional y el pánico ante el aumento de la fecundidad de las mujeres latinoamericanas, en cuyas manos estaba asegurar o no el freno de la explosión demográfica. En palabras de Campaña, de la línea contraria a la Alianza: “la explosión demográfica obstaculiza el mejoramiento del nivel de vida, y resumían el asunto a fórmulas [...] a mayor cantidad de gente poblando el globo, tanto más bajo el nivel vida” (Campaña, 1992: 69), poniendo, una vez más, la responsabilidad de la preservación y de la continuidad de la cultura humana en manos de las mujeres.

Felitti (2007) afirma que el movimiento de planificación familiar para el caso argentino, que perseguía como objetivo central promover la salud y el bienestar familiar, en la práctica se dio fundamentalmente para preservar una versión exitosa del capitalismo (Felitti, 2007: 2). Lo que, más allá de los debates y las resistencias a estos programas, determinó una gran diferencia entre política y práctica, ya que según los datos que analiza la autora, las mujeres, por lo menos en Buenos Aires, habían empezado a regular su fecundidad mucho antes de la aparición de las medidas de planificación familiar, aun a pesar de las críticas que hacían

las autoridades políticas y religiosas a este tipo de comportamientos. En este sentido, la realidad de estas mujeres no estaba guiada —por lo menos en forma total— por lineamientos políticos específicos que buscaban frenar la oleada revolucionaria latinoamericana, sino que se buscaron opciones de acuerdo a sus propios intereses de vida y de alcances o limitaciones económicos.

La visión más pesimista que imprimió la Alianza respecto del “problema poblacional” fue asimilarla a la figura de un “cáncer”: “el acelerado crecimiento de la población es, en alguna medida, análogo a la reproducción celular maligna, pues no solo demanda cantidades inalcanzables de alimento, sino que contamina al medio ambiente, con lo cual contribuye a su propia muerte” (Citado en Campaña, 1992: 70).

Políticas antipoblación

Las políticas de población se definían como “la adopción por parte del gobierno de un país de medidas deliberadamente orientadas a influir sobre una variable demográfica, ya sea como efecto principal de ellas o como efecto lateral previsto” (Urzúa, 1979; en Rodríguez y Yocelvezky, 1986: 100), por tanto, se entiende que estas podían ser explícitas o no, es decir, no preparadas deliberadamente por los gobiernos.

De los análisis acerca de los estudios y programas de población se pueden extraer dos conclusiones: la primera, que existía una estrecha relación entre el nacimiento de la problemática poblacional y la instalación de organismos y agencias internacionales en los países de América Latina; la segunda, que eran los altos niveles de participación directa o indirecta de los gobiernos los que incidían en las decisiones políticas y en los estudios de población, los mismos que giraban alrededor del crecimiento poblacional como traba para el desarrollo, lo que debía traducirse, a su vez, en una preocupación nacional, si bien antes la población no se había establecido como un tema de discusión política o ideológica.

En torno a esta temática se empezó a hablar de la pobreza (menos cantidad de recursos para una población que crece progresivamente), de la distribución del ingreso, de la falta de dinamismo de la economía latinoamericana —dedicada en su mayoría al monocultivo— y de otros temas similares, que llevaron a los gobiernos “modernos” y orientados al

desarrollo a crear urgentes medidas de control de la población, no como tales, sino como accesorias al desarrollo.

Las políticas de control de la población tenían que ver con un problema definido exteriormente a las realidades nacionales, pero que se enfocaba dentro un “retraso” hacia las metas del desarrollo, bajo el supuesto de que el crecimiento constante y acelerado de la población impediría mejorar sus condiciones de vida, además de verlo como una posible causa de inestabilidad política y de desequilibrios ecológicos.

Las políticas de control de la natalidad, al parecer, estuvieron acompañadas de prácticas y argumentos científicos no rebatidos, y de presiones de nuevo orden en países donde no se había planteado la posibilidad de que el crecimiento poblacional fuese un problema urgente a resolver y que se hubiera extendido a diversos sectores sociales y a todas las regiones (González, 1978; citado en Rodríguez y Yocelvezky, 1986: 103).

Delegación de políticas poblacionales: el caso ecuatoriano

Partiendo de la nueva relación que se diseñó entre desarrollo y población, también en Ecuador se empezó a decir que las tasas de crecimiento demográfico eran un freno para el desarrollo, ya que el progreso logrado hasta esos años se suponía menor al que podría haberse logrado con tasas de crecimiento poblacional menores, según el Informe de situación mundial del BID de 1991.

Los expertos empezaron a formular el “problema” en términos globales, recogiendo la inminencia de un “fin del mundo” (Campaña, 1992: 70), pues se menciona que las mujeres no controlaban su fecundidad de maneras apropiadas y el crecimiento descontrolado de sus familias hacía necesario poner en marcha algún tipo de control que restituyera el equilibrio obligatorio entre producción y reproducción humana (Campaña, 1992: 76).

Según una de las publicaciones mensuales del CEPAR, del año 1991, y a partir de un estudio realizado en Estados Unidos en 1990 sobre la calidad de vida de las 100 ciudades más importantes del mundo, se concluyó que “cuanto mayor población tenga una ciudad, peor calidad de vida podrá ofrecer a sus habitantes” (CEPAR, 1991: 25).

El interés del sector salud y de otros organismos por la cuestión materno-infantil fue una forma de atacar el problema de la natalidad y su

control, que estuvo íntimamente ligado a la nueva ideología de la “calidad de vida”. En las tendencias de los discursos médicos nacionales se incorporan también los términos calidad de vida, igualdad de oportunidades y equidad, como una expresión de “globalización de la cultura y los valores humanos” (Echeverría, 1997: 16, 17).

Este tipo de reformas en el sector y la inclusión de nuevos términos en las políticas y en los textos de salud pública obedecen a un nuevo orden internacional y a una redefinición de las relaciones del Estado con la sociedad, que tenían como premisa el “acercamiento” a la sociedad, prominentemente hacia las mujeres como administradoras de la salud familiar, para la construcción de lo que se denominó “nueva ciudadanía en salud y promoción de espacios saludables” (Echeverría, 1997).

Publicaciones de CEPAR recogen también los resultados de un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Dentro de esta investigación se elaboró un patrón de evaluación sobre el grado de bienestar y progreso humano en las ciudades, destacándose la seguridad ciudadana, salud, educación, calidad de vivienda, costo de alimentación, servicio telefónico, tráfico urbano y rural como elementos que permitirían medir el bienestar.

Estos parámetros reflejan la realidad agobiante de los países en desarrollo y es que en estos, el crecimiento poblacional versus los recursos y necesidades que demanda el aumento de la población, no mantener el equilibrio deseado. Además la falta de una política de población en los países en desarrollo complica más la situación (CEPAR, 1991: 5).

En este sentido, la aspiración de los Estados debía orientarse hacia el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos, con la implementación de políticas poblacionales basadas “en la necesidad imperativa de incorporar la variable población en los planes globales y sectoriales de desarrollo nacional como instrumento para reforzar la planificación económica y social del país” (CEPAR, 1991: 5).

Las políticas públicas debían perseguir “una relación coherente entre crecimiento vegetativo, la estructura demográfica y la distribución espacial con los requerimientos y necesidades del desarrollo socioeconómico del país, a fin de elevar la calidad de vida de los habitantes” (CEPAR, 1991: 6).

Los objetivos que perseguían las políticas de población en Ecuador, según este mismo informe, eran, entre otras:

- a. Proteger al núcleo familiar: niños, adolescentes y madres gestantes y en períodos de atención, para que se garantice la nueva función de las nuevas generaciones.
- b. *Promover la incorporación de la mujer al desarrollo económico, social y cultural.*
- c. Reducir a los niveles más bajos posibles la morbilidad y mortalidad generales y particularmente la de los menores de 5 años.
- d. *Regular el crecimiento de la población a fin de adecuarlo al potencial de recursos y desarrollo nacional respetando la decisión libre, responsable e informada de las personas y de las parejas acerca del número y espaciamiento de los nacimientos*¹² (CEPAR, 1991: 7).

*Los programas de planificación en Ecuador,
el caso del CEMOPLAF*

Las políticas y programas de planificación familiar en Ecuador, como en el resto de América Latina, a partir de 1974 incorporaron la idea, al menos como una preocupación pública, de la limitación de los embarazos y del espaciamiento del tiempo entre los nacimientos, que debía ser “preocupación actual” de gran parte de las mujeres, de las parejas y de las familias ecuatorianas.

Para muchos de los expertos que trabajaban en las instituciones de planificación familiar, financiadas por el gobierno de Estados Unidos, era evidente que la difícil situación económica que atravesaba el país, una mayor educación y el crecimiento de la participación femenina en el ámbito laboral fueron factores que incidieron directamente en la decisión de cómo y cuántos hijos tener.

Sin embargo, llama la atención la frecuencia con que en las publicaciones de este tipo se encuentra que estos programas hacen mención a las parejas y no a las mujeres como agentes de sus propias decisiones, se dice, por ejemplo: “para que la pareja decida con mayor responsabilidad el número de hijos que desea procrear y el momento adecuado para tenerlos, como una forma de respuesta y adaptación de la familia en la coyuntura actual de la estructura social” (CEPAR, 1985: 11).

Las publicaciones informan de una aceptación tácita de regular voluntariamente la fecundidad entre hombres y mujeres, así como de planificar adecuadamente la llegada de un nuevo hijo, utilizando medios de planificación adecuados.

Se señalaba, para la fecha, que en Ecuador, un 53% de las mujeres casadas o unidas usaba algún método anticonceptivo para regular la fecundidad; índices que eran mayores en la costa, en sectores urbanos y entre mujeres con mayor grado de instrucción (CEPAR, 1985: 13).

El objetivo de las instituciones que trabajaban en el control de la fecundidad fue y sigue siendo el trabajo directo con las usuarias de los métodos de planificación familiar, preferentemente de sectores pobres de las ciudades y de los sectores rurales a los que se pensaba ir abarcando conforme la marcha de los programas.

Se señala, en el boletín “Planificación familiar: un camino hacia el futuro”, que:

[la] información clara y oportuna sobre la planificación familiar es una acción prioritaria para dotar a la madre campesina de conocimientos suficientes que le permitan *obrar* con seguridad y confianza en el momento de decidir espaciar sus embarazos y el número de hijos que desea procrear (CEPAR, 1985: 13).

Más adelante se señala que las políticas de planificación gubernamentales y la implantación de programas de este tipo constituían avances hacia el desarrollo: “Este, posiblemente, es un paso para romper ese círculo y posibilitar el crecimiento de niños sanos y mejor cuidados, quienes serán los que tomen la posta en el largo camino de la reivindicación social de este sector” (CEPAR, 1985: 13).

Solo a principios de 1988 el gobierno de Ecuador adoptó por primera vez una política que respaldaba la planificación familiar. Al igual que en otros países de la región, en Ecuador se estimuló también la planificación, la gestión y la infraestructura para la planificación familiar de corte sanitarista, es decir, enfocada hacia los modelos de prevención de embarazos y control de la fecundidad. Para entonces, al menos tres organizaciones financiadas externamente venían trabajando sobre el tema en el país (CEMEIM, CEMOPLAF Y APROFE¹³).

CEMOPLAF había sido fundado en 1974 y trabajaba aun cuando el gobierno no reconocía oficialmente los programas de planificación familiar. CEMOPLAF se conformó por un grupo de mujeres profesionales que tenían por objetivo brindar salud y planificación familiar en el país. Esta organización surgió como una institución apolítica y sin fines de lucro, en primera instancia, financiada por donaciones externas y por la venta de servicios.

Cuando el Estado ecuatoriano reconoció los programas de planificación familiar e intervino directamente en el tema, CEMOPLAF, como institución privada, disminuyó sus ingresos, porque la mayor parte de las usuarias preferían ser atendidas en los centros y dependencias del Ministerio de Salud, lo que implicaba menos costos por atención y mayores beneficios. Esto, sumado a la importante disminución de las donaciones internacionales, llevó a sus directivos hacia un nuevo enfoque de rentabilidad (http://ere.msh.org/FPMH_spanish/chp10/decampo_2.html), diversificando así la calidad y cantidad de servicios que ofrece el centro, aunque teniendo como objetivo la planificación familiar, que, se sabe, es la misión social de la institución. Actualmente se conoce que la organización opera con recursos propios en 70% a 75% y recibe donaciones de anticonceptivos.

Dentro del reglamento de la institución se señala que esta trabaja dentro de las normas establecidas por el Ministerio de Salud y de acuerdo a la política de población nacional y estatutos internos, respetando la dignidad humana y el derecho de la pareja a determinar el tamaño de su familia.

Conclusiones

La sexualidad, al estar vinculada con lo moral, es parte de un proceso de definición constante. Los cambios de época traen consigo transformaciones en las creencias y vivencias de lo moral. Sin duda, esta transición de la que hablamos permitió llevar a lo público un tema “tabú”, y hablar de él, por lo menos, dentro de los círculos médicos, políticos y educativos, que llevaban además un proyecto de moral.

Probablemente, en la primera etapa del “maternalismo”, el control y cuidado de la sexualidad femenina y la difusión de un imaginario de valores relacionados con la maternidad, intentaron disciplinar y

frenar el acceso que, se dice, “por obligación ante la falta del padre”, estaban destinadas a cumplir las mujeres; entendiéndose que el trabajo fuera del espacio doméstico era antinatural y forzado para ellas, pese a que el proyecto liberal de nación consiguió incorporar nuevos sectores sociales, como el de las mujeres, en la obstetricia y principalmente en la educación, donde las “integradas” lograron reproducir los valores de la época.

La voz del discurso es eminentemente masculina, la participación de las mujeres en el mercado de trabajo no se traducían en una voz de las mujeres en general, sino de un tipo de institucionalidad por la que se legitimó y multiplicó un saber particular, en el sentido de un instrumento capaz de fortalecer y cohesionar una nación que transitaba de una forma de poder conservador a un poder liberal, que, al enfrentarse al tema de la sexualidad, particularmente femenina, continuó analizada bajo una óptica cautelosa y vigilante.

En la segunda etapa antinatalista, con el desplazamiento hacia un discurso guiado por las necesidades de reducción de la población y de control de la fertilidad, con el apareamiento de nuevas tecnologías sanitarias, como son los métodos anticonceptivos orales, se entregó a las parejas (preferentemente) la decisión sobre sus cuerpos, en un contexto en el que las políticas de planificación familiar se escribían todavía muy ambiguamente.

Era un argumento con el que las organizaciones mundiales apostaban por un tipo de democracia, según el cual las sociedades debían alcanzar un grado máximo de evolución y racionalidad social, donde el crecimiento poblacional y los movimientos revolucionarios tendrían que ser abandonados por caminos de desarrollo.

Aun cuando estuviera presente la decisión subjetiva de la planificación familiar, esta obedecía a presiones políticas externas que, entre otras cosas, configuraban panoramas de sexualidad sana que debían llevar todas las naciones que pretendieran llamarse a sí mismas “modernas”.

Persiste un temor velado hacia un supuesto caos en el que se cree que, al desvincular la sexualidad femenina de lo moral, entraría la sociedad. La necesidad es entonces clara: la regulación de los cuerpos, particularmente femeninos, bajo la premisa de que lo que había que resguardar es la familia, pero una familia en el modelo que se defendía desde los

centros; porque a decir verdad, la noción de familia que respondía a las diferentes lógicas y necesidades culturales (como por ejemplo la familia andina ampliada) dejan de pertenecer al orden de lo natural y son llevadas al extremo de lo patológico.

Sin embargo, los estudios demuestran esta “lucha” hacia la desviación de los cuerpos no normatizados, pues confirman que, efectivamente, durante las tres últimas décadas, los anticonceptivos orales son el método más ampliamente usado en América Latina, pero que en la gran mayoría de casos, no han estado acompañados por políticas de planificación familiar establecidas adecuadamente.

Las voluntades nacionales, que en el mejor de los casos han querido sumarse a los programas de desarrollo, recogiendo los lineamientos internacionales, han formulado programas de planificación familiar que aparecen específicamente en legislaciones de maternidad gratuita—como en el caso ecuatoriano— que, sobre todo, siguen enfatizando en la necesidad de la protección infantil, aún vinculadas al hecho de la maternidad, y que incluyen como secundarios los problemas, necesidades o derechos de las mujeres en tanto individuos.

En los registros y en los archivos se pueden encontrar alusiones a las actividades y mecanismos utilizados por las mujeres antes de la construcción de normatividades de regulación de la población; sin embargo, en el marco de disputas políticas a nivel mundial, son deslegitimadas y borradas.

La decisión o no de la intervención de políticas sanitarias alrededor del tema de población, y de marcos referenciales y de ayudas externas determinó la entrada de otros agentes, tales como las farmacéuticas, para construir un panorama de cuerpos y sexualidad saludables en esta parte del mundo, que, según el discurso mundial, aún aparece en los niveles más inferiores y menos auspiciosos de un desarrollo que se ve cada vez más lejano.

Explicar toda la problemática mundial, a través del pánico, del temor social, como hemos visto en estas épocas, gracias a la poca “previsión” y “responsabilidad” de los cuerpos, ha llamado a un “consenso mundial”, que vio la reproducción humana en términos “epidemiológicos”. Esta visión epidemiológica se ha construido por necesidades históricas y políticas específicas, y que han llegado, incluso, a determinar seres hu-

manos con perfiles de salud y enfermedad claramente delineados, y ha estado vinculada a la regulación de la sexualidad femenina.

El tema del HPV, o Virus del Papiloma Humano, al parecer no es lejano a los discursos de pánico social que han caracterizado a las épocas analizadas. En esta transición hacia los discursos de sexo seguro y partiendo de la valoración de la sexualidad como una condición de peligrosidad, en el siguiente capítulo intento conectar esta discusión previa con el padecimiento en la escena de las infecciones de transmisión sexual, vistas como epidemias biológicas y sociales. Mi interés es analizar el discurso de riesgo y de temor y comprobar si este constituye o no una renovada forma de control hacia el ejercicio de la sexualidad femenina, respecto de los casos de HPV.

Notas

2. Clark menciona que en el Hospital San Juan de Dios, uno de los más antiguos hospitales del país, se creó un pabellón externo para el tratamiento de enfermedades venéreas, tratamientos que se extendieron en “camarotes” hacia la población de presas y a las prostitutas. Para mayor información ver: Clark, Kim (1995).
3. La Reforma Agraria en América del Sur ha sido tratada ampliamente como uno de los objetivos del desarrollo económico de la región. Históricamente, la tenencia de la tierra en América Latina ha sido de propiedad privada y en grandes latifundios, mientras las familias campesinas estaban forzadas a trabajar en áreas muy pequeñas de tierra, dentro de áreas marginales, por lo que vendían su fuerza de trabajo como mecanismo para acceder a más tierra. Sin embargo, tras los procesos de reforma agraria en la región, los gobiernos adoptaron políticas encaminadas a estimular la modernización del sistema de haciendas, con la introducción de políticas de industrialización por sustitución de importaciones en los periodos de posguerra, transformando el sistema tradicional hacendatario (Viteri, 2007: 2)

La Reforma Agraria fue un componente fundamental de modernización capitalista, impulsado por los gobiernos nacionalistas o populistas, en el caso ecuatoriano, conjuntamente con los movimientos campesinos, que se promovió en el marco de alianzas con Estados Unidos y que fueron prácticamente inducidas por Alianza para el Progreso, que había marcado como efectos necesarios: la reducción o eliminación de las decisiones políticas del grupo de terratenientes y de las élites conservadoras de las sociedades latinoamericanas, el crecimiento de los mercados internos, y reemplazar la grandes unidades productivas privadas por unidades productivas familiares (Viteri, 2007) (Cosse, 1980). Para más referencias revisar bibliografía citada.

4. Llama la atención, sin embargo, que en este contexto no todos los cuerpos estuvieran sujetos a modelos similares de control y prevención. De la recolección de material informativo y la revisión de fuentes históricas surge, para mí, un interrogante: ¿por qué este imaginario de pánico es constante cuando lo social está enfrentado a lo sexual, particularmente cuando se habla de sexualidad femenina? ¿Se trata de una necesidad de disciplinamiento de las conductas y fisiología sexuales femeninas? ¿Por qué los dispositivos médicos de tratamiento y prevención parecen estar históricamente destinados hacia los cuerpos femeninos? Y en esta línea, ¿por qué la sexualidad femenina ha sido “algo” a disciplinarse?
5. El subrayado es mío.
6. Al respecto de esta información, Embid señala que el capital privado de las familias Ford, Rockefeller, Ellon y Buffet, que han capitalizado el Consejo de Población, lograron implantar el Norplant en más de 500 000 mujeres brasileñas, aunque no se apunta el año en que se realizó este programa. Además, señala la inclusión de incentivos en las políticas nacionales, patrocinados por el consejo, con las que se tenía, por ejemplo: 1. “empleo masivo de un agente de control de la fertilidad por parte de los gobiernos, a través de una ‘sustancia mezclable con el agua potable en zonas urbanas y utilizable por medio de otros métodos en otros lugares’ con ‘un añadido de esterilizantes temporales en las traídas de agua o en los productos alimentarios de base’”; 2. autorizaciones pago, a mujeres en especial, con el fin de “asegurar un índice de reproducción-unidad (2,2 hijos por pareja)”; 3. esterilización obligatoria de hombres padres de más de tres hijos, o el aborto provocado obligatorio para todos los embarazos ilegítimos. Para más detalles del artículo ver: <http://www.amcmh.org/PagAMC/medicina/articulospdf/60ControlNatalidad.pdf>
7. Programas de control de la fecundidad y planificación familiar que quedaron totalmente legitimados en la “Segunda conferencia mundial de población” del año 65.
8. Los párrafos anteriores corresponden a la “Declaración sobre cuestiones demográficas” de diciembre de 1966, que fue suscrita por presidentes de varios países en vías de desarrollo, en la que se comprometen a autorizar, en conjunto con UNESCO, y estimular la cooperación con organizaciones internacionales, regionales y nacionales, a organismos gubernamentales y no gubernamentales a la realización de estudios científicos sobre educación y evolución de la educación, un ejemplo es el estudio de Gavin Jones. Para mayor información revisar las referencias bibliográficas. Parte de esta declaración está publicada en el texto *Ayuda internacional en población: el primer decenio. Examen de los conceptos y políticas por los que se ha guiado el FNUAP en los primeros diez años de su existencia.*
9. Sin embargo, la seguridad nacional de Estados Unidos consistía en la amenaza del crecimiento poblacional que se utilizó para encubrir lo que Embid (n/d) supone una “coartada para cubrir la amenaza real” es decir, los países del tercer mundo que podrían rebelarse y apropiarse de los minerales y materias primas del mundo (p.14). Lyndon Jhonson, presidente Estados Unidos en 1966, pronunció en su discurso la siguiente frase: “Existen tres mil millones de personas en el mundo y solamente 200 millones son nuestras. Tenemos una desventaja de 15 a 1. Si la fuerza tuviera razón, inundarían Estados Unidos y se llevarían lo que tenemos. Nosotros tenemos lo que quieren.” (discurso pronunciado en Alaska) En Embid, n/d: 15. (Ver bibliografía).

10. Si bien autores como Karina Felitti señalan que las mujeres y sus parejas ya ejercían cierto control sobre la natalidad autónomamente, es decir, actuaban bajo la recomendación médica o de políticas expresas de planificación familiar estatales.
11. Entre los movimientos que surgieron en la época podemos señalar la Epidemiología Crítica, que nació entre los movimientos sociales latinoamericanos y que estuvo encabezada por médicos y científicos sociales.
12. El subrayado es mío.
13. CEMEIM (Centro Estatal de Medicamentos e Insumos Médicos); CEMOPLAF (Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar); APROFE (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana).

CAPÍTULO III

LOS DISCURSOS MÉDICOS Y EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

Introducción

La cuestión del desarrollo establece una relación Norte-Sur que modifica los vínculos con la cotidianidad. Con el fin de propagar la ideología del desarrollo, como una misión civilizadora, los modos tradicionales de existencia se vieron transformados con la introducción de instituciones políticas, económicas y científicas modernas con la premisa de dirigir y guiar la educación de los pueblos arcaicos, de manera que pudieran llegar a los mismos estándares de desarrollo que proponía, en este caso, Estados Unidos.

Es así como se opera una transformación científica y tecnológica, donde los nuevos referentes culturales “cosmopolitas” determinan un nuevo tipo de valoración de la cotidianidad y se buscan, a través de los funcionarios e instituciones locales, mecanismos de diferenciación y distinción de lo no moderno, rural o “no científico”, lo que operó una reconfiguración del esquema de vida, el mismo que se expresó en los cambios de los cuidados en salud, Bonan (2003) denomina a este proceso “destradicionalización”.

La sexualidad, como uno de los elementos estructurantes de las sociedades, en este proceso (tal como hemos visto), no quedó por fuera de la destradicionalización. La medicina, al parecer, legitima y neutraliza la sexualidad, la controla y regula. La racionalidad moderna de esta ciencia establece los parámetros de desarrollo de la sexualidad saludable, sin los cuales las sociedades contemporáneas perderían su “norte”, cayendo en el uso indebido y peligroso de la sexualidad.

La sexualidad, como elemento central de la regulación social (Araujo, 2003), moral y política, encuentra relación con las formas de reproducción de la sociedad en el proceso modernizador de las instituciones en América Latina (Bonan, 2003).

El acercamiento a la sexualidad ha operado una transición, que ha puesto en escena a movimientos sociales que se manifiestan por el respeto de los derechos sexuales y reproductivos; y también ha mostrado el trabajo de las ONG y organizaciones internacionales por la promoción de los derechos al ejercicio y los cuidados del sexo seguro, con un discurso público, que aún se perfila muy conservador, en tanto la propuesta se enfoca a proteger como núcleo fundamental a la familia, las relaciones monogámicas.

La transición de los discursos poblacionales a los discursos de “sexualidad saludable” se ha caracterizado en los países en desarrollo por un envejecimiento paulatino de la población y por un decrecimiento de la capacidad adquisitiva de las generaciones más jóvenes, lo que ha hecho, a su vez, más difícil subvencionar a las personas de la tercera edad.

En este período aparecen en escena las llamadas ITS, o infecciones de transmisión sexual, principalmente con el surgimiento del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) como pandemia, desde donde se empieza a reconocer el impacto de otras infecciones de transmisión sexual, las mismas que son consideradas problemas de salud pública a nivel regional, a pesar de que las instancias de la salud de los Estados han creado, históricamente, estrategias para evitar su propagación.

Lo desconocido, las dudas, los problemas y preocupaciones relacionados con lo sexual parecen manifestarse, en este período de transición, como amenazas al bienestar y a la calidad de vida que suponía el modelo de desarrollo. Las respuestas sanitarias a estos problemas indican ese temor, en el sentido de que las infecciones quebrantan no solo la salud

sexual, sino también, y por ende, “la salud en general de la persona, la familia y la sociedad” (OPS-OMS, 2000: 15).

El sexo seguro aparece como una respuesta frente a la inseguridad y el pánico ante las nuevas pandemias sexuales que manejan la seguridad de la sociedad, y son discursos que parten de la reflexión de la constante propagación del VIH, contraído a través del contacto sexual sin protección, y que, según los cálculos de la OPS en la región, ha resultado en 2,5 millones de personas infectadas (OPS-OMS, 2000: 15).

Esta nueva visión sobre la salud sexual, desde el punto de vista de los expertos, ha convenido en tratar las infecciones de transmisión sexual desde un enfoque sindrómico y epidemiológico; es decir que, una vez conocidos los problemas que le son inherentes a la salud sexual, personal, familiar y social, puedan ser clasificados según el riesgo que representan, y enfatizar la prevención y cuidado con el que deben actuar las personas, en sus comportamientos y valoraciones, tomando en cuenta el alto riesgo que representan para la estabilidad y el desarrollo económico y social.

En este capítulo presento una descripción de lo que podría llamarse una tipología de una nueva panorámica de la sexualidad saludable como respuesta a los pánicos sociales relacionados con lo sexual. La panorámica de sexualidad saludable vincula lo sexual y la salud, expresados en discursos capaces de alimentar el pánico, y este, a su vez, genera como efecto inmediato los discursos de prevención que generalmente atienden al control de los cuerpos. Mi interés fue conocer en qué consisten los discursos de la sexualidad saludable y segura, cuáles son sus principales postulados frente a las ITS, con un alcance hacia el caso del Virus de Papiloma Humano, su origen, factores de riesgo, transmisión, prevención y recomendaciones sanitarias, las mismas que muchas veces involucran a lo moral.

Posteriormente, esta discusión pretende abarcar una serie de planteamientos que se construyen alrededor del Virus de Papiloma Humano y de las ITS, con base en información primaria y secundaria, emitida a través de medios públicos o privados que construyen y reelaboran los discursos del sexo seguro en Ecuador. La información que se presenta a continuación corresponde a la segunda fase del trabajo de campo, que incorpora datos recolectados de medios de información, medios de difusión o publicidad y de entrevistas con agentes de salud locales.

Hacia la parte final, y con base en lo obtenido en campo, pretendo identificar la existencia o no de una forma discursiva institucional, que incluya agentes nacionales e internacionales, institucionales y médicos alrededor de la sexualidad, particularmente femenina, desde la concepción mundial de sexualidad saludable y segura, traducción y alcances, a través del ejemplo del Virus del Papiloma Humano.

La sexualidad saludable y segura: manual de pánico y control

La perspectiva de género, incorporada a la salud, trajo a la discusión temas tales como la identidad, la violencia, la salud reproductiva, el erotismo, etc. La nueva perspectiva de los derechos en el ámbito de la salud, diseña un concepto de sexualidad en el que se hacen visibles prácticas y comportamientos, y que se entiende como la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos (OPS-OMS, 2000).

La literatura médica acerca de las infecciones de transmisión sexual señala que, en general, las causas de estas pandemias obedecen a la “precariedad social”, entendida como sinónimo de pobreza y escasas medidas sanitarias, promiscuidad, desinformación y falta de higiene (“Enfermedades venéreas”, s/f). Resulta interesante analizar cómo se infiere casi mecánicamente la relación de pobreza y promiscuidad. Uno de los objetivos de esta investigación es buscar si efectivamente hay o no relación entre estos dos niveles.

Otro factor, según las afirmaciones científicas acerca de las afecciones sexuales, es la “libertad sexual”, al parecer privativa de los y las jóvenes, particularmente de los adolescentes, ya que son vistos como poco apegados a los valores convencionales y dados a los contactos sexuales ocasionales y a prácticas sexuales poco “ortodoxas”. Al parecer, para muchos entendidos, la juventud es una etapa en la que “se relega la higiene y el autocuidado a segundos planos, manifestaciones todas ellas que culminan en sexo no seguro, promiscuo y vulnerable a cualquier tipo de enfermedad venérea” (“Enfermedades venéreas”, s/f).

Asimismo, los patrones de contagio son otro factor de riesgo, ya que al ser normalmente asintomáticas, las infecciones son padecidas mayormente por mujeres, que actúan como portadoras activas, que desconocen ellas mismas la enfermedad, y, por tanto, son responsables de la pro-

pagación de la enfermedad en proyección geométrica (“Enfermedades venéreas”, s/f).

En este sentido, el sexo seguro implica un control sobre las infecciones transmitidas sexualmente, basado primordialmente en principios médicos, que deben hacerse públicos para que la población pueda acceder a normas de cuidado y prevención. Estos principios de prevención deben ser interiorizados a las prácticas cotidianas, en particular a las de las trabajadoras sexuales, quienes deben asegurarse de conocer y practicar “medidas de bioseguridad”.

Enfatizan en las relaciones entre desarrollo social y económico, explicando la reproducción y sus desviaciones de la “normalidad”. Lo que llama la atención, sin embargo, es que la mayoría de la información epidemiológica sobre sexualidad disponible se haga en función del cuerpo de las mujeres, al igual que los avances técnicos-médicos (por ejemplo, en ginecología, la detección oportuna del cáncer, colposcopia, etc.), si bien a partir de las conferencias internacionales del Cairo y Beijing también se ha enfatizado en la responsabilidad que deben asumir los hombres en cuanto a su comportamiento sexual, y en el reconocimiento de las ITS, especialmente del VIH /SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (Langer y Nigenda, 2000: 3).

De manera que es obligación de toda la población estar informada acerca de las infecciones transmitidas por vía sexual, y colaborar con los

profesionales de la salud en el diagnósticos de las ITS, por medio de la interpretación de síntomas y signos precoces que sean referidos por algún miembro de la familia o la comunidad [...] ya que de esa manera, se puede llegar a resolver dos problemas: la curación del enfermo con un tratamiento oportuno y evitar la propagación de la enfermedad (“Enfermedades venéreas”: s/f)

Asimismo, estos discursos señalan que la única forma de prevenir las ITS y el SIDA consiste en la abstinencia sexual o la relación exclusiva (monogámica) entre dos personas no infectadas. Igualmente se menciona que, al existir varios compañeros sexuales o un compañero infectado, el riesgo de contagios de la infección es muy alto. Una vez que a una persona se le haya diagnosticado una ITS es importante que comparta esta información con su o sus compañeros sexuales. Pero en definitiva y en todos los casos la regla de oro consiste en abstenerse de

las relaciones sexuales hasta que la infección haya sido completamente eliminada, si fuera el caso (“Signos y síntomas de las enfermedades de transmisión sexual”, 2001).

ITS: el caso del Virus de Papiloma Humano (HPV) y el pánico social

“Me hacía chequeos todos los años, pero durante tres años no me los hice. Un día me empezó a salir sangre y sentía una inflamación. En enero me detectaron un cáncer y tuvieron que sacarme todo el útero”

(S. C. testimonio publicado en *Diario La Hora* del 28 de mayo de 2008: Q2)¹⁴

El tema del Virus del Papiloma Humano es una huella a través de la cual se puede examinar, en conjunto, todos los tipos de discursividad circundante respecto de las ITS y de la sexualidad humana; me interesa analizar, en estos discursos, el tipo de apelaciones, hacia dónde se orientan.

Tras casi cuatro décadas, la información médica recopilada¹⁵ ha sugerido permanentemente una estrecha vinculación entre prácticas sexuales, estilo de vida, HPV y cáncer de cuello uterino. Al parecer, las prácticas sexuales son un factor de riesgo para el aumento de la infección y de la enfermedad, si estas son ejercidas antes de los 18 años de edad, con el “agravante” de la multiplicidad de parejas sexuales (Clark, 1999: 199).

Tanto el cáncer invasor del cuello uterino como sus lesiones precursoras siguen un patrón típico de enfermedades sexualmente transmitidas, de tal forma que el comportamiento sexual implica un riesgo definitivo. Se incluyen factores como el inicio de la vida sexual a edad temprana, múltiples parejas sexuales, muchos embarazos, promiscuidad de la pareja sexual y enfermedades de transmisión sexual (Hinojosa y López, 2000: 362).

Al hablar de prevención, de esta y de otras infecciones de transmisión sexual, es recurrente encontrar, en los discursos médicos, tanto para adultos como para adolescentes, que las medidas más eficaces son evitar las relaciones sexuales, la monogamia (que en algunos casos se traduce como fidelidad) y el uso de anticonceptivos de barrera o preservativos.

Igualmente, la recomendación directa que plantean los trabajadores de salud, en programas públicos destinados a la prevención, es que “para reducir el riesgo de cáncer cervical, se recomienda que todas las mujeres limiten el número de parejas sexuales” (Clark, 1999: 200), así como el uso del preservativo o del diafragma y el consumo periódico de ácido fólico y alimentos que contengan vitaminas A y C (Clark, 1999: 200).

¿Qué es el HPV?

“El mayor riesgo que las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) representan para el sexo femenino es consecuencia de la *anatomía del aparato genital*¹⁶ que hace a las mujeres más proclives a infectarse [...]” (Langer y Nigenda, 2000: 10).

El HPV, o Virus de Papiloma Humano, consiste en una serie de cambios celulares, que pueden presentar, según los grados de displasia, lesiones preinvasoras, conocidas como condilomas.

Las verrugas genitales o venéreas están producidas por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Afectan tanto a hombres como a mujeres. Las personas con un sistema inmunitario debilitado y las mujeres embarazadas son más susceptibles. Aunque la mayoría de casos no son graves, actualmente está claro que el cáncer de cuello de útero probablemente está causado por ciertas cepas de VPH y sin la infección no se desarrolla (“Signos y síntomas de las enfermedades de transmisión sexual”, 2001).

Según los estudios, se han encontrado entre 70 y 130¹⁷ tipos de Virus de Papiloma Humano, los de alto riesgo son 16, 18, 31, 33, 35, los considerados de lesiones de bajo grado o condilomas genitales son los 6, 11, 42, 43 y 44, que son los que más se han detectado en las estadísticas de los servicios de salud en Ecuador.

Del mismo modo al que se vinculan a otras infecciones transmitidas sexualmente, la pobreza o la falta de higiene también han sido atribuidas al HPV como factores de riesgo, y se incluyen como elementos para el aumento de su incidencia al tabaquismo y el uso prolongado de anticoncepción oral, este último, se dice, como “marcador” de una conducta sexual promiscua y “no (debido) a las causas directas de la transformación neoplásica” (Hinojosa y López, 2000: 362).

La publicación electrónica HPV-cáncer¹⁸, que tiene como objetivo la difusión de noticias alrededor del Virus de Papiloma Humano, entre médicos y lectores en general, señala un aspecto muy importante al subrayar el HPV en hombres. Este artículo titulado “Lo que los hombres deben saber sobre el Virus del Papiloma Humano” aborda un tema muy poco profundizado por los médicos, ya que el discurso del HPV se relaciona, en la mayoría de los casos, a la gravedad de la amenaza que implica el cáncer cérvico uterino, es decir, al cuerpo de las mujeres, su sexualidad y su control.

Así, el artículo esclarece un tema que, por lo menos en el ámbito ecuatoriano, es bastante difuso y ambiguo: las implicaciones y amenazas hacia los cuerpos y la sexualidad masculina. Si bien es cierto que mucha de la información que diariamente recibimos habla de los riesgos de la infección en la pareja, es evidente un amplio despliegue alrededor de la problemática que encierra para las mujeres.

El VPH es muy común tanto en hombres como en mujeres. Es difícil estimar concretamente su incidencia en los hombres, ya que en Estados Unidos no se han hecho estudios a gran escala con varones y no existe una prueba de VPH para hombres aprobada por la FDA [Food and Drug Administration]. No obstante, los centros para el control y la prevención de enfermedades estiman que más de la mitad de los hombres estadounidenses contraerán el VPH en algún momento de sus vidas (“Lo que los hombres deben saber sobre el Virus del Papiloma Humano”, 2007).

Al contrario de lo que se recibe oficialmente, esta publicación señala que el HPV obedece a un proceso asintomático y de cambios celulares, tanto en hombres como en mujeres, que pueden pasar incluso inadvertidos “y no son causa de preocupación”, excepto cuando se presentan lesiones visibles como las verrugas, que en raras ocasiones pueden llegar a provocar ciertos tipos de cáncer en el pene o en el ano, subrayando que esto se da en el caso de hombres homosexuales, bisexuales o VIH positivo.

En el caso de la adquisición del virus en hombres, las publicaciones no señalan la suspensión de la actividad sexual con la pareja estable, aunque es ambiguo el mensaje con respecto a la transmisión a otras parejas sexuales. En este caso la recomendación es limitar el número de

compañeras sexuales, el uso de preservativos, evitar el contacto con una persona que tenga verrugas genitales, entre otras (“Lo que los hombres deben saber sobre el Virus del Papiloma Humano”, 2007).

Esta publicación, sin embargo, destaca información muy importante, que parece contradecir el discurso de sexualidad saludable respecto del HPV:

Debido a que el VPH es tan común, es difícil evitarlo totalmente. Se puede esperar que usted lo contraiga en algún momento de su vida. *Tener relaciones sexuales con tan solo una persona puede bastar para contraer o propagar el virus*¹⁹ (“Lo que los hombres deben saber sobre el Virus del Papiloma Humano”: 2007).

En otras palabras, la infección del Virus de Papiloma Humano y el riesgo posterior de un posible cáncer no es provocado casi mecánicamente por el contacto con varias parejas sexuales, basta que uno solo de los miembros de la pareja esté infectado para que lo transmita al otro, o, a su vez, pueda convertirse en portador pasivo de la infección. Lo que queda claro es que la infección puede ocurrir también en parejas monogámicas, tal como se ha comprobado para otros casos de infecciones transmitidas sexualmente, principalmente en el caso del VIH, donde ha habido un incremento de los índices de portadoras o infectadas con la enfermedad en mujeres casadas. Estos hechos no concuerdan con la suposición de que las infectadas son únicamente las mujeres que han iniciado su vida sexual tempranamente o las que no tienen una relación sexual monogámica (por tanto tampoco podríamos afirmar que el virus y la enfermedad sean privativas de las trabajadoras sexuales, en quienes incluso se ha calculado un descenso en los índices de contagios de infecciones sexuales).

El Virus de Papiloma Humano y los discursos médicos

Respecto del Virus del Papiloma Humano, existe una clara controversia alrededor de las formas de tratamiento, prevención y control de la enfermedad. Los discursos construidos alrededor de las ITS crean un horizonte de riesgo y sanidad con respecto a la sexualidad y las relaciones sexuales, y valoraciones respecto de la estabilidad monogámica, el amor y el deseo. Me interesa, en esta parte, rescatar la huella del HPV

como un indicador de hacia dónde apuntan los discursos, a qué y a quiénes apelan, en dónde reside el riesgo según ellos. En este marco, quiero acercarme a un análisis de los discursos que se presentan alrededor del Virus de Papiloma Humano en Ecuador, y partiendo de esto, encontrar una posible relación con el tratamiento indicado, como mecanismo de control de la sexualidad femenina.

Quisiera subrayar un aspecto importante: el HPV, si bien es una infección de la que adolecen tanto hombres como mujeres, la información acerca del virus mismo, de su prevención, medicamentos (entre los que están las vacunas, alrededor de las cuales ha girado una enorme controversia) y formas de tratamiento no han tenido la misma magnitud para ambos casos.

Es necesario señalar que todo el aparataje alrededor del HPV gira alrededor de las mujeres, sus cuerpos y el ejercicio de su sexualidad, a ellas se las cataloga de “transmisores activos” de la enfermedad, pese a que los hombres (transmisores pasivos) pueden adolecer, a futuro, al igual que las mujeres, de las severas consecuencias de un cáncer.

Es importante entender los puntos desde los cuales se emiten estos discursos, a qué responden y qué es lo que se quiere controlar o no. Es innegable que existe un despliegue informativo acerca de casos de HPV en mujeres, transmitidos y socializados en espacios públicos y privados, que aunque expresados legal y públicamente, continúan apoyados en la base del “pánico social”. Los discursos que presento a continuación corresponden a entrevistas y datos recogidos de los medios, de documentos legales, reportajes, folletos y publicaciones respecto del tema.

A partir de esta información, se puede establecer una cierta tipología que comprende, por una parte, los discursos del sexo seguro, los discursos de riesgo y pánico, por otra, y un tercer tipo, que se puede decir, es un rezago del maternalismo de los primeros años del siglo XX.

Los discursos del sexo seguro

Estos discursos son construidos desde las organizaciones internacionales y ciertos medios de comunicación; estos últimos, encargados de replicar localmente la información proveniente de fuentes externas. Como discursos de sexo seguro incluyo, en primer lugar, información

recogida de un programa transmitido en la televisión nacional, que en fechas recientes ha tratado el tema del HPV.

Los organismos internacionales, enfocados en la salud y el desarrollo, afirman que en los países en América Latina y el Caribe existen problemas que afectan a amplios sectores de la población, entre los cuales está el “problema de la salud sexual y reproductiva” (Langer y Nigenda, 2000: 1). Partiendo de las discusiones de la conferencia de El Cairo (1994) sobre los problemas sociales apremiantes, 79 países adoptaron un programa, donde se define la salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 1995 y National Research Council, 1997; Langer y Nigenda, 2000) e, igualmente, definen lineamientos de lo que se entiende por “sexo seguro”.

Se define a la salud sexual y reproductiva como:

un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos [...] y entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos (Langer y Nigenda, 2000: 3).

La sexualidad en tanto actividades y prácticas debe ser, por tanto, la expresión de “comportamientos sexuales responsables” que, a decir de las organizaciones internacionales de salud, se caracteriza “por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar” (OPS-OMS, 2000: 8), y con esto se logra delinear “comportamientos que caracterizan a la persona sexualmente sana” (OPS-OMS, 2000: 11).

Los grupos de expertos han propuesto que una de las características de la persona sexualmente sana es que conoce y actúa en la práctica de comportamientos que promuevan la salud y que, así mismo, evita contraer o contagiar infecciones de transmisión sexual, principalmente el VIH (este dato es interesante ya que, como veremos más adelante para el caso del HPV, al ser una enfermedad asintomática, pocas mujeres llegan a saber que han sido contagiadas por el virus, ¿esto acaso las convierte en irresponsables?).

Si las personas deben mostrar comportamientos sexualmente sanos, las sociedades y los Estados deben demostrar similar comportamiento,

por tanto, a más de los compromisos políticos, legislaciones, infraestructura, investigación y educación suficientes, es deber de la sociedad aplicar a una “vigilancia adecuada para supervisar los comportamientos individuales”, y “medir las inquietudes y los problemas de la salud sexual”, a través de una “cultura” de apertura a la salud sexual, promovida por los medios de información disponibles.

algunos indicadores tales como la calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública atinentes a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura (OPS-OMS, 2000: 11-13).

El apareamiento del VIH, como una de las principales epidemias de transmisión sexual, condujo a que los epidemiólogos y profesionales de salud pública, con especialización en enfermedades infecciosas, se hayan enfocado en los estudios de “comportamientos sexuales de riesgo”.

Así, según los discursos del sexo seguro, las infecciones de transmisión sexual “son las únicas enfermedades que se adquieren con placer, sin tomar en cuenta el posterior displacer y a veces graves consecuencias que acarrearán a la salud” (“Enfermedades venéreas”, s/f)²⁰, “son aquellas que se adquieren a través de prácticas sexuales, con personas infectadas [...] de constante incremento a nivel mundial pues están relacionadas a patrones de comportamiento promiscuo (“Enfermedades venéreas”, s/f).

Si bien se reconoce que las infecciones de transmisión sexual “han estado presentes desde siempre, se señala que su prevalencia es mayor en las últimas décadas y se ha hecho visible con el aumento de la pandemia del SIDA” (Langer y Nigenda, 2000: 10).

Uno de los puntos principales dentro de las discursividades de la sexualidad saludable es constante en reiterar la importancia de “tomar conciencia” y de la responsabilidad de la pareja. En esta forma que adquiere el discurso, la atención y el tratamiento son acciones a realizarse en pareja, si bien hay un claro énfasis a mostrar la infección como un problema eminentemente femenino; tal es así que el mensaje que se presenta a través de ciertos medios posibilita ver la respuesta del público, que emite comentarios y formula preguntas a un médico experto, quien les conduce hacia los pasos a seguir. Obviamente, las llamadas que se registran son hechas fundamentalmente por mujeres.

Este es el ejemplo de un programa transmitido en horarios matutinos, a través de los canales de televisión locales. A este tipo de programas se los denomina “de mujer” o “familiares”, y su audiencia es preferentemente femenina, y se dedica al trabajo en la casa y al cuidado de los niños.

El siguiente es un resumen de dos ediciones del programa conducido por el Dr. Francisco Lamiña, llamado “Ojo clínico médico”, que se transmite por una de las repetidoras locales del Canal 40. Francisco Lamiña²¹, el conductor, aparece frente a la cámara, sentado sobre una silla. La escenografía consiste en un único fondo blanco. El doctor contesta las preguntas telefónicas que hacen los televidentes a lo largo del programa y que generalmente tienen que ver con infecciones de transmisión sexual, o con problemas de fertilidad, a las que responde con descripciones médicas o procedimientos a seguirse, y con comentarios que se enfocan hacia el respeto a los padres, a la pareja, a guardar la fidelidad (especialmente masculina) y a la familia²¹.

La siguiente referencia corresponde al programa del 18 de febrero de 2008, y fue emitido a las 8:00 a.m.

Dr. Lamiña: el papiloma virus humano es una enfermedad viral y es una enfermedad de transmisión sexual. Cuando hablamos de que es una enfermedad de transmisión sexual indudablemente decimos que el tratamiento *tiene que ser en pareja*²², por qué ... generalmente la escuela médica tradicional enfoca a que el pvh se ubica en el cuello del útero. Generalmente, y así es, las estadísticas nos lo demuestran, de cada 100 mujeres que tienen cáncer de cuello uterino, las 85 tienen este pvh, pero también está demostrado que el pvh no solamente se ubica en el cuello del útero, sino también por afuera, en los labios mayores y en los labios menores, en el introito vaginal y que también se va ubicando a la altura del pompis... cuando ha habido relaciones sexuales, también se ubica en la parte de afuera, casi en la entrepierna, esta serie de condilomas y esta serie de coliflores que se llaman en el argot popular [...] En el varón, generalmente se ubica en el surco balano prepucial, o sea en el cuello de la cabeza del pene, como se dice vulgarmente, nosotros hablamos de glande.

El doctor Lamiña enfatiza el problema del Virus de Papiloma Humano, pero muestra que en este están involucrados también los hombres.

Generalmente, toda la publicidad existente alrededor del HPV se enfoca como un problema eminentemente “femenino”.

Dr. Lamiña: Ahora bien, lo que tenemos que aclarar es que hay una sin-díesis en cuanto se refiere a los que es el pvh [...] *la mirada clínica del médico es más que suficiente*[...] ²⁴ Entonces ahí las cosas tienen que ser orientadas, como les digo, desde el punto de vista profesional, puede tener una sola verruga o puede estar localizado el pvh en el cuello del útero, el tratamiento es en la globalidad, igual en el esposo, por qué, porque la secreción vaginal moja, humedece el escroto —qué es el escroto, se dirán ustedes, la piel que cubre los testículos, la bolsa escrotal donde están los testículos— y en este caso, el preservativo no le protege en su totalidad de la contaminación de esta enfermedad.

(llamada)

Dr. Lamiña: Paciente de 26 años, que nos tiene terror a los médicos. Así es, el médico no es infalible, el médico también puede cometer errores.

En el hombre... en el glande o en el surco balano prepucial, generalmente aquí se desarrolla el pvh, o también una papilomatosis perlada [...] en el caso de los varones, cuando tienen condilomas aquí en el glande, uy, mucho cuidado, mucho cuidado porque con el ir del tiempo se produce un cáncer del pene, así es la situación.

En estas circunstancias, creo que tenemos que ser claros, nosotros discrepamos mientras no se nos demuestre científicamente, nosotros agradecemos que haya las vacunas contra el pvh, así es. Pero tenemos que decir que las vacunas contra el pvh solamente nos protegen de los pvh 6, 8, 16 y 18 —perdón, los tipos no los tengo ahí tan ciertamente— pero de todas maneras hay 130 variedades de pvh, y las técnicas y los estudios nos dicen que se debe poner entre los 12 y los 13 años. Mientras no se demuestre lo contrario, quien está acá en este programa, médico general, médico clínico, no puede jamás orientar a decir que las vacunas que cuestan 120 dólares cada una, que son cerca de cuatro, y que en total cuestan cerca de 500 dólares, se deba poner entre los 22, los 30 y hasta los 50 años. Discúlpeme, pero tenemos que manejar las cosas con absoluta verticalidad y ética profesional; mientras no haya la comprobación científica de que se debe poner, pues tenemos nosotros que conversar con absoluta propiedad, con absoluta profesionalidad.

(Pregunta de una televidente): [...] y el doctor me aconseja que debe hacerme una conización, me preocupa porque aparte de eso yo ya no tengo una trompa por un embarazo ectópico. Quiero saber si por la

conización que me van a hacer yo puedo tener niños o se me hace más complicado. Tengo 32 años.

Dr. Lamiña: [...] el pvh es una enfermedad viral, hay más de 130 variedades de pvh, que quede bien claro.

¿Dónde se realiza la conización? La conización se realiza en el cuello del útero. Vamos a ir un poco popularmente, es como si peláramos una papa, así pelamos el cuello del útero, 220 dólares cuesta la conización.

Pero el pvh no solamente está en el cuello del útero, cierto es que de 100 mujeres que tiene cáncer uterino, las 85 tendrán cáncer uterino por pvh en el cuello del útero pero también hay que curar las paredes de la vagina, y está demostrado científicamente que está también en los labios mayores o en los labios menores de la vagina; también está en la vulva, y también la medicina reporta casos de que hay cáncer de la vulva, sí señor, pero también hay cáncer en el pompis...

El discurso de riesgo frente a la sexualidad

Los discursos a los que llamo de “riesgo y pánico” enfocan el tema de la salud y de la sexualidad como cuestiones de vigilancia y control, pero a través de la generación del temor y del pánico, como formas de prevención y control. Es un tipo de discurso que aborda fundamentalmente las consecuencias de la enfermedad, advierte en los peligros y propone alternativas de tratamiento, que aunque no se mencionen como tales, están ligadas a la publicidad farmacéutica; la siguiente descripción permite tener un alcance a este tipo de discurso.

El programa “Hacia un nuevo estilo de vida” se transmite por la señal de ECUAVISIA, quizá una de las cadenas televisivas con más alcance a nivel nacional, y con una repetidora internacional, en la cual se “re-prise” la mayoría de los programas de producción nacional que realiza esta cadena. Este es el caso de “Hacia un nuevo estilo de vida”, un programa de salud, dirigido por un médico general, Marco Albuja²⁵. Este programa, según lo que afirma su conductor, tiene por objetivo brindar información a la comunidad acerca de distintas enfermedades, y se ha mantenido por diez años, en distintos horarios y en distintas cadenas de televisión (TC, Asomavisión y actualmente en ECUAVISIA).

El programa transcurre a manera de monólogo (o conferencia, según se quiera ver), mediante el cual el doctor explica el tema a tratarse,

generalmente acompañado con diapositivas, gráficos o dramatizaciones pregrabadas, con breves intermedios de reportajes que complementan la información, o que tratan sobre otro tema (de salud estética, por lo general, ya que es auspiciado por un centro estético), y breves cápsulas o *tips* de salud.

La escenografía en que se desarrolla el programa es de tipo minimalista, a manera de una sala de estar con pocos muebles y decoraciones. Pero siempre, desde los primeros años en que este empezó, se puede ver una maqueta de los órganos que componen los diferentes sistemas del cuerpo humano, como una herramienta didáctica que utiliza el doctor Albuja para explicar la ubicación de los órganos o de las enfermedades. Generalmente, hace la explicación de pie, y con acercamientos a la cámara para enfatizar en lo que se está diciendo, generando en los televidentes la sensación de un diálogo directo. Las siguientes citas corresponden a la transmisión del programa de cáncer de cuello uterino y Virus de Papiloma Humano que se transmitió el 17 de febrero de 2008, en el horario de las ocho de la mañana.

Introducción del programa “HPV y cáncer cérvico uterino”

Dr. Albuja: [...]cuáles son las mujeres que tienen mayor posibilidad; de todas, las que mayor posibilidad tienen de desarrollar un cáncer cérvico uterino, ahí tenemos (cuando menciona: aquí, ahí, etc, muestra las diapositivas):

- mujeres que iniciaron su vida sexual lo más temprano posible, es decir antes de los 20 años. Promedio en nuestro país, el inicio de relaciones sexuales son 14 años 9 meses, en un gran porcentaje de adolescentes; es decir, que ahora estamos más expuestos que antes a un cáncer cérvico uterino...;
- mujeres con múltiples compañeros sexuales, varios compañeros sexuales, y, como dice ahí;
- mujeres mayores, sobre todo, de 45 años.

[...]Si usted no se hace un papanicolau una vez al año, sea que tenga relaciones sexuales o no haya tenido relaciones sexuales, y ya sea mayor de 18 años, posiblemente no se podrá detectar un cáncer que demora mucho tiempo, le da chance de reaccionar a usted como al médico para evitar que fallezca, o que se enferme o tenga este problema de cáncer.

[...]el virus del papiloma humano es algo que no me da síntomas, en cualquier momento puede haber una inflamación —como estamos

viendo— pero el asunto no queda en inflamación, veamos, ahí tenemos el siguiente (diapositiva):

- Señales tempranas de cáncer —como usted puede ver ahí— estos cambios se conocen con la palabrita displasia, guárdese en su cabeza, primero tenemos inflamación, ahora tenemos displasia. Qué quiere decir con esto de displasia. Displasia quiere decir que, tantas infecciones ha habido que [...] las células tienen que “hacerse callo” para defenderse de los bichos, de los parásitos o los virus que usted no se trata. El momento en que se defienden, mire cómo se hace como un tejido grueso, ese tejido grueso, de repente no se sabe, por herencia, porque usted fuma, no hace ejercicio, porque come muchas grasas, de repente esas células empiezan a hacerse cáncer, eso se conoce como displasia, señales tempranas. Lo bueno es que lo que usted vio son solo señales que están solo en el cuello, no ha pasado a otros lugares más.

El conductor hace una continua reiteración al hecho del cuidado, de los factores que inciden en la aparición del cáncer cérvico uterino, es decir, del peligro, de la amenaza del virus y de un futuro cáncer, subrayando el problema en el cuerpo de las mujeres. Sin embargo, hay un punto que me interesa resaltar, y es que hace referencia, a lo largo de todo el programa, a las mujeres casadas y con hijos, lo que es interesante si recordamos que es un programa visto por una diversidad muy amplia de televidentes. Tal parece que el objetivo del programa apunta a las familias, conformadas por parejas monogámicas y a sus hijos.

Dr. Albuja: [...] Mire lo que dice la OPS, esto es algo muy interesante que espero, señora, de corazón, le haga reflexionar a usted: “si hay dinero para servicios médicos en una familia, la mamá o ella lo gastará en sus hijos y no en sí misma”, es decir a gastar en otras personas que en sí misma. Tantos años nos olvidamos de nosotros, que todo el mundo se olvida si yo me olvido, y encima de eso puedo llegar a tener esta enfermedad bastante seria. En todos lados encontramos mamás héroes que mueren antes de tiempo, que mueren con un cáncer cérvico uterino. Para morirse de un cáncer cérvico uterino señora, es porque usted durante dos, tres años no se hizo un triste papanicolau, que es el examen más práctico, un poco incómodo si, pero que sirve para prevenir este problema bastante serio.

Ahora bien, quiero que lea lo que dice ahí, señora, esto va para usted, señora, si tiene entre 29, 45, 50 años, léalo bien: “el amor hacia los demás empieza por uno mismo”, las mamás son así, ¿no?, “no, no, es que mis hijos, porque sino soy mala madre, soy egoísta”. Egoísta, señora, es usted

que no se trata a usted, que usted no se quiere a usted, porque si usted está sana, *va a cuidar a sus hijos talvez hasta que ellos estén viejos inclusive, y eso es una bendición muy grande*²⁶, no es la maldición que dios me ha dado, sino es una bendición.

Con esta frase se vuelve a enfatizar en la importancia de la familia, en la necesidad de prevención y cuidado de la mujer, en tanto pueda desarrollar el rol familiar que por su sexo le corresponde, la cuestión vista como una cuestión sagrada. En la siguiente parte, el conductor recoge los argumentos médicos más conocidos sobre el cáncer cérvico uterino y el Virus de papiloma Humano. Aparentemente el discurso del sexo seguro crea un sentido común que permite su reproducción.

Dr. Albuja: Ahora el cáncer cérvico uterino es el cáncer más letal entre las mujeres, y uno de los más comunes, que debemos tomar muy en cuenta. Ahora bien, este cáncer se demora en presentarse durante varios años y más o menos en mujeres en edades como las que están aquí, de mujeres de 30 y 60 años...

Ahí tenemos el útero, comienza a afectar estos tejidos el cáncer, se va a la vejiga, se puede también ir al hígado, se puede ir a los huesos o a los riñones, pueden producir lo que se conoce como metástasis, y pueden ir también a los ganglios, pueden ir a la columna, inclusive a los pulmones. Cuántas veces ha escuchado que le operaron y los médicos dijeron “cerrémosle no más”, porque ya no hay nada que hacer, lo que llama mucha gente “está desahuciada”. *Desahuciada quiere decir que usted no se ocupó de usted, y disculpe que insista, porque cuántas veces he visto hijos perder a sus mamás, o mamás angustiadas porque tienen hijos pequeños todavía*²⁷ por no haberse hecho un triste papanicolau que costará unos 3 dólares, 4 dólares, exagerando, o talvez en algunos lugares hasta lo hacen gratis.

Segmentos como estos me llevan a cuestionarme cuál es la opinión de los televidentes, de las personas que apenas se están familiarizando con el tema del Virus de Papiloma Humano, cuáles son sus reacciones al advertir la “terrible” amenaza de un virus, que va en aumento, y que las estadísticas señalan como el más común entre las mujeres.

Dr. Albuja: Ahora bien, cuáles son algunos factores de riesgo, es decir si todas la mujeres pueden desarrollar cáncer cérvico uterino [...] pero de estas, cuáles más tienen riesgos de desarrollar un cáncer cérvico uterino tenemos, miren:

- mujeres, insistimos, mujeres que han empezado sus relaciones desde temprana edad;
- tener *muchas*²⁸ parejas sexuales, y;
- tener relaciones inclusive con hombres que no sean circuncidados.

Estas son las mujeres que, con mayor posibilidad, pueden tener un cáncer cérvico uterino, pero si se conoce que el Virus del Papiloma Humano es el virus que está causando mayor incidencia en cáncer en mujeres, hay la bola de tipos de virus. ¿Quiere saber usted más sobre el virus del papiloma humano?

- Miren, ahí tenemos, modos de transmisión del Virus del Papiloma Humano:
- contacto sexual;
- instrumentos médicos y juguetes sexuales pueden contagiar el virus del papiloma;
- de la madre al niño durante el parto y se previene normalmente cuando se sabe que usted tiene el virus del papiloma humano y se hace una cesárea;
- contacto con la piel o con verrugas. Esto es como cuando usted tiene fuegos, no sé si le ha pasado, pero hay veces que no tiene nada, pero tiene el virus adentro. Si usted besa a alguien o algo puede ir contagiando el virus, después le aparece las vesículas con agua... dice no pues, yo tengo fuegos, el virus del papiloma es igual, puede ser a veces que no hay o puede ser a veces que regrese, pero usted puede ya tener el virus.

Nuevamente, se insiste en la peligrosidad y los factores de riesgo, y se muestra, como corolario, una serie de recomendaciones a seguir por las mujeres que han contraído ya la enfermedad.

Dr. Albuja: Ahora bien, recomendaciones generales para las mujeres, sobre todo, que ya tienen el Virus de Papiloma Humano. Cuando hicimos el programa de enfermedades de transmisión sexual, dijimos si usted se puede contagiar, pero si usted lo tiene, qué puede hacer, tenemos:

- control riguroso y periódicamente mediante un papanicolau, por lo menos una vez al año. Si usted es una mujer joven, que tiene el papiloma, una vez al año, religiosamente, tiene que hacerse un papanicolau;
- evite relaciones sexuales con hombres *sobre todo que frecuentan mujeres o prostitutas*²⁹, porque las prostitutas pueden no tener ningún signo, ningún síntoma y, sin embargo, contagiar el virus. Ojo, los pre-

servativos, insistimos, no previenen en gran cantidad el virus, pueden proteger o disminuir la forma de contagio, como el virus está en la piel, que se unan las dos pelvis en una relación sexual es más que suficiente para contraer el virus a pesar de tener un preservativo;

- no fumar. Fumar aumenta las lesiones dentro del cuello uterino para que el virus haga lo que quiera y desarrolle el cáncer.

Ahora, esto en cuanto a alimentación (se refiere a cuidados preventivos o de apoyo al tratamiento), si yo ya tengo el Virus de Papiloma Humano posiblemente tengo que hacerme los cuidados que ya hemos mencionado. Pero hay que tomar en cuenta otras cosas, es útil no utilizar pastillas anticonceptivas si usted ya tiene el virus del papiloma humano, eso hay que tomar muy en cuenta. No existe, como dice aquí, cura para el virus del papiloma humano, no existe, hay tratamiento como para la diabetes, como para la hipertensión, como para la osteoporosis, de la misma manera.

[...] La pregunta es, con los preservativos, ¿puedo evitar que me contagien el VPH? Ahí tenemos:

- los condones no pueden proteger completamente, en parte, no completamente. El VPH se puede transmitir por contacto con la piel, sobre todo si hay verrugas, eso es lo que llama mucha gente los “nacidos” o los “crecidos”, que tienen una forma de coliflor, el contacto directo con la piel puede hacer que usted se contagie a pesar de usar preservativo, talvez no en el pene pero si alrededor de la piel de la pelvis;
- en contacto con cualquier área del cuerpo que esté infectada, como la piel del área genital, puede ser también anal, si no hay verrugas visibles aún se puede transmitir.

El tema de la vacuna es especialmente controversial, es quizá uno de los aspectos de prevención del Virus de Papiloma Humano en el que más difieren los puntos de vista de los médicos. Unos, como es el caso del conductor de este programa, apoyan la aplicación de la vacuna en todas las mujeres, es decir, tanto en aquellas que mantienen vida sexual activa, como en las que no. En la opinión de unos médicos, incluso se puede aplicar esta vacuna en aquellas mujeres que ya han contraído el virus.

Otros grupos de médicos, —en la experiencia de observación he podido ver— los que trabajan con sectores socioeconómicos “bajos”, mantienen cierta discrecionalidad al respecto, y advierten que la vacuna no puede ser utilizada con fines curativos, sino eminentemente

preventivos, lo que no es un recurso utilizado por ellos, ya que la dosis de tres vacunas implica, además, altos costos. En las siguientes líneas anoto un debate indirecto al respecto, que se inició a partir de la explicación del Dr. Albuja sobre las vacunas preventivas y la respuesta que dio el Dr. Lamiña.

Dr. Lamiña: Ahora, qué pasa con la vacuna:

Efectividad de la vacuna: La vacuna tiene alrededor del 95 al 100% de efectividad contra los virus 6, 11 que son los que producen las verrugas, las coliflores en la piel. Puede ser en el pene, internamente en el cuello de la vagina o puede ser en la piel, 6 y 11. en cambio, con los que producen el cáncer cérvico uterino, 16 y 18, también. Pero ojo, que hay otro tipo de virus que son los 33 y el 35, que pueden producir tanto cáncer como el 16 y el 18, entonces tiene una protección del 95, posiblemente un poco más, pero no del 100%, porque muchas mujeres saben lo que dicen? Ah doctor, si es que ya me vacune del VPH, entonces para qué me voy a hacer el papanicolau, si ya tengo la vacuna? Negativo señora, usted le vacunó a su hija, posiblemente muy chica o usted ya se vacunó del VPH, tiene que seguirse haciendo los exámenes del papanicolau, porque esta vacuna va contra los virus más comunes, pero también hay otros que puede desarrollar que no cubre la vacuna y es por eso que usted debe seguirse haciendo los papanicolau, eso es un dato muy importante

Ahora, quién debe vacunarse contra el vph. La *Food and Drug Administration*³⁰ aprobó la vacuna en niñas y en mujeres con edades de 9 a 26 años. Es preferible vacunarse antes, obviamente, antes de comenzar cualquier actividad sexual.

¿Cuántas inyecciones se necesitan, doctor, para esto? O ¿cómo funciona la vacuna? Son tres inyecciones. Una vez aplicada la primera, se necesitará vacunarse por segunda vez después de dos meses, y la tercera dosis de la vacuna deberá ser inyectada a los seis meses de lo que usted se puso la primera.

Esa es una buena opción, ahora, ¿por cuánto tiempo me dura la vacuna que me pongo?, ¿esta vacuna cuánto tiempo demora la protección? Ahí tenemos, como la vacuna es relativamente nueva no se sabe con exactitud cuánto tiempo logra cubrir a una mujer del VPH, sobre todo, pero la FDA dice que por lo menos dos años, a los dos años debe aplicarse una nueva dosis.

Ahora, las personas preguntan: si yo ya tengo el VPH entonces para qué me voy a vacunar, si ya no sirve de nada... miren lo que dice ahí: la vacuna no trata, ni cura el VPH si usted ya lo adquirió... no le va a salvar,

pero la inyección ayuda a que una persona que ya tiene un tipo de virus —puede ser el 6 o el 11— ya no se infecte de otros tipos de virus que también pueden causar cáncer cérvico uterino. No se sabe, todavía no tenemos una implementación tan científica, o de tecnología, para saber si usted tiene VPH, tiene este y este virus, es muy costoso ese examen, esto no cura ni quita si ya tiene el VPH, le protege de otras familias que también pueden ser graves.

Y tercero, por ejemplo, si usted tiene el VPH 6, la vacuna no la protegerá de adquirir el 16, eso hay que tomar en cuenta.

En este mismo discurso, incluyo información proveniente de empresas privadas, farmacéuticas que están difundiendo la vacuna del HPV como uno de los métodos más efectivos de prevención, y que, en los últimos 12 meses han sido la más asequible al público, ya que, además de en los consultorios, puede ser encontrada fácilmente en otro tipo de espacios, como las salas de cine, las cafeterías, etc.

Pero el debate de la vacuna y de su efectividad no se remite solo a los círculos médicos. En varios países donde se ha dado abiertamente la posibilidad de la aplicación de la vacuna, muchos grupos de la población, de ideología conservadora, han protestado ante esta forma de prevención, aduciendo que la vacuna, que tiene prescripción para ser aplicada en niñas desde los 6 años y mujeres jóvenes hasta los 26 años, que no tengan el virus, ha sido entendida como una forma de promover la promiscuidad y el “libertinaje sexual”. Este es un ejemplo de lo que sucedió en Estados Unidos, en el Estado de Texas, en el año 2006:

El papiloma virus humano (Human Papillomavirus, HPV) es uno de ellos y está muy extendido entre adolescentes y mujeres sexualmente activas. Los científicos piensan que las cuatro variedades del HPV (existen otras además de estas), incluidos en la vacuna de Merck, causan el 70% de casos de cáncer cervical y el 90% de casos de verrugas genitales en Estados Unidos. Entonces, ¿cuál es el problema con el hecho de dar esta vacuna a las jóvenes?

Primero, implícitamente acepta como normal el estado de prácticas sexuales autodestructivas de las jóvenes actuales que está muy lejos de ser normal. Esto quiere decir que las adolescentes, tan pequeñas como las de 11 años, podrían estar acostándose por ahí y por lo mismo deben recibir esta vacuna llamada Gardasil, por precaución.

En vez de gastar cientos de millones de dólares en inyectar a cada persona la vacuna HPV, *una mejor estrategia sería enfrentar la cultura de la promiscuidad*^{B1}, especialmente desde que se sabe que Gardasil no hará nada por combatir otras peligrosas ETS, que tanto niñas como adultas pueden contraer (<http://www.esposibleelcambio.org/foros/showthread.php?t=5367>)

Estos grupos, además, señalan que la aplicación de la droga tiene efectos contraindicados, y que la promoción de la vacuna no es más que un negocio entre lo que ellos denominan “*lobbistas*” y las farmacéuticas.

Obviamente, existe la conexión entre los *lobbies* y el dinero que las compañías tienen para la promover la droga. Pero existe un problema más trascendente: el dar por hecho que la promiscuidad sexual juvenil no se puede modificar y que solo es posible reforzar las acciones para combatir las enfermedades resultantes. (<http://www.esposibleelcambio.org/foros/showthread.php?t=5367>)

Desde mi punto de vista, en Ecuador aún no se establece un escenario claro de debate al respecto de la vacuna, pienso que esto es debido a los altos costos que tiene la aplicación de las tres dosis, a las que solo un pequeño grupo de mujeres puede acceder. Existe, sin embargo, el peligro de que en virtud de los discursos de sexualidad saludable, se interne totalmente en los debates médicos locales, lo que puede tener una respuesta bastante conservadora por parte de determinados grupos sociales, tal como ha sucedido con la píldora del día después, negando, incluso la libertad de opción de las mujeres para elegir la forma que consideren efectiva para la prevención del virus, por el trasfondo moral que tiene este tipo de discursos.

Es innegable, sin embargo, a pesar de que la publicidad de la vacuna es aún muy reducida, el interés que tienen las farmacéuticas, en Ecuador, por promover un discurso de sexualidad saludable y control de ITS a través del pánico. Una muestra es el caso que presento a continuación. Se trata de un volante que lleva la foto de una hija y su madre, y abajo un subtítulo que dice “Pasa la voz, y díselo hoy: ayuda a tu hija”. “Aprende más sobre el virus que puede causar el cáncer de cuello uterino (cáncer cervical)”. El volante corresponde a una de las publicidades de la vacuna para la prevención del cáncer cérvico uterino y otras enfermedades

relacionadas con el HPV, diseñadas por la farmacéutica Merck Sharp & Dohme, con el auspicio, además, de empresas privadas³².

En la parte interior del volante aparece más información acerca del HPV, de los posibles efectos del virus, estadísticas y una fotografía que tiene un texto adjunto en el que se señala las pruebas médicas que deben hacerse para evitar el virus, o sus formas de tratamiento. Son “consejos” que se entregan a las madres para la prevención del virus en los cuerpos de sus hijas.

Junto a este volante se puede encontrar otra tarjeta, con el mismo mensaje: “Pasa la voz, y díselo hoy”. En la parte posterior se encuentra información del HPV en Ecuador, bajo la pregunta “sabías qué?”:

- El cáncer cervical es causado por ciertos tipos de un virus común.
- El virus se llama VPH (Virus del Papiloma Humano), y millones de personas ya lo tienen.
- Tú podrías tener el VPH sin saberlo.
- En Ecuador, de acuerdo al reporte de la OPS en el año 2000, se presentaron 2231 casos de mujeres con cáncer de cuello uterino (cáncer cervical), de las cuales, alrededor del 40% murieron (aproximadamente por semana)[...]
- AHORA QUE LO SABES, PASA LA VOZ

Uno de mis aprendizajes dentro del trabajo campo, específicamente en la tarea de recolección, fue que, a pesar de que los equipos de médicos, obstetrices y sanitarias a nivel general pregonan la existencia de un amplio material de difusión de la afección, en la práctica es muy escaso; y en términos más amplios, los centros y sus equipos de capacitadores no entregan un tipo de información directa y eficiente como para resolver las dudas de las personas.

Aunque, por el contrario, sí existe una extensa difusión de los programas de información y prevención del VIH, que, al parecer, cuenta con más recursos, como para que su sistema de difusión sea mayor. Es contradictorio que exista tan poca información del Virus de Papiloma Humano, si bien la necesidad de información es una respuesta recurrente de quienes conforman los equipos de salud, puesto que estadísticamente, en Ecuador —y a nivel mundial—, es uno de los virus que más están afectando a las mujeres de todos los estratos sociales.

Virus del Papiloma Humano: la maternidad y sus riesgos, la visión pública

En Ecuador, todo lo concerniente a la salud reproductiva, sexualidad, cuerpo y deseo, tal como en la mayoría de países, ha estado vinculado al ámbito de los derechos. León (1999) señala que en los años ochenta el tema más ampliamente trabajado en Ecuador fue el de la planificación familiar, gracias (como se vio en el capítulo anterior) al financiamiento y auspicio de organismos internacionales hacia varias ONG, que tuvieron, más bien, un enfoque “controlista” (León, 1999: 21). En este sentido, el ámbito de los derechos parece mantener una visión maternalista respecto de la salud sexual femenina; y en la visión de la salud pública, como protección al sistema reproductor femenino, en la medida en que esta protección se refleja en la de las nuevas generaciones de ciudadanos.

Dentro de los discursos del sector público incluyo información recogida del Estado, en tanto normas del sector salud y de publicaciones del Ministerio de Salud Pública. Ha sido revelador el hecho de que, a pesar de los avances que implican, las modificaciones y las inclusiones que contemplan los articulados legales, tales como el Código de la Salud, los presupuestos en los que se basa el control y prevención de las ITS apuntan hacia un mismo horizonte, que es el de la protección hacia la maternidad y sus “productos”.

El énfasis en el cuidado de las ITS, tal como se contempla (aunque de manera más reducida) para el caso del HPV, es hacia la capacidad reproductiva del hombre, pero principalmente de mujeres, es decir, la protección hacia todo su sistema reproductivo. La lectura, en ocasiones, advierte de un rezago del maternalismo de principios del siglo XX, cuando se propendía al cuidado de las futuras generaciones y de la capacitación en educación de la sexualidad femenina, para el progreso de la sociedad, esta vez enfocado hacia las metas del desarrollo regional y mundial.

Para el año de 1998, los movimientos sociales consiguieron que se incluyeran en la nueva carta constitucional propuestas que enfatizan la diversidad, actividades que fueron lideradas por los movimientos indígenas, de mujeres y el movimiento gay. En esta nueva Constitución, los derechos sexuales y reproductivos crean una perspectiva en la que

la sexualidad y la reproducción aparecen como dos aspectos distintos y que no siempre tienen las mismas motivaciones (León, 1999: 8).

De hecho, en el Artículo 3 de la Constitución Política de la República se estableció, como un deber del Estado, la protección a la familia “como célula fundamental de la sociedad, garantizándole las condiciones morales, culturales y económicas que favorezcan la constitución de sus fines y proteger el matrimonio, la maternidad y el haber familiar” (Registro Oficial No. 285, marzo de 1998, No. 73: 2). Y se señala, además, que “la sexualidad es una realidad humana presente desde la concepción, sujeta a procesos de maduración que son claves para el equilibrio de la personalidad” (Registro Oficial No. 285, marzo de 1998, No. 73: 2).

En concordancia con los nuevos acuerdos y normativas internacionales, y el nuevo horizonte de sexualidad saludable, el Estado ecuatoriano expidió la Ley de educación de la sexualidad y el amor (1998) y la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia (1998). Ambas leyes son, por lo menos formalmente, consideradas ejes transversales de los programas y planes de educación y salud en sexualidad, dentro de todos los centros oficiales y privados del país.

El Art. 1 de la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia señala:

Toda *mujer*³³ ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-*niñas*³⁴ menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado (Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, 1998).

En el mismo sentido, y entendiendo la maternidad y las infecciones de transmisión sexual en las mujeres como un solo bloque, en el Artículo 2, numeral a) se señala:

a) Maternidad: Se asegura a las *mujeres*³⁵, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia

intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados (Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 1998).

Dichos programas contemplados dentro de la Ley, y que se denominan de “salud sexual y reproductiva”, contemplan uno especial que consiste en la “detección oportuna del cáncer cérvico uterino”, que incluye la información, detección, prevención y tratamiento del Virus de Papiloma Humano-HPV, aplicados con carácter obligatorio a todos los establecimientos de salud, pertenecientes al sector público.

Al momento de la recolección de la información y del trabajo de campo, sin embargo, pude conocer, gracias a la información de uno de los funcionarios del Departamento Nacional del SIDA, adscrito al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que el Virus de Papiloma Humano para el Estado no está considerado como una de las infecciones de mayor incidencia en el país, y por eso no existe una forma de tratamiento particular aplicado a los casos conocidos. La poca o ninguna información que se pudo obtener en los establecimientos estatales, respecto al HPV, prevención y tratamiento, según el funcionario, se debía a la poca incidencia, que por lo menos estadísticamente, conocía el Ministerio.

Según el *Manual de normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual* (2007), que se entrega desde esta dependencia a todos los centros de salud pública del país, el Virus de Papiloma Humano está considerado dentro de los anexos, y no constituye una de las infecciones hacia las que se destinen mayores recursos para su detección y control, según nos informó una de las funcionarias del área de ITS del Ministerio de Salud Pública (D. C, 5.04.08. Centro de Salud No.1).

La infección por el Virus de Papiloma Humano (HPV) dentro del manual es definida de la siguiente manera:

Enfermedad infecciosa de transmisión *frecuentemente*³⁶ sexual, también conocida como verrugas genitales, condiloma acuminado, coliflor o cresta de gallo (MSP, 2007: 73).

La infección por HPV en este manual está considerada de “relación causal” entre las displasias, neoplasias intrapiteliales y cáncer en ambos sexos, en particular se menciona al cáncer de cuello uterino, y se dice: “por lo que la prevención y manejo adecuado de esta ITS se revierte en

prevención de enfermedades que ocupan una de las primeras causas de vida sana perdida en la población” (MSP, 2007: 73).

CEMOPLAF y HPV: confluencia de discursos de la sexualidad saludable

El Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar-CEMOPLAF, en la actualidad, ha enfocado su trabajo a ofrecer sus servicios y productos de salud hacia la salud sexual y reproductiva, especialmente a población de estratos socioeconómicos y medios, con lo que se pretende “contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población” (Tríptico informativo de CEMOPLAF).

A partir de la información obtenida en los centros que forman parte del proyecto CEMOPLAF, se podría decir que convergen los discursos de sexo seguro y los discursos del riesgo y pánico frente al tema de la sexualidad y de las ITS, lo que se abordó en el caso particular del HPV. Se toman elementos de ambos y se reelabora un nuevo discurso, que aparentemente se contrapone al discurso estatal, ya que enfatiza en la importancia de la prevención y el cuidado, pero amplía la atención y el tratamiento hacia las mujeres y a sus parejas, y en esa dirección busca proteger a la familia —hasta donde pretende llegar el discurso estatal—, pero bajo la óptica de los organismos internacionales, que directa o indirectamente financian sus actividades.

Entrevistadora: ¿Y en lo que es salud reproductiva?

Entrevistada: En salud reproductiva, ese es nuestro programa líder, en el que hemos estado trabajando desde un principio, todo lo que es planificación familiar, ginecología que ya encierra todo eso. En este centro exclusivamente, empezamos nosotros con planificación familiar, ginecología y pediatría. En este momento contamos con un laboratorio completo, tenemos el servicio de ecografía, tenemos ya colposcopia también y dermatología, traumatología y psicología... (Obstetrix M.Vizcaíno. 31.05.08).

Cada uno de los centros médicos que conforman el proyecto CEMOPLAF trabajan principalmente en el área urbana y en zonas urbano-marginales, y tienen delimitadas sus zonas de influencia. En áreas

rurales, el trabajo en capacitación, medicina preventiva y atención en salud sexual y reproductiva se hace a través de convenios con empresas, principalmente plantaciones florícolas, fuera del cantón Quito.

Entrevistada: Son convenios que hacemos con las empresas, es medicina preventiva en donde nosotros le damos la oportunidad de que la señora se haga el examen de papanicolau y le cobramos exclusivamente por el examen, nosotros le damos la receta, le damos servicios sin costo adicional porque ella no puede salir y hacer ver su examen con otro profesional, le ayudamos a que no pague de la consulta en el futuro (Obstetrix M. Vizcaíno 31.05.08).

Entre los objetivos planteados dentro de la misión y visión del Centro están: “Respaldar la paternidad responsable como fundamento de la familia y la sociedad”, y se subraya el “ofrecer servicios de salud en general con enfoque en salud sexual y reproductiva” (Tríptico informativo de CEMOPLAF). Sin embargo, al preguntarles por un programa específico sobre infecciones de transmisión sexual, este no estaba contemplado, sino únicamente el programa de adolescentes³⁷, que se enfoca principalmente en educación sexual.

Entrevistada: Bueno, un programa específico no lo tenemos. Eso es, toda mujer que viene acá es encaminada a una orientación que empezamos por lo más bajito, un control de cáncer, una detección oportuna de cáncer lo hacemos con los exámenes de papanicolau, una vez que hacemos eso, con el diagnóstico, le encaminamos a que tiene que hacerse una colposcopia, especialmente si ha habido una lesión, o como usted sabe que hay virus que no aparecen a simple vista, entonces se necesita hacer un examen especializado...

Tenemos una historia clínica que es muy amplia, donde incluimos una pregunta, si es que conoce de alguna infección de transmisión sexual, o si la ha tenido en alguna época de su vida, o si su pareja también lo adquirió en alguna época de su vida... eso es un dato importante para poderle guiar a la usuaria sobre *qué tipo de atención necesita*³⁸ (Obstetrix M. Vizcaíno 31.05.08).

[En el programa “Adolescentes” de CEMOPLAF] Nosotros tenemos un manual, que es el *Manual de autocuidado de la fertilidad*. Este manual fue elaborado por CEMOPLAF y tiene el aval del Ministerio de Salud. En este manual nos basamos, nos guiamos.... Este manual es utilizado

por cada uno de nuestros coordinadores, que hace el seguimiento a los promotores que son de cada comunidad, capacitados, seleccionados, y tiene más o menos entre 10 y 12 promotores juveniles voluntarios... hablamos también del riesgo de relaciones sexuales tempranas, de los métodos anticonceptivos, de planificación, de la prevención de infecciones de transmisión sexual, del embarazo, también control prenatal, absolutamente todo (Obsteriz E. Racines 07.04.08).

Tampoco existe un programa ampliado de información, prevención y tratamiento exclusivo del Virus de Papiloma Humano, aunque los capacitadores nos informaron que es una de las infecciones a las que más seguimiento se da en los centros, afirmando que quizá es la segunda en importancia, luego de las infecciones por candidiasis, hongos o bacterias (L. López, equipo de capacitadores 02.04.08).

Al solicitar información sobre el HPV, se hace una descripción del procedimiento que se sigue en la detección y tratamiento del virus; no se pudo encontrar ningún tipo de protocolo, investigación o recopilación hecha por los funcionarios del proyecto CEMOPLAF, sino un manual de infecciones de transmisión sexual, que está ampliamente difundido y al que normalmente se hace referencia en distintos espacios estatales y privados, en el área de la salud sexual.

Entrevistada: Notros definimos al HPV en todo el contexto de infecciones de transmisión sexual. En la última temporada hemos visto, por la información de prensa, la televisión y todo lo demás, la difusión que se ha hecho sobre el cuidado del HPV, justamente con la aparición de la vacuna, que no es una cosa que podemos tener, y de hecho no tenemos en nuestros centros, sino que si las personas necesitan, se remite a los lugares donde pueden adquirir.

Como sabemos, es utilizado en mujeres que no han tenido experiencia sexual, porque ya teniendo una experiencia sexual no sabemos si esa persona se infectó o no se infectó, para saberlo hay que hacerse exámenes especiales, una colposcopia, exámenes de laboratorio, y son exámenes costosos (Obstetriz E. Racines 07.04.08).

El proceso se describió de la siguiente manera:

Entrevistadora: En este centro, ¿cómo se realiza el tratamiento de HPV?

Entrevistada: Primero es el examen de papanicolau, si es que no hubiera una lesión visible al momento de darle atención a la usuaria, de darle atención ginecológica, si es que no hubiera lesiones a simple vista, pues hacemos un examen de papanicolau, y ahí también nos viene un reporte de, a veces viene “sugerente de HPV” o viene una cervicitis, ya cuellos que vienen con alteraciones, nosotros le sugerimos que se haga una colposcopia, que es un examen más especializado, y en ese momento ya el doctor le ve si amerita o no hacerle una biopsia, si es que tuviera una lesión y diagnosticar si tuviera HPV.

Entrevistadora: ¿Y una vez que una mujer ha sido diagnosticada con HPV, cual es el paso a seguir?

Entrevistada: Si ha habido ya, luego de la colposcopia, y se ha hecho una biopsia, y dice que ha sido infectada por el virus del HPV, si es en una mujer, le pedimos que inmediatamente su compañero también tiene que hacerse una peneoscopia para revisarle si es que hubiera lesiones.

Dependiendo de hasta dónde ha llegado la lesión, puede ser que se haga una electrofulguración, que consiste en hacer con el electrocauterio unas quemaditas para que desaparezcan. Además del tratamiento sistémico, es decir por vía oral, y también para su compañero si es que lo necesita.

Entrevistadora: ¿Con antibióticos?

Entrevistada: No se usan para el HPV, sino un medicamento específico que son retrovirales que se hace para ellos. Eso sí lo hace ya directamente el colposcopista (Obstetrix M. Vizcaíno 31.05.08).

Al preguntar sobre a quién se le hace el tratamiento, se enfatiza en que el control, exámenes, diagnóstico y tratamiento se hacen específicamente con mujeres, ya que son ellas quienes acuden a la consulta, esto a pesar de que el centro trabaja sobre las necesidades de salud de la familia.

Esta información es ratificada por uno de los capacitadores, quien me comentó que la mayoría de las personas que asisten a consulta por una ITS son las mujeres, las parejas se acercan a consulta cuando ha sido diagnosticada la enfermedad “porque como la mayoría de estas enfermedades son asintomáticas, las personas no se atienden a tiempo o confunden los síntomas” y señala que en el centro “las que más acuden por tratamiento y atención son las mujeres, los hombres son muy pocos los casos, a menos que sí estuviese bien avanzada la enfermedad y por presión de los médicos y de sus parejas” (L. López, capacitador 02.04.08).

Los factores de riesgo que empeoran el cuadro son, en su base, los mismos que señalan los manuales y publicaciones médicas y de sexo seguro, es decir, candidiasis, frecuentes infecciones vaginales, que implican, además, la baja de las defensas, y la aparición de lesiones, por lo general imperceptibles.

Entrevistada: Todo depende, además, del estado de salud de la persona, puede ser del hombre o de la mujer. Verdaderamente en el caso nuestro, las que primeras acuden a atención son las mujeres. Nosotros solicitamos que sea el varón el que llegue también a la atención porque es necesario tratar a la pareja. En el caso de las mujeres, nosotros sabemos que cuando hay lesiones de HPV, la mujer que está embarazada debe controlarse, si es que las lesiones están presentes, no puede dar a luz normalmente, sino tiene que hacerse una cesárea, porque si no, el producto corre el riesgo de infectarse al atravesar por el canal vaginal. Por eso es importante trabajar, y de hecho así tratamos de hacerlo, con la pareja, pero no siempre es posible (Obstetriz E. Racines 07.04.08).

Es común encontrar a mujeres solas o con hijos pequeños en la sala de espera para la consulta de pediatría, son muy pocos los casos en los que se puede encontrar parejas, y en el caso de esatarlo, generalmente es para continuar tratamientos de planificación, de infertilidad o de profilaxis, si es que han sido diagnosticados con alguna ITS (Observación 23.03.08).

Entrevistadora: ¿Generalmente son las mujeres las que acuden por problemas de HPV o los hombres?

Entrevistada: Bueno, las mujeres vienen y ellas no saben que han tenido HPV, aquí es donde se diagnostica el HPV y continúan con el tratamiento para la pareja también.

Entrevistadora: Le pregunto eso porque, de alguna información obtenida, el HPV es una de las infecciones más comunes en nuestro medio.

Entrevistada: Así es, últimamente hemos visto una incidencia alta por infección de HPV, lo que antes no lo teníamos, era rarísimo que alguien viniera infectado por HPV.

Entrevistadora: ¿Desde cuándo podría registrarse este apareamiento?

Entrevistada: Tal vez será de unos ocho años que ya se ve, y últimamente unos tres o cuatro años que ya la incidencia de HPV es bastante alta. Como usted sabe el HPV provoca cáncer cérvico uterino, por eso pro-

bablemente había muchas mujeres que tenían cáncer y no lo sabían, que era producido por el HPV; ahora ya se ha puesto más interés y se lo diagnostica con más facilidad que antes.

Entrevistadora: ¿Hay algún factor de riesgo que empeore la enfermedad en los hombres?

Entrevistada: También pueden tener cáncer en el pene, y ellos pueden ser los portadores para varias parejas.

Entrevistadora: ¿Posteriormente a la cauterización?

Entrevistada: Ah no pues, obviamente que luego de eso se necesita un nuevo control para ver si la lesión ha desaparecido, por completo, el virus ha desaparecido de esa parte de la lesión, porque usted sabe, el virus, una vez que entra, ese no sale. Se queda en el cuerpo y cuando la persona tiene una baja de las defensas, cuando ha tenido algún otro problema o cuando está embarazada, en algunas ocasiones, nuevamente reaparece.

Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo antes de detectar un cáncer cérvico uterino se puede actuar?

Entrevistada: Bueno, el HPV aparece de acuerdo a las condiciones físicas, a las condiciones de salud que tenga la persona, si está bajas las defensas, aparece más pronto; si es que tiene buenas defensas aparecerá mucho más tarde. Todavía estaremos unos cinco, ocho, diez años sin saber que la mujer tiene el HPV, porque a simple vista las lesiones no se les ve, sino ya viéndoles con la colposcopia que es un lente especial adecuado para ver si hay lesiones o no (Obstetrix M. Vizcaíno 31.05.08).

A propósito de las historias clínicas de las pacientes con HPV, en el tratamiento específico del virus, la posibilidad de seguimiento se ve afectada por algunos elementos, en este caso se definen como problema de seguimiento los costos del tratamiento.

Entrevistadora: Y en los casos diagnosticados en este centro, ¿se ha dado algún tipo de seguimiento o hay personas que no han seguido un control específico?

Entrevistada: Bueno, nosotros tenemos nuestra historia clínica acá y estamos pendientes de que ellas se hagan. Nosotros le llamamos, le revisamos, pero obviamente hay personas que por el costo van al área del Ministerio de Salud Pública, para poder seguir su tratamiento.

Entrevistadora: ¿Es decir que no todas las personas pueden acceder al tratamiento que ofrece CEMOPLAF?

Entrevistada: Así es. Claro, por los costos.

Entrevistadora: En su opinión, ¿mujeres de qué estrato socioeconómico se atienden en CEMOPLAF?

Entrevistada: Bueno, aquí la mayoría atendemos de estratos socioeconómicos medios, medios y bajos. Sin embargo, las personas que nosotros les hemos pedido que se hagan, han hecho un esfuerzo y se los han hecho. Muy pocos, o sea rarísimo, que no se hagan el examen.

Entonces ellas sí acuden porque les damos una información, les decimos lo que les puede suceder y que realmente *estamos a tiempo de salvar su vida*³⁹ (Obstetriz M. Vizcaíno 31.05.08).

Sin embargo, según la información obtenida en el Ministerio de Salud, los casos de Virus de Papiloma Humano que se atienden, son muy pocos, y la atención que se ofrece está especialmente dirigida a las “epidemias” de úlcera genital, secreción uretral, secreción vaginal, dolor abdominal bajo, edema de escroto, bubón inguinal, conjuntivitis neonatal, y particularmente del VIH, que tiene áreas especializadas. Para todas estas, dentro de todos los centros de salud pertenecientes al Ministerio, se sigue un modelo de atención y protocolo para la atención de infecciones de transmisión sexual⁴⁰.

Son centrales en el diagnóstico y el tratamiento del Papiloma Virus Humano, las recomendaciones posteriores, que deberán traslucirse a lo largo del seguimiento, estas coinciden claramente con los principios del sexo seguro; como medidas de protección, se señala particularmente la monogamia.

Entrevistadora: ¿Cuáles son las recomendaciones que se entrega a las mujeres una vez que se ha terminado el tratamiento?

Entrevistada: Bueno, usted sabe que la única manera de evitar este tipo de infecciones *es la fidelidad*⁴¹, eso es lo primero que se recomienda a la pareja, para que en el futuro no lo tengan nuevamente, porque pueden llegar a reinfectarse otra vez.

Entrevistadora: ¿Y en caso de reinfección?

Entrevistada: Tiene que seguir nuevamente el tratamiento y hacer conciencia de que no solo le puede dar eso, que al fin y al cabo para esto hay tratamiento, para el VIH todavía no hemos encontrado en los estudios, lo que podemos hacer es mejorar la calidad de vida y que tenga una vida estable hasta que la lesión aumenta.

Esta es una infección de transmisión sexual y puede estar infectada si no

de cualquiera, entonces eso es importante, hacemos nosotros acá, si ha sacado esto, igual le mandamos a que se haga un examen de VIH, con las indicaciones respectivas, le hacemos una pre-prueba, la preconsulta, la consejería después del resultado también, eso es a nivel muy privado, le hacemos con un código para saber que es de ella ese examen.... (Obstetrix M. Vizcaíno 31.05.08).

Por ejemplo una mujer que es portadora de HPV, puede no saber que tiene HPV y las lesiones en ella pueden ser internas, y la persona que tiene contacto con ella puede quedarse contagiado, no teniéndolo. Igual una mujer al tener relaciones con un portador de HPV puede estarse contagiando, sin saberlo también. Creo que la mejor prevención es justo eso, evitar las relaciones sexuales de riesgo, si uno no conoce bien a la persona tiene que utilizar protección, aún en los últimos tiempos se está hablando de protección, inclusive, dentro de las parejas regulares, no es cierto, utilización de condón, el sexo seguro para evitar todos estos problemas (Obstetrix E. Racines 07.04.08).

Cuando están con lesiones, hay que hacer el tratamiento de las lesiones, el HPV, como toda infección viral, no tiene cura, lo único que tenemos es el tratamiento para la lesión, las molestias. Y lo que se pide a las pacientes es tratar de mantener una vida saludable, evitar las relaciones de riesgo, o sin protección, contacto con personas desconocidas que podrían agravar, mantener ciertos hábitos de higiene o de limpieza... (Obstetrix E. Racines 07.04.08).

Cuando se preguntó acerca del debate sobre la protección efectiva que prestaba el preservativo respecto de las infecciones de transmisión sexual (en tanto se afirma que por lo menos para el caso del HPV, la protección es mínima, ya que el virus supón el contagio a través de la piel) se dijo que, si bien la única protección efectiva era la fidelidad y una pareja estable, dadas las estadísticas, se había demostrado que las trabajadoras sexuales, que utilizaban preservativos, eran el grupo de población con menor registro de infecciones de transmisión sexual, y que por tanto era responsabilidad de los hombres tener este tipo de cuidados (Capacitadotes 25.03.08).

El proyecto CEMOPLAF ha implementado, además, una serie de estrategias para la difusión, educación y prevención en VIH/SIDA, principalmente en grupos considerados de riesgo, como adolescentes y trabajadoras sexuales, y se han adaptado servicios itinerantes, con cobertura

de servicios a zonas de difícil acceso, especialmente con atención clínica. Se ofrecen además charlas, seminarios y conferencias.

Entrevistada: Sin embargo, trabajamos también con algunas empresas que son plantaciones que están fuera del cantón, que se yo, en Tabacundo, Pedro Moncayo, en Cayambe, que hemos tenido la oportunidad de hacer medicina preventiva, donde nosotros hacemos examen de papanicolau una vez al año en estas empresas, y gracias a eso hemos podido diagnosticar *y que la señora tenga un tratamiento a tiempo*⁴², antes de que hubiera un cáncer.

Entrevistadora: ¿Y charlas, conferencias?

Entrevistada: Eso es uno de los convenios que hacemos con las empresas, damos, sin costo adicional, charlas a la empresa, antes de comenzar con el servicio. Primero hacemos charlas para que la gente sepa y se incentive para hacerse el examen, esa es una de las cosas.

Entrevistadora: ¿Tienen algún tipo de publicaciones informativas que se entregue a las personas, sobre el HPV?

Entrevistada: No, aquí no lo tenemos. Todos los trípticos, las cosas, se hacen a nivel de la administración central. En algunos casos sí tenemos los trípticos donde se detalla como enfermedades de transmisión sexual, en algunos folletitos, más en este momento se está haciendo sobre el VIH, es lo que más se ha difundido (Obstetrix M. Vizcaíno 31.05.08).

Dentro de lo que son nuestros centros, nosotros hacemos lo que son charlas educativas, se da información en las salas de espera, no solo sobre HPV, sino sobre VIH/SIDA, sobre candidiasis, etc. (Obstetrix E. Racines 07.04.08).

Un hecho importante es que en el tratamiento, dentro de lo que es la atención en CEMOPLAF, muy pocas veces se hace alusión a la vacuna como método preventivo. Al preguntar a una de sus funcionarias sobre este tema y el debate que se arma en torno a él en Ecuador, respecto a los costos, respondió:

Entrevistada: [...] no sé, creo que es a 150 [dólares] cada dosis, y ese es un precio bastante caro para la gran mayoría de nosotros y de nuestros jóvenes. Estamos hablando que para la gran mayoría, al ser tres dosis, son 450 dólares; no se tiene esa cantidad (Obstetrix E. Racines 07.04.08).

Si bien el tema del Virus de Papiloma Humano no es un tema de reciente aparición, sí lo es en la escena pública, aunque sea considerada una de las infecciones más comunes y recientes de esta época. Muchos médicos reconocen que se empieza a hablar y a vincular el tema del HPV con la llegada de los programas de educación y prevención del VIH, aunque de forma indirecta.

Entrevistada: Exactamente, se empieza a hablar del HPV a raíz de todo lo que está pasando con el VIH. Antes era un tema muy, muy desconocido y solo se sabía de él cuando nosotros, al hacer una toma de papanicolaou o cuando nosotros al examinar, encontramos un cuello que nos llama la atención y pedimos una colposcopia, se detectaba. Ahora ya algunas mujeres piden exámenes, antes decirle a una paciente una cosa de estas, era fuerte, decían pero qué me está diciendo... siempre era un poquito más difícil y las personas lo tomaban como diciendo no ha de ser ninguna cosa importante... (Obstetrix E. Racines 07.04.08).

Conclusiones

Partiendo de la relación que se estableció entre Norte y Sur y del proceso de expropiación de los saberes sobre el cuidado de la salud reproductiva, contemporáneamente en el ámbito nacional, los temas de derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos se han tomado como uno solo y reducen todo el problema a la implementación de programas para la intervención y prevención, principalmente de embarazos adolescentes y de mortalidad de niños menores de 5 años.

No se puede desligar aún, del imaginario sobre la reproducción humana, la idea que vincula “mujer” con la idea de maternidad, es decir, la salud de sus órganos reproductivos, desvinculando otras áreas de la sexualidad femenina, como el placer y el deseo. El discurso vuelve a esencializar la sexualidad y el rol de las mujeres, dado que la preocupación central está en su protección fundamentalmente en la etapa de gestación, y en una reiterada necesidad de dirigir este cuidado y control de la reproducción femenina hacia la protección de la familia.

Se podría decir que la sexualidad saludable es un nuevo discurso técnico-político, que maneja un tipo de retórica higienista y controlista, en la que la salud reproductiva se entiende como un recurso novedoso que está, al mismo tiempo, impulsado por una ideología de desarrollo

promovida por las agendas de los organismos internacionales, y que se ve compelido por las mismas.

La novedad de este discurso en el ámbito nacional es que, por lo menos en la concepción de un Estado que se piensa “moderno”, la construcción de la sexualidad no se ve como una esencia dada por lo biológico sino como un conjunto de características de “identidad” de los sujetos sociales. Sin embargo, desde una perspectiva, si se quiere más social, y en asociación con todo el temor que el discurso genera y vincula a las infecciones de transmisión sexual, se vuelve a traer el tema de la sexualidad, pero frecuentemente convertido en un tabú.

No hay, talvez, nada más conflictivo que hablar de sexualidad, por esto la medicina, y la perspectiva de sexualidad saludable, al ponerla en el tapete público, la neutraliza, disminuye el conflicto y lo vuelve un tema que no se menciona cotidianamente y que parece convertirse en un problema latente que a “todos nos puede tocar”, esto posiblemente facilita la existencia de canales que reproducen y legitiman los discursos del sexo seguro, también localmente

Los dos casos presentados hablan de la expropiación de saber y de la medicina como instancia que legitima tanto el temor como la prevención. La medicina es, entonces, campo de poder y de saber. Los programas que he presentado en este capítulo están conducidos y dirigidos por médicos, con especialización o no en el tema de ginecología o sexualidad humana, y aparecen como representativos de un horizonte de sexualidad sana que debe ser, si no practicada, por lo menos conocida por todos, puesto que el desconocimiento, en sociedades que aspiran al desarrollo, es considerado una falencia, sobre todo porque se afirma que existen los canales necesarios para la difusión de la información idónea, que preserva a las personas y a sus actos bajo premisas universalistas.

Los comentarios emitidos corresponden, precisamente, a los lineamientos de las organizaciones rectoras (mundiales o nacionales) de la salud. Si bien en los casos presentados el interés parece confluir en un mismo territorio de la sexualidad sana, fue interesante observar también ciertas discrepancias alrededor del tema de la prevención.

El punto central que vemos a lo largo de las descripciones recogidas en este capítulo, se refiere, a pesar de las diferencias y contradicciones

que se encuentran, a la existencia de un hecho, al parecer irrefutable: la condición de control para evitar las ITS.

El caso del Virus de Papiloma Humano es talvez uno de los más claros, dado que se publicita como una de las infecciones transmitidas sexualmente que más afecta a las mujeres; bajo la amenaza y el riesgo de cáncer, el control y la responsabilidad de su propia salud y bienestar, al aparecer depende del cuidado y control que tenga la mujer respecto de su sexualidad y es ella la especial responsable de evitar la transmisión, aun a pesar de que el otro miembro de la pareja, si es que la hubiera, haga el tratamiento. Las recomendaciones y causas de la enfermedad coinciden con que la solución está, sobre todo, en las prácticas monogámicas.

No obstante, si se mira en retrospectiva, y teniendo en cuenta que las infecciones de transmisión sexual han sido una constante en las sociedades, el nuevo enfoque que se da a la sexualidad aparece como un mecanismo que no solo genera información, sino también temor, que se afina en el panorama de las pandemias, en especial del VIH/SIDA.

Son precisamente los organismos “paraestatales” los que llevan adelante los programas de salud sexual y reproductiva. En la medida en que el Estado y los servicios que brinda parecen no llegar a toda la población, las ONG, como CEMOPLAF, ofrecen servicios de salud e información en espacios donde el Estado y sus dependencias de salud en muy pocos casos lo hacen. La convergencia de discursos se reproduce fácilmente entre la comunidad de médicos, obstetrices, capacitadores y demás personal que tiene que ver con la salud sexual.

En el siguiente capítulo deseo abordar el tema del HPV y las negociaciones que hacen las personas con el discurso del sexo seguro. La investigación de campo se hará tomando ciertos principios que se señalan dentro del origen de la enfermedad, como el vínculo que médicamente se hace con la pobreza y la falta de higiene.

Notas

14. Con este testimonio empieza un reportaje sobre el Día de la Salud Mujer del diario vespertino *La Hora*, de circulación principalmente en la ciudad de Quito. El testimonio, sin duda, es impactante y crea en los lectores/as la sensación de inseguridad y de temor ante informaciones de este tipo; esa es, justamente, la intención al iniciar una nota con un testimonio al que se podría calificar de impactante. La explicación acerca del tratamiento del HPV, al igual que de las posibles formas de prevención, solo se hace hacia la mitad de la nota y muy someramente. Todo el artículo se encierra bajo el titular de “Un virus que ataca con fuerza. HPV. Causa principal del cáncer uterino”.
15. Los textos seleccionados pertenecen a publicaciones y tratados médicos sobre oncología en particular. Para mayor detalle revisar bibliografía utilizada, al final de este capítulo.
16. El subrayado es mío.
17. Cabe aclarar que estos datos no están determinados claramente, se puede encontrar diversas versiones acerca de lo que se entiende como Virus de Papiloma Humano, su etiología, tipos, cuidados y prevención; la información es diversa y obedece mucho a la fuente de información.
18. Esta publicación recoge una serie de artículos médicos, científicos y periodísticos acerca del HPV. Combina, además, aspectos informativos y publicitarios acerca de nuevas marcas y productos para realizar pruebas citológicas para la detección oportuna del virus y del cáncer cervical. Se trata de una publicación con mayor difusión en República Dominicana y en Colombia. Para mayor información revisar la página electrónica http://www.hpv-cancer.com/2007_09_01_archive.html
19. El subrayado es mío.
20. A este tipo de afecciones, llamadas antiguamente “enfermedades venéreas”, posteriormente la Organización Mundial de la Salud las denomina ETS (enfermedades de transmisión sexual) y posteriormente se cambia la denominación a ITS.
21. El doctor Francisco Lamiña es un médico conocido como internista, médico general que atiende además consultas personales. Los comerciales de su consultorio son los únicos que aparecen en el programa, y al parecer lo auspicia. En consulta, el doctor Lamiña se especializa en la atención de enfermedades “sexuales” y pruebas de laboratorio relacionadas con ITS.
22. Podría decirse que el programa, por su contenido y el lenguaje utilizado, está dirigido a estratos socioeconómicos más “populares”, en comparación con el programa del doctor Albuja, que, aunque usa un lenguaje coloquial, está enfocado a un público de clase media.
23. El subrayado es mío.
24. El subrayado es mío.
25. El doctor Albuja es un personaje muy conocido entre la colectividad, principalmente quiteña, a través de su programa de televisión y de las charlas médicas y de motivación que brinda a empresas, colegios y organizaciones. Ha iniciado, además, el

proyecto “Bien derechos con nuestros derechos”, orientado a jóvenes y adolescentes, acerca de sus derechos sexuales y reproductivos.

26. El subrayado es mío.
27. El subrayado es mío.
28. El subrayado es mío. Subrayo esta expresión en el sentido de la relatividad que expresa. ¿Qué inferimos por muchos? Recordemos, además, que el contagio puede haberse producido durante el contacto con una sola persona.
29. El subrayado es mío.
30. El subrayado es mío.
31. El subrayado es mío.
32. Entre estas empresas están: AEROGAL, el Portal Inmobiliario, Nestlé, Martinizing, Cosméticos Zermat, DHL, Kimberly-Clark del Ecuador y Postgraduate Medicine. Para mayores referencias visitar la página web: www.pasalavozvph.org
33. El subrayado es mío.
34. El subrayado es mío.
35. El subrayado es mío.
36. El subrayado es mío.
37. El programa “Adolescentes” de CEMOPLAF es un proyecto dirigido a jóvenes menores de 19 años, en Quito y doce provincias de Ecuador. Principalmente está conformado por estudiantes, sin embargo el objetivo del programa es llegar a jóvenes de escasos recursos y con menores posibilidades de educación. Es un programa de capacitación y preparación en temas de salud sexual y reproductiva, de manera que estos jóvenes transmitan estos conocimientos a sus pares, “que sean ellos mismos los que eduquen a sus compañeros, a sus amigos, a sus vecinos, a sus hermanos”. Este Programa se basa en que el joven quiere ser partícipe de la resolución de sus propias necesidades. En total son 17 programas de adolescentes que existen en el país. El programa nació como una inquietud de CEMOPLAF, aunque en su fase inicial fue apoyado por la Universidad de Georgetown (1995), y actualmente cuenta con auspicios del Plan Parenthood y la subvención que brindan los centros a los programas (entrevista Obs. Elsa Racines, Directora del programa “Adolescentes”, CEMOPLAF 07.04.08)
38. El subrayado es mío.
39. El subrayado es mío.
40. Para mayor información sobre el modelo de atención de infecciones de transmisión sexual, a nivel estatal, revisar el *Manual de normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual* (2007), al que puede accederse a través de la Dirección del Sida-MSP, componente del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/Sida- ITS.
41. El subrayado es mío.
42. El subrayado es mío.

CAPÍTULO IV

VOCES DE MUJERES. TEMOR, NEGOCIACIÓN E INTIMIDAD

Introducción

En este capítulo, y a través de los relatos, me aproximaré a una descripción de las narrativas que, incorporadas en lo social, a través de los discursos médicos, interpelan los comportamientos, las nociones y las vivencias de la sexualidad. Los recursos discursivos de la medicina sobre sexualidad, de forma particular aquellos que se articulan desde los organismos internacionales, apuntan a un tipo de sexualidad en la que el cuerpo deja de concebirse como un todo, pero se dirigen tanto la seguridad como el riesgo, en normas concretas traducidas en comportamientos saludables, respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS).

En las historias que se narran como parte de este capítulo, se encuentra una ruta que marcan sus protagonistas, en un movimiento constante entre norma médica-sanitaria y acciones o comportamientos individuales. Dentro de esta ruta, ha sido significativo encontrar que las personas que han sido diagnosticadas con HPV tienen la capacidad de entender el proceso de la “enfermedad”, de procesar los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que vienen con el diagnóstico, así como el papel de los

médicos, a ratos preponderante y decisorio sobre los cuerpos y procesos descritos por las informantes de este estudio.

El acercamiento a estas percepciones de salud y enfermedad, sexualidad y medicina e intimidad se ha podido hacer con base en entrevistas a profundidad recogidas entre un grupo de mujeres de la ciudad de Quito, quienes han sido diagnosticadas y tratadas por HPV, pertenecientes a estratos socioeconómicos medios.

El grupo con el que se trabajó correspondió a cinco mujeres, de clase media, de la ciudad, con instrucción universitaria y media. Las informantes están en un rango etario de entre 26 y 30 años, con y sin hijos, ubicadas en el sector centro-norte de Quito.

Este capítulo recoge la segunda fase del trabajo de campo, basado en una metodología etnográfica, enfocada, en primer lugar, a vincular teóricamente el tema de la sexualidad, la intimidad y la medicina (ginecológica) como un sistema experto de saber-poder, en el contexto de “la sociedad de riesgo”, temor y regulación.

En segundo lugar, esta investigación etnográfica apunta a caracterizar el tipo de relaciones que se establecen en los consultorios entre médico y paciente, y de modo más amplio, de “norma negociada”; así mismo, pretendo caracterizar la estructura de comunicación establecida entre ambos agentes: uno como paciente y otro como profesional en salud sexual y reproductiva, esta vez desde la percepción de las propias informantes, y con base en observaciones realizadas.

Rutas, temor, negociación

HPV, ¿un paso hacia el cáncer?

Beck y Giddens afirman que el avance de los procesos de individualización están directamente relacionados con una “libertad creciente” y con la internalización de la democracia en las personas, lo que, en términos generales, promovería intereses personales y solidaridades diferentes a los promovidos por la familia, partidos, sindicatos, e inclusive por el mismo Estado nacional. En este sentido, Beck considera que lo que se denomina “derrumbe de valores” está dado por el miedo (a la libertad), de ahí que las nuevas generaciones deben replantear estos valores de acuerdo a nuevos y diferentes problemas que la misma libertad, la que, plantea, va internalizada. La individualización creciente

conlleva a una época de riesgo, con la destrucción del medio ambiente, la desocupación, el SIDA y demás enfermedades infecto-contagiosas. De acuerdo a esto, las personas preferirían una existencia más emocional y “espontánea” y menos racional. “La juventud —finalmente— ha encontrado también algo para sí, con lo que puede hacer entrar en pánico a los adultos: ese algo es la diversión/deporte, música/diversión, consumo/diversión, vida/diversión” (Beck, 1999: 10).

Esta “nueva diversidad” que caracteriza a esta segunda modernidad de la que habla Beck, es decir, las nuevas generaciones, consiste en una crítica a los valores predominantes en la sociedad tradicional. En las primeras, el sentido de comunidad (nación, clase, partidos políticos) marca un conflicto de valores morales con las segundas, en las que aparentemente prima la búsqueda de más tiempo libre, tranquilidad, “compromiso autodeterminado”, deseo de aventuras, etc. La “sociedad de riesgo”, en este sentido, se caracteriza por la presencia de la incertidumbre.

Los riesgos a los que estaría avocada la sociedad moderna, en este contexto de incertidumbre, implican una inseguridad inmanente, que permanentemente es definida y respondida por los sistemas expertos, como la medicina.

Entrevistada: Pero después de eso, o sea hace unos tres años, recién, empecé a sentir dolores y todo el asunto y me fui de nuevo donde ella (donde la ginecóloga), y ella me dice que es pre-cáncer, o que tenía cáncer, que hay cáncer en grado cuatro, vos tienes en grado dos, ya mismo te va a dar cáncer, mañana mismo vente y tenemos que cortarte el cuello del útero, ni se qué, con radio frecuencia me dijo que me iba a hacer. Claro, y yo salí desesperada, no tienes idea, yo salí pero destruida. A ver, yo no tengo una vida sexual ordenada, y en ese tiempo le conocí a mi pareja actual, y yo estaba segura que el *man* me había pasado un papiloma más grave que el que tenía y que por eso ahora estaba en el cuello del útero y que por eso ahora tenía casi cáncer (Diana L. 18.07.08).

Entrevistada: Ya físicamente nunca sentí nada, nunca tuve problemas de secreción, nunca tuve problemas en mis relaciones sexuales, ni nada por el estilo, por eso no tenía idea, no fue que el papiloma me hayan detectado en una consulta de rutina, no en condiciones anómalas, o en algún tipo de síntoma que digas algo está pasando, para nada, más bien, muy normal (Vanessa P. 25.07.08).

Las discursividades médicas, basadas en el temor y el riesgo, presuponen que a las personas de la “segunda modernidad” las caracteriza una forma de pensamiento poco “previsor”, que impide la construcción de un futuro posible, y esto implica ambivalencia e inseguridad.

El sida no ha detenido a los jóvenes en su búsqueda de relacionarse; la moral sexual patriarcal ya no tiene efectos sobre ellos; están decididos a construir sus propios criterios éticos en relación con el otro; la represión de la sexualidad, en el sentido freudiano del término, no está abolida por supuesto, pero su incidencia sobre los comportamientos prácticos, es diferente; los mayores hemos dejado de ser modelos de experiencia o saber; en el seno de una sociedad que tiene escasos horizontes para su realización personal, los jóvenes no renuncian al amor o al sexo compartido, aun cuando tampoco se muestran dispuestos a aceptar los ocultamientos y las distorsiones del amor formal del matrimonio (Galende, 2001: 19)

Según lo que se puede interpretar de los discursos médicos, existe una vinculación entre la naturaleza “ambigua” del HPV y un aparente escaso conocimiento sobre la percepción del riesgo y actitudes de las mujeres acerca del virus. Las numerosas investigaciones y publicaciones médicas de los últimos años indican que el HPV no ha disminuido entre la población, principalmente femenina, debido, en parte, a la “naturaleza” de la infección, y también al escaso conocimiento público sobre el tema, que al parecer imposibilita prevenir la difusión acelerada y las “re-infecciones”. Sin embargo, los mismos médicos parecen no concordar acerca de los orígenes y efectos de la infección.

En la actualidad, la producción social de riqueza produce, además y sistemáticamente, riesgos sociales. Así, la lógica del reparto de la riqueza de la primera modernidad (industrial) se desplaza, en la segunda modernidad, al reparto de los riesgos (Beck, 1986: 25), por lo que el riesgo parecería estrechamente vinculado a situaciones de clase,

pero [las sociedades del riesgo] hacen valer una lógica de reparto esencialmente diferente: los riesgos de la modernización afectan, más tarde o más temprano, también a quienes los producen o se benefician de ellos. Contienen un efecto *boomerang* que hace saltar por los aires el esquema de clases (Beck, 1986: 29).

En este mismo sentido, la jerarquía social no se marca, al parecer, solo entre las personas, sino también entre saberes; la medicina responde a la incertidumbre que implica también la libertad sexual a la que generalmente se califica de libertinaje.

Entrevistada: Claro, o sea sí, una cosa como que, no me acuerdo bien, fue algo como que si vas a tener una vida así, protégete, pero lo mejor sería que no tengas una vida así. Y claro, cuando ella me dijo que era pre-cáncer, cómo me echaba la culpa... claro, y me dijo que me tenía que sacar el útero y ni sé cómo (Diana L. 18.07.08).

La posibilidad de negociación, los espacios, aunque reducidos, donde poder contestar existen, ya que si el riesgo está siendo fijado por los sistemas expertos, como en este caso, los mismos hacia quienes se dirige la norma de cuidado y prevención son los que la reconfiguran, la manejan, la resignifican.

Entrevistada: Sí me he puesto a pensar que focazo lo de mi médica, yo estaba confiando mucho en ella, ¿y si es que me hubiera hecho todos los tratamientos que la *man* me dijo? Seguiría pensando que me va a dar cáncer...

Bueno, eso más bien lo que me provocó fue angustia, pero yo me acuerdo, después dije ya, si me voy a hacer la conización, de una vez que me conice todo lo que tenga que salir, ya... y seguía con mi pareja actual, como si nada, entonces ya, que se contagie bien para que me puedan hacer, igual después ya no voy a poder hacer nada así es que no, no ha cambiado.

Yo sí digo, si hubiera ido antes donde mi doctor... porque cuando llegué, yo estaba desesperada, oiga doctor dígame si me va a dar cáncer, dígame si usted puede curarme —y como mi mamá se estaba haciendo tratar con él porque tiene miomas, y le dijeron que tiene que sacarse el útero, y ella no quiere sacarse— por eso es que voy... pero claro, yo me acuerdo, cuando fui a la primera consulta, oye, qué alivio, qué alivio en serio, tener otra versión del asunto, que me digan, no es así el asunto, si se va a solucionar, no es el fin del mundo y no solo te pasa a ti... (Diana L. 18.07.08)

O sea, sí te dicen que es una enfermedad de transmisión sexual, que es un virus, inevitablemente le tienes que transmitir al otro, pero hay muchas personas que no tienen... la pregunta es, ¿de verdad tuve yo papiloma? (Patricia N. 19.07.08)

Otro de los efectos de la “civilización del riesgo” es la relativización de las diferencias y los límites sociales. Beck sostiene que los riesgos producen un efecto “igualador” entre los afectados. Para Beck, “las sociedades del riesgo no son sociedades de clases; sus situaciones de peligro no pueden pensarse como conflictos de clases”, de ahí que en la sociedad del riesgo “la miseria es jerárquica, el esmog es democrático” (Beck, 1986: 42), ¿que lo hace diferente a la posibilidad de una pandemia como el cáncer?

Entrevistadora: ¿Qué aspectos le preocupaban?

Entrevistada: Bueno, primero, me parecía inconcebible que tuviera una enfermedad de transmisión sexual, eso escuchas en las clases de educación sexual del colegio, escuchas en la televisión, pero además piensas que la transmisión sexual es sida y venéreas y se acabó... entonces a lo primero que asocias es a eso, a un tipo de venérea, a un tipo de enfermedad que tiene que ver con la falta de higiene, con la promiscuidad, y te sientes súper culpable, irresponsable, porque no sabes cómo manejar la situación... encima, cometo la imprudencia, no, no cometo la imprudencia, cuando pasó esto, le dije a mi mamá que volvía para hacerme atender.

Segundo, el hecho de que es una cosa que degenera en cáncer, y que no hay vuelta atrás, de que no hay posibilidad, eso sí te da una angustia súper grande.

Y la tercera es el hecho de la maternidad también, porque esa fue una de las cosas que conversamos con el médico antes de la conización, que es un porcentaje mínimo, muy bajo, pero que existe la posibilidad de complicaciones en el embarazo (Vanessa P. 25.07.08).

Entrevistada: Yo sentí dos cosas, la primera, angustia, porque si era cáncer, dije, es cáncer, me muero, bacán... pero la segunda, si es tratamiento, cuánto me va a costar, tenía que buscar apoyo familiar de donde no había y eso me hacía sentir mal porque les iba a hacer gastar plata a mi familia... no sabía cuánto iba a costar... y después me sentí súper culpable porque decía capaz le pasé a uno de mis ex. A uno de ellos si le escribí un mensaje, porque dije, a pesar de cuánto le odio, él está con una *man*, entonces si él le pasa a ella, yo puedo ser la responsable de que se muera con cáncer, porque yo asumía que a mí me iba a dar cáncer, o sea potencialmente podía morir de cáncer, y a la *man* también le iba a dar y encima me iba a tocar cargar con la muerte de la *man*, y encima es mamá y yo decía [...] Comencé así, a pensar un montón de cosas,

al final le escribí un mensaje y tengo esto, hazte exámenes, estás con alguien, yo sé... es que por donde le veías, o era cáncer, aunque era o no era cáncer era de ley plata y lo que menos tenía yo ese instante era plata, porque no tenía trabajo, no tenía estabilidad, dependía de mi familia, entonces era tenaz pues [...]

Fue una cosa de miedo, de pánico, ya me voy a morir, me van a sacar el útero, los ovarios, todo, todo... fue una depresión súper fuerte todo ese tiempo, todo el tiempo, hasta ahora ha sido súper fuerte (Patricia N. 19.07.08).

Entrevistadora: ¿Qué le dijo el médico cuando ya tuvieron los resultados de la biopsia, de la colposcopia o del pap?

Entrevistada: Puso cara de susto, me dijo, esto es serio, así que yo le recomiendo que se haga una conización e igual me quería mandar a la Clínica de la Mujer, ahí me cobraban como 300 dólares, y no se puede no más... Entonces me dijo, yo le recomiendo que se haga esto lo más pronto posible, si es posible mañana mismo, no deje pasar ni un día más, y yo le recomiendo que haga este tratamiento, que se haga una conización porque ahí le van a extraer toda el área dañada y le dejan todo lo bueno. Ahí también me dijo que era ya una cosa precancerígena y que debía tener cuidado después de eso.

Eso fue súper feo, el que me hizo la conización me dijo, eso es cáncer, con la televisión encima, oliendo a quemado, y llorando ese rato... Tiene que cuidarse, ya nunca más va a estar bien. Entonces ya pasó, ahí me hice ver con el doctor Obando este, más tranquilo, me dijo, el resultado esta súper bien, le sacaron todo lo dañado, vaya en paz, vuelva en tres semanas, un mes, tres meses... Y los exámenes otra vez bien... y después fui donde otro ginecólogo (Carla P. 19.07.08).

Entrevistada: ... tenía ansiedad... porque pensaba que podía ser cáncer, y más que nada me daba cosas de que se entere mi papá, y obviamente tenía que decirle a mi pareja... eso, porque no sabía cómo decirle. A mí sí me tocó como “camuflar” la situación porque era grave el asunto, como en una de las consultas me habían dicho que el virus podía estar desde hace años, unos 6-8 años, esa fue mi excusa porque sino, no hubiera podido. Conversé, le conté todo cómo era el asunto que podía ser grave, que tenía que hacerme ese procedimiento... no sé si él lo cachó así, pero la cuestión es que él no dijo nada, dejémoslo así... qué tengo que hacer. Entonces le dije que él tenía que hacerse esa cuestión. No hizo mayores preguntas (María M. 19.07.08).

Desde el Sur, la noción de “sociedad del riesgo” también debe pensarse a través de las importantes desigualdades sociales, cuando aún el tema de la distribución de la riqueza es un punto de debate. López y Luján (2000) señalan que, aunque los peligros ya no se circunscriben a un lugar geográfico, una clase social o incluso a la generación presente; también es cierto que, al mismo tiempo que los riesgos se globalizan, la distribución de la riqueza y la distribución del conocimiento científico-tecnológico es cada vez más inequitativa.

La mayor parte de las mujeres y hombres han sido educadas y educados en familias tradicionales que han “fijado” la identidad en esencias, valores y significados de lo femenino. Las instituciones, la medicina, acompañada por la tecnología, tiende no solo a modelar los valores, sino a regular y controlar. Se dice normalmente, tanto en consulta, como en la información que se genera en los medios sobre el HPV y los tratamientos, que la tecnología ha mejorado al punto que se han identificado diversos genotipos de HPV. Y se advierte, con la misma frecuencia, gracias a los avances tecnológicos, el creciente riesgo de la pandemia.

Si como dice Beck, en la sociedad actual tanto los riesgos como las riquezas son objeto de repartos, se trata de objetos-bienes y conflictos diferentes, ya que la riqueza se traduce en bienes de consumo, ingresos, oportunidades de educación, propiedades, etc., y es por esto que la divide entre poseedores y no poseedores. Mientras tanto, los riesgos generalmente son invisibles, tienen algo de “irreal” debido a que la conciencia del riesgo reside en el futuro. La amenaza, el riesgo, el temor de una infección tan ambigua que deriva en cáncer apunta a “crear” conciencia de la afectación incluso a otro tan “nebuloso” como él (llámese seguridad sanitaria, sexo seguro, etc.).

Entrevistadora: ¿Qué le dijeron acerca del Papiloma Virus Humano?

Entrevistada: Me dijeron que dependía mucho de la actividad sexual y de la falta de prolijidad... en el sentido de compañeros y de orden en la vida sexual, un poco diciéndome que era un paso directo al cáncer, que fue además traumático porque yo creo que, si bien necesitas información y necesitas estar conciente que es un problema que hay que solucionar, tampoco puedes manejar esos extremos, o se atiende se atiende, o esto es cáncer no, de una manera súper violenta. Pero lo que sí me advirtió es que una vez que tú te contagias de papiloma es algo que está constantemente en el cuerpo y que va a depender de diferentes

circunstancias para que se te active o no, y que obviamente dentro de esas circunstancias esté el hecho de que puedas tener una vida sexual sin cuidado, una vida sexual desordenada (Vanessa P. 25.07.08).

Entrevistada: Por último, cómo saber si todos tienen papiloma como dicen, porque me he puesto a pensar que hace cuatros, cinco o diez años nadie te decía que tienes papiloma y de pronto en un período de dos o tres años, todos tienen papiloma, es como raro... todos, los doctores, ponte esta doctora cuando me dijo en el 2000, que a mí me parecía súper temprano del papiloma, porque no sabía, me mandó óvulos, o sea no sabía qué era el papiloma, asumió que óvulos era la solución y ya... (Patricia N/ 19.07.08).

Cabe señalar que desde la perspectiva de Beck no se desconoce la desigualdad social y se reconoce la existencia de “zonas de solapamiento” entre ambas lógicas de reparto, de bienes y de riesgos. En la llamada “sociedad del riesgo” también existen las desigualdades y frecuentemente el reparto de los riesgos sigue el esquema de clases pero a la inversa: “las riquezas se acumulan arriba, los riesgos abajo”. Por otra parte, los riesgos producen nuevas desigualdades internacionales, entre el Tercer Mundo y los Estados industrializados (Beck, 1986: 41).

Podemos advertir que el discurso público de los médicos, en parte reconoce los derechos sexuales y reproductivos y los promueve entre la población. Estos discursos que, como vimos, provienen de los organismos internacionales como la OPS y la OMS pocas veces señalan los mecanismos idóneos para su implementación, que garanticen esos derechos; con esto, la tendencia a corto y largo plazo es el sustento de un tipo de moral sexual en la que las mujeres no son vistas como sujetos deseantes.

Gutiérrez (s/f.) recoge, de Mary Douglas (1986), la relación entre riesgos y clases. Douglas piensa que esta relación es directa, ya que la distribución del riesgo refleja solo la distribución vigente de poder y la posición social.

Cuando se puede evitar realizar un daño mayor a una población numerosa trasladando una industria peligrosa a un área escasamente poblada se plantean cuestiones éticas fundamentales. Es cierto que en un desierto con un poblamiento disperso de tribus indias menos personas resultarán perjudicadas. Pero ¿por qué razón deberían los indios del suroeste americano, agobiados ya por desventajas económicas y sanitarias,

consentir en ser sacrificados en aras del principio de mayor felicidad? ¿Debería el precio de una vida ser uniforme para todas las vidas? (Douglas, 1986: 32).

Nitschack (2008) considera que la modernidad ha sobredeterminado lo sexual en la construcción de la familia y a esta como núcleo de la sociedad moderna y como “libertad” en el sentido de placer individual y de constitución de las parejas. Para este autor, el sujeto está fragmentado, es múltiple y nómada, por tanto reconstruye y resignifica lo sexual en la experiencia, en lo intersubjetivo (Nitschack, 2007: 110). Ya no se enfrentan, en este contexto, las identidades de los hombres-machos y las mujeres “puras” o “putas”; sino que, en la medida en que la familia sigue siendo el núcleo de la sociedad, las mujeres que no aceptan “su rol” de madres, y se emancipan, exigen su independencia sexual, no necesariamente entran sancionadas en el imaginario social, sino que empiezan a ser parte de una “estructura deseante” (Nitschack, 2007: 114), que es una respuesta a un poder establecido sobre lo masculino, y por tanto las mujeres no son solo parte de una construcción masculina.

Entrevistada: Primero, tenía mucha preocupación de cómo me contagié, o sea si tenía la preocupación de saber dónde fue, porque se supone que si bien no tienes una prolijidad de permanentemente el condón, se supone que estás con personas de confianza, ese es el gran error, porque nadie es de confianza. Entonces si estás con personas de confianza asumes que no estás corriendo un riesgo para que te venga una enfermedad de esta magnitud, y más aun después de que me enteré que, bueno no me enteré, pero siempre te queda la duda de que si el contagio fue por tu pareja, dices, bueno, o sea a quién le estoy dando mi confianza también, eso un poco te preocupa (Vanessa P. 25.07.08).

Entrevistada: No hice caso, tuve relaciones sin condón... es que una no siempre se pone a pensar sobre su cuerpo, ese rato pasa y metías las patas no más, y ahí simplemente la racionalidad y la coherencia se iba por un caño, pero luego ya decía que tonta que soy, eso cuando estuve en un tratamiento para los hongos, y lo mismo me pasó con el papiloma, porque como el doctor fue súper fresco, me dijo es una cicatrización y ya, no es que me dijo es grave, entonces yo no asumí que era malísimo así, porque capaz si me decía si tiene relaciones en estos tres días se muere, capaz. Pero era una época en la que estaba con pareja, y cuando uno recién se conoce... la pasión se desborda, ya pasó... (Patricia N. 19.07.08).

HPV: la consulta, el laboratorio y el Diagnóstico

El estigma de una infección de transmisión sexual y la intimidad

Goffman (1963) señalaba que cualquier persona es susceptible de ser o estar estigmatizada por la sociedad, en función de lo que esta considera como normal, o cuando se sale de los cánones morales establecidos. El tema de la estigmatización trae consigo la cuestión de la interacción, que no solo se restringe a los espacios más amplios, como lo plantea el autor, sino a los encuentros “cara a cara”, como por ejemplo los que se dan en consulta o en el laboratorio.

El HPV se amplía hacia el ámbito de lo “desacreditable”, es decir, a la diferencia moral que no se revela de inmediato, ni de la que se tiene un conocimiento previo, y depende en gran medida de la “información social” de esta diferencia. Solamente cuando se conoce socialmente de un estigma se lo visibiliza, es decir, el estigma se formula dependiendo del grado de familiaridad existente entre esta “diferencia” y la sociedad. La temática del Virus de Papiloma Humano plantea, no obstante, una gran separación con aquello que debería trazarse como desacreditable; no existe un conocimiento social, al que pudiéramos calificar de “asentado” como consistente, más allá del que lo inscribe como falta, dentro de un sistema experto, como en este caso el de la medicina, dentro del cual incluso existe controversia.

Ana Amuchástegui (2001) afirma que las “normas asociadas con la sexualidad son concebidas como relaciones de poder en el sentido de que juegan un importante papel en la constitución de la subjetividad”. Al respecto, Rostagnol afirma que los ginecólogos/as “vehiculizan” normas asociadas con la sexualidad, que pasan a formar parte de la subjetividad de las mujeres y, de esta manera, facilitan u obstaculizan la construcción y el ejercicio de los derechos sexuales (Rostagnol, 2008: 220).

Rostagnol señala que el saber médico opera como un poder experto y productivo, que se articula con instancias administrativas necesarias para componer la normalización, en este caso especialmente en relación a la sexualidad (Rostagnol, 2008: 220). En los discursos médicos, que abren la posibilidad de la información sobre cuidados y prevención —como un hecho positivo—, se llega a advertir esta situación:

Entrevistadora: Algo que generalmente se puede ver en consulta es que los médicos preguntan el número de compañeros sexuales que ha tenido la paciente, al tratarse de cierto tipo de patologías, en las que la “promiscuidad” parece estar vinculada, en este caso, con el apareamiento del HPV. ¿En su caso, le hicieron esa pregunta?

Entrevistada: En CEMOPLAF, incluso antes de entrar a la consulta te preguntan cuántas parejas sexuales has tenido, si tienes abortos y si estás casada... Yo nunca he entendido por qué te hacen esas preguntas, acaso vos llegas cargando todo, sino que llegas vos y ese rato te tienen que analizar. No creo que tenga relación, porque pudo haberte pasado el *man* con el que estuviste ocho años de relación, y tuviste con diez más y ninguno te pasó.

Pero ahora dicen que el papiloma no necesariamente se pasa por transmisión sexual (Patricia N. 19.07.08).

Entrevistada: ...de cuántas parejas sexuales he tenido? Sí... Yo si creo que tienes una intervención de este tipo, deja ahí... o sea tu cuerpo no va a reaccionar de la misma forma, y un doctor que te va a hacer el seguimiento o lo que sea, sí debe tener conocimiento, me parece, no sé. Porque igual qué te dice si te has hecho un aborto. Yo creo que pudo haberte pasado el primero y único con el que has estado, y una está bien confiada. O puede ser que tu pareja sea... monógama y vos no (Vanessa P. 19.07.08).

Entrevistadora: ¿Con eso que me cuenta del comentario que emitió el médico, cómo se sintió?

Entrevistada: Mal. Yo me sentí súper mal en APROFE con esta doctora, me dio una charla de una hora sobre cómo una tiene que comportarse, o sea hacer las cosas que se deben hacer, que una debería estar casada y todo lo demás ¿no? Porque yo creo que la edad también pesa, cuando oyen tu edad comienzan a decir, pero usted ya debería... Como que te sugieren, es medio cargoso... Pero esa *man* específicamente sí me afectó, me sentí hecho pedazos, ni siquiera tenía ganas de hacerme los exámenes solo de pensar que me iban a decir que tengo cáncer ese rato, ni siquiera... (Patricia N. 19.07.08).

[...] lo que pasa es que ya de entrada ya sabes que los exámenes que tenemos que hacernos son bien maltratantes, como mujeres. Yo no voy feliz al ginecólogo nunca porque ya sabes que el hecho de abrir las piernas (bueno ahora me siento un poco más cómoda) pero nunca ha sido la alegría de mi vida, porque es reincómodo, es horrible, entonces cuando ya te dicen esto es, cómo será la curación, o sea, no hay otra manera, no te mandan pastillas, no te mandan cremas, te abren las piernas y te hacen algo...

Y estás consciente todo el tiempo porque no dices me van a dormir y me levanto y ya. Y es raro porque hay una cámara que capta, capaz el doctor sí necesita ver porque son cosas microscópicas, pero es la posición de la pantalla, porque te pueden poner a la espalda y tú no ves nada... y te dicen vea... encima ves sangre. Es bien feo, con esa pantalla encima... si mi hermana que me acompañó, estaba viendo y me estrangulaba la mano, porque es impresionante, porque es una persona que te quiere y que está viendo eso, que la pobre salió con los nervios destrozados (Patricia N. 19.07.08)

Entrevistada: [...] y te queman, y te cortan... al frente de una pantalla, para que veas; ¿por qué tienes que ver? ¿En qué operación te ponen ahí para que tú estés viendo lo que te están haciendo? en ninguna, nunca en la vida... El doctor está viendo... a mí no me interesa ver, apague no más, torturarte viendo cómo te queman, cómo te cortan, cómo te pintan, cómo te inyectan, te pinchan, te jalen todo, aparte del olor que es súper feo que es como carne chamuscada... sí, y piensas ya nunca más voy a volver a utilizar para que esto no vuelva a pasar en los días de mi vida (Vanessa P. 19.07.08).

Respecto de las particularidades que tuvo para cada una este proceso, son ellas mismas las que relatan la posición que pudieron adoptar frente a un sistema experto que, al mismo tiempo que diagnosticaba y trataba, las estigmatizaba; en este sentido la ciencia no se desvincula de la moral.

El tema del HPV surgió, para este grupo de mujeres, como aprendizajes que tuvieron desde que fueron diagnosticadas con la infección, en la observación de cambios en el plano personal, en poder divulgar su diagnóstico y experiencia a otras personas y en lo que estas experiencias significaron en sus vidas, así como los miedos que también tuvieron que experimentar.

Formas de reducir las probabilidades de contraer infecciones por VPH:

- Usar condones todo el tiempo y en forma correcta[...]
- Tener una relación basada en la fidelidad con alguien que no ha tenido, o ha tenido pocas, parejas sexuales.
- Limitar el número de parejas sexuales y elegir parejas que han tenido pocas parejas sexuales.
- La abstinencia de todo contacto sexual es la única manera segura de prevenir infecciones futuras por VPH. (“Formas de reducir las probabilidades de contraer infecciones por HPV”, s/f).

Rostagnol (2008), parafraseando a Bakhtin (1989), señala que el discurso médico, en tanto lenguaje, posee una fuerza centrípeta que se despliega desde los grupos dominantes hacia la sociedad en general, desde donde parece imponerse en determinada concepción del mundo, y que en el caso de la consulta médica-ginecológica se emite desde el médico hacia la usuaria.

El significado de los enunciados resulta del proceso de negociación entre los participantes en las conversaciones, por ejemplo, en las consultas médicas a las que acuden las mujeres: “el significado resultante no es solo poco claro para la usuaria, sino que probablemente lo sea también para el/la ginecólog@, con la diferencia que, para el caso de la mujer, su cuerpo y su salud quedan encadenados a esa vaguedad, mientras que para el/la ginecólog@, en una alta proporción, esto simplemente evidencia la falta de educación por parte de las mujeres” (Rostagnol, 2008: 220-221).

Entrevistada: Lo que pasa es que cuando me dieron los resultados del papanicolau, en el resultado ya decía “posible presencia de virus HPV”, entonces como todavía no tenía la cita con mi ginecóloga, como me asusté me fui directo donde otra ginecóloga que me atendiera ese rato. Entonces ella me dijo que era cáncer, que no se qué y que qué clase de vida sexual he tenido, que así es la juventud de ahora, etc., etc. (María M. 19.07.08)

Entrevistada:[...] porque nunca me dijo que el HPV era cancerígeno y que nunca iba a desaparecer, solo me mandó óvulos. Entonces yo asumí que era como un tratamiento normal que te mandan cuando te da infección, que es lo que por lo general me había tratado ¿no? Entonces así fue, la doctora nunca me informó... no tenía idea y ella nunca me aclaró, solo le quemó a este *man*⁴³ y dije, ya pues, así ha de ser, tres años después vinieron las consecuencias (Patricia N. 19.07.08).

Entrevistadora: ¿Por qué consecuencias?

Entrevistada: Porque yo seguía teniendo papiloma; cuando me fui a S.C, el doctor me dijo que seguramente había pasado a todas las personas hasta la fecha, yo no sabía pues... En realidad me dijo que siempre tuve el papiloma y que nunca me curé, que el tratamiento que me dieron no era el correcto y que tenían que cauterizarme (Patricia N. 19.07.08).

Tal como identifica Rostagnol, en los escenarios de consulta médica y sobre los tópicos sobre los cuales se intercambia “cada uno desde su lu-

gar” (Rostagnol, 2008: 221), el ritmo de la conversación es impuesto por el médico, a manera de un planteamiento interrogatorio, con intervalos para que la usuaria continúe su relato. La consulta, de modo general, dura 20 minutos, exceptuando los exámenes de colposcopia que duran entre 30 minutos y una hora.

En el caso de los médicos en general —y en este caso de los ginecolog@s— el valor del enunciado está dado por el enunciador y no por el contenido del mensaje; mientras que en el caso de la usuaria, es el contenido del mensaje lo que le da valor para su interlocutor. De modo que en el encuentro médico-paciente existe una relación de poder traducida en un “diálogo imposible” (Rostagnol, 2008: 221).

El consultorio es un lugar que la medicina ha construido para sí; es un lugar donde a priori las reglas son las de el/la médico/a y su disciplina (Mesa y Viera en Rostagnol, 2008: 221).

No es una regla general que los médicos y médicas vean en las mujeres sujetos con capacidad de decidir, por sí solos, sobre sus cuerpos y sobre su sexualidad. Generalmente, para cualquier tratamiento, y con base en la decisión del médico, se asume que lo harán la mujer y su pareja (aunque ésta no exista).

Entrevistada: A mí, mi doctora, la doctora de CEMOPLAF [...] entonces asumió un papel, como tiene HPV, tiene que hacerse este tratamiento pero tráigale mañana a su novio, así, inmediatamente. Entonces él fue, se sentó en la camilla, yo le esperé afuera, y él ya salió con quemaduras (Patricia N. 9.07.08).

Entrevistada: [...] y yo estaba haciéndome atender con unos médicos que no eran mis médicos... Realmente no me convencí mucho... yo pensé, regreso donde mi ginecólogo porque no he tenido una vida tan airada como para tener esto que quién sabe qué es. Cuando me atendí con mi médico, tampoco me explicó muy bien, solo me dijo que no podía volverme a hacer otro examen, yo le pedí que me haga otro, pero me dijo que no podía porque era ilegitimar un resultado médico, que ya estaba en la historia clínica y que no era necesario, entonces que lo más prudente era la operación, la conización (Vanessa P. 24.07.08).

Los tratamientos (la conización como método más utilizado) se justifican por el supuesto biomédico, donde el derecho de la usuaria queda

relegado a las políticas del riesgo y el daño, no solo de su propio cuerpo, sino del cuerpo social. El discurso ve en el cuerpo de la mujer un cuerpo de madre, un cuerpo que, para poder desarrollarse y continuar con sus funciones reproductivas, debe hacer un ejercicio responsable de su sexualidad (Rostagnol, 2008: 230).

Entrevistadora: ¿No le dio ninguna otra opción de tratamiento?

Entrevistada: No me dio otra opción, directamente la conización. Él sí me explicó más detenidamente que era una enfermedad por transmisión sexual, que habían muchos virus... Me dio a entender que habían muchas manifestaciones de papilomas; él me explicó y me dijo que otras podían ser no necesariamente por contagio sexual, sino que me dio a entender que son virus que están permanentemente en el organismo, tanto de la mujer como del hombre, pero que cuando bajas las defensas, por temas de estrés, por temas de qué sé yo, emocionales, emotivos, puedes contagiarte, porque yo le decía que cómo es posible que yo me haya hecho el papanicolau hace cuatro meses y que no sale ahí, pero sale en este otro lado, entonces él me decía que debe ser el ambiente, el estar sola, el cambio... Hizo que mi cuerpo procese de manera diferente eso [...] (Vanessa P. 25.07.08).

La práctica médica, en consulta y en laboratorio, maneja conceptos universalistas y naturalistas en relación a la sexualidad, que entran en franca contradicción con discursos en los que se promueven los derechos sexuales y reproductivos. Esta agencia médica, legitimada para determinar la “normalidad” con base en la biomedicina, fácilmente se traslada a la definición de los derechos sexuales, “actuando como un mecanismo regulador más del biopoder”⁴⁴ (Rostagnol, 2008: 231).

Entrevistada: Yo realmente me asusté, no tenía idea, no me dijeron inicialmente qué era papiloma, sino anomalías, y me mandaron a hacer una colposcopia... En la colposcopia me tomaron muestras y me dijeron, el momento que me estaban haciendo la colposcopia, que estaba tan anómala la situación que tenían que tomarme muestras. No me habían preparado para las muestras, nunca me explicaron, nunca me anestesiaron, como que fuera la cosa más sencilla del mundo, me hicieron tres cortes, que han sido las cosas más traumáticas que he pasado en la vida, ni la operación fue tan traumática como las muestras... Las dos primeras, sobrellevables, pero a la tercera sentí que me estaban cortando viva y efectivamente me estaban cortando viva (Vanessa P. 25.07.08).

Entrevistada: Lo bueno es que el doctor R me dijo, 70% de las mujeres en Europa tienen papiloma, es inevitable que algún rato les de papiloma, pero no es tan grave. La que me asustó fue la de APROFE que me dijo, busque a la persona que le contagió, júntese con él... el amor lo puede y lo supera todo, entonces los dos en el papiloma van a superarlo. Yo le dije, disculpe, pero ¿cómo voy a saber quién me pasó?... y me dijo es que esta juventud de ahora, ya no saben... como ya no se casan, ya no hay monogamia y se contagian (Patricia N. 19.07.08).

Negociación e intimidad

En América Latina, y en el caso de Ecuador, parece convivir la dualidad entre la tradición y las nuevas formas de concebir la intimidad y la sexualidad; sin embargo, esto no implica una ruptura con un tipo de orden, de poder y de jerarquía del que están conformadas las relaciones de género, se trata más bien de una reorganización y reducción de las diferencias y las asimetrías entre hombres y mujeres, en cuestiones prácticas de la pareja, pero no de la concepción de la pareja en sí misma, ya que no se puede señalar tácitamente que los deseos, objetivos y experiencias de ambos miembros de la pareja (heterosexual u homosexual) sean percibidos de una manera uniforme e igual, como lo considera el modelo de la “relación pura”.

Entrevistada: [...] Pero después de la operación, después de la conización me dijo que quería revisarle a mi pareja sexual, y obviamente mi pareja sexual estaba contagiado “hasta las orejas”...

Entrevistadora: ¿Y qué pasó con su pareja?

Entrevistada: Él hizo el tratamiento también.

Entrevistadora: ¿De qué tipo fue el tratamiento que le hizo a su pareja?

Entrevistada: A él le hizo con cauterización, solo con cauterización, porque lo mío, de lo que entiendo, es corte. Y cuando salieron ya los resultados, después del corte me dijo que el papiloma había avanzado mucho, que estaba muy enraizado, pero que además se estaba expandiendo, entonces que el corte fue un corte considerable... bien profundo... sí, un corte considerable.

Entrevistadora: Y a partir de esto, ¿cuál fue la recomendación médica?

Entrevistada: Bueno, que tenía que cuidarme, que tenía que ser más prolija en mi vida sexual y más aún cuando mi compañero estaba “hasta las orejas”[...]

Entrevistadora: ¿Y cuál fue la recomendación para su pareja?

Entrevistada: Primero, que se haga atender la cauterización, pero la bronca no fue tanto con el médico sino con mi compañero, porque la pregunta del millón era quién contagió a quién... claro, él me decía que yo le contagié... pero al final sobrellevamos el problema, el médico dio a entender que el contagio fue por él, porque el de él era un papiloma súper enraizado... (Carla P. 24.07.08)

Entrevistadora: ¿Y le hicieron tratamiento a su pareja?

Entrevistada: Tenían que cortarle las verrugas microscópicas que le habían salido porque a él ni se le veían, o sea yo no le veía, entonces cuando me dijo cáncer yo más preocupada. Él se fue a CEMOPLAF donde le dijeron, hay que quemarte las arrugas microscópicas que te estoy viendo, y es más, se ha descubierto ahora que el cáncer de próstata es súper común en los hombres por el papiloma, así que es más probable que te dé cáncer a ti que a tu pareja y hay que hacerte la circuncisión para que no quede mojado los alrededores de ni sé qué.

Por suerte la circuncisión costaba 500 dólares y la quemadura de las cosas estas no era efectiva, si a mí no me quemaban le decían a él, y como a mí no me iban a quemar por el tratamiento homeopático, entonces a él no le iba a resultar, y como yo le contagié yo estaba dispuesta a pagar, pero como ya le iba a hacer la circuncisión, yo dije, no.

[...] Claro, el *man* llegó a decirme, ve me va a dar cáncer de próstata, y bueno, como él es así, dijo, bueno igual, de algo me he de morir, pero verás que vos fuiste, ni sé cómo, ya, ya, pues, tengo mala suerte en la vida, por eso mismo me ha dado esto, ya pues entonces, le dije que yo le pagaba la circuncisión pero eran 500 dólares, le dije que se vaya con mi homeópata, pero que no cree en eso, entonces dije ya (Diana L. 18.07.08).

Entrevistadora: ¿Qué era lo que más le preocupaba?

Entrevistada: Chuta, fue tan feo esto porque yo me pasé culpando a él, porque me salieron *full* verrugas cuando entré con él. Y después fue como, ya ves, ya ves, me pasaste atormentando un mes y eras vos la que me pasó y por tu culpa voy a tener yo cáncer. Claro, y además siempre estuvo presente la cuestión de por qué tienes vos el papiloma ¿no?, como la duda. Chuta, yo en serio pensaba que era de las peores cosas que le podía pasar a una mujer (Diana L. 18.07.08).

Algunos autores como Galende, siguiendo el modelo planteado por Giddens, afirman que en la época contemporánea nada se encuentra ya

dado “naturalmente” en los valores y las funciones asignados a las identidades de hombre y mujer. Al parecer, los espacios íntimos se han transformado en los de las decisiones personales, de manera que los mismos valores fijan el compromiso, la consideración y el respeto entre la pareja, y no ya en la moral ni en la ética patriarcal como reguladoras de la sexualidad, de la fidelidad o de los objetivos que deba perseguir cada persona.

Sin embargo, la realidad ecuatoriana, más allá de los espacios íntimos o incluso dentro de los espacios de la sexualidad y la pareja, parece contradecir esta afirmación. Esta ética está totalmente integrada, y es más, en ese movimiento discursivo, la medicina la rescata casi todo el tiempo; es decir, las transformaciones de la intimidad, desde la medicina aún manifiestan valoraciones conservadoras. El siguiente es un fragmento recogido de material informativo que se entrega a la población, acerca del caso que se estudia, que puede graficar esta observación.

Lo Que Deben Saber Los Pacientes Cuando Les Diagnostican Verrugas Genitales- Información Para Ellos Y Su Parejas:

- Usted y su pareja pueden beneficiarse de una conversación franca sobre la salud sexual y el VPH [...]
- Sería bueno que su pareja actual reciba consejería o sea examinada por un profesional de la salud para determinar si tiene verrugas genitales u otras ITS.
- No se sabe en qué medida sería bueno para sus parejas sexuales futuras el decirles que a usted le diagnosticaron verrugas genitales en el pasado (y ya recibió tratamiento). Esto es porque no se sabe cuánto tiempo permanece contagiosa una persona tras concluir el tratamiento (“Lo que deben saber los pacientes cuando les diagnostican verrugas genitales”, s/f).

Las sociedades contemporáneas, fuertemente segmentadas, han introducido cambios en las relaciones sociales, sin embargo estos cambios no han sido incorporados de la misma forma en todos los segmentos sociales. Las transformaciones en las relaciones personales, o de la “intimidad”, que incluye la conformación de pareja, la sexualidad y la reproducción, han incidido en cómo las mujeres actualmente las experimentan, en sus identidades, en diferentes etapas de sus vidas.

Los modelos de salud y enfermedad reproductiva también se vinculan a estas transformaciones de la intimidad y de la sexualidad. Las

transformaciones históricas en este sentido han tenido relación con las transformaciones en la economía y el mercado laboral, la entrada masiva de las mujeres al mundo del trabajo remunerado, los avances biomédicos para el control de la natalidad (embarazo y nuevas tecnologías reproductivas), participación política de las mujeres y la globalización (Castells; citado en Moreno, 2008: 47).

Se cree que las mujeres son el grupo de población que más ha experimentado estas transformaciones, ya que tradicionalmente, la sociedad definió un ámbito más bien restringido de su experiencia, que se circunscribía al espacio doméstico, vinculado a lo maternal como su función fundamental. La sexualidad en la época contemporánea se desliga de la idea de reproducción, por tanto la identidad de las mujeres se desplaza hacia otras actividades, roles y demandas.

Sin embargo, en América Latina, la configuración de la intimidad sigue trayectorias distintas a las planteadas por Giddens o Castells, porque si bien se notan esas transformaciones, no se puede decir que estas sean generalizables a todos los estratos socioeconómicos de las sociedades latinoamericanas; muy probablemente, las transformaciones de una “relación confluyente” se hayan instalado en sectores con mayores recursos económicos, puesto que en las clases medias “la relación entre conyugalidad, parentalidad y proyecto personal es experimentada como fuente de tensiones, al colisionar expectativas muy disímiles respecto a la pareja y a sus diferentes roles, por parte de hombres y mujeres, donde ellas son mucho más exigentes, y ellos se manifiestan más conformes con su propio desempeño” (Moreno, 2008: 51).

Estas transformaciones no se dan en los estratos socioeconómicos bajos ya que “la falta de espacio y de recursos configura un lazo conyugal predominantemente utilitario donde el motivo prioritario de unión es la tarea de crianza de los hijos, y en el que la actividad sexual solamente es relevada como parte del período de cortejo de la pareja” (Moreno, 2008: 52), de lo que se puede inferir que la intimidad poco o nada sigue el modelo de individualización, cuando hay otros elementos de por medio, tales como la subsistencia.

Moreno (2008) critica el discurso de amor y sexualidad que enfatiza la emergencia de los proyectos individuales en los miembros de la pareja. Es una crítica al concepto de “relación pura” de Giddens, en la medida en que la autora muestra las barreras “estructurales” que limitan

los procesos de individualización, de articulación y resignificación de las maneras tradicionales de relacionamiento. Recojo la interpretación de esta autora cuando enfatiza que la “relación pura” debe ser entendida, más que como una práctica, como un ideal internalizado en los individuos, pero que en la realidad, por lo menos latinoamericana, está en constante tensión con las prácticas de género cotidianas (Moreno, 2008: 43). Bajo el supuesto de la “relación pura”, los sujetos tienen la libertad de elegir en la esfera de la intimidad (cohabitación, matrimonio o convivencia).

El tema de la sexualidad saludable es, quizá, donde más se refleja esta tensión entre el ideal de pareja en el que primaría la democracia, ya que no se trata solamente de una tensión entre dos personas —los miembros de la pareja—, sino que este ideal de relación pura riñe con cierto tipo de mirada moralizante que atañe a la sexualidad.

Conclusiones

En este capítulo se ha realizado una conexión de voces que confluyen alrededor de los discursos de riesgo y temor, voces que, en torno a un tema estigmatizado; hablan de un estigma que se adquiere no tanto socialmente, sino en la interacción con un sistema experto de saber-poder.

El estigma se construye alrededor de un hecho particular, en este caso del origen, de las causas y repercusiones del Virus de Papiloma Humano. Desde el sistema experto en que se convierte la medicina, como un poder que responde ante la incertidumbre y el riesgo, se clasifica y desclasifica a los hechos, comportamientos y personas saludables o no saludables. En otras palabras, el estigma radica en el actuar o no con responsabilidad, y se conceptualiza, entonces, a la misma.

Frente a todo este proceso, las personas adquieren nuevos conocimientos, que son incorporados a sus propios saberes, y generan, de esta forma, espacios, que, aunque reducidos, como los que se han analizado en este capítulo, me permiten hablar de la existencia de una ruta que siguen hombres, y particularmente las mujeres a partir de la consulta ginecológica, es decir, la consulta en sí misma, el laboratorio, el diagnóstico, el tratamiento y la recepción de medidas sanitarias para una sexualidad saludable.

En este sentido se puede afirmar que existen dos escenarios claros: el conocimiento del HPV que se emite desde el escenario de consulta, y el escenario de la información que se recibe actualmente a través de los medios de comunicación. Sin embargo, existe un escenario intermedio, al que he denominado de “negociación”, del que hablan los testimonios que se han podido recoger para este capítulo, y que está construido con base en los comentarios que emiten los propios actores, los allegados, la información que se recibe esporádicamente a través de boletines, o gracias al conocimiento previo de las informantes. En este punto cabe aclarar que las conclusiones a las que se ha podido llegar son todavía bastante preliminares, este espacio queda aún por explorarse y está abierto a nuevos hallazgos.

Ha sido significativo, sin embargo, reconocer la existencia de un marco regulatorio institucional dirigido a controlar la sexualidad. En este punto resalta la persistencia de un discurso que se renueva de acuerdo al contexto socio-histórico, pero que en esta ocasión revela la ausencia del Estado y la delegación de temas, que se supone son de interés público, hacia organismos no gubernamentales, que bajo los lineamientos internacionales llevan a la práctica temas que han sido suscritos como políticas nacionales en el marco de convenios internacionales, como son todos los que atañen a la reproducción humana (sexualidad, enfermedades, paternidad responsable, anticoncepción, etc.), lo que le ha permitido, al Estado, mantenerse al margen de la controversia entre seculares y la Iglesia (como, por ejemplo, en el caso del aborto o las infecciones de transmisión sexual, que a pesar de ser problemas de salud pública no han sido discutidas ampliamente, excepto quizás el VIH).

Esto, en cierta forma, no da a entender la no existencia de un discurso hegemónico, sino la coexistencia de varios. Esta coexistencia complejiza la hegemonía y habla de un descentramiento del poder; así, el poder no cruza y no está por sobre los individuos, ya que existe la posibilidad de respuesta y de elección en espacios, aunque mínimos, de decisión. En este caso el Estado actúa como mediador de la aplicación de dispositivos y de tecnologías de un poder que aparece con matices a través de los discursos, que, por tanto, no están centralizados.

Por otra parte, analizar los efectos que pudieran tener estas formas discursivas de saber-poder sobre la intimidad, me lleva a señalar que, en

nuestra realidad, las relaciones confluentes y democráticas en torno a la pareja son aún escenarios distantes.

En el modelo tradicional de las relaciones de género en Ecuador y en el imaginario social de hombres y mujeres la “pureza” femenina sigue teniéndose como un valor, y existe una suerte de clasificación moral e institucional de las mujeres (entre “puras” y disolutas), a partir del supuesto rechazo o aceptación de las relaciones sexuales, en lugar de acercarse al ideal democratizante de la relación de las personas con su sexualidad y su intimidad.

Esta noción, aunque con ciertas modificaciones, se mantiene en la línea institucional, lo cual se pudo observar en las narrativas médicas oficiales sobre ginecología, así como en todo el despliegue de información y de publicidad vinculado a la salud sexual, que no refleja la diversidad alrededor del tema de la intimidad y de las relaciones de pareja, tanto de mujeres como de los hombres. Estos discursos reducen a manejos y a procedimientos todo el tema de la sexualidad, notoriamente femenina, hacia donde se dirige el control, a través de nociones de salud y enfermedad, de lo “correcto” y lo “no correcto”, que ejemplifican aun más las diferencias de género y el juego político-médico que se hace a través de las recomendaciones sanitarias diferenciadas para hombres y para mujeres, y que en algunos casos oculta las transformaciones de las que habla Giddens, respecto de la dualidad de las mujeres latinoamericanas, y en este caso, ecuatorianas.

Únicamente con la ruptura de las imágenes estereotipadas, tanto de hombres como de mujeres, y partiendo de la búsqueda de identidades que se construyan también desde lo intersubjetivo, con atención al tema discursivo o espacio interpretativo de cada agente social, en este caso frente al discurso de la sexualidad saludable se podrá acceder a cambios cualitativos en cuanto a los valores respecto del cuerpo y de la sexualidad. Por esto, ha resultado interesante examinar las estrategias retóricas y discursivas utilizadas por las y los entrevistados para adentrarse o desarrollar ciertas temáticas, que se vinculan con su intimidad, con sus propias vivencias de sexualidad y con lo que infieren como sano o no sano, en el contexto del consultorio y fuera de él.

Existen, efectivamente, elementos subjetivos en torno a las transformaciones de la intimidad y de la sexualidad, más que en torno a la pareja (Moreno, 2008: 53), y que en el caso de las mujeres puede aún estar

ligado al hecho de la maternidad. Si bien estas nuevas formas de la intimidad son aceptadas como positivas, no constituyen, en todos los casos, una práctica común.

La transformación de la intimidad que se ha dado en esta parte de América Latina no aparece bajo la lupa de la relación democrática, y revela, además, que las decisiones intersubjetivas no están dadas únicamente por lo sentimental, sino por razones de subsistencia. Lo que es fundamental leer en los discursos médicos es la alusión a los tratamientos que involucran a la pareja, y en este marco a las decisiones que se suponen democráticas y consensuadas; el enunciado de la sexualidad segura y saludable hace referencia a la pareja estable, monogámica y heterosexual. Sin embargo, las versiones que pude recoger no aluden, en su mayoría, a la experiencia de una pareja única, sino que el relato de estas experiencias apunta más hacia una reflexión subjetiva, de identidad y de experiencias íntimas, sin la presencia de un “otro exclusivo”.

Por esta razón creo que la “pareja” está en constante negociación, y aun más cuando no solo son los miembros de una pareja los que negocian, sino que el consenso se da entre las instituciones (la medicina como poder-saber) y los sujetos a los que debe controlar y modelar.

La percepción misma del riesgo, así como la invisibilidad de éste, ha sido una constante en el análisis de este capítulo. El riesgo, al parecer, se da en torno a un tipo de saber-poder que permite “reconocerlo” y “darle existencia”. Asimismo, el saber también puede negarlo o transformarlo (restando importancia al riesgo o dramatizándolo). Al parecer, es ese mismo saber-poder el que debe encargarse del control y de la regulación del riesgo a través de la aplicación del conocimiento científico-médico, en el caso que nos ocupa.

Sin embargo, hasta qué punto este conocimiento debe formar parte únicamente del repertorio médico, cuando, a pesar de la información y publicidad desplegadas alrededor de las ITS, y del Virus de Papiloma Humano, no existen mecanismos efectivos que delinee esa información hacia la práctica efectiva de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, sin que se erijan como otro mecanismo más de regulación.

La democratización del saber, antes que la emisión de los mensajes de riesgo y pánico, generarían opciones para los y las usuarias de los

servicios de salud sexual y reproductiva, y en esta medida, el “control del riesgo” sería asumido por cada uno de los agentes sociales; en otras palabras, así, cada persona, como sujeto autónomo y capaz de decidir, se responsabiliza de su propia existencia y ejecuta el acervo de sus propios saberes y elecciones, desconcentrando la “regulación” de un sistema experto, para llegar a superar la distinción entre expertos y no expertos.

Ileana Gutiérrez señala que alcanzar la regulación democrática del riesgo implica reducir las distancias entre expertos y no expertos, siempre y cuando la distancia no se relacione únicamente con el acceso al conocimiento, sino incluso cuando se acorte la jerarquía entre “racionalidad científica” y “racionalidad social”.

Siguiendo a Beck, acortar la distancia entre ciencia y sociedad conlleva a romper el “monopolio de la racionalidad científica”, siempre subordinada a la autoridad experta, que en el caso que se ha tratado durante este trabajo, actúa y subordina también las decisiones y regula los cuerpos, desligando, con eso, la percepción social de que salud-enfermedad se relacionan con la carencia o no de información.

En términos prácticos, ha sido una constante la inexistencia de un diálogo entre las pacientes a quienes se les ha diagnosticado HPV y el médico a cargo del tratamiento médico. Los medios y la publicidad deberían mejorar las estrategias de comunicación entre los proveedores de asistencia sanitaria y sus clientes con HPV, e informar sobre cómo hacer frente al diagnóstico, en lugar de buscar la alarma.

Notas

43 La informante hace referencia a su pareja.

44 Autores como Giddens critican la “hipótesis represiva” por la que las instituciones modernas nos obligan a apagar un precio por los beneficios que ofrecen. La civilización implica disciplina, y la disciplina implica control de los mecanismos internos. Control que para ser eficaz debe ser interno (Giddens, 1996: 27).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

La sexualidad, una libertad condicionada

Esta investigación se inició a partir de la pregunta sobre en qué medida los discursos de instancias médicas estatales y privadas actúan como reguladores de la sexualidad, y cómo las libertades adquiridas aparecen, en ese contexto, condicionadas y mediadas por el temor.

Un elemento central dentro de esta investigación fue precisar cómo exactamente influyen estos tipos de discursos en la vida de las mujeres. De acuerdo a esto, los hallazgos encontrados me han permitido precisar dos puntos: el que los discursos sean contruidos para influir directamente sobre el autocontrol que deben tener los cuerpos (femeninos); y un segundo punto, que se refleja en la tensión de los discursos entre la maternidad y la no maternidad, esta última manifestada en las políticas de descenso poblacional.

La propuesta de investigación abordó, desde el caso del HPV, una “huella” a través de la cual leer la visión y el discurso médico y salubrista sobre las formas de tratamiento y de atención a la mujer, para confrontarla con las discursividades de las mujeres. Se trató de un ejercicio de descubrimiento que apela al discurso de poder como potencial condicionante de la “sexualidad femenina”, en la medida que las normas de

higiene, cuidado y prevención aparecen formuladas como responsabilidad principal de las mujeres.

Desde una perspectiva arqueológica de la relación sexualidad y salud, el imaginario de pánico o de “alarma social” aparece como una constante dentro de las discursividades médicas y, por extensión, de las políticas públicas de salud. Las formas de discurso médico encontradas en esta investigación nos muestran cómo la medicina ha sido un instrumento de apoyo y legitimación de políticas estatales insertas en la historia ideológica del progreso, la civilidad y el desarrollo, cuyo éxito se expresó en el control sobre los cuerpos.

La racionalidad científica positivista de la modernidad actuó directamente en la construcción de un nuevo orden social, en el cual las instituciones y expresiones políticas, entre otros aspectos de la reproducción, dispusieron normas sociales para la vivencia de la sexualidad, la reproducción y el placer.

Los mecanismos de salud orientados hacia la salud de las mujeres se enfocaron hacia el aparato reproductor femenino y a este como “economía”, en el sentido que designa Manarelli (1999) , y así se institucionalizan lo que podríamos llamar políticas públicas de protección social, dirigidas principalmente hacia los niños e indirectamente hacia las mujeres, como madres. La sexualidad se vinculó a lo moral, ya que invisibilizada como tal, se la menciona solo en referencia de la maternidad, y en casos sancionados negativamente, como por ejemplo en el ejercicio de la prostitución, que se toma como foco de transmisión de las enfermedades relacionadas con lo sexual.

Este vínculo entre lo biológico y lo moral ha sido parte de un proceso de definición constante. La época de transición del maternalismo al antinatalismo, que se trató en el primer capítulo, llevó, aun con todas sus restricciones, a hablar de un tema considerado privado, que empezó a ser tratado dentro de los círculos médicos, políticos y educativos, que discutían sobre sexualidad, pero ligándola al aspecto moral, individual y social.

Las voces de las mujeres, en discursos y prácticas dentro de la salubridad y del trabajo en salud, quedaron supeditadas a la voz de un discurso masculino que legitimó y multiplicó un saber particular, un discurso cauteloso y vigilante en torno al tema de la sexualidad feme-

nina, como una respuesta y forma de control ante los cambios sociales que se venían operando.

El hallazgo del segundo capítulo tuvo que ver con la continuidad de los discursos de regulación y control de la segunda mitad del siglo XX. En esta época se revela la vinculación entre conocimiento científico, Estado y políticas públicas de manera más categórica, relación marcada por un período “antinatalista” que ha llevado al envejecimiento paulatino de la población mundial. En este período se implementaron programas de planificación familiar, anticoncepción y esterilización, auspiciados por un discurso médico y tecno-político que manifiesta la obligación de los gobiernos de los países y de sus habitantes a mantener el equilibrio entre recursos naturales, materiales y de población.

Sin embargo, los auspicios e implementación de los programas se generaron desde los centros de poder que, basados en el principio del “hermano mayor”, se volcaron a “solucionar” los problemas sociales que atravesaban los países en camino “hacia el desarrollo”. Se asumió que el desarrollo estaba estancado debido a las trabas raciales e ideológicas —en el contexto de la Guerra Fría y de los movimientos revolucionarios latinoamericanos—. De este modo, reduciendo el número de miembros de la familia, la figura de la sobrepoblación del planeta y la escasez de recursos tenderían a solucionarse. Cabe señalar que, anteriormente a este proceso antinatalista, los posicionamientos políticos de los movimientos feministas venían reivindicando el papel de las mujeres más allá de su rol como reproductoras.

El antinatalismo, junto al desplazamiento del discurso sanitarista hacia las necesidades de reducción de la población y de control de la fertilidad, adquiere formas cada vez más sofisticadas orientadas al control de la natalidad. Las políticas a este respecto en América Latina y concretamente en el caso del Ecuador son ONG y empresas privadas, que desde entonces realizan la labor que el Estado suscribe como parte de sus políticas de desarrollo, a través de la delegación.

Dichas ONG, en Ecuador, manejan la política de anticoncepción con base, preferentemente, en la distribución y educación sobre el uso de métodos anticonceptivos orales. Estos métodos, en el discurso, entregaron a las parejas (preferentemente) la decisión de cómo y cuántos hijos tener, pero en la praxis, las políticas de planificación familiar se escri-

bían todavía muy ambiguamente, pues aún se recalca el importante papel reproductivo de las mujeres.

Estas instituciones produjeron un proceso de expropiación de saberes sobre el cuidado de la salud reproductiva; en el ámbito nacional, los temas de derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos se han tomado como uno solo y reducen todo el problema a la implementación de programas para la intervención y prevención, principalmente, de embarazos adolescentes y de mortalidad de niños menores de 5 años, procesos que parecen tener continuidad cuando todavía encontramos que una de las políticas, aun con todos los avances que pueden marcar en el ámbito ecuatoriano, se expresa a través de la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.

El discurso médico y sanitarista acuñado en los organismos internacionales pretendía que los Estados en desarrollo alcanzaran un grado de evolución y racionalidad social, de los que el crecimiento poblacional y los movimientos revolucionarios eran la antítesis.

Con base en la investigación histórica que hace Felitti, podemos encontrar registros acerca de la planificación familiar, vigilancia de la fecundidad y sexualidad que era llevada a cabo por mujeres, se puede inferir cómo los discursos emergentes de planificación familiar configuran panoramas de “sexualidad sana”, que con la socialización, la publicidad y la presión estatal deberían practicar las personas, en especial las mujeres, para pretender llamarse “modernas”.

¿Hacia un autocontrol de la sexualidad?

En torno al discurso médico de la sexualidad se expresa, aunque no tan manifiestamente, un vínculo que se relaciona con una especie de temor al caos social que se produciría al desvincular la sexualidad de lo moral. De ahí que la regulación de los cuerpos sea una constante de atención y control, en especial de la sexualidad femenina.

Los Estados que se sumaron a la construcción de un panorama de sexualidad sana, en el marco de los programas de desarrollo, bajo la tutela de organismos internacionales, crearon e impulsaron programas de planificación familiar, sobre todo de maternidad gratuita. Es decir, políticas que, a pesar de los cambios, aún subrayan la sexualidad en tanto maternidad, ligada al tema de la protección infantil, y no enfatizan los

problemas, necesidades o derechos de las mujeres en tanto individuos; al mismo tiempo, los espacios de negociación cotidianos de las mujeres respecto de la norma son, generalmente, invisibilizados.

A través del pánico y del temor social, se ha llegado a un “consenso mundial” en el que la reproducción humana es tratada como un asunto “epidemiológico”. La construcción de epidemias sexuales de cierto modo permite que, de acuerdo con las necesidades históricas y políticas, se creen mecanismos de regulación sexual que determinan incluso seres humanos con perfiles de salud y enfermedad delineados, es decir, sobre quienes se construye un estigma social.

La valoración de la sexualidad desde su condición de peligrosidad apunta a una forma (renovada) de control que actúa, al igual que en los períodos estudiados, a través de discursos basados en el temor, es decir que se sostienen en el pánico social. Como apunta Araujo (2003), la regulación social (moral y política) en torno a la sexualidad es central en todos los contextos modernizadores en América Latina, y esta regulación permite, a su vez, la reproducción de la sociedad.

En Ecuador como contraparte, los movimientos sociales que se manifiestan por el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, las ONG y oficinas de cooperación internacional, han promovido el ejercicio y los cuidados del sexo seguro, que a pesar de los avances y posicionamientos en el tema a través de diversos discursos públicos, todavía conservadores, aún no logran atravesar los estigmas sociales.

En este horizonte discursivo, las infecciones de transmisión sexual (ITS), principalmente el VIH, aparecen como pandemias. A partir del VIH/SIDA se habla del impacto de otras infecciones de transmisión sexual como problemas alarmantes de salud pública en épocas recientes, si bien las instancias públicas de salud estatales han creado permanentemente discursos y prácticas para evitar su propagación⁴⁵.

Las tipologías del discurso dirigido a la prevención de las ITS consisten en un nuevo discurso técnico-político, aún de retórica higienista y de control, en el que la salud reproductiva se entiende como un recurso novedoso que está, al mismo tiempo, impulsado por una ideología de desarrollo promovida por las agendas de los organismos internacionales, y que se ve compelido por las mismas.

Delegación y autocontrol

A lo largo de la investigación se hizo un acercamiento a una transición entre los discursos médicos y políticos acerca de la sexualidad y el cuerpo. En este sentido, los hallazgos se orientaron a determinar qué tan centrales son estos discursos médicos en la vida de las mujeres, en el caso específico del grupo con el que se trabajó, y en qué forma influyen al momento de tomar decisiones.

Lo que ha trascendido en la lectura que hago de esa “continuidad” del discurso es que el Estado ha venido a organizaciones no gubernamentales los ‘mecanismos de autocontrol’. Del período de la maternidad controlada hacia el doblamiento, pasando por la maternidad controlada al despoblamiento, se dan una serie de procesos políticos y, en la región y en el país, gracias al principio de la solidaridad, los deberes y funciones estatales se derivan a otras instancias.

Con esto se puede entender que no se confía solo la función, sino que las ONG delegan, a su vez, a las personas la obligación del control de la sexualidad. Con esta delegación se pretende generar en los individuos respuestas de autocontrol. Estas estrategias de autocontrol entran en juego con el tema de la maternidad, que al parecer es lo que se debe proteger.

A partir del hecho de que en la sociedad conviven discursos heterogéneos y fragmentarios, no se puede señalar a carta cabal que exista un discurso hegemónico que ejerza poder y esté por sobre los individuos, ya que subsiste siempre la posibilidad, aunque sea mínima, de discutir y de negociar la norma.

Las prácticas reproductivas y sexuales son procesos complejos que, en parte, han sido delimitados por relaciones de poder y por las instituciones que definen, además, los significados de mujer y maternidad. Es un hecho claro que instituciones y aparatos de saber-poder, como la medicina, constituyen mecanismos que en tanto son socializados, permiten la regulación sobre los cuerpos.

A lo largo de este trabajo se intentó estudiar las representaciones de la sexualidad tanto desde la institución como desde la intimidad, en el ámbito de la vida cotidiana, es decir, el lugar de la producción y reproducción del discurso, entendido como prácticas y representaciones y no solo como una forma de poder absoluto.

La medicina, en tanto saber, aparece formulada como un modo de responder a la inseguridad y el pánico de las pandemias sexuales. A partir de los hallazgos de esta investigación, podemos inferir que el discurso médico se presenta bajo tipologías en las cuales se vincula lo sexual y lo saludable, en términos capaces de alimentar el pánico social y el efecto hacia la prevención, regulación y control.

Estas tipologías del discurso médico y salubrista alrededor de las infecciones de transmisión sexual (ITS) señalan al Virus de Papiloma Humano, o HPV, como uno de los más comunes entre las mujeres que han iniciado su vida sexual, y el principal factor de riesgo para el cáncer cervical.

Ha resultado interesante comprobar cómo en el discurso se asume que el riesgo reside en clases socioeconómicas de pauperadas o sin instrucción, que no acuden a los servicios de atención médica. Sin embargo, en la revisión de la evidencia y en la observación de los casos, tanto en consulta como en campo, se pudo ver que el HPV se registra en mujeres y/o parejas de clases medias y altas también.

En el trabajo de investigación con los informantes, dentro de los espacios de consulta y atención, las estadísticas y la observación mostraron un número no mínimo de mujeres que acuden para atención y tratamiento por infección de HPV. Ellas deben seguir una ruta similar, sino única, es decir: construcción y recreación de la historia médica personal, atención y registro, pruebas de laboratorio, diagnóstico-evaluación, terapia y seguimiento, a pesar de que se trata de un virus que afecta a la pareja en la práctica.

En el discurso, la mujer es la más afectada, debido al riesgo de cáncer uterino y a que es “transmisora activa” del virus. Por tanto es quien debe observar normas de cuidado y, sobre todo, es a quien se recomienda especialmente el ejercicio de la monogamia y el uso de métodos de barrera específicos. Por el contrario, los apuntes médicos formulan que para el “transmisor pasivo” las indicaciones se expresan en términos de recomendaciones sanitarias.

El principal objetivo del trabajo de investigación apuntó a conocer en qué consisten los tipos de discurso médico alrededor de las infecciones de transmisión sexual, en qué consiste la sexualidad saludable y segura respecto al caso del Virus de Papiloma Humano. Acerca del HPV

se trató el origen, factores de riesgo, transmisión, prevención y recomendaciones sanitarias; encontrándose que la norma no siempre está desvinculada de lo moral.

La literatura médica acerca de las infecciones de transmisión sexual que se analizó en esta investigación señala que, en general, las causas de estas pandemias obedecen a la “precariedad social”, entendida como sinónimo de pobreza, a la vez que a la precariedad sanitaria, promiscuidad, desinformación, falta de higiene y “libertad sexual”. Fue muy interesante ver cómo en las publicaciones sanitaristas la relación entre pobreza y promiscuidad se infiere casi mecánicamente.

En esta correlación, el saber médico implica no solo una respuesta de un “sistema experto” frente a una incertidumbre, sino una respuesta que generalmente se expresa en formas de control, con base en principios médicos, que deben hacerse públicos para que la población pueda acceder a normas de cuidado y prevención.

Según un punto que revela la ruta de las mujeres, la consulta en sí misma intenta ser un canal de transferencia de los principios de prevención a ser interiorizados en las prácticas cotidianas de hombres y mujeres en edad reproductiva.

Se reitera discursivamente, en el escenario de la consulta, que la forma más efectiva de prevención consiste en la abstinencia sexual o la relación exclusiva (monogámica) entre personas no infectadas, ya que la existencia de varios compañeros sexuales incrementa el riesgo de contagio; sin embargo, la receptora única en el momento de la consulta es, por lo general, la mujer.

¿Maternidades en encrucijada?

Al tiempo de la necesidad de la creación de marcos de derecho alrededor del tema de la sexualidad, se crea también la idea de que la libertad no puede darse por sí sola, sino en torno a dispositivos discursivos que están mediados y a la vez reforzados en la idea de pánico. Los años cincuenta son quizá el punto desde el cual enfocar la contradicción, es decir, la existencia de discursos antinatalistas, y prácticas en tensión o en contradicción, que se expresan en la sobredimensión que se da a la maternidad.

Ha sido central encontrar que la información epidemiológica sobre sexualidad disponible en los tipos de discursos encontrados en este trabajo, se haga fundamentalmente en función del cuerpo de las mujeres, y de igual forma los avances técnicos-médicos en relación a la detección, tratamiento y prevención del HPV (papanicolau, detección oportuna del cáncer, colposcopia, vacunas, etc.), cuando, por el otro lado, las conferencias de El Cairo y Beijing manifiestan que la responsabilidad debe ser asumida tanto por hombres como por mujeres. Esto debería, por consiguiente, suponer que todo el aparataje de atención y prevención del HPV también se destinara a ambos, pero en la práctica no sucede así.

Los discursos del autocontrol de la sexualidad expresan la necesidad de ser reforzados, en la medida en que el marco de derechos sexuales apunta al ejercicio de una sexualidad más libre. En este sentido, la visibilización de “sujetos deseantes” interpela al propio discurso de poder-saber médico, que debe resolverse en un esfuerzo de reforzamiento de las estrategias de autocontrol.

En el caso que se ha estudiado durante esta investigación, el discurso de pánico refuerza el de la salud sexual y reproductiva, mostrando cierto nivel de eficiencia, puesto que lo que se logra sobredeterminar es el riesgo y la incertidumbre, y por ende se evidencia en acciones de regulación exitosas.

El principal efecto que se encontró en esta investigación ha sido que en los imaginarios sociales acerca de la reproducción humana es aún una constante la idea que vincula “mujer” con maternidad, es decir, la sexualidad, desde el punto de vista meramente reproductivo, desvinculado de otras áreas de la sexualidad femenina, como el placer y el deseo.

El discurso, aunque con ciertas transformaciones, vuelve a esencializar la sexualidad y el rol de las mujeres, ya que la enunciación misma de este enfoca como preocupación central a la mujer en la etapa de gestación, y una reiterada necesidad de dirigir este cuidado y control de la reproducción femenina hacia la protección de la familia y hacia una intimidad regulada y autorregulada, aunque con ciertos espacios de negociación.

El control de la fecundidad y de la sexualidad ha supuesto una vinculación con la institución, es decir, con una forma establecida de saber-

poder, en el que se pretende dar por sentado un ideal de democracia que entiende a la sociedad como un conjunto de individuos libres e iguales, donde las mujeres tienen reconocidos los mismos derechos que los hombres y que gozan de mayor autonomía.

La sexualidad y la vivencia de la misma en el contexto actual aparecen dentro del marco de transformaciones sociales y de procesos complejos de modernización. La situación de las mujeres en la sociedad evidentemente también se ha transformado, a partir de su incorporación a la vida pública y al mercado laboral, con el incremento de los niveles de escolaridad, y al control de la fecundidad.

La visión de las transformaciones en la esfera de la intimidad en nuestro contexto, más que apuntar a la separación de la sexualidad y la reproducción, de alguna forma ha puesto en cuestión las identidades de género tradicionales y la concepción misma de la sexualidad, también en torno al placer, en el marco de la búsqueda de realización personal.

La sexualidad separada de la reproducción adquiere un valor en sí misma, la idealización de la relación democrática de la pareja en la época actual, en la práctica, no se ha traducido en cambios significativos de las relaciones de poder entre los miembros de la misma, ni en la visión institucional acerca de los roles de hombres y mujeres en el ámbito reproductivo.

A la par, las demandas de igualdad y autonomía, según las instituciones, parecen haber avocado a la sociedad a una situación de “incertidumbre”, donde tanto la vida privada como la pública se hicieran más reflexivas y abiertas a la negociación. Los espacios de negociación, aunque restringidos, como vimos en las historias de las mujeres en esta investigación, dan la pauta para entender que, sobre todo en el ámbito de la salud reproductiva, aún los repertorios cotidianos manejan variadas informaciones que desdican el hecho de un proyecto monolítico de sexualidad saludable, y son múltiples voces las que intervienen al momento de decidir sobre los cuerpos; es decir, se trata de una norma que se negocia cotidianamente.

Las descripciones recogidas a partir de las historias de estas mujeres, refieren, a pesar de las diferencias y contradicciones que se encuentran, la existencia de un hecho, al parecer irrefutable, la condición de control para evitar las ITS.

El caso del Papiloma Virus Humano es talvez uno de los más claros, ya que se publicita como una de las infecciones transmitidas sexualmente que más afecta a las mujeres, bajo la amenaza y el riesgo de cáncer; el control y la responsabilidad de su propia salud y bienestar, al aparecer depende del cuidado y control que tenga la mujer respecto de su sexualidad, y es ella la especial responsable de evitar la transmisión, aun a pesar de que el otro miembro de la pareja, si es que la hubiera, haga el tratamiento. Las recomendaciones y causas de la enfermedad coinciden con la solución, sobre todo, de las prácticas monogámicas.

No obstante, si se mira en retrospectiva y teniendo en cuenta que las infecciones de transmisión sexual han sido una constante en las sociedades, el nuevo enfoque que se da a la sexualidad aparece como un mecanismo que no solo genera información, sino también temor, un miedo que se afina en el panorama de las pandemias, en especial la del VIH/SIDA.

Todavía quedan muchas interrogantes y las respuestas que aún podemos dar al tema (que quedan abiertas) resaltan que, a pesar del hecho claro de la regulación y del control de la sexualidad de las mujeres, en la práctica del contexto ecuatoriano y no obstante toda la alarma y el temor que se pretende difundir entre la población, el Estado no asume directamente el tema de la atención y la prevención del HPV, sino que lo delega hacia las ONG e instancias privadas, que son las que lo han llevado adelante.

Es por esto que, en nuestra realidad, se puede señalar que las personas no negocian directamente con un discurso más oficial al respecto de la sexualidad saludable, ya que son instancias diversas las que lo manejan. Existe no un discurso único alrededor de las causas y orígenes del mismo, sino que se trata de discursos que manejan como recurso preferente el temor y el pánico social, para tener como efecto la acción inmediata de la población, lo que no sucede, por ejemplo, con discursos hegemónicos alrededor de la sexualidad, como es el caso del aborto y de la anticoncepción de emergencia, que también son básicamente morales, pero que han permitido una contestación más directa por parte de los agentes sociales.

En referencia a las ITS, el Papiloma de Virus Humano, el temor y el estigma que este señala sobre los cuerpos, así como una multiplicidad de voces que llevan el tópico adelante, permiten concluir que, por sobre

el manejo mediático que se hace del tema, este posibilita espacios de negociación personales y cotidianos y que, en esta medida, confronta a la normatividad, aunque no con perfiles tan claros y definidos, pero que conducen a pensar que respecto a la sexualidad, aún vivimos en una libertad condicionada.

Abiertas estas interrogantes (y seguramente otras que surgirán), es necesario ampliar la discusión a otros espacios para llegar a perfilar otras variaciones del discurso médico, tomando en cuenta que, tal como lo hemos visto a lo largo de este trabajo, no se trata de un discurso monolítico o hegemónico, sino de una multiplicidad de discursos que convergen en un elemento común, que es, precisamente, el control.

Notas

- 45 Esto, por lo menos, es lo que nos revelan los datos encontrados en datos historiográficos en archivos médicos. Un aporte especial a esta investigación en ese aspecto es el trabajo de Felitti. Para profundizar esta información ver bibliografía utilizada.

BIBLIOGRAFÍA

Amuchástegui, Ana

- 2001 *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. México: Edamex and Population Council.

Araujo, Kathya

- 2003 “La sexualidad como pasión contemporánea”. En: *Sexualidades y sociedades contemporáneas*, Kathya Araujo y Carolina Ibarra Carolina (Eds.): 101- 119. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano-PROGENERO-FNUAP.

Araujo, Kathya, Mercedes Prieto (Eds.)

- 2008 *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Quito: FLACSO-Sede Ecuador.

Beck, Ulrich

- 1998 *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
1999 *Hijos de la libertad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Beriain, Josexto

- 2000 *La lucha de los dioses en la modernidad, del monoteísmo religioso al politeísmo cultural*. Barcelona: Anthropolos.

Bonan, Claudia

- 2003 “Sexualidad, reproducción y reflexividad: en busca de una modernidad distinta”. En *Sexualidades y sociedades contemporáneas*, K. Araujo y C. Ibarra (Eds.): 21-43. Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Butler, Judith

- 2002 “Críticamente subversiva”. En *Sexualidades transgresoras: Una antología de estudios queer*, Rafael Mérida J. (Ed.): 99-119. Barcelona: Icaria Mujeres y Culturas.

Campaña, Arturo

- 1992 “Desarrollo Humano y salud”. En *Seminario: Población, política y desarrollo humano* (Memorias). Quito: CEPAR- FNUAP.

CEPAR

- 1978 “Ecuador y población” (folleto). Quito: CEPAR.
 1985 “Planificación familiar: una camino hacia el futuro”. En *Como poblaciones* (folleto). Quito: CEPAR.
 1991 “La población: una de las variables del desarrollo”. *Revista Correo Poblacional*. Quito: CEPAR.

Clark, Jane

- 1999 “Cáncer ginecológico”. En *Enfermería Oncológica*, vol. 1, Shirley Otto (Comp.): 199-229. España: Harcourt Brace de España.

Clark, Kim

- 1995 “Género, raza y nación: La protección a la infancia en el Ecuador (1910-1945)”. En *Palabras del silencio*, Marta Moscoso (Comp.). Quito: Abya-Yala-DGIS Holanda/UNICEF.

Cohen, Stanley

- 1972 *Folk devil and moral panics: The creation of the Mods and Rockers*. Oxford: Martin Robertson.

Cosse, Gustavo

- 1980 “Reflexiones acerca del Estado, el proceso político y la política agraria en el caso ecuatoriano 1964- 1977”. En *Ecuador, cambios en el agro serrano*: 395-343. Quito: FLACSO-CEPLAES.

Devés, Valdés Eduardo

- 2000 *Del Ariel de Rodó a la CEPAL (1900- 1950)*, tomo I. Buenos Aires: Editorial Biblos-Centro de investigaciones Diego Barros Arana.

Douglas, Mary

- 1986 *Cómo piensan las instituciones*. Madrid. Alianza Editores.

Echeverría, Ramiro

- 1997 “El proceso de reforma del sector salud en el Ecuador (1992-1997). Aportes para el debate”. En *CEPAR. Proyecto de Análisis de políticas de salud*. Quito: CEPAR-USAID.

“Ejemplo de Ecuador. CEMOPLAF”. http://ere.msh.org/FPMH_spanish/chp10/decampo_2.html (visitado septiembre 22 de 2007).

Embid, Alfredo

- n/d “Del control de la natalidad al genocidio. Segunda parte”. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística*, N° 60: 1-19, sección Medicina Medioambiental, <http://www.amcmh.org/PagAMC/medicina/articulospdf/60ControlNatalidad.pdf> (visitada en enero 15 de 2008).

“Enfermedades Venéreas”

- s/f En: *Medicina y Prevención*. Documento digital disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/enfermedad/enfermedades+venereas/enfermedades+venereas.htm>

Felitti, Karina

- 2007 *La revolución de la píldora anticonceptiva y la cuestión demográfica en Buenos Aires: apropiaciones y resignificaciones de un debate internacional (1960- 1973)*. Ponencia presentada en el Congreso por los 50 años de FLACSO, octubre de 2007, en Quito, Ecuador.

“Foro acerca de la vacuna contra el Papiloma Virus Humano”. <http://www.esposibleelcambio.org/foros/showthread.php?t=5367> (visitado en septiembre 13 de 2007).

Foucault, Michel

- 1979 *Microfísica del poder*. España: Editorial La Piqueta.
- 1985 *La Arqueología del saber*. México: Siglo XXI Editores.
- 1989 *Historia de la Sexualidad. Tomo I. La voluntad del Saber* (16ª edición). México: Siglo XXI Editores.

Galende, Emiliano

- 2001 *Sexo y amor. Anhelos e incertidumbres de la intimidad actual*. Buenos Aires: Paidós.

Giddens, Anthony

- 2000 *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Editorial Cátedra.

Gilbert, M. Joseph

- 1998 “Close Encounters: Toward a New Cultural History of U.S.-Latin American Relations”. En *Close Encounters of Empire. Writing the cultural history of U.S.- Latin American Relations*: 3- 46. Durham: Duke University Press.

Goetschel, Ana María

- 2002 “Imágenes de mujeres. Amas de casa, musas y ocupaciones modernas. Quito, primera mitad del siglo XX”. *Serie documentos*. Quito: Museo de la Ciudad.

Goffman, Ervin

- 1963 *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 2003.

Gutiérrez, Ileana

- s/f “América Latina ante la sociedad del riesgo”. <http://www.oei.es/salactsi/gutierrez.htm>. OEI. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (visitado en septiembre 05 de 2008).

Heller, Agnes y Ferenc Fehér

- 1995 *Biopolítica: La Modernidad y la liberación del cuerpo*. España: Editorial Península.

Hinojosa, Luz María y José Luis López

- 2000 “Lesiones preinvasoras de cuello uterino”. En *Manual de Oncología. Procedimientos Médico-quirúrgicos*: 361-368. México: McGraw Hill Interamericana Editores S. A de C. V.

Jones, Gavin

- 1975 *Crecimiento poblacional y planificación educativa en países en vías de desarrollo*. México D.F.: Ediciones Gernika.

Klawiter, Maren

- 2004 “Breast Cancer in Two Regimes: the Impact of Social Movements of Illness Experience” En: *Sociology of Health and Illness* 27 4 p.p: 515–540.

Langer, Ana y Gustavo Nigenda

- 2000 *Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y Oportunidades*. Population Council. Instituto Nacional de Salud Pública-BID.

León, Magdalena T.

- 1999 “Estado, sociedad y derechos sexuales y reproductivos en Ecuador. Una aproximación”. En *Derechos sexuales y reproductivos. Avances constitucionales y perspectivas en Ecuador*, Magdalena T. León (Ed.). Quito: FEDAEPS-IEE.

Levinson, Jerome y Juan de Onis

- 1972 *La Alianza extraviada*. México: Fondo de Cultura Económica.

República del Ecuador

- 1998 “Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia”.

López Cerezo, José y José Luis Luján

- 2000 *Ciencia y política del riesgo*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Mannarelli, María Emma

- 1999 “Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos” p.p: 69- 114.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador/Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA-ITS

- 2007 *Manual de normas para el manejo sindrómico de infecciones de transmisión sexual*. Quito: MSP-Fondo Mundial.

Moreno, Claudia

- 2008 “Nuevas (y viejas) configuraciones de la intimidad en el mundo contemporáneo: amor y sexualidad en contextos de cambio social”. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Kathya Araujo y Mercedes Prieto (Eds.): 43-58. Quito: FLACSO-Sede Ecuador.

Nitschchack, Horst

- 2008 “Vírgenes, putas y emancipadas en el mundo imaginario de los adolescentes” En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Kathya Araujo y Mercedes Prieto (Eds.): 109- 122. Quito: FLACSO-Sede Ecuador.

Núñez, Lorena

- 2004 *Etnografía situada y multisituada. Experiencias de diseño, trabajo de campo y análisis*. Chile: FLACSO-Chile y Universidad de Leiden.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud

- 2000 *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas de una reunión de consulta convocada por OPS y OMS, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Guatemala: OPS-OMS.

República del Ecuador. Registro Oficial N° 285. Viernes 27 de marzo de 1998. N° 73.

Rodríguez, Daniel y Ricardo Yocolevzky

- 1986 *Política y población en América Latina. Revisión de los aportes de la PISPAL*. México: PISPAL-El Colegio de México. Programa de Investigaciones sobre Población en América Latina.

Rodríguez, Ileana

- 1996 “Hegemonía y dominio: subalternidad, un significado flotante” En: *Teorías sin disciplina (latinoamericanismo, poscolonialidad y globalización en debate)* Castro- Gómez, Santiago y Mendieta , Eduardo. Documento digital disponible en: <http://rcci.net/globalizacion/2004/fg441.htm>

Rostagnol, Susana

- 2008 “El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay” En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*, Kathya Araujo y Mercedes Prieto (Eds.): 215- 232. Quito: FLACSO-Sede Ecuador.

Ruiz Guadalajara, Juan Carlos

- 2005 “De la construcción social del riesgo a la manifestación del desastre. Reflexiones en torno al imperio de la vulnerabilidad”. *Desacatos* N° 19: 99-110, septiembre-diciembre. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México: CIESAS.

Salas, Rafael

- 1979 *Ayuda internacional en población: el primer decenio. Examen de los conceptos y políticas por los que se ha guiado el FNUAP en los primeros diez*

años de su existencia. (Dirección ejecutiva del Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población). Oxford: Pergamon Press.

Salvatore, Ricardo

1998 “The enterprise of knowledge: Representational Machines of Informal Empire”. En *Close Encounters of Empire. Writing the cultural history of U.S- Latin American Relations*: 69-104. Dirham: Duke University Press.

2006 *Imágenes de un imperio. Estados Unidos y las formas de representación de América Latina*: 143- 187. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Schepper- Hughes, Nancy

1997 *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil. España*. Ediciones Ariel.

Stern, Steve

1998 “The decentered center and the expansionist periphery: The paradoxes of foreign-local encounter”. En *Close Encounters of Empire. Writing the cultural history of U.S- Latin American Relations*: 47-68. Durham: Duke University Press.

“Signos y síntomas de las enfermedades de transmisión sexual”

2001 Especialidades médicas- enfermedades infecciosas. En *Medicina XXI. com. ciencia, medicina, salud y paciente*. Documento digital disponible en: <http://www.medicina21.com/doc.php?op=especialidad3&ref=enfermedades%20infecciosas&id=1257>

Valdés, Teresa, Jacqueline Gysling y Cristina Benavente

1999 *El poder en la pareja, la sexualidad y la reproducción. Mujeres de Santiago*. Santiago-Quito: FLACSO-Sede Ecuador.

Viteri, D. Galo

2007 “Reforma Agraria en el Ecuador”. www.eumed.net/libros/2007b/298/ Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales (visitado en marzo 10 de 2008).

Weeks, Jeffrey

1998 “La invención de la Sexualidad”. En *Sexualidad*. México: Paidós-UNAM-PUEG.

Wynter, Sylvia

1995 “1492: A New World View” En: *Race, Discourse and the Origin of the Americas* Lawrence Hyatt, V. / Nettleford, R. (eds.). Washington: Smithsonian.

Fuentes consultadas

Alcalá, Francisco; Herrera, Ángel y Granados, Martín

- 2000 "Cáncer cervicouterino invasor" En: *Manual de Oncología. Procedimientos Médico- quirúrgicos*. P.p: 369- 384, México: McGraw Hill Interamericana Editores S. A de C. V.

Barnett, Barbara

- 1998 *Pagos por otros servicios ayudan a sufragar los costos de la planificación familiar*. Network en español: Inviernos 1998. Vol 18, No. 2. Family Health Internacional. Documento digital disponible en: http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v18_2/NW182ch3.htm (Visitado el 10 de febrero de 2008).

Burin, Mabel y Meler, Irene

- 1998 *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Barcelona: Paidós.

Caldiz, Laura y Resnicoff, Diana

- 1997 Capítulo 1 "La intimidad re-descubierta". En: *Sexo, mujer y fin de siglo*. Editorial Paidós.
- 2003 "La formación del Estado ecuatoriano en el campo y la ciudad, 1895-1925" En: *Procesos*. Revista Ecuatoriana de Historia No. 19, II semestre/ 2002, I semestre/ 2003. Quito: Corporación Editora Nacional.

Chin, James

- 2001 *El control de las enfermedades transmisibles*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 2001 *El pensamiento latinoamericano en el siglo XX". Desde la CEPAL al neoliberalismo*. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Biblos- Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

Dodd, Stacie Marie

- 2007 *Depressive symptoms and cervical neoplasia in VIH + Human Papilloma Virus Infection*. Tesis de Master of Science. University of Florida.

Espinoza Damián, Gisela (coord.)

- 2000 *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. México: El Atajo Ediciones.
- 2002 Gasto económico y costo social. Una reflexión sobre salud reproductiva. México D.F: Foro Mundial de Mujeres y Políticas de Población.

Espinoza Damián, Gisela y Paz Paredes, Lorena

- 2002 Hacia una perspectiva de género en salud reproductiva. México D.F: Foro Mundial de Mujeres y Políticas de Población.

Fausto-Sterling, Anne

- 2000 *Sexing the body. Gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books.

- 2001 *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica*. 20ª edición. México, Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Fisher, William A. y Fisher, Jeffrey D.
 “Understanding and Promoting Sexual and Reproductive Health Behavior: Theory and Method”
- Homer, Megan J.
 2004 *College males’ awareness of and attitudes toward the Human Papillomavirus*. Tesis en Master of Arts in Mass Communication. University of Florida.
- Jackson, Margareth
 1987 *Facts on life or the eroticization on women’s oppression? Sexology and social construction of heterosexuality*, New York: Routledge.
- La Tercera (11. 07. 07)
Lanzan primera vacuna contra el cáncer cérvicouterino en Chile”. Documento digital disponible en: http://www.latercera.cl/medio/articulo/0,0_3255_5726_281774637.html
- LeGrand, Catherine
 2006 *Historias transnacionales: nuevas interpretaciones de los enclaves en América Latina*. En: <http://www.ucentral.edu.co/NOMADAS/nunmente/21-25/nomadas-25/p144-155.PDF>. p.p: 144- 154. Última revisión 25. 01. 08.
- Lerer, María Luisa
 1995 *Sexualidad femenina, mitos y realidades*, Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Marcovici, Karen
 2002 *El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe Programa Mujer, Salud y Desarrollo Organización Panamericana de la Salud División de Salud y Desarrollo Humano Programa sobre SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual*, Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Movimiento Manuela Ramos
 1996 *Salud, derechos sexuales y reproducción desde la perspectiva de los profesionales de la salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.
- Organización Mundial de la Salud
 2001 *Transformando los sistemas de salud. Género y derechos de salud reproductiva, manual de capacitación para administradores y responsables de proyectos de salud*. Ginebra: OMS.
- Padham, Porterfield Susan
 2005 *Women’s lived experience with Human Papilloma Virus*. Tesis de Doctorado en Filosofía. University of Florida.

Palomino Ramírez, Nancy

- 1993 *Sexualidad y salud, una metodología educativa para mujeres* (documento de trabajo), Lima: Ed. Flora Tristán.

Parker, Richard y Easton, Delia

Sexuality, Culture, and Political Economy: Recent Developments in Anthropological and Cross-Cultural Sex Research.

Ponce, Jhon; Muñóz, Damaso; Cevallos, Armando y Macías Luisiana

- 2007 “Manejo integral de las Infecciones por Transmisión Sexual según normas técnicas del Ministerio de Salud Pública en los usuarios que acuden al Centro de Salud Portoviejo”. En: Revista Electrónica *Revolución científica. La nueva Generación Médica*. Vol. 2 No. 3. Documento digital disponible en: http://www.medicosecuador.com/rc/revistas/vol2_n32007/investigaciones/manejo_infecciones.htm .Visitado el 27 de marzo de 2008

R.J. Paler, Simpson, A.M. Kaye, S. Gunn, J.C. Felix

The relationship of inflammation in the papanicolau smear to Chlamydia trachomatis infection in a high-risk population. P.p: 231- 234. Chicago: The University of Chicago Press

Robertson, S.

Signs, marks, and Private parts: doctors, legals discourses, and evidence of rape in the United States. P.p: 345- 388. Chicago: The University of Chicago Press.

Revista Electrónica HPV- Cáncer (15.09.07) “Lo que los hombres deben saber sobre el virus del Papiloma Humano”. Documento digital disponible en: www.hpv-cáncer.com/200_09_01_archive.html

Revista electrónica Medicina XXI.com. Ciencia, medicina, salud y paciente (12.07.01). “Signos y síntomas de las enfermedades de transmisión sexual”. Documento digital disponible en: <http://www.medicina21.com/doc.php?op=especialidad3&ef=enfermedades%20infecciosas&id=1257>

Shepard, Bonni

- 1996 La cotidianeidad como espacio de decisiones en salud reproductiva. La masculinidad y el rol masculino en la salud sexual. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

Teoría de la dependencia. Documento disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADA_de_la_dependencia. (Visitado el 22 de enero de 2008).

Théodore, Florence Lise; Gutiérrez, Juan Pablo; Torres, Pilar; Luna, Gabriela

- 2004 *El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (its/vih/sida) de las jóvenes mexicanas.* Dirección de Economía y Políticas de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, Salud Pública México; Vol. 46(2) p. p:104-112. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

UNFRA

1998 El ejercicio de los derechos en salud sexual y reproductiva, una responsabilidad mutua. Cuenca: UNFRA.

Urdinola, J.; Gutiérrez, A.; Londoño, D.

1993 “Anticonceptivos orales en América Latina” En *Advances in contraception*. Vol. 9, Suplemento 1. P.p 3- 12: Springer Netherlands.

Valdés, Teresa

1997 Diagnóstico de salud reproductiva en Chile. Chile: Mercado Negro.

Wendt, Eva; Hildingh, Cathrine; Lidell, Evy (y otros)

“Young women’s sexual health and their views on dialogue with health professionals”. En: *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*; May 2007, Vol. 86 Issue 5, p.p: 590-595, 6p. Documento digital disponible en: EBSCO.

Virus del Papiloma Humano (HPV) Documento digital disponible en: www.msd.com.ar/msdar/patients/cancer/vphpostal01.large.html

Otros documentos utilizados

Cuadernillo informativo de Infecciones Transmitidas Sexualmente. Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador- Fondo Mundial- CARE.

Folletos informativos de los Centros para el Control y la Prevención de enfermedades CDC. Documentos digitales disponibles en: www.cdc.gov/std/pubs. Perteneciente a National Prevention Information Network (NPIN). Rockville.

Publicidad de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano-Merck Sharp & Dohme.

Tríptico informativo del Centro Médico de Orientación y Planificación familiar-CE-MOPLAF.

Entrevistas