

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Sociología y Estudios de Género

Convocatoria 2014-2016

Tesis para obtener el título de maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y
Desarrollo

Prácticas de mujeres ante políticas de salud reproductiva: el caso del bono Juana Azurduy en
Bolivia

Mildred Garcia Navia

Asesora: Susana Wappenstein

Lectoras: Maria Dolores Castro y Claudia Arce Cuadros

Quito, marzo de 2017

Tabla de contenidos

Resumen.....	V
Agradecimientos.....	VI
Introducción	1
1. De la intervención a la generación de experiencias.....	1
2. Metodología.....	4
2.1 Los lugares y las experiencias como punto de partida	6
3. El trabajo de campo	7
4. La estructura.....	10
Capítulo 1	12
‘El gobierno te ayudará un tiempo no más, tampoco es para siempre’: políticas que construyen significados sobre salud reproductiva y sexual.....	12
1. Introducción.....	12
2. El SUMI y la salud sexual y reproductiva	16
2.1 La interculturalidad en el SUMI.....	19
3. Salud familiar comunitaria intercultural SAFCI	22
3.1 El sistema de salud SAFCI y la salud sexual y reproductiva	23
3.2 La interculturalidad como eje central en la normativa SAFCI	26
4. El bono Juana Azurduy, una política de salud reproductiva.	29
4.1 El bono y la salud sexual y reproductiva.....	31
5. Conclusiones.....	31
Capítulo 2	32
La regulación y control sobre los cuerpos: apuntes desde la teoría	34
1. Introducción.....	34
2. Reproducción, maternidad y control sobre la vida	37
3. Sexualidad, cuerpos y prácticas.....	43
4. Interculturalidad y políticas públicas	49
5. Conclusiones.....	58
Capítulo 3	57
¿Mi cuerpo, mi decisión?: la construcción de significados sobre el cuerpo y la vida de las mujeres.....	61
1. Introducción.....	61

2. Maternidad y reproducción: lo que sí se puede y lo que no se puede.....	63
2.1. La normativa del cómo y cuándo reproducirse.....	69
3. Entre el deseo y las posibilidades: métodos anticonceptivos, planificación familiar, educación sexual y reproductiva.....	73
3.1. La noción de la política social: el cuerpo como el espacio perdido.....	80
4. Conclusiones.....	83
Capítulo 4	79
‘Directo al quirófano’: experiencias que se encarnan	85
5. Introducción.....	85
6. La ‘casa materna’ el no lugar de la salud intercultural	87
2.1 El por fuera de la institucionalidad, conocimientos y prácticas que superan las estructuras.....	91
7. Las del campo: etnicidad, clase, género y modelos de interculturalidad	94
3.1 Los factores que entrecruzan las decisiones y los deseos: sobre la maternidad y la anticoncepción	101
8. ‘No siempre es un rechazo al proceso biológico’: las condiciones que se encarnan en la vida de las mujeres.....	105
9. Conclusiones.....	108
Conclusiones	110
1. Las experiencias, decisiones y posibilidades que constituyen la salud y la vida de las mujeres.	110
2. La maternidad como el ‘destino ineludible’ de las mujeres, los deseos y las posibilidades de decidir sobre el cuerpo	112
3. La sexualidad desplazada a los márgenes de la salud.....	115
4. La salud intercultural como una experiencia ciega a la realidad	116
5. ‘Es difícil, al mundo traemos para hacer sufrir hay veces’: Las complejidades sobre la maternidad, la salud reproductiva y sexual, en las vidas de las mujeres.	117
Lista de referencias	120

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Mildred Garcia Navia, autora de la tesis titulada Prácticas de mujeres ante políticas de salud reproductiva: el caso del bono Juana Azurduy en Bolivia. Declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría en Ciencias Sociales con mención en Género y Desarrollo concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, marzo de 2017.



Mildred Garcia Navia

Resumen

La salud sexual y reproductiva son campos fundamentales a la hora de pensar la autonomía y las posibilidades de decisión sobre el cuerpo y la vida que pueden tener las mujeres. El estado, al ser el encargado de la construcción de políticas sociales que atiendan a las demandas y problemáticas que constituyen la vida de las mujeres, se configura como un potente constructor de significados, normativas y prácticas que constriñen las decisiones y las nociones sobre la sexualidad y la reproducción. Es por eso que centrarse en esa producción normalizada alrededor de la reproducción y la sexualidad de las mujeres adquiere importancia a la hora de evidenciar las diferentes formas en las que se encarnan el discursos regulatorio en el cuerpo y la vida de las mujeres.

Esta investigación indaga en la producción de significados que desde una política particular, la del bono Juana Azurduy en el estado Plurinacional de Bolivia, una política de transferencia monetaria condicionada enfocada en salud reproductiva, se establece en relación a la vida y el cuerpo de las mujeres. La normalización de la maternidad, la sexualidad, y la reproducción biológica como elementos que constituyen la regulación de las decisiones permiten evidenciar las diferentes formas en las que mujeres de áreas rurales y urbanas afrontan la regulación y normalización de su salud y de sus vidas. La investigación pretende ser un aporte para profundizar el análisis de lo que producen políticas de salud reproductiva en la cotidianidad de mujeres y resaltar la importancia del análisis de políticas públicas enfocadas en el ámbito de la salud reproductiva y sexual en Bolivia.

Agradecimientos

Este proceso no hubiera sido posible sin la colaboración de todas las mujeres con las que mantuve conversaciones y que me abrieron su vida y contaron sus experiencias. Ante todo muchas gracias a todas ellas que son la voz mas importante de esta tesis.

A Tatiana por ser siempre la fuente de apoyo, inspiración, energía y fuerza, todo es gracias a tu confianza y tu incondicionalidad, eres lo que mas amo en el mundo entero.

A mis hermanos, Ale por ser siempre mi mejor compañera y amiga, gracias por leerme con tanto cariño y por escucharme. José tu creatividad y empeño en las cosas me da mucha alegría, en ti encuentro esperanza y mucho amor.

A mi familia, por el cariño y el apoyo.

A Less, Ana, Katy, Joha y Mari, ustedes saben que son parte central de esta tesis, este proyecto es tan suyo como nuestra amistad y sororidad que nos hace amarnos tanto y crecer juntas, con ustedes viví lo mas lindo de la maestría. Porque son mi mejor relación.

Gracias a Cris, Dani y Made, conocerlos fue lo mejor que me dio la radio, gracias por las risas, la complicidad, el estrés y su amistad, les quiero infinitamente!

A Micky por su compañía en todo este proceso.

A mi asesora Susana por trazar el camino con claridad y tenacidad, gracias por todo lo aprendido.

A todas las mujeres de mi vida, de sus vidas y sus historias sigo aprendiendo a conocerme y conocerles.

Introducción

1. De la intervención a la generación de experiencias

La institucionalización de la salud sexual y reproductiva se presenta como una experiencia casi misteriosa y confusa dentro de los primeros contactos con ella. Donde hablar de sexualidad, conocer nuestros cuerpos y explorar nuestros deseos forma parte de una tabú y se establece en las relaciones con el personal médico una especie de temor a expresar nuestros sentimientos y contar nuestras experiencias.

Las primeras experiencias por las que pasé en salud reproductiva y sexual, estuvieron marcadas y orientadas hacia la reproducción y la maternidad; la menstruación y el inicio de la actividad sexual, siempre me llevaron a pensar en los riesgos, uno de ellos: la maternidad no deseada. La maternidad no planificada ni deseada fue la causa para establecer diferentes estrategias de cuidado que respondían al contexto social y cultural que me rodeaba.

Con el paso del tiempo el discurso médico sobre la salud reproductiva y sexual estuvo enfocado en la reproducción como la principal función de mi cuerpo. Las decisiones que pude tomar en cuanto a mi salud estuvieron atravesadas por este discurso, donde mi salud y mi cuerpo importan en tanto sean capaces de reproducirse.

Esta investigación es una apuesta por indagar en los procesos y la producción de significados que desde una política pública específica, se producen en las vidas y cuerpos de las mujeres. La maternidad pensada desde la experiencia de las mujeres que participaron en esta investigación: mujeres que no contaban con ningún tipo de seguro social, que en la mayoría de los casos no percibían un salario por el trabajo que realizan; mujeres jóvenes que no pudieron terminar sus estudios ni continuar con sus planes de vida por las circunstancias en las que experimentaron la maternidad; mujeres de áreas rurales y urbanas marcadas por una cultura y costumbres determinadas que constituyen sus experiencias y que marcan diferencias en las mismas, son las que muestran los caminos y las dificultades que atraviesan dentro los circuitos de salud y de vida.

Pensar en la maternidad como parte ‘natural’ en la vida de las mujeres deja de lado un entramado complejo de renunciaciones, coartaciones, y deseos abandonados, que constituyen este

proceso. Además que elude responsabilidades sociales hacia la maternidad, entendiendo que ésta es responsabilidad de la mujer únicamente.

Las regulaciones y las normas entrecruzan el discurso médico sobre la maternidad, el cuerpo y la sexualidad. Son estos formadores de significados y prácticas que se transmiten de diferentes formas a la vida y los cuerpos de las mujeres los que resultan centrales a la hora de repensar la autonomía sobre nuestros cuerpos y nuestras decisiones.

Dentro de los circuitos médicos, religiosos y políticos la maternidad suele ser valorada como el acontecimiento más natural y esperado en la vida de las mujeres. Desde las primeras visitas al ginecólogo, el discurso sobre el embarazo y la maternidad como el destino de las mujeres, hasta los más ‘inocentes’ comentarios sobre el embarazo y la maternidad como algo natural, me impulsaron a preguntarme sobre ese ‘deseo natural’ que ‘tenemos’ las mujeres.

Ese discurso de amor incondicional que muchas veces juzga y disciplina los cuerpos y las maternidades, y que muy pocas se pregunta sobre lo que realmente constituye, forman parte de las experiencias que construyen y constituyen las decisiones sobre la maternidad.

De esos discursos que se materializan en la vida y los cuerpos de las mujeres, surge el interés de indagar en la producción de significados y de prácticas ante las políticas estatales que intervienen en la vida y en el cuerpo de las mujeres, pues el cuerpo, la sexualidad y la reproducción son los espacios más intervenidos por el estado y las políticas públicas y son precisamente éstos, donde se concentran una cantidad de discursos y normalizaciones sobre la construcción de la reproducción y la sexualidad de las mujeres. Desde el estado¹ y las instituciones se afianza un discurso de poder-saber que se aplica de forma material sobre la vida de las personas, y encuentra cabida en las instituciones médicas y de salud. El abordaje

¹ Entiendo al estado, no como un objeto en sí mismo, sino como una categoría en constante disputa, constituido por diferentes actores, relaciones y sujetos. Así entender al estado y sus distintos niveles y engranajes permite pensar que este no es monolítico y que la producción de significados y prácticas que desde este se dan no están orientadas a un solo camino ni estático ni duradero. En esta investigación entender al estado con minúscula es también situarlo, el estado en Bolivia pasa por una serie de reformas y cambios que no solo inciden en la nominalidad, sino que hacen referencias a cambios en las formas como entendemos y miramos al estado en la actualidad.

que se realiza hacia problemáticas como la mortalidad materna en el caso del bono Juana Azurduy, llama la atención al ser una política que atiende a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y que construye significados sobre las mismas.

La pregunta que guía esta investigación y que sirve de plataforma de despegue para pensar en otros puntos que entrecruzan el debate es: ¿Cómo se generan los significados a partir de la implementación de la política de salud reproductiva bono Juana Azurduy, sobre la vida sexual y reproductiva de las mujeres en Cochabamba-Bolivia?.

En esta investigación se pretende indagar en la producción de significados que desde las políticas públicas y las instituciones como la médica, se conforman sobre puntos centrales como la maternidad, la sexualidad, el acceso y conocimiento de métodos anticonceptivos; inscritos dentro de un contexto de aplicación de la salud intercultural en el país.

Problematizar en la construcción social de la maternidad y el establecimiento de roles y significados sobre la misma, a partir de una política pública se perfila como el propósito central de esta investigación, así la presencia de los discursos y las experiencias que nutren y construyen la maternidad son centrales para evidenciar la complejidad de la misma y el tratamiento que se da desde las políticas sociales, como el bono Juana Azurduy.

Considero que dentro de las prácticas de las mujeres, entendidas como las decisiones y agencia que pueden tener respecto a cómo llevar adelante su vida reproductiva y sus embarazos, se puede evidenciar las diferentes formas de experiencias, prácticas y re significación que ejercen las mujeres al control sobre sus cuerpos por medio de políticas de salud reproductiva.

El bono pasa por un proceso burocrático y de institucionalización de la atención médica y los cuidados del embarazo, parto y postparto. El hecho de ser una política de transferencia monetaria condicionada, significa que se realiza una transferencia de un monto específico de dinero por cada control al que acuden las mujeres, esto puede implicar entre otras cosas, la regulación de la reproducción y la sexualidad.

El caso Juana Azurduy y las diferentes prácticas de las mujeres ante éste, se puede plantear como un problema social, pues visibilizaría que las medidas políticas que se ejecutan desde el Estado Plurinacional de Bolivia interfieren en las decisiones sobre el propio cuerpo y el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en el horizonte de su autonomía y poder de decisión. Además que deja de lado aspectos centrales que ayudan a pensar las complejidades de la salud reproductiva y sexual.

Durante la investigación se evidenció una tensión que ayuda de alguna forma a demostrar las aristas del tema. La elección del tema y el abordaje del mismo partió de una perspectiva que rescata las prácticas y experiencias del discurso de las mujeres hacia la aplicación de una política pública en concreto. Sin embargo, la importancia de centrarse en la construcción y la aplicación de la política pública que atiende a la salud sexual y reproductiva generó tensión en cuanto a la forma de abordar el tema, desde el empuje de las voces de las mujeres con los puntos centrales a debatir en la construcción y ejecución de las políticas sociales.

Esta tensión de alguna forma refleja la complejidad de abordar este tema, al mismo tiempo que intenta establecer una ida y vuelta entre estas dos formas de abordar la investigación.

2. Metodología

Para esta investigación es importante situar el punto de partida y las apuestas metodológicas que se tomaron durante el trabajo de campo y el análisis de los datos obtenidos. Así la metodología está vinculada a la teoría desde la cual se aborda el problema de investigación.

La metodología de esta investigación, parte desde una visión teórica-metodológica del feminismo, y cómo ésta perspectiva teórica me permite generar y ser parte de un conocimiento diferente al del establecido por el clásico modelo científico.

La apuesta por centrar la investigación y su hacer, es problematizar y discutir la jerarquización del género que suprime no solo la mirada y experiencias de las mujeres y diversidades sexo/género, dentro de las ciencias sociales, sino también replantear la jerarquía que se establece desde determinados modelos científicos entre el sujeto y el objeto de estudio.

En este mismo orden, las decisiones metodológicas tienen como plataforma de despegue el conocimiento situado, comprometido y político (Haraway 1995) que sirve como un paraguas para la investigación, desde la cual se adquiere un punto de vista atravesado por un contexto político específico, al mismo tiempo que se genera un compromiso político con la investigación y los intereses que la atraviesan; esto abre la posibilidad de situarse en un lugar concreto para hacer la investigación, lugar desde el cual se generan y se problematizan conocimientos.

Encarnar en el cuerpo las consecuencias de un sistema de salud determinado, y de una visión regulatoria sobre la maternidad y la 'función' del cuerpo, hace que parte del proceso investigativo implique el conocimiento situado como una estrategia para establecer el diálogo y rescatar las diferentes experiencias de mujeres que están inscritas en una política de salud reproductiva.

De ahí que la perspectiva metodológica de esta investigación se perfila dentro de *un punto de vista feminista* (Bartra, 1998) que busca además del cuestionamiento hacia la objetividad científica y la neutralidad, explorar y debatir alrededor de las relaciones de poder que se generan a partir del género como una categoría central para entender la conformación de las relaciones de poder desde las ciencias sociales, y en específico problematizar la construcción de estas relaciones de poder a partir del control sobre los cuerpos de las mujeres y la salud sexual y reproductiva.

La apuesta por construir una investigación desde las reflexiones de la teoría feminista, es parte de una decisión consciente sobre el aporte que tienen los estudios feministas hacia temas que son parte central para la vida de las mujeres. La metodología que centra la problematización de esas jerarquías que se construyen en base a la división sexual también es una decisión consciente sobre la producción de investigación y de significados que superan la visión científica objetiva, y una apuesta por investigar rescatando y construyendo nuevas formas de aportar a la academia como a las relaciones que construimos colectivamente.

La investigación está inscrita dentro de las características de una investigación cualitativa, pues el interés por los significados y prácticas que se construyen socialmente son los que me pueden ayudar a caracterizar y analizar los objetivos que se construyen.

Esta breve explicación de la metodología del trabajo de campo me ayuda establecer claridad alrededor de donde se llevó a cabo la investigación, en quienes estuvo enfocada la investigación y las conexiones que se establece a partir del testimonio y las experiencias de las mujeres entrevistadas. Al mismo tiempo que se pretende brindar un bosquejo del análisis de los datos obtenidos en el campo.

2.1 Los lugares y las experiencias como punto de partida

Para establecer el lugar en el cual se llevó a cabo la investigación, se piensa en la articulación entre el nuevo sistema de salud, las condiciones materiales que dan paso a este nuevo sistema, y el tratamiento concreto hacia la salud sexual y reproductiva. Considero importante situar a la investigación dentro de un campo determinado de trabajo, elaborando algunas características específicas sobre este.

En la ciudad de Cochabamba el bono Juana Azurduy se paga en diferentes hospitales de la zona urbana como rural, para la investigación pretendo establecer una comparación en cuanto a la atención que se da a las mujeres que viven en zonas urbanas y las mujeres de áreas rurales, esto porque la creación de hospitales interculturales se da principalmente en áreas rurales de la ciudad. Y me ayuda a situar el debate sobre la articulación de clase, etnia y género, como una herramienta sumamente útil a la hora de analizar los resultados del trabajo de campo.

Los hospitales de la provincia de Capinota ubicada a 63 kilómetros de la zona urbana de la ciudad y de la provincia de Punata ubicada a 47 kilómetros, son algunos de los centros de atención médica donde se implementó la creación de hospitales interculturales, que cumplen con la normativa SAFCI de atención médica, vinculando tanto la medicina tradicional y la biomedicina.

El interés en estos hospitales está en indagar alrededor de la atención que se les brinda a las mujeres inscritas dentro del bono Juana Azurduy, para observar cual es la relación que se establece dentro de estos hospitales, si se respetan las prácticas culturales y las decisiones de las mujeres para llevar adelante tanto el embarazo como el parto, y si se toma en cuenta la capacidad de autonomía a la hora de decidir sobre sus prácticas sexuales y reproductivas.

Las mujeres que son parte del bono son mujeres que no tienen ningún tipo de seguro social, por lo que se considera que son mujeres en su mayoría de áreas rurales y de la población que no es remunerada por el trabajo que realiza.

La comparación de la situación entre los centros de atención interculturales y un centro de atención que no está ceñido a la normativa SAFCI es esencial para ver los factores expuestos tanto por el modelo SAFCI como por el bono. Y es precisamente donde se puede indagar en la construcción de un tipo hegemónico de maternidad y de salud reproductiva y sexual.

3. El trabajo de campo

Es importante para la investigación partir de la experiencia y los testimonios de las mujeres entrevistadas en el trabajo de campo, en el sentido que son estos los que sirven de guía para pensar en los argumentos centrales de la investigación, de ahí que contextualizar las políticas públicas enfocadas en la salud de las mujeres, principalmente sea importante pues se presenta como una plataforma ante los procesos actuales que se pudo evidenciar en el trabajo de campo.

Para el trabajo de campo en esta investigación, me centré en 3 métodos (entrevistas semiestructuradas, observación no participativa, análisis documental) que me permitían abordar la pregunta de la investigación como los objetivos, al mismo tiempo estos me permitieron pensar en la construcción de nuevos puntos analíticos.

El trabajo de campo se presenta como un escenario muchas veces conflictivo pero que al mismo tiempo permite establecer un diálogo con las mujeres entrevistadas. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron principalmente con las mujeres inscritas dentro del bono Juana Azurduy.

El contacto con las mujeres se realizó mediante la visita a los hospitales y centros de salud determinados, esto se pudo realizar previa identificación de esos centros de salud en los que se atiende a mujeres que son parte del bono en la ciudad de Cochabamba, tomando en cuenta que algo importante a considerar es la diversidad de casos que se puede hallar en el departamento dependiendo de las condiciones que se presentan en torno a la atención de salud y la medida que los centros han incorporado, los componentes de interculturalidad y salud comunitaria. Para esto

realicé un estudio comparado entre un centro que tiene condiciones de interculturalidad como los de la provincia de Punata y Capinota y un centro de salud de la ciudad.

Mi interés más allá de la cantidad de mujeres que podía entrevistar era centrarme en casos específicos en los cuales se podía establecer un diálogo en confianza con las entrevistadas. En el trabajo de campo se logró concretar 32 entrevistas entre los diferentes centro de salud. El muestreo bola de nieve en hospitales de sectores definidos de la ciudad y de las dos provincias me ayudó a contactarme con las mujeres en cadena. Además del contacto directo con las mujeres que acudían a los centros y hospitales para cumplir con sus registros y controles correspondientes.

La construcción de una guía para las entrevistas estuvo pensada de acuerdo al cuerpo que se consideró para la investigación, es decir en una primera parte se conversó con las mujeres sobre sus datos demográficos, luego sobre la inscripción, percepción y experiencia dentro del programa, una tercera parte fue enfocada en la maternidad, las dificultades y las vivencias que tuvieron dentro del programa bono Juana Azurduy. Una cuarta etapa se concentró en hablar sobre la sexualidad, los cuidados, decisiones y experiencias que atraviesan las mujeres. De igual forma en esta etapa se abordó el conocimiento y acceso a salud sexual y reproductiva.

Las entrevistas permitieron establecer un conocimiento en base a las experiencias y a las prácticas que tiene las mujeres, a través del diálogo se conformaron variables analíticas que respondían a los testimonios de las mujeres.

Las entrevista a funcionarios del bono, como a doctoras y doctores en los diferentes centros de salud se realizaron sin un esquema estructurado, sino que formaron parte de una información más informal sobre las percepciones tanto de la política pública, como de otros aspectos relacionados a la investigación. Esto porque la centralidad del discurso institucional no es un eje principal para esta investigación.

El análisis documental sobre la construcción de la política pública como tal me ayudó a fijarme qué sujeto se está construyendo con este tipo de política de salud reproductiva, además de plantear el análisis sobre la política reproductiva y el programa de transferencia monetaria condicionada.

El análisis documental sobre una fuente oficial de carácter gubernamental -la política pública número 0066 “Bono Juana Azurduy de Padilla”-, implicó la elaboración de una guía específica que me ayudó a identificar con claridad cuáles son los objetivos de esa revisión, lo que me llevó a una lectura y búsqueda en función de mis objetivos específicos. (Barragán, 2008).

Entre otros documentos revisados para la investigación, se encuentran el Plan de desarrollo nacional de Bolivia y la Constitución Política del Estado, y los informes sobre salud sexual y reproductiva que están disponibles en la biblioteca virtual del ministerio de salud. Estos documentos se presentan como un marco desde los cuales se construyen propuestas para políticas públicas y que reúnen los resultados y el impacto de las políticas sociales.

Siguiendo a Barragán, las fuentes privadas entendidas como los “Documentos que han sido creados por instituciones privadas, ONGs” (Barragán 2008,172) principalmente los que estén relacionados a la mortalidad materna, y salud reproductiva y sexual me ayudaron entre otros documentos, a tener una idea de cuál es el tratamiento del impacto de esta política pública entre estas instituciones. Esto para indagar cómo se establecen vínculos con la política general de salud en el país.

Otra herramienta que se utilizó en el trabajo de campo es la observación no participativa, esta observación identifica cuales pueden ser las relaciones que se dan entre las mujeres que son atendidas en los hospitales, es decir el trato que se les da a mujeres que forman parte del bono. De ahí que se pudo observar el maltrato hacia mujeres de áreas rurales que no hablaban castellano y que tenían dificultades para hacer todos los trámites burocráticos. Además del trato frío y ajeno hacia los problemas de las pacientes.

Estar dentro de los hospitales y las oficinas del bono me ayudó a identificar, si los hospitales cumplen con la infraestructura y el personal adecuado para atender diferentes partos (los que responden a diferentes prácticas, costumbres y culturas). Y cuáles son los pasos, las facilidades y las dificultades por las que pasan las mujeres.

Las largas esperas en los hospitales, posibilitó de alguna forma que pueda establecer conversaciones extensas con muchas de las entrevistadas, y observar la distinción que se

establecía entre las mujeres que provenían del campo con las que estaban en contacto con áreas urbanas.

La observación no participativa según Barragán ‘se trata de la observación y el registro de comportamientos y acciones que se han seleccionado previamente’. (Barragán 2008,128).

La observación no participativa resultó ser un instrumento sumamente valioso a la hora de indagar en las relaciones de poder que se establecen entre diferentes funcionarios que trabajan dentro de los hospitales, al mismo tiempo ayudó a identificar las articulaciones que constituyen el acceso diferenciado a la salud de las mujeres.

El contacto con las mujeres fue el principal motor de esta investigación, al ser sus testimonios y su voz un impulso para pensar la producción de significados y prácticas que se concretan a partir de la implementación de una política de salud reproductiva.

4. La estructura

El primer capítulo del texto responde a una necesidad de contextualizar la política de salud reproductiva, intentando hacer una especie de genealogía sobre las políticas sociales implementadas al cambio y las demandas que constituyen la salud reproductiva y sexual. Esto para tener una idea base sobre lo que en términos de políticas sociales se está debatiendo. En un segundo capítulo se presenta el marco teórico desde el cual se plantea problematizar los principales puntos en la investigación. La intención de construir un marco teórico responde también a las decisiones metodológicas que se llevaron a cabo durante la investigación.

El tercer y cuarto capítulo son el resultado del trabajo de campo y el análisis de los datos obtenidos en este, de ahí que contengan los debates principales para abordar la pregunta de investigación.

Las entrevistas realizadas a mujeres que son parte del bono, dieron paso a la conformación de algunos ejes argumentativos para pensar dos cuestiones centrales, que se analizan de forma más

detallada en los capítulos 3 y 4, pero que también nos sirven como un punto de partida que dé sentido a los referentes contextuales que se toman en este capítulo.

Capítulo 1

‘El gobierno te ayudará un tiempo no más, tampoco es para siempre’: Políticas públicas que construyen significados sobre salud reproductiva y sexual

1. Introducción

En el intento de indagar sobre el contexto dentro del cual se sitúa esta investigación, se encontró útil el análisis sobre las políticas públicas que se enfocan hacia la salud reproductiva y sexual, sin dejar de lado la producción de prácticas y significados que desde estas plataformas institucionales se construyen y que de cierta forma marcan antecedentes para pensar la problematización de la regulación y la normalización de la sexualidad y la reproducción.

Las tensiones que disipan pensar en la salud sexual y reproductiva desde las experiencias de las mujeres y desde la normativa que se construye para lidiar con problemas como los de la mortalidad materna e infantil, los embarazos no deseados, y todas las condiciones que constituyen la maternidad y las posibilidades de decidir sobre nuestros cuerpos, encuentran programas y políticas enfocados en el reforzamiento de roles sociales asignados a las mujeres.

En este capítulo intento hacer una contextualización sobre tres programas estatales que pretende incidir en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, intentando construir un contexto sobre las ‘respuestas’ que se dan, desde la institucionalidad.

Información de la Encuesta de Nacional de Demografía y Salud (Endsa) indica que la mortalidad materna en Bolivia es de 230 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos, cuyas causas son: hemorragia 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5%, y parto prolongado 2%.

Esto implica un problema dentro de las políticas de salud que se enfocan en la salud reproductiva y sexual de las mujeres. El informe Bolivia 2010 sobre derechos humanos de las mujeres y justicia de género, señala lo siguiente respecto a la mortalidad materna:

La mortalidad materna tiene múltiples causas, esta multicausalidad no siempre ha sido comprendida. Está vinculada a la ausencia de acceso a servicios de salud para control prenatal y

parto; al funcionamiento de estos servicios bajo patrones mono culturales carentes de calidad y calidez; al aborto; a la desnutrición; y a otras enfermedades asociadas con la pobreza. Las mujeres que se encuentran en mayor riesgo de muerte materna son las de menores ingresos, indígenas, que viven en el área rural y que tienen un bajo grado de instrucción escolar. (Informe Bolivia 2010 sobre derechos humanos de las mujeres y justicia de género 2010, 72).

Esta multicausalidad como se señala en el informe está conectada a diferentes variables que son transversales a este problema. Por ejemplo la falta de una atención integral para la salud de las mujeres, el entendimiento reducido hacia la interculturalidad en salud, y el carácter discriminatorio del sistema médico boliviano.

En lo que respecta al sistema médico en Bolivia se pueden caracterizar algunos detalles que evidencien el cambio de paradigma a nivel salud, esto refiriéndonos a la implementación dentro del Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 basado en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) de salud intercultural en todo el país.

El modelo de salud familiar comunitaria intercultural tiene como ejes principales y transversales la interculturalidad y lo comunitario. Es importante entender este contexto de cambio en el sistema de salud en Bolivia pues el bono Juana Azurduy se inscribe dentro de ésta incorporación del modelo SAFCI. Y es en realidad un punto central para debatir alrededor del enfoque que se le está dando a la salud en un país plurinacional como Bolivia, donde las prácticas en salud tienen diferentes manifestaciones y circulan por espacios que no siempre son los institucionales.

Tomar en cuenta que el ingreso a la salud de las mujeres tiene una articulación que depende de la clase a la que pertenecen, la etnia, y la edad entre otros factores que determinan ese acceso y se encarnan en la vida de las mujeres, es central para pensar en otro tipo de salud y las diferencias que componen un problema como la mortalidad materna.

El interés en las políticas de salud para las mujeres muchas veces se focaliza en el aspecto reproductivo, esto a pesar de que muchos de los problemas y causas de la mortalidad materna son producto de infecciones y están ligados a la salud sexual, de ahí que se vea una tendencia en el fortalecimiento de políticas públicas enfocadas en la salud reproductiva. Como se señala en el informe, Bolivia 2010 Derechos Humanos de las mujeres y justicia de género:

La sexualidad se asocia con la reproducción y predomina el abordaje de la sexualidad a partir del concepto de mujer reproductora y/o madre, es decir, con prejuicios arraigados, ya que el cuerpo de las mujeres es visto predominantemente desde su potencial reproductivo. La legislación y las políticas públicas tienen una orientación proteccionista del cuerpo y de su regulación. (Informe Bolivia 2010 sobre derechos humanos de las mujeres y justicia de género 2010, 78).

De ahí que tanto el seguro materno infantil SUMI y el bono Juana Azurduy estén enfocados principalmente en el ámbito reproductivos de las mujeres, si bien se resalta que muchas de las muertes de las mujeres están conectadas a problemas durante el embarazo y el parto, llama la atención la ausencia dentro de estas políticas públicas de una atención específica hacia el fortalecimiento en educación sexual y reproductiva como también el acceso y conocimientos de métodos anticonceptivos. Sin embargo, esta ausencia no solo está presente en estas políticas de salud, sino en el sistema de salud en general.

Entender al bono Juana Azurduy ligado a las políticas de salud materna e infantil anteriores a este, me ayuda a identificar no solamente el avance en cuando a los objetivos que se pretenden con las políticas de salud reproductiva, sino también que me permite ver con más claridad los vacíos y los quiebres que se tiene en materia de salud sexual y reproductiva impulsada desde las instituciones y el estado. Esto por su fuerte impacto en el discurso sobre la maternidad, los cuidados y la construcción del sujeto mujer madre como relevante para la sociedad.

En este capítulo parto de dos líneas que conducirán el desarrollo del mismo y me aportan a tener más claridad en el desarrollo no solo del contexto que es parte del bono, sino también a establecer diálogo con puntos centrales para la investigación, de ahí que uno de los ejes que guiará la exploración del contexto sea el de salud sexual y reproductiva, y por otra parte la interculturalidad, ambos ejes transversales para entender el bono Juana Azurduy.

Un primer punto es el fuerte enfoque reproductivo que tienen las políticas públicas destinadas a la salud de las mujeres, este tiende a dejar de lado la salud sexual y posicionarse dentro de la salud reproductiva únicamente, evidenciando la valoración de la vida y de los ideales sobre maternidad y feminidad que se encarnan en el cuerpo de las mujeres. El segundo está centrado en ampliar y debatir alrededor de la construcción social de la maternidad desde las instituciones

estatales y sociales, y esto se ve en el fuerte enfoque maternalista de las políticas sociales, y cómo este enfoque termina determinando en algunos casos los significados hegemónicos sobre la maternidad y las “funciones” de la mujer.

Estos dos puntos, son resultado del análisis sobre el trabajo de campo y están inscritos dentro de un contexto específico. Si bien las entrevistas se realizaron a mujeres que están inscritas dentro del bono Juana Azurduy, este se enmarca dentro de un contexto sobre salud reproductiva y sexual en Bolivia, y es precisamente desde la contextualización institucional sobre el proceder de las políticas sociales que se quiere establecer la articulación con la forma cómo estos impactan y crean significados y formas de hacer y entender la salud reproductiva y sexual.

El fuerte enfoque en la reproducción biológica de la mujer no solamente tiene que ver con preservar la vida de las mismas por los altos índices de mortalidad registrados en el país, sino que está constituido por nociones y modelos de mujer y de madre que se encargan a través de políticas públicas de establecerse como principios que naturalizan cierto tipo de maternidad, al mismo tiempo que regulan la vida reproductiva y sexual de las mujeres ya sea mediante incentivos económicos o por nociones sobre la salud fomentadas a través del sistema médico y de las instituciones sociales.

La transversalización de la interculturalidad en las políticas de estado, es fuente de debate alrededor de cómo se está entendiendo esta interculturalidad, y cómo se está aplicando en las políticas de salud.

Este capítulo intenta ser un mapeo sobre las políticas públicas que atienden a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, esto para contextualizar el escenario institucional desde el cual se genera la problemática para esta investigación.

En un primer momento se explora alrededor del seguro universal materno infantil SUMI, como una política previa al bono y que de cierta forma plantea las bases para luchar contra las altas tasas de mortalidad materna e infantil. En un segundo momento me centraré en la normativa de salud familiar comunitaria intercultural SAFCI como una normativa que regula y establece la

transversalización de la interculturalidad en la salud¹. Como tercer momento de este capítulo se desarrolla bajo los mismos lineamientos una exploración alrededor del bono Juana Azurduy.

Tanto el SUMI como el SAFCI ayudan a entender como se está abordando la salud reproductiva y sexual y cómo se está implementando la medicina desde un enfoque intercultural, estos dos aspectos son los puntos desde los que pretendo partir para luego centrarme en el bono Juana Azurduy que rescata algunos aportes del SUMI y está construido bajo la normativa SAFCI.

2. El SUMI y la salud sexual y reproductiva

El SUMI es una política que se instituyó el 21 de noviembre de 2002, mediante Ley N° 2426, y se puso en vigencia en enero del 2003, bajo el gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada, el SUMI como política de salud cubría todo el territorio nacional. Según lo define Carme Ledo, ‘En teoría, los beneficiarios del SUMI son todos los menores de cinco años y todas las mujeres en edad reproductiva, que en 2003 representaban alrededor de 41% de la población’ (C. Ledo, R. Soria 2011,112).

El SUMI hace referencia a la cobertura para todas las mujeres en edad reproductiva, lo cual es un contraste con el bono Juana Azurduy pues este bono está destinado únicamente a mujeres que estén embarazadas, de ahí parte la primera línea en la que quiero centrarme.

El hecho de que sea una política de salud que esté orientada a cubrir las necesidades de las mujeres en edad reproductiva quiere decir, además que se atiende y se pone énfasis en el cuidado durante el embarazo y el nacimiento del niña/niño, se pensaría en una prestación de servicios más amplios en lo que respecta a salud sexual y reproductiva.

El SUMI se planteó principalmente como una política que parte de lineamientos dados a nivel internacional con la intención de lidiar con las altas tasas de mortalidad materna e infantil en Bolivia, por lo que la salud sexual y reproductiva se perfila como un aspecto central para pensar este tipo de políticas. Si salud sexual y reproductiva forma parte central de la ‘agenda’ para

¹ Para esta investigación me centrare en el aspecto intercultural referido a la salud específicamente.

enfrentarse a esas altas tasas de mortalidad esto se deriva en varias razones, una de las cuales está ligada a la educación y los derechos sexuales y reproductivos, pues las infecciones de transmisión sexual son consecuencia de un acceso limitado a educación sexual y reproductiva de la población:

Las ITS se encuentran entre las causas de morbimortalidad materna y perinatal más importantes. Las complicaciones graves de las ITS, como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica (como infertilidad y cáncer genital) y a la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA es otra consecuencia de las ITS (Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008-2015 2009, 15).

Ahora bien, el SUMI se perfiló como un programa que pretendía brindar una atención integral a las mujeres en edad fértil lo que incluía tratamiento para el cáncer de cuello uterino y diferentes complicaciones, resultado de infecciones de transmisión sexual y abortos mal practicados. Dentro de las funciones y servicios del SUMI referidos a métodos anticonceptivos, el Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva señala que:

Desde 1993, en Bolivia se cuenta con anticonceptivos (de donación) distribuidos o administrados por los servicios de salud públicos y desde 1999 pueden ser adquiridos con recursos municipales al estar incorporados como parte de las prestaciones del SUMI. Las mujeres que así lo deciden acceden, sin costo, a condones masculinos, DIU, inyectable trimestral, píldoras, anticoncepción de emergencia, ligadura de trompas (salpingoplastia) y collar del ciclo. (Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008-2015 2009, 22).

Si bien la amplitud del programa y la innovación en cuanto al acceso que podían tener las personas a métodos anticonceptivos se perfila como un beneficio para toda la población las mujeres de áreas rurales eran excluidas de los grupos mayores de beneficiarias, y esto más allá de los problemas que se presentan en cuanto a la real incidencia del programa en esas áreas tiene que ver con la mirada institucional sobre los derechos sexuales y reproductivos, pues estos no eran establecidos de forma coordinada y transversal a través de las diferentes instituciones de la sociedad civil.

Aunque el SUMI se perfiló como un programa implementado en gran medida con una lógica de descentralización de las actividades bajo el ministerio de salud únicamente, no logro tener una cobertura amplia en sectores periurbanos y rurales, pues dentro de la política como tal no se indaga ni se hace énfasis en la articulación de las diferentes variables que constituyen el ingreso, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos ni de salud sexual y reproductiva; es decir no se pensó en la heterogeneidad de la población ni en las condiciones de los diferentes grupos para implementar una política como el SUMI.

Según datos del ministerios de salud se informa que las principales causas de mortalidad materna son: hemorragias (32.7%), infecciones (16.8%), hipertensión (4.7%), complicaciones del aborto (9.1%) y otras no especificadas (34.8%). Si se piensa en ese porcentaje de muertes maternas que tienen que ver con las infecciones de transmisión sexual y el aborto, para programas como el SUMI o el bono Juana Azurduy que buscan enfrentarse a esas cifras de mortalidad materna, la importancia de la salud sexual y reproductiva tanto en los mismos programas como en otros, es significativa.

Por lo que pensar en herramientas claras respecto a la implementación en educación y derechos sexuales y reproductivos a partir de estos programas implementados a nivel nacional y de largo alcance son centrales al momento de hablar sobre la salud de las mujeres.

En el Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva 2008-2015 se señala lo siguiente:

El SUMI permite brindar estudios de laboratorio diagnóstico y tratamiento de ITS, que podrían extenderse a todos los servicios de salud sexual y reproductiva. Al tratar temas de sexualidad con adolescentes y jóvenes heterosexuales, homosexuales y bisexuales se podría, fácilmente, agregar un componente de educación y prevención de las enfermedades de los órganos reproductivos y los riesgos asociados a la maternidad (Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva 2008-2015 2009, 25).

En dicho plan se señalan varias formas de comenzar a pensar en la educación sexual y reproductiva a partir de programas como los del SUMI y el bono Juana Azurduy. Sin embargo, no se establece una normativa clara alrededor de cómo estos programas pueden llevar a cabo o

tendrían que llevar a cabo la atención global hacia la salud sexual y no solamente la salud reproductiva.

Este es un tema latente tanto en el SUMI como en el bono, pues no existe una diferenciación y claridad alrededor de cuál es el nivel de atención que se maneja en estos ámbitos.

Para la salud de las mujeres la institucionalización de métodos anticonceptivos y de educación sexual, representan hegemonía sobre las mismas y desde las políticas sociales tendrían que atender estos temas y trazar estrategias para que las mujeres puedan acceder no solo a la educación, sino al manejo y acceso a métodos anticonceptivos, esto con el afán de contribuir a las decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva.

2.1 La interculturalidad en el SUMI

El acceso diferenciado de los grupos socioeconómicos y las diferentes etnias a los servicios de salud en general, forman parte de un horizonte de trabajo donde factores como la cultura, la medicina tradicional y los problemas de acceso a seguros sociales y trabajo, son latentes en Bolivia.

De alguna forma este acceso diferenciado crea brechas sumamente grandes en cuanto a mortalidad materna e infantil, los datos apuntan a que las mujeres de áreas rurales son las que mantienen tasas de mortalidad más altas, mientras que las mujeres de áreas urbanas tienen un mayor acceso a los sistemas de salud, esto tienen que ver con otros factores como el de la educación:

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) del año 2000, el 70% de las muertes maternas provenían de mujeres que tenían menos de seis años de escolaridad. Las mujeres indígenas eran las más vulnerables a morir, especialmente si vivían en el área rural, donde tenían cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y posparto que las mujeres de las ciudades (64,3% vs. 15,3%). (Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2009-2015 2009, 13).

La mortalidad materna como se señala en el informe de Derechos Humanos de las Mujeres y Justicia de Género del 2010, está ‘condicionada por la pobreza’ y son precisamente en las áreas rurales y territorios indígenas donde se presentan las cifras más elevadas.

Es importante resaltar que el SUMI como una política de atención y prevención de la mortalidad materna en todo el territorio nacional, surge dentro de un contexto neoliberal, lo que marca las características multiculturales del mismo.²

En el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2009-2015, se hace referencia a las prestaciones del SUMI y las barreras en la implementación de este:

Si bien la atención obstétrica y neonatal es parte de las prestaciones del SUMI (eliminando la barrera económica de acceso a los servicios), el sector de salud ha puesto de manifiesto que existen barreras para universalizar la atención, tanto por el lado de la oferta, debido a la insuficiencia de los recursos para atender poblaciones alejadas de las ciudades, como también por barreras de la demanda, expresadas en inadecuación de los servicios a las prácticas culturales en el parto y la falta de calidad en la atención.(2009, 20).

Esas inadecuaciones que se presentan en los servicios como el SUMI dan cuenta de cómo se estaría pensando la política de salud en un contexto plurinacional como el boliviano. Y que los vacíos que se presentan en la política significan mucho a la hora de lidiar con las articulaciones que constituyen el problema.

En el artículo I de la Ley 2426 SUMI, en el inciso II se señala lo siguiente sobre el objeto del SUMI: ‘Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutarán mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección’ (2002,1).

² Para interés de la investigación no se profundizara alrededor del multiculturalismo en la época neoliberal en Bolivia.

A pesar de que en la ley se establece que la prestación de servicios se adecuará según la medicina tradicional, no se menciona ni se tiene la claridad de cuáles serán los parámetros y las herramientas a utilizar, es decir no se presenta con claridad cómo es que se respetarán los usos y costumbres. Esta ambigüedad en el SUMI se hace latente por las falencias en cuanto al conocimiento y a la puesta en marcha de un cambio en las políticas de salud.

Susana Ramírez Hita señala lo siguiente sobre la interculturalidad en la salud:

El concepto de salud intercultural se ha extendido popularmente como la complementación en los servicios de salud de la biomedicina y de la medicina tradicional (incluido en ciertos sectores antropológicos en donde estas propuestas de débil sustento teórico y metodológico tienen cabida) sin que se reconozca el pluralismo médico que existe en todas las culturas y grupos sociales. (Ramírez 2008, 6).

Esta falta de reconocimiento de otras prácticas, idiomas y otros factores hacen que en políticas como la del SUMI el acceso y el impacto en la población indígena y rural sea el menor, y se presenten cuestionamientos alrededor de cómo se está pensando la interculturalidad a nivel regional y nacional.

Dado que la implementación de la normativa de salud familiar comunitaria intercultural SAFCI se da años posteriores a la fecha de la ley 2426 SUMI, el carácter intercultural de la misma no se rige bajo esta normativa. Sin embargo, los cambios que se generan a partir del SAFCI también significan un giro en lo que respecta al SUMI, pero estos cambios suelen presentarse de forma discontinua, es decir que no se tiene una claridad acerca de cómo se está destacando el rol de la medicina tradicional y la importancia de trabajar desde las prácticas culturales de cada grupo, además de que se corre el riesgo de estigmatizar esas prácticas como poco eficientes comparadas con el sistema biomédico.

En los Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados del 2006 se señala lo siguiente:

Introducir enfoques humanitarios e interculturales en salud materna y neonatal de un modo más claro y decidido, a objeto de que la atención médica contemple normas y procedimientos con enfoque intercultural, que sean internalizados (aceptados y aplicados) por el personal de salud

biomédico de los niveles I y II de atención, y que pudieran atraer y satisfacer a un número mayor de usuarias, particularmente de zonas rurales e indígenas donde los conflictos socioculturales entre el personal de salud biomédico y las comunidades provocan una cadena de obstáculos: escasa comunicación social, menosprecio hacia los recursos, conocimientos y estrategias comunitarias en salud, que inciden en coberturas mínimas de salud, elevados índices de morbi-mortalidad materno-infantil y otros. (Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados 2006, 1).

Esto pensando en el fortalecimiento precisamente del SUMI como un programa que busca incidir en las tasas de mortalidad, y que representa a nivel nacional una de las políticas en salud de más largo alcance. El bono Juana Azurduy retoma muchos de los postulados bajo los cuales se regulariza el servicio del SUMI pero al mismo tiempo, contiene en sí (al ser una política de transferencia monetaria condicionada) diferencias tanto en el modelo de ejecución como en los sujetos a los cuales está destinado.

El proceso de construcción y ampliación del servicio biomédico al intercultural serán explorados con mayor detalle cuando se trabaje sobre la normativa SAFCI, y el quiebre en el paradigma de salud que significó esta normativa.

Lo interesante de este proceso es evidenciar cómo a partir de un servicio (SUMI) se van implementando en las políticas de salud, factores que si bien pueden presentarse como innovadores en normativa y manuales, se tienen que pensar mejor alrededor de la viabilidad y la inclusión real no estigmatizante de la interculturalidad y de las múltiples formas de ejercer la salud y los cuidados.

3. Salud familiar comunitaria intercultural SAFCI

A partir del cambio dentro del modelo de salud en Bolivia, la salud familiar comunitaria intercultural, se perfila como el resultado de un proceso de reestructuración desde las políticas sociales enmarcadas dentro De él ‘Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para Vivir Bien’. Estrategias que se traducen en políticas públicas que a grandes rasgos buscan promover la capacidad del estado en:

‘Invertir en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del Estado, en los factores determinantes de la exclusión social en salud, con miras a lograr el Vivir Bien.’ (Resumen

Ejecutivo 'Bono Juana Azurduy' Contribución a la universalización de los servicios de salud 2015, 1).

La importancia del modelo SAFCI para la salud en Bolivia, radica en la incorporación de nociones novedosas no solo en la aplicación del modelo de salud sino de la incorporación de la comunidad y la familia como participantes centrales para pensar en un modelo de salud descentralizado e intersectorial.

El modelo SAFCI no se perfila como una política de salud precisamente, sino más bien como una propuesta de cambio en el sistema de salud a nivel nacional y local. De ahí que la importancia del mismo sea central para pensar en otras políticas de salud que emergen bajo los parámetros del sistema SAFCI.

3.1 El sistema de salud SAFCI y la salud sexual y reproductiva

El abordaje que se hace desde el modelo SAFCI en cuestión de salud sexual y reproductiva, llama la atención al ser una normativa a nivel nacional y al ser un sistema paraguas para las diferentes políticas de salud en el país.

El carácter intersectorial del modelo SAFCI, hace que sus objetivos estén centrados en la articulación entre la participación comunitaria tanto de las familias como de las comunidades y las instituciones que intervienen en esta normativa.

En este acápite se pretende indagar concretamente como se está pensando la salud sexual y reproductiva desde este nuevo enfoque en salud y cuáles son las pautas en la normativa respecto a salud sexual y reproductiva.

El modelo SAFCI se muestra como un cambio en lo que respecta a la salud en el país, pone énfasis en aspectos que anteriormente no se desarrollaron con detalle. Sin embargo, mantiene dentro de la normativa una ambigüedad respecto a las políticas de salud sexual y reproductiva. La pregunta gira entorno a ¿Por qué existe un abordaje tan amplio y difuso respecto a salud sexual y reproductiva?

Siendo el modelo SAFCI el que regula las redes de servicio incluidas el SUMI y el bono Juana Azurduy, ésta tiene características importantes a resaltar que dan pistas sobre cómo se está pensando la salud sexual y reproductiva. Según el artículo, 'Preocupaciones de instituciones de la sociedad civil respecto a políticas públicas de género en Bolivia' (2007) el modelo SAFCI expresa entre sus criterios:

(...) La promoción de la salud como proceso que busca que los actores sociales tomen decisiones en cuanto a sus problemáticas y asuman actitudes-conductas de protección de su salud; entonces no solo se trata de un modelo que busca el acceso irrestricto de los actores al sistema de salud, si no también, que estos sean los que tomen decisiones sobre la gestión del mismo, basados en los principios 'solidaridad' y 'reciprocidad'. (Preocupaciones de instituciones de la sociedad civil respecto a políticas públicas de género en Bolivia 2007, 11-12).

Si bien este criterio como principio pueda significar la articulación en busca de una mejor participación de todas y todos los ciudadanos más allá de las instituciones que intervienen en cuestión de salud, se puede caer en una reproducción de un discurso incluyente sin preocuparse por la real participación en el sistema de salud de las actoras y actores. Pues no se especifica ni se tiene una claridad en cuanto al cómo de este principio, es decir no se estaría pensando en términos materiales cual es la participación y la incidencia sobre la salud que tiene la población.

Este aspecto resulta interesante al pensar que la mayoría de mujeres de áreas rurales no tienen acceso a una educación sobre salud sexual y reproductiva y que las prácticas de medicina tradicional son muy desvaloradas en relación a la biomedicina.

En lo que a salud sexual y reproductiva se refiere, no existe una postura, ni política clara que atienda esta problemática de forma intersectorial, y se evidencia un fuerte enfoque familiarista dentro de la normativa, como de los programas de atención al aspecto reproductivo de las mujeres. Esto no solo se evidencia en los principios del modelo SAFCI sino también en las declaraciones de los funcionarios públicos:

El Director General de Seguros del Ministerio de Salud, René Alarcón declaró a la prensa que la nueva política del Gobierno en materia de salud sexual y reproductiva contempla los siguientes criterios:

*Elaboración de carpetas familiares, donde se tendrá todo el historial de la familia y con el que se pretende darle “todo el apoyo al adolescente para que sea digno”.

*Sobre los anticonceptivos sostiene que “estos temas tienen que definirse en espacios concretos de la familia y de la comunidad en función de la identidad cultural. Este es el gran cambio, con (respecto a) los otros gobiernos neoliberales” (Preocupaciones de instituciones de la sociedad civil respecto a políticas públicas de género en Bolivia 2007, 12).

El centro de las políticas es la familia y luego la comunidad, tomando a la familia como el núcleo desde el cual se pretende incidir en salud, es decir bajo esta perspectiva se estaría no solamente reforzando el imaginario de la familia heteronormativa y no rompería con la relación de familia-dependiente.

Esto presenta dificultad al pensar en la amplitud del modelo de ciudadanía, donde la mujer pueda acceder a cualquier tipo de servicio de salud independientemente de si tiene familia o no. Además de que condicionaría de alguna forma, la decisión libre e informada que tendrían que tener las mujeres más allá de la familia y la comunidad.

Bajo esta perspectiva familiarista y comunitaria, si bien se quiere rescatar los saberes de la medicina tradicional y de otro tipo de medicinas que se articulen a la biomédica, se tienen a condicionar el acceso no solo de los métodos anticonceptivos sino de la salud sexual y reproductiva a una concepción hegemónica de la familia-dependiente.

A pesar de que en el modelo SAFCI se esté proponiendo un nuevo modelo de salud más inclusivo se encuentran una cantidad de vacíos en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, que hacen que la figura de estas sea difusa para una implementación desde los programas que deberían de fortalecer este ámbito de la salud, además de una clara ausencia de programas y políticas que se enfoquen en la difusión y el fortalecimiento de la educación sexual y reproductiva.

Otro aspecto poco atendido desde el modelo SAFCI es lo referido al deficiente servicio en salud que existe actualmente, lo cual señala lo excluyente que son los servicios de salud para determinada población:

Los servicios de salud, en correspondencia con la lógica patriarcal y excluyente que permea todavía

el comportamiento de la sociedad sobre la sexualidad, no tienen desarrolladas intervenciones dirigidas a los hombres y son apenas incipientes las atenciones especiales a adolescentes, adultos mayores o personas Gay, Lésbico, Bisexual, otras (GLBT) (Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2008, 23).

La desarticulación en cuanto al acceso a salud sexual y reproductiva de las y los diferentes actores, de parte del modelo SAFCI es poco valorado por el mismo. No se establece una especificidad para tratar este tema de forma general, y se centra en el aspecto familiar para lograr una mejor incidencia de los programas de salud y de la articulación sectorial.

Según el ‘Plan nacional de salud sexual y reproductiva Bolivia 2009-2015’, en la actualidad:

Aún son insuficientes los esfuerzos por compatibilizar los procesos participativos del sector salud (comités locales de salud, agentes comunitarios, médicos tradicionales y brigadas SAFCI), entre otros, con organizaciones defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, los proyectos y otros movimientos, como las personas con discapacidades, agrupaciones juveniles, organizaciones indígenas, personas con identidades sexuales diversas, etc. (Plan nacional de salud sexual y reproductiva Bolivia 2009-2015 2009, 24).

Esta poca articulación que resulta tanto del SAFCI como de otros programas de salud, se conecta a la poca referencia que se tienen de descentralizar el modelo de salud, logrando una verdadera articulación con la sociedad civil que no se concentre en la familia únicamente, sino que sea de carácter tanto individual como colectivo.

Sin duda se presentan vacíos dentro del modelo SAFCI que dicen mucho alrededor del lugar que ocupan las políticas de salud sexual y reproductiva en el modelo SAFCI y dentro de otros programas que se centran solamente en el ámbito reproductivo.

3.2 La interculturalidad como eje central en el modelo SAFCI

El modelo SAFCI surge en un contexto de cambio social en Bolivia, y en otros países de América Latina. Sin embargo, es la asamblea constituyente un evento que marca el hilo conductor de políticas sociales, donde se comienza a introducir el concepto de interculturalidad en diferentes artículos, de esa forma el estado adopta la interculturalidad para buscar la articulación de la pluralidad en el país.

El modelo SAFCI es parte también de los lineamientos que se desarrollan dentro del ‘Plan Nacional de Desarrollo’, desde donde se construyen las bases para las políticas sociales y los principios que tienen que guiar a las mismas, Natasha Morales (2010) describe la nueva visión implementada a través del plan:

Con el Plan Nacional de Desarrollo (2006-2011), se establece una nueva visión en cuanto a la erradicación de la pobreza, que se enmarca en un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y en lo multicultural, con un enfoque centrado en la población y en la comunidad, es decir, reconoce las diferencias de organización propias, las identidades, asumen que los pobres poseen capacidades, experiencias y conocimientos y le da un peso a la acción comunitaria y cultural. (Morales 2010, 9).

Este nuevo enfoque intercultural es el que prima ante las políticas sociales y el plan nacional de desarrollo el que de paso a la creación del nuevo modelo SAFCI, que está precisamente destinado a buscar esa articulación entre la familia, comunidad e instituciones de salud. Se evidencia la matriz central a partir de la cual se está pensando en la reestructuración del sistema de salud en términos más incluyentes. Lo que queda por problematizar es la concepción de interculturalidad que se maneja dentro de la normativa, como también la real participación de las y los actores dentro del nuevo sistema de salud.

En lo que respecta al concepto de salud intercultural, Susana Ramírez (2008), señala que este es un proceso que data desde los años 90 y 2000 donde las diferentes instituciones en salud, por el impulso de iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud se plantea la articulación de las diferentes formas de hacer y percibir a la salud con perspectivas de transformación en los sistemas de salud.

El modelo SAFCI como normativa nacional surge el año 2008, y se perfila como un cambio dentro de la concepción clásica de la salud en el país. Desde que se comienza a discutir sobre la apropiación del estado a reivindicaciones como las de la interculturalidad no solamente en salud, sino pensada de forma transversal, surgen debates no solo a la aplicación eficiente de la salud intercultural desde las instituciones públicas, sino al nuevo sistema de salud intercultural como tal.

Susana Ramírez describe la propuesta intercultural en el ámbito de la salud de la siguiente manera:

La propuesta de interculturalidad que pretende el cambio y la revalorización de lo propio -lo indígena- a fin de llegar a una sociedad más justa y equitativa, pierde su sentido en el ámbito de la salud, dado que la salud pública ha estado y está ausente en muchos puntos del país y, sobre todo, en las áreas indígenas apartadas. El proyecto político de cambio, que persigue la complementación de ambas medicinas, no coloca el análisis en las desigualdades en salud que poseen estas poblaciones; y no precisamente porque no haya sido reconocida o valorada su propia medicina, sino por las falencias del sistema público de salud boliviano. (Ramírez 2008, 4).

Si bien el modelo SAFCI establece diferentes programas que tiene como objetivo ‘llevar la salud’ a todas las familias de áreas rurales e indígenas del país, donde el acceso a esta nueva normativa en salud es difícilmente concretado. Ramírez hace referencia a un factor importante para pensar en el concepto de intercultural de la normativa, la idea de problematizar alrededor de las diferentes desigualdades en salud por las que atraviesan los diferentes grupos del país es sumamente importante pues hace que se cuestione esta complementariedad a la que hace alusión el modelo SAFCI.

Es importante resaltar este punto, para pensar en lo concreto cómo se cambiara la hegemonía del sistema biomédico, donde la medicina tradicional y otras formas de practicar la medicina se ven subsumidas a la biomedicina.

El cambio en el sistema de salud está enfocado en esta articulación y construcción desde diferentes espacios de la salud. Dentro de la ley que da surgimiento al SAFCI se hace referencia a la siguiente visión sobre interculturalidad:

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud. (Decreto Supremo N° 29601 2008, 4).

Desde este modo se daría a entender que las relaciones entre estas diferentes formas de hacer y concebir la medicina son armónicas y complementarias, sin dar señal de que en realidad también existen relaciones de poder atravesadas por las diferencias de clase, género y etnia. Es decir que las diferencias no son solo culturales y que entender esta articulación y complementariedad sin problematizar alrededor de las diferencias de clase, género y etnia, es obviar aspectos fundamentales dentro de la concepción de interculturalidad en salud.

El modelo de salud SAFCI se ejecuta a través de la creación de hospitales interculturales en algunos sectores rurales del país, y a través de la interacción con postas sanitarias, hospitales y la implementación de brigadas en salud que tienen el objetivo de llevar a los lugares más alejados servicios básicos de salud. El resultado de estos hospitales y demás estrategias del SAFCI resulta algo ambiguos en el sentido de que no son garantía de un acceso regular de las personas a los servicios.

El no tener una interacción adecuada con los pacientes, también responde a una aplicación poco debatida y problematizada dependiendo los sectores en los que se enfoca. Esto debido a que desde la normativa se tiende a generalizar y homogeneizar a la población que busca los servicios de salud como las y los que optan por la medicina tradicional y la biomedicina, excluyendo otras prácticas o una combinación de las mismas.

Si bien el modelo SAFCI se perfila como una alternativa ante las anteriores normativas sobre la salud, el enfoque que mantiene sobre la interculturalidad es aun debatido, pues tiende a ignorar las diferentes problemáticas que atraviesan la salud intercultural y a cuestiones como al acceso a los diferentes servicios de salud; más allá de la interculturalidad.

4. El bono Juana Azurduy, una política de salud reproductiva.

El 2009 en Bolivia el gobierno de Evo Morales decretó el bono Juana Azurduy de Padilla como una medida destinada a la prevención de la muerte materna e infantil y de seguimiento y control de la maternidad. El bono consiste en brindar un control médico mensual a las mujeres embarazadas durante la etapa gestante, el parto y el post parto, con atención a la niña o niño hasta la edad de 2 años. El monto de dinero que se entrega a las madres durante y después del parto, suma un total efectivo de 1.820 bolivianos (260 dólares americanos) en el lapso de 33

meses, distribuidos entre el control del embarazo de la madre, el parto, y los controles del infante.

El bono está destinado a mujeres embarazadas que no tengan acceso a ningún otro tipo de seguro de salud de corto plazo. Cabe resaltar que el acceso de las mujeres al bono está condicionado al cumplimiento de características específicas, por ejemplo cumplir con el periodo intergenésico de dos años en caso del nacimiento del último hijo y de tres años en caso de aborto. Además de someterse de forma absoluta al sistema médico institucional.

El bono tiene como uno de sus objetivos hacer que el acceso de las madres al sistema de salud sea más regular y controlado, para evitar las complicaciones durante el embarazo y el parto, descuida los mismo factores que el SUMI y el modelo SAFCI lo hacen, se enfoca en la salud reproductiva como una de las causas mayoritarias para la mortalidad materna, y deja de lado la salud sexual.

El tipo de atención que se brinda a problemáticas -como las altas tasas de mortalidad materna- de parte del estado, puede visibilizar por ejemplo, la atención global hacia esta problemática. Es decir, no solamente los controles médicos correspondientes, sino el acompañamiento en educación sexual y reproductiva y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros. Esto pensando que el bono es una política planteada a nivel nacional y de largo alcance, lo que significa que si bien es una política focalizada en el cuidado durante y después del embarazo, está inscrita dentro del ámbito reproductivo y sexual de la mujer.

El bono Juana Azurduy al ser una política de transferencia monetaria condicionada, concentra las condiciones de la mimas, en el cuidado y el control del embarazo de la madre, es decir la puntual y regular asistencia de las mujeres a los controles establecidos en los centros autorizados, responsabilidad de cuidado que recae en la madre únicamente, pues es ella la responsable de cumplir con las condicionantes del bono.

Se puede hablar de un refuerzo en la invisibilidad de la reproducción de la fuerza de trabajo pues si bien el bono está pensado para beneficiar a la madre y al niño o niña, lo que queda por preguntarse es si el bono contribuye o no contribuye a modificar la situación de inequidad de género, porque precisamente está orientado a las mujeres en su condición de madres, con lo cual

se estaría legitimando un modelo social en el que la maternidad es un problema de exclusividad y competencia de las mujeres.

4.1 El bono y la salud sexual y reproductiva

Las políticas públicas de salud reproductiva están destinadas a la regulación, apoyo, y cuidado del cuerpo y sexualidad de la mujer, si bien los objetivos del bono Juana Azurduy están enfocados en el control y el acceso de mujeres durante la etapa de embarazo, parto y lactancia, la salud sexual y reproductiva forma parte de una atención global hacia la mortalidad materna e infantil y hacia una difusión de la salud sexual y reproductiva en busca de enfrentar problemas como el de la mortalidad materna.

El bono está enfocado en una población de mujeres en ‘vulnerabilidad’, mujeres que no tienen acceso regular ni asegurado a un servicio de salud, este se presenta como uno de los problemas principales a los que se apunta con una nueva política de salud.

La atención específica de servicios de información acerca de salud sexual y reproductiva en el bono tiende a mostrarse de forma difusa, no se plantea como parte central del bono, es decir no se especifica la estrategia que se utilizará para enfrentarse al desconocimiento acerca de métodos anticonceptivos ni salud sexual. El bono se concentra en el control del embarazo y en el parto, no se habla de cómo es que se va lidiar con problemas que van más allá de estos. Ni se tiene un enfoque claro de cómo se está entendiendo la salud sexual y reproductiva.

La oferta de información, orientación y servicios de anticoncepción para las mujeres es un factor ausente dentro de los objetivos, si bien el bono como tal no está enfocado en fortalecer este aspecto de la salud sexual y reproductiva, pero hace mucho sentido cuestionarse alrededor de la ausencia de programas que apoyen en estos aspectos, y sobre todo pensando en el bono como una política que se focaliza en uno de los factores de muertes maternas y no enfrenta la problemática de forma más global, haciendo énfasis también en la importancia de la salud sexual y reproductiva.

5. Conclusiones

Al ser el SUMI y el modelo SAFCI ambas políticas estatales que se constituyen como una plataforma para pensar y debatir la situación de la salud sexual y reproductiva en la población

boliviana, también nos sirven para evidenciar la conformación de significados y creencias que se conforman, como parte ‘natural’ de la vida.

Desde estas políticas públicas se profundizan significados hegemónicos sobre la salud de las mujeres, donde la misma, solo adquiere relevancia si es funcional a la idea mujer-madre, de esa forma el reforzamiento en salud reproductiva llega a la cúspide cuando se implementa el bono Juana Azurduy, desde el cual la política de salud se enfoca únicamente en la salud reproductiva, es decir el embarazo, parto y post parto, además del cuidado de la niña/o.

La construcción de políticas públicas enfocadas en la salud de las mujeres muestran puntos de encuentro y desencuentro cuando se habla de la interculturalidad, si bien a partir del establecimiento de el modelo SAFCI la visión de la salud en el país da un giro, después de esta se continua evidenciando la falta de una atención integral que tome en cuenta los diferentes factores que constituyen el ingreso a la salud de las mujeres.

Con el modelo SAFCI no se piensa en las diferentes articulaciones que hacen específicas las condiciones de ingreso a los servicios de salud institucionales y se termina reforzando que las diferencias son únicamente culturales.

Ver de forma general el contexto de estos escenarios donde se plantea un accionar desde la institucionalidad y que, son parte de la construcción de un discurso que en muchos casos se concreta en la vida de las mujeres, resulta relevante a la hora de analizar las prácticas de las mujeres ante estas políticas de salud reproductiva y sexual. En el sentido de indagar no solamente en la generación de significados, sino también en la capacidad de agencia y las diferentes reacciones que surgen a partir de contextos regulatorios de la salud y del cuerpo de las mujeres.

Si bien las políticas públicas en salud se concentran en el aspecto reproductivo de las mujeres, esto no se puede ver como algo causal ni que encuentre fundamento únicamente en la mortalidad y la desnutrición materno-infantil, sino también el establecimiento de roles y figuras sociales que reproducen intereses específicos de la sociedad y de la nación.

El intento de hacer una genealogía dentro de las políticas públicas y las normativas estatales recae en resaltar los puntos centrales que en los tres casos se deja de lado, uno de estos es el de la salud sexual de las mujeres, la educación, acceso y uso de métodos anticonceptivos está relacionado a diferentes factores que valen la pena analizar y que inciden de forma real en la vida de las mujeres y en la capacidad de las mismas de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Capítulo 2

La regulación y control sobre los cuerpos: apuntes desde la teoría

Quienes nos mantenemos firmes fuera del círculo de lo que esta sociedad define como mujeres aceptables: quienes nos hemos forjado en el crisol de las diferencias, o, lo que es lo mismo, quienes somos pobres, quienes somos lesbianas, quienes somos Negras, quienes somos viejas, sabemos que la supervivencia no es una asignatura académica. La supervivencia es aprender a mantenerse firme en la soledad, contra la impopularidad y quizá los insultos y aprender a hacer causa común con otras que también están fuera del sistema y, entre todas, definir y luchar por un mundo en el que todas podamos florecer. La supervivencia es aprender a asimilar nuestras diferencias y a convertirlas en potencialidades. Porque las herramientas del amo nunca desmontan la casa del amo. (Audre Lorde 2003,118)

1. Introducción

El ordenamiento, la regulación de la sexualidad y la reproducción de parte del estado producen una serie de significados y normativas que se encarnan en la vida y en el cuerpo de las mujeres. La construcción social de la maternidad, la feminidad y las funciones que cada una de estas debe tener, se refuerzan desde las políticas sociales y desde instituciones como la médica, la cual ejerce desde su posición de poder un conjunto de normativas destinadas a la regulación de cuestiones tan centrales como lo son la salud sexual y reproductiva.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a las relaciones de poder que se establecen dentro de todas las instituciones del estado. La atención a la salud de las mujeres es un ámbito en disputa, que requiere una deconstrucción de las bases sobre las que está fundada así como el resultado que produce en los cuerpos y las vidas de las mujeres.

Una de las ideas centrales para abordar esta investigación surge de las inquietudes que disipan el control y regulación de los cuerpos sexualizados en relación directa a la construcción de significados, que son importantes para pensar las disputas de relaciones de poder desiguales. Tanto la sexualidad como la reproducción, han sido y son temas que conciernen al debate feminista y que son centrales para pensar en las relaciones desiguales de género.

La centralidad de los discursos sobre la maternidad, la sexualidad y la vida reproductiva de las mujeres, encuentra un espacio interesante a la hora de observar la configuración de políticas públicas y las nociones que se refuerzan desde la institucionalidad sobre la salud de las mujeres.

La sobrevaloración de la maternidad deja de lado un conjunto de relaciones sociales, materiales, raciales y económicas por las que atraviesan las mujeres. Al mismo tiempo que continua construyendo nociones sobre la sexualidad ligada a la reproducción.

El estado junto a las instituciones que lo conforman, han sido punto de partida para numerosos debates e investigaciones que problematizan precisamente el control, la regulación de los cuerpos y los significados válidos alrededor de la sexualidad y la reproducción, que se utiliza no solo a nivel discursivo, sino material en el conjunto de instituciones destinadas a la construcción y ejecución de políticas sociales. Quiero ubicar este capítulo dentro de estos debates, con algunas particularidades que amerita al tema.

Si bien una de las principales preocupaciones radica en el control y regulación del cuerpo de las mujeres de parte del estado, ubico este problema de forma específica en la salud sexual y reproductiva, pero, ¿por qué la salud? El acceso a la salud de las mujeres, demanda especial atención ya que es mediante el control y la regulación del cuerpo -a través de la medicina en concreto- que se establecen significados y formas de valorar la salud. Este tema se ubica dentro de un panorama más amplio de definiciones y de categorías que me ayudan a entender una problemática como la de los estados biopolíticos, desarrollada por Michel Foucault (1995).

La importancia de entender la biopolítica, sus formas de manifestarse y de hacerse latente en la corporalidad de las personas, -para pensar no solamente en el control y regulación de los cuerpos de las mujeres en relación a la reproducción, sino para discutir a partir de este concepto el entendimiento de la sexualidad como un problema público- resulta relevante para debatir sobre la salud y las formas que tiene el estado en incidir sobre estos temas.

El entendimiento del cuerpo y lo que regula la corporalidad de las mujeres desde las políticas, tiende a pensarse únicamente desde la importancia de la reproducción biológica, de ahí que sea la salud reproductiva un ámbito en disputa que genera diferentes tipos de discusión. La reducción de la vida de las mujeres a funciones reproductivas, apela a la idea de la mujer como madre y refuerza desde la institucionalidad una cantidad de significados que construyen esta idea de mujer – madre, no solamente en la atención de la salud, sino en la construcción de la imagen y las funciones de la mujer.

Para Linda McDowell, el estado a través de las instituciones interviene el cuerpo de las mujeres de diferentes formas, de ahí que sean las instituciones de la seguridad social y del sistema legal los que regulen y controlen, la sexualidad, la maternidad y también la gestión de la salud (McDowell 2000).

El bono Juana Azurduy está pensado para un ámbito de la vida de las mujeres; el ámbito reproductivo, que es donde el estado interviene los cuerpos y las prácticas de las mujeres al crear políticas públicas que se enfoquen en brindar importancia a la mujer en tanto sea reproductora.

La maternidad se presenta como un eje central para pensar la generación de subjetividades que adentran la diferenciación de género y sexo. De ahí que se tienden a forjar y reforzar estereotipos alrededor de esa diferenciación, los aportes de la feminista Nira Yuval-Davis (2004) para pensar la reproducción desde los impactos en la organización social y el poder, rompen de alguna forma la visión biologicista que se crea a partir del rol de la mujer como madre, e impulsan a complejizar el ámbito reproductivo asignado a la mujer como parte ‘natural’ de la vida.

La relevancia que adquiere la sexualidad en tanto categoría central para entender la formación de identidades colectivas a partir de la normalización y regulación de la misma, ingresa dentro de este debate para aportar no sólo la idea de que dentro de la construcción de políticas públicas desde las instituciones del estado se está pensando en un tipo de sexualidad, sino también para discutir cómo a partir de ese tipo de sexualidad pensada desde el estado se regula y valora a la misma.

En lo que respecta a la salud, el cambio de matriz que se adopta a partir del llamado ‘proceso de cambio’ incluye dentro de los discursos y a nivel de políticas sociales una nueva categoría: la interculturalidad, que específicamente se traduce en una nueva normativa de atención y de entendimiento de la salud.

Si bien a nivel normativa se pueden debatir muchos aspectos de cómo se aborda esta nueva matriz, el entendimiento de la interculturalidad en salud como tal, es un campo abierto al debate. En este capítulo se intenta hacer un acercamiento a estos puntos desde la teoría, apostando por el aporte de la teoría feminista que se piensa, construye y debate sobre la maternidad, sexualidad y reproducción.

2. Reproducción, maternidad y control sobre la vida

Los discursos y las prácticas sobre la salud son discursos de poder, para Foucault el poder se encuentra diseminado entre todas las instituciones que conforman el estado y operan en diferentes niveles y de diferentes formas; una de esas es la biopolítica, como una tecnología de poder que se centra en el hacer vivir, en regular la forma del cómo vivir.

Esta tecnología de poder que se centra en 'la gestión de la vida' (Foucault 1992,199) gestión que el estado mediante las instituciones, las políticas de salud, reproducción, sexualidad, entre otras lleva a cabo. Las que se traducen en una expresión del estado biopolítico como regulador del suceder de la población, las prácticas, decisiones y forma de llevar la salud sexual y reproductiva de las mujeres para este caso.

Foucault en la *Historia de la sexualidad, volumen I La voluntad del saber* traza la genealogía alrededor de la cual se puede distinguir el poder que se ejerce sobre la vida, los momentos y las formas mediante las cuales se ejerce este poder sobre la vida. Para fines de esta investigación rescato los dos momentos que considero centrales para pensar la regulación y el disciplinamiento de los cuerpos mediante políticas institucionales.

Retomar la concepción disciplinaria de la anatomopolítica me ayuda a explorar en la configuración y el disciplinamiento del cuerpo y el sexo, como parte central de lo que Foucault llama el 'poder sobre la vida' (1995,147) que se traduce en políticas institucionales.

Foucault caracteriza la anatomopolítica de la siguiente forma:

Uno de los polos, al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina: su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sus temas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las *disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano* (Foucault 1995, 147).

Si bien la anatomopolítica se centra en los cuerpos y de ahí la importancia de explorar alrededor de la formación de la sexualidad a partir de ese proceso de disciplinamiento que viven los

cuerpos, la anatomopolítica se presenta entre las políticas de salud sexual y reproductiva; pero no solo dentro de estas políticas, sino también a nivel general en la sociedad como tal.

Así pues, la anatomopolítica me ayuda a pensar ese disciplinamiento a los cuerpos de las mujeres, y plantea un diálogo con los estudios feministas que indagan alrededor de la conformación de un cuerpo marcado por ese disciplinamiento.¹

Siguiendo a Foucault, el segundo polo en formarse es el de la biopolítica, que se centra en procesos biológicos como: ‘la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, duración de la vida y longevidad’ (1995,148) de ahí, que sea este polo adjunto al de la anatomopolítica, y que cumplan ambos una función complementaria en lo que respecta al poder sobre la vida.

La biopolítica se centra en el *cuerpo-especie*, lo que hace que la regulación del cómo vivir, este planteada de forma global a la población como tal, la biopolítica ve a la población como el centro de sus objetivos al cuerpo de las personas convertido en población, por lo cual la atención se centra en la especie como tal, lo que puede hacer a esa especie sobrevivir y vivir. De esa forma como lo asegura Foucault ‘Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización de poder sobre la vida’ (1995, 148).

Foucault caracteriza los campos centrales de intervención de la biopolítica; entre los que se destacan la centralidad en problemas como la población, natalidad y morbilidad entre otros. Esta gestión se entiende sobre la multiplicidad de los cuerpos. Las instituciones desde las cuales se ejerce esta intervención de la biopolítica encuentran su plataforma en la salud y las ciencias médicas. De ahí que la relevancia en centrar el debate sobre el proceder de la biopolítica en la salud de las mujeres, adquiera significado a la hora de debatir sobre las regulaciones que constriñen la vida de las mujeres:

¹ Este punto se desarrolla en el siguiente acápite.

Lo que aparece es un nuevo cuerpo, un cuerpo múltiple, con una cantidad innumerable, si no infinita de cabezas. Se trata de la noción de población. La biopolítica trabaja con la población. Más precisamente: con la población como problema biológico y como problema de poder. (Foucault 1992, 198).

Entonces es la población convertida en masa, en donde la biopolítica centra su forma de regulación mediante mecanismo que están imbricados en las instituciones estatales que se dedican no solo a esa regulación, sino que inciden dentro de las formas de cuidado y de entendimiento de cuestiones como la reproducción de la vida.

Ahora bien, la importancia del control biopolítico hacia temas como la reproducción física de la vida, han recaído en una serie de políticas sociales destinadas a este ámbito en concreto de la vida de las mujeres, y de esa forma significan una incidencia y regulación de la salud reproductiva de las mismas. Partiendo de la idea de que son estas regulaciones de la vida reproductiva de las mujeres las que generan subjetividades, en torno a la maternidad, por ejemplo, se puede entender al conjunto de biopolíticas sociales regulatorias diseminadas entre diferentes instituciones de la sociedad.

Si bien se puede decir que los estados biopolíticos son los que en última instancia supervisan, regulan y controlan los temas concernientes a la reproducción, eso no quiere decir que las personas no tengan una capacidad de acción y de resistencia la biopolítica si bien está partiendo de un tipo de poder sobre la vida, también genera a su tiempo resistencia y agencia respecto al mismo.

Los sistemas médicos forman parte del conjunto de aparatos que hacen posible la regulación y el control biopolítico de la población en general, en particular afectan, disciplinan y regulan al 'cuerpo reproductor de esa población' -el cuerpo de las mujeres. De ahí que una de las principales discusiones que se tiene desde el feminismo esté precisamente en la relación que tienen las mujeres con el estado, la relación entendida en tanto las políticas sociales que desde el estado se presentan a la atención de las demandas de las mujeres. Es sin duda un campo lleno de fluctuantes tanto en las demandas de los movimientos feministas y de mujeres, como las acciones llevadas a cabo desde la institucionalidad.

Para esta investigación es útil pensar la relación que tienen los estados mediante las instituciones, normativas y leyes traducidas en políticas sociales, con la regulación y el control sobre la vida de las mujeres y la repercusión directa en el entendimiento de la sexualidad y de la reproducción, ambos cubiertos por una capa de significados reforzados a nivel social como buenos o malos, normales o anormales.

Una de estas reproducciones estereotipadas que se da a partir de la atención y de la construcción de políticas sociales, es el de las mujeres-madres. Me interesa indagar en este aspecto porque está ligado a las políticas sociales centradas en el ámbito reproductivo de la vida de las mujeres. Los planteamientos de la feminista Nira Yuval-Davis (2004) señalan un punto de partida para cuestionar el ‘rol’ reproductivo de las mujeres, y problematiza esta visión en sintonía con la conformación de los intereses nacionales. De esa forma, Yuval-Davis señala que: ‘toda la así llamada reproducción biológica natural, ocurre en los contextos sociales, políticos y económicos que la construyen’ (Yuval-Davis 2004, 47) de ahí que será importante mirar a la relación que existe entre el estado con los cuerpos de las mujeres, y para fines de esta investigación, indagar alrededor de las prácticas que de esa relación se producen.

El entendimiento del cuerpo de la mujer desde un punto de vista biologicista no se encuentra desligado a las relaciones a partir de las cuales se definen las funciones del cuerpo de la mujer y de la mujer dentro de las sociedades:

La membresía de las mujeres a sus colectividades nacionales y étnicas tiene doble naturaleza. Por un lado, las mujeres, como los hombres, son miembros de la colectividad. Por otro, existen normas y regulaciones específicas que se refieren a las mujeres como mujeres. Debemos recordarlo al considerar las implicaciones políticas de las formas en que las mujeres son construidas como reproductoras biológicas de “la nación” (Yuval-Davis 2004, 62).

Esa construcción de las mujeres como las reproductoras biológicas de la nación se ve reflejada en muchos ámbitos sociales a los que se le asigna a la mujer; la asociación de la mujer con las actividades de cuidado es una de esas áreas, y las políticas sociales destinadas a regular el cuidado de la mujer en torno a la reproducción, profundizan la visión alrededor de la cual la mujer sigue siendo la única responsable de los cuidados de la niña o niño.

A decir de Yuval-Davis (2004), son diferentes y varias las instituciones estatales y no estatales las que intervienen en el ámbito reproductivo de la mujer en el entendimiento de la sexualidad y el cuerpo. Esta intervención y regulación se da a partir de diferentes mecanismos, el que me interesa explorar, es el que responde al ámbito institucional de la relación entre el entendimiento de la reproducción y el cuerpo de las mujeres que tiene el estado, a partir de una política de salud reproductiva en concreto.

El bono Juana Azurduy, que está enfocado en la salud reproductiva de las mujeres y se perfila como respuesta a la problemática latente, de mortalidad materna e infantil. El estado boliviano construye políticas de salud que están inscritas dentro de determinadas relaciones nacionales, internacionales y sociales que la atraviesan.

El bono, al estar destinado a mujeres en tanto madres, no sólo legitima el modelo social de maternidad, sino que también está legitimando a la maternidad como un problema asignado solamente a las mujeres. Georgina Waylen habla sobre cómo el estado construye el género y las relaciones de poder, al mismo tiempo que las políticas sociales tienen un impacto concreto sobre la vida de las mujeres (Waylen 1998) Esto, para entender que las políticas públicas dirigidas a las mujeres tienden a enfocarse dentro del ámbito de la reproducción de la vida. Así los significados que constriñen estas políticas de salud reproductiva no se pueden entender sin una interacción con las relaciones de género y la representación que se produce de las mujeres.

La premisa sobre la que se discute el disciplinamiento y la regulación del cuerpo de las mujeres, mediante políticas institucionales y el sentido enraizado en la sociedad de ver a la mujer como la encargada de la ‘reproducción biológica y cultural de la nación’ (Yuval-Davis 2004,47) hace que la maternidad, sea vista como un aspecto ‘natural’ y que recaiga enteramente sobre la mujer.

Karina Felliti (2011) al estudiar el caso argentino, hace una revisión general de la relación entre la maternidad, la reproducción y las políticas e intereses nacionales. Señala la preocupación de muchos países de occidente a finales del siglo XIX sobre los problemas de natalidad, fecundidad y en general los que tiene que ver con la población, apunta lo siguiente para problematizar a la maternidad en relación a los intereses nacionales:

La construcción del deber maternal de las mujeres fue funcional a estos objetivos y ayudó a consolidar diferentes proyectos nacionales, que sostenían una rígida división sexual del trabajo. La maternidad fue pensada entonces como una obligación que las mujeres tenían para con su patria. (Felliti 2011, 28).

Además de pensar a la maternidad como una obligación que las mujeres tenían y tienen con su patria, es bueno ubicar a la maternidad como una potente medida de control social hacia los cuerpos y la vida de las mujeres. Pues mediante el ideal de maternidad se le ha negado a la mujer la autodeterminación sobre sus cuerpos y sus vidas.

La feminista Silvia Tubert (1991), entre otras, proponen abordar la maternidad como una construcción social e histórica que tiene un antecedente en lo biológico pero que constituye un elemento central de la organización social y política. Es central el aporte que hace Tubert (1991) para pensar la maternidad, no solamente en el orden de lo biológico, sino como una construcción social y cultural, en la que intervienen diferentes órdenes sociales.

La maternidad como algo entero y naturalmente biológico, conlleva un entramado de diferentes responsabilidades que se le asignan solamente a la mujer, y de alguna forma esto ‘instaura un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad’ (Tubert 1991, 51).

El control de la fecundidad y la sexualidad se lleva a cabo a partir de diferentes instrumentos por la sociedad, el estado y las instituciones. Ver a la maternidad como una construcción social, permite pensar que se construye de forma colectiva y no responde a un ‘instinto’ natural ni es el destino de las mujeres.

En ese sentido, Tubert señala que:

Durante tanto tiempo se ha concebido a la maternidad como una función de carácter instintivo, profundamente arraigada en la estructura biológica de la mujer, independiente de las circunstancias temporales y espaciales en las que tiene lugar, que nos resulta difícil reconocer que, en tanto fenómeno humano, la maternidad es una construcción cultural. (Tubert 1991, 49).

La construcción histórica de la maternidad, ha adquirido un significado estructurador de las relaciones desiguales de poder en la medida que se asigna a la mujer el rol de reproductora y cuidadora, tareas propias de espacios privados, en contraposición a las tareas de producción que los hombres desempeñan en el espacio público, división que trajo consigo la modernidad.

Políticas como las del bono Juana Azurduy, centran la atención de los cuidados y responsabilidad del mismo a las mujeres únicamente, lo que perpetúa la idea de la mujer como la responsable de los cuidados del niño o niña y la división sexual del trabajo.

De esa forma la relación que se establece desde las instituciones estatales con las mujeres, suele ser una relación en tanto mujeres=madres lo que regula y disciplina las decisiones que puedan tomar las mujeres de forma autónoma sobre sus cuerpos y su vida reproductiva. Esto se expresa en la necesidad de los estados de regular mediante políticas sociales, educación, religión, etc. El cuerpo de las mujeres.

3. Sexualidad, cuerpos y prácticas

La sexualidad se presenta desde los estudios feministas como un ámbito central para pensar y debatir las relaciones entre los sexos y la existencia de diferenciación que establecen situaciones de subordinación, pero también de resistencia y agencia. Desde el feminismo radical, se comienza a pensar en la sexualidad como un nodo principal para mantener una situación de opresión entre las personas. Y es sin duda, un campo de intervención del estado y de diferentes instituciones en pro del disciplinamiento y regularización sobre la sexualidad aceptada y negada.

La importancia que tienen la sexualidad y el entendimiento de la misma en relación con el estado y las políticas sociales, se perfila como un eje que ayuda a problematizar, en la actualidad las políticas sociales que están ligadas a aspectos como la reproducción, la sexualidad y el cuerpo de las mujeres.

La sexualidad en tanto fuente de formación de subjetividades, es crucial para indagar en las prácticas alrededor del cuerpo de las mujeres. De ahí que una categoría útil para pensar la formación de subjetividades y el interés que tiene el estado en la regulación de la sexualidad se dé a través de mecanismos manifestados en lo que se conoce como la anatomopolítica. Foucault explica la anatomopolítica centrada precisamente en el disciplinamiento de los cuerpos:

Uno de los polos, al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina: su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sus temas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las *disciplinas: anatomopolica del cuerpo humano* (Foucault 1995, 148).

De esa forma el cuerpo y la sexualidad pasan a presentarse como campos de interés para el estado y otras instituciones, desde los cuales se construyen significados y prácticas que entienden a la sexualidad ligada a fines reproductivos y de diferenciación de género.

En ese disciplinamiento del cuerpo, la regulación de la sexualidad de las mujeres se presenta como punto clave para controlar y regular otros aspectos de interés nacional, como la fecundidad, las decisiones sobre cómo reproducirse y quienes se deben reproducir; además de la construcción de subjetividades que marcan el entendimiento y la relación que las personas tienen con su cuerpo y su sexualidad.

Gayle Rubin plantea un panorama útil para problematizar la construcción social de la sexualidad a partir del reconocimiento del sexo como una potente categoría en torno a la cual se regulan los significados de lo bueno y lo malo:

Igual que el género, la sexualidad es política. Está organizada en sistemas de poder que alientan y recompensan a algunos individuos y actividades, mientras que castigan y suprimen a otros y otras. Al igual que la organización capitalista del trabajo y su distribución de recompensas y poderes, el moderno sistema sexual ha sido objeto de lucha política desde que apareció, y como tal se ha desarrollado. Pero si las disputas entre trabajo y capital están mistificadas, los conflictos sexuales están completamente camuflados. (Rubin 1989, 187).

Ese camuflaje del que habla Rubin, está presente en las diferentes políticas sociales que establecen una relación con el cuerpo de las mujeres. Aún ahora es ambiguo el lugar y el entendimiento de la sexualidad que se presentan en las políticas públicas. Pero lo interesante es evidenciar que más allá de esa ambigüedad en la normativa, se tienen una idea de la sexualidad que surge a partir de la visión biológica de la misma tal como lo afirma Rubin; la sexualidad no

se determina por lo biológico, sino que tienen en sí misma una construcción social y política que la define y hace que actúe en los cuerpos.

Este entendimiento de la sexualidad como política, lleva a problematizar la idea de la sexualidad como algo dado de forma 'natural'. En palabras de Jeffrey Weeks (1998):

(...) quiero subrayar que la sexualidad está configurada por fuerzas sociales. Y lejos de ser el elemento más natural en la vida social, el que más se resiste a la modelación cultural, es tal vez uno de los más susceptibles a la organización. De hecho, yo diría incluso que la sexualidad sólo existe a través de sus formas sociales y su organización social (Weeks 1998, 29).

La sexualidad se presenta entonces como un campo atravesado de relaciones sociales que la construyen en diferentes niveles: económico, cultural, de género, racial y político. De ahí que el entendimiento de la sexualidad como una construcción histórica, se perfila como central para pensar la intervención del estado y las instituciones en la definición de la misma.

La sexualidad de las mujeres ha sido sin duda alguna un campo de regulación y de intervención del estado, ya sea respondiendo a demandas y problemáticas que afectan a las mujeres en su vida cotidiana, como también y principalmente, desde una perspectiva regulatoria que liga la sexualidad de las mujeres con la reproducción de la vida y de los intereses de la nación.

La medicina se perfila como el área que sirve de intervención y regulación de los cuerpos y de la sexualidad. El abordaje y entendimiento de la misma, supera los objetivos de este trabajo, sin embargo, es importante hacer un énfasis en esta para entender el contexto en el cual las ciencias se hacen cargo de la regulación de la sexualidad y el cuerpo de las mujeres.

Foucault identifica en la medicina y en la ciencia un lugar de producción de poder-saber, que es clave para pensar las políticas de salud que son implantadas hacia el cuerpo de las mujeres:

La medicina es un poder-saber que actúa a un tiempo sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos, que tendrá efectos disciplinarios y efectos de regulación. De un modo más general, se puede decir que el elemento que circulará de lo disciplinario a lo regulador, que se aplicará al cuerpo y a la población y permitirá controlar el orden disciplinario del cuerpo y los hechos aleatorios de una multiplicidad, será la norma. La norma es lo

que puede aplicarse tanto al cuerpo que se quiere disciplinar como a la población que se quiere regularizar (Foucault 1992, 204).

La norma como tal puede ser entendida de diferentes formas, para efectos de esta investigación, me centro en el entendimiento de la norma dispuesta al cuerpo de las mujeres mediante políticas públicas que buscan regular no solamente el cuerpo, sino las prácticas de las mismas, alrededor de sus cuerpos y sus decisiones.

El bono Juana Azurduy, al ser una política de salud reproductiva dispuesta a resolver o paliar los problemas asociados a la mortalidad materna e infantil, establece dentro de sus objetivos que las mujeres se atengan de forma condicionada al sistema biomédico en busca de garantizar la vida de las mismas. Pero al ser una política de transferencia monetaria condicionada, establece condiciones que solo algunas mujeres pueden cumplir, entre ellas el periodo intergenésico de dos años, entre cada embarazo.

La normalización de la sexualidad de parte del estado y otras instituciones, muchas veces se ve camuflada detrás de políticas sociales que buscan regular y atender a las necesidades de las mujeres en tanto madres y reproductoras, es decir, se ve en la construcción de las normativas un énfasis a la atención al área reproductiva de las mujeres; pero esto no quiere decir que se diferencie entre reproducción y sexualidad, sino que se construye la realidad social sobre la idea de que la sexualidad de la mujer responde netamente a fines reproductivos de su cuerpo.

De ahí que las políticas sociales enfocadas en la reproducción, asumen dentro un tipo de sexualidad normalizada, negando la existencia de sexualidades diferentes a las hegemónicas. Gayle Rubin se refiere con precisión a esta normalización a través de políticas sociales, como parte central de la estratificación sexual que genera desigualdades, 'Las leyes sobre el sexo son el instrumento máspreciado de la estratificación sexual... el Estado interviene ordinariamente en la conducta sexual a un nivel que no sería tolerado en otras áreas de la vida social' (Rubin 1989,28).

La antropóloga Carole S. Vance, coincide con este punto sobre las desigualdades que generan las políticas que privilegian cierto tipo de sexualidad, y reconoce el papel central de las instituciones

y del estado que ‘subvenciona mediante incentivos sociales y económicos’ (Vance 1989,40) solo cierto tipo de sexualidad:

Las formas privilegiadas de la sexualidad se regulan y se prohíben a través del Estado, la religión, la medicina y la opinión pública. Los que practican formas menos privilegiadas de la sexualidad –a los que Rubin denomina miembros de las “clases bajas” sexuales- sufren el estigma y la invisibilidad, aunque también ofrecen resistencia. (Vance 1989, 40).

Este reconocimiento alrededor de lo que en parte producen las políticas sociales en el cuerpo de la sociedad, implica también un reconocimiento al control que se ejerce sobre ese tipo de sexualidades privilegiadas. Por ejemplo, el incentivo que se da hacia las mujeres en el ámbito reproductivo el cual se encuentra bajo los ojos del estado ligado a la sexualidad de la mujer.

Lo anterior redundaría en la negación de una sexualidad placentera y libre, la asociación entre reproducción y sexualidad subsume a la segunda, dando como resultado una serie de políticas y de normativas legales como simbólicas y sociales que constriñen la sexualidad de las mujeres a través de una regulación que en muchos casos se perfila como beneficios.

Ahora bien, todo lo anterior se aplica de forma material en el cuerpo, entendiendo a este como el resultado de diferentes intervenciones hacia su configuración no sólo biológica sino política y cultural, es decir, el cuerpo se presenta como un campo de constreñimiento de las ideas dominantes sobre su configuración, pero no sólo es el resultado de una relación de dominación ni subordinación, sino que contiene en sí mismo el lugar de resistencia y de agencia.

En el cuerpo se alojan significados sociales y culturales que atraviesan la configuración de ideas hegemónicas alrededor de lo que es aceptado y de lo que no es aceptado, y es el lugar donde recaen de alguna forma todos los estereotipos y construcciones sociales que hacen que los cuerpos se distingan unos de los otros, entre dos géneros hegemónicos con funciones determinadas cada uno.

El cuerpo de las mujeres se constituye en relación directa con la capacidad reproductiva de la misma, y son las políticas sociales que inscriben y refuerzan estos estereotipos ‘naturales’ de la función de la mujer en la sociedad.

Dentro de la construcción de políticas que infieren en los cuerpos de las mujeres, es innegable el espacio central que se le ha dado a la sexualidad como un acto anterior al de la reproducción, siendo esta última el fin en sí mismo. Algo que resalta de este punto, es la focalización de ambos procesos en la materialidad del cuerpo, materialidad que se construye socialmente pero que también tiene que ver con la autonomía de las mujeres sobre él.

Carole S. Vance (1998) establece la importancia de fijarse en la politización de la sexualidad desde las dos tendencias, la una que oscila entre los peligros que pueden resultar de la sexualidad y la otra que tiene que ver con la exploración y el placer de vivir una sexualidad satisfactoria. Este panorama no solamente nos señala caminos que se unen bajo una categoría política como la de sexualidad, sino que también pone en discusión el discurso y la visión de una sexualidad oculta para las políticas institucionales.

Son precisamente las políticas sociales, las que regulan la conformación de los cuerpos en la sociedad, pues se centran en cierto tipo de cuerpos para mantenerlos regulados y controlar su desarrollo. Las mujeres encuentran diferentes formas de salirse de esas estructuras que intentan controlar y regular el desarrollo de sus cuerpos. Según Sherry Ortner, no se puede negar que existe una relación intrínseca entre la estructura pensada como las normas, leyes, discursos y política que constriñen al sujeto y la agencia del mismo (Ortner 2006).

Un acercamiento para entender las prácticas y agencia de las mujeres es el desarrollado por Sabah Mahmood para pensar la agencia social:

En otras palabras, se puede decir que el conjunto de capacidades inherentes a un sujeto, las habilidades que definen sus modos de agencia social, no son los residuos de un individuo libre de dominación que existía antes de que se ejercieran las operaciones de poder, sino que son, en sí mismas, producto de tales operaciones. Tal conceptualización del poder y la formación del sujeto nos ayuda a entender la agencia social no simplemente como sinónimo de resistencia a las relaciones de poder, sino como la capacidad de acción que ciertas relaciones específicas de subordinación crean y hacen posible. (Mahmood 2009, 180).

La capacidad de agencia que pueden tener las mujeres inscritas dentro de políticas de salud reproductiva me interesa en ese sentido, donde el poder no solamente está controlando y

reprimiendo, sino también está construyendo sujetos y son sujetos con capacidad de agencia, que responden a contextos específicos.

Considero que las prácticas de mujeres dentro de políticas de transferencia condicionada como el bono Juana Azurduy, están muy ligadas al control de su propia sexualidad y decisión de cómo llevar sus embarazos, lo que pasa por la penalización del aborto hasta el respeto por las prácticas culturales -como puede ser el parto asistido por parteras en el lugar que ellas elijan-.

El factor intercultural se perfila como un tema de debate alrededor del respeto por las prácticas y costumbres, además de evidenciar el ingreso diferenciado de las mujeres a la salud. De ahí que la agencia de las mujeres responderá también a la re-significación de beneficios, tales como un seguro social temporal y atención médica, además de la transferencia de dinero.

4. Interculturalidad y políticas públicas

La interculturalidad en salud es un aspecto central para pensar la problemática de esta investigación, esto como resultado de un contexto político, cultural, económico específico que da paso al surgimiento y el cambio en la matriz de salud de Bolivia. Es importante aclarar que en esta investigación me centro en el entendimiento de la interculturalidad, no en la amplitud del debate, sino en lo que respecta a la interculturalidad en salud. ²

La interculturalidad en salud tiene múltiples abordajes y análisis, que van desde su entendimiento teórico hasta las experiencias en la aplicación de proyectos y programas en salud intercultural. Sin duda alguna el contexto social y político del país son fundamentales para pensar en la implementación y el impacto de la salud intercultural. Para esta investigación me interesa centrarme en analizar en base al trabajo de campo el entendimiento y la puesta en marcha de la salud intercultural enmarcada dentro de la salud sexual y reproductiva.

² Para una amplitud alrededor del debate sobre la interculturalidad en Bolivia se puede revisar el trabajo de Catherine Walsh (2007) 'Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial'. En: Comp Saavedra, J. L. *Educación superior, interculturalidad y descolonización*. Bolivia: PIEB. Pp 175-213.

Pero ¿por qué centrarse en esta categoría para problematizar sobre una política de salud reproductiva? Es innegable el proceso de cambio político y social por el que pasó Bolivia los últimos años, y como resultado de este proceso se develaron nuevas formas de pensar no solo el estado sino las relaciones que este atraviesa. Las políticas destinadas al ámbito de la salud en el país responden a lógicas biomédicas hegemónicas, y al ser la salud un campo en disputa, pasa a ser parte de una lista sobre espacios donde la visión colonialista prima.

Para Catherine Walsh:

Desde los años 90, existe en América Latina una nueva atención a la diversidad étnico-cultural, una atención que parte de reconocimientos jurídicos y de unanecesidad cada vez mayor de promover relaciones positivas entre distintos grupos culturales, de confrontar la discriminación, el racismo y la exclusión, de formar ciudadanos conscientes de las diferencias y capaces de trabajar conjuntamente en el desarrollo del país y en la construcción de una sociedad justa, equitativa, igualitaria y plural. La interculturalidad se inscribe en este esfuerzo. (Walsh 2010, 76).

Esta búsqueda de lidiar con los problemas de discriminación que recaen en debates culturales, llevo al país a pensarse unas nuevas formas de implementar la interculturalidad en la institucionalidad del estado, fue con los debates que se gestan en la Asamblea Constituyente que desde el estado se comienza a pensar la interculturalidad institucional y la forma de aplicarla en diferentes espacios. En la salud el reto se presenta a primera vista con el fortalecimiento de la biomedicina.

Susana Ramírez Hita explora alrededor del surgimiento de la interculturalidad en salud y el contexto que impulsa la adopción de este proyecto en América Latina, y señala el contexto internacional desde el cual se impulsa el entendimiento de la salud intercultural. Plataformas como la Organización Panamericana de Salud definían entre sus objetivos sobre salud intercultural como ‘El compromiso (...) destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y a apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional’. (2008, 2). Este apoyo a los modelos alternativos se puede traducir en un apoyo a los sistemas tradicionales de salud, como los indígenas.

Sin embargo, dentro de esta visión sobre la salud intercultural se estaría asumiendo una lógica de complementariedad y armonía entre los dos sistemas de salud, el biomédico y el tradicional, y no se indaga ni se problematiza más allá sobre las tensiones y jerarquías que se puede encontrar entre las dos.

Si bien en un marco general sobre la perspectiva de las plataformas de salud internacionales se habla de un tipo de interculturalidad, dentro de la constitución de la perspectiva nacional sobre interculturalidad priman otro tipo de actores y de factores, que no siempre están alejadas de la mencionada, pero que generan otro tipo de aporte.

Los diferentes procesos por los que paso Bolivia para concretar las propuestas de interculturalidad en salud, tienen sus propias complejidades y develan de alguna forma el lente desde el cual el estado ve la construcción de la interculturalidad en salud.

El proceso de reconocimiento de la medicina tradicional se inicia ya en los años 80, cuando comienzan a desarrollarse instrumentos legislativos para el reconocimiento de la medicina tradicional con la fundación de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), encargada de investigar los conocimientos ancestrales, las plantas medicinales y otras prácticas curativas, de las comunidades indígenas y campesinas. A partir de los 90, distintos gobiernos bolivianos promueven la implementación de seguros públicos de salud, con carácter gratuito, dirigido a las mujeres gestantes, los recién nacidos y los niños menores de 5 años, destinados a reducir los índices de mortalidad materna y neonatal. (Citarella 2009, 21).

Al reconocer la medicina tradicional como un eje central para enfrentarse a la mortalidad materna y neonatal, se demuestra que en el país se van incluyendo algunos aspectos sobre la salud intercultural, y son resultados del alejamiento hacia las diferentes formas de entender la salud y de acercarse a la misma.

Muchos de los primeros impulsos para implementar la salud intercultural, comienzas a concretarse desde los 80, por organizaciones no gubernamentales, el proceso de reformulación de la constitución política del estado, abrió paso al debate sobre esta plataforma como útil para las reivindicaciones en salud que se pudieron dar dentro de ese espacio, es a partir de este momento que en Bolivia se comienza a debatir alrededor de la inclusión de la interculturalidad en salud.

Michael Knipper describe:

Además, las reivindicaciones políticas de los movimientos indígenas por el reconocimiento de su cultura e identidad étnica, que han cobrado una fuerza importante al nivel internacional desde los años 1990, han dado un gran impulso hacia una reevaluación de la cultura médica de pueblos indígenas: lo que antes fue menospreciado por amplias partes de las sociedades no-indígenas como “superstición” y “charlatanería”, es reconocido hoy como “medicina tradicional” de corte “indígena”, dentro de las “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) del mercado médico mundial, y protegidas – en el caso del Ecuador – por garantías constitucionales como “derecho colectivo” de los pueblos indígenas. (Knipper 2006, 413).

Si bien Knipper hace referencia al contexto ecuatoriano, el ejemplo sirve para explicar el contexto de Bolivia, pues en el país también se llevaron a cabo diferentes iniciativas que impulsaban el desarrollo de la medicina intercultural, el menosprecio a otras formas de lidiar con la salud aún esta presente entre diferentes capas de la salud y es interesante fijarse en estas percepciones pues continúan existiendo y las propuestas institucionales no lograron lidiar con cuestiones como la discriminación, la violencia y el menosprecio de parte de la biomedicina.

Cuestión que se ve ilustrada en el trato que reciben muchas mujeres en centros de atención pública, lo cual explica de alguna forma el rechazo de la población indígena y campesina hacia el ejercicio de la biomedicina institucional. La desconfianza que se crea hacia instituciones como los hospitales públicos tienen entre sus razones las experiencias de discriminación y maltrato que se ejerce hacia la población indígena que no maneja el castellano como lengua materna.

Los estigmas hacia diferentes formas de lidiar con la salud, quedan ausentes en la formación profesional del personal médico, muchos se apegan a las explicaciones científicas positivistas que niegan y denigran otras formas de conocer y de lidiar con la salud. En Bolivia la población indígena y campesina esta dispersa entre los centros urbanos y territorios indígenas, esto significa una complejidad a la hora de pensar en la salud intercultural únicamente en territorios indígenas y no así en revisar toda la estructura desde la cual se construye salud intercultural.

Lucas Citarella describe el escenario conflictivo que se presentan dentro del sistema de salud institucional en el país, de la siguiente manera:

Muy a menudo las prácticas biomédicas, la falta de uso del idioma nativo en la atención de salud y la forma medicalizada de prestar los servicios choca con las expectativas y necesidades de la población indígena, produciéndose así una resistencia silenciosa al uso del sistema institucional. Las dificultades de comunicación y los prejuicios culturales que se producen, tanto en el personal de salud biomédico como en los usuarios de origen indígena, juegan un papel significativo. La población rural tiene reparos culturales para acercarse a la medicina institucional, fruto de experiencias negativas, miedo y desconfianza sobre su funcionamiento. Por otra parte, el sistema de salud mantiene una actitud distante y vertical hacia la población rural y no alfabetizada, y el personal médico no está capacitado para relacionarse con la problemática socio sanitaria de la población indígena. (Citarella 2009, 18).

Resaltar estas relaciones conflictivas es importante a la hora de pensar y de indagar en el cambio con la implementación de normativas de salud intercultural en el país, pero sobre todo a la hora de evidenciar una serie de conflictos que denotan la violencia que viven muchos de los pacientes en hospitales públicos tanto de zonas rurales como de zonas urbanas.

Si bien la interculturalidad se piensa en relación a optimizar las relaciones que se dan dentro del ámbito en salud, enfrentarse a las discriminaciones y la violencia que se ejerce en el ámbito de la salud pública es un trabajo que requiere una visión global y estructural de los diferentes problemas y relaciones de poder dentro del sistema médico de salud.

La salud intercultural puede significar un paso para identificar los problemas que se generan, desde la educación hasta las relaciones que se mantienen en los hospitales, entre pacientes y el personal médico, como también entre los diferentes entramados de las relaciones jerárquicas entre el personal médico.

Susana Ramírez Hita señala sobre el resultado de esta adopción de la interculturalidad en el ámbito de salud, lo siguiente:

La propuesta de interculturalidad que pretende el cambio y la revalorización de lo propio -lo indígena- a fin de llegar a una sociedad más justa y equitativa, pierde su sentido en el ámbito de la salud, dado que la salud pública ha estado y está ausente en muchos puntos del país y, sobre todo, en las áreas indígenas apartadas. El proyecto político de cambio, que persigue la complementación

de ambas medicinas, no coloca el análisis en las desigualdades en salud que poseen estas poblaciones; y no precisamente porque no haya sido reconocida o valorada su propia medicina, sino por las falencias del sistema público de salud boliviano. El movimiento indígena (andino) no plantea una atención exclusiva de la medicina tradicional sino una revalorización de su medicina. (Ramírez 2008, 4).

Es a partir de este punto que se discute la perspectiva de la interculturalidad desde el estado, el encargado de ejecutar las políticas públicas enfocadas en el ámbito de la salud. Si bien el discurso de la interculturalidad plantea nuevos retos para pensar el modelo de salud, deja de lado cuestiones centrales como las señaladas por Ramírez, en el sentido de la profundización de las desigualdades que priman en las relaciones en el campo de la salud.

Resaltar la centralidad de interculturalidad en salud, me ayuda a perfilar algunas de las problemáticas que giran en torno a la etnia, clase y género, dentro de una política de salud reproductiva. Siendo una de las problemáticas del sistema biomédico la poca incidencia que se tiene dentro de áreas rurales y territorios indígenas, la creciente discriminación y violencia que se ejercen desde el sistema de salud hacia las personas marcadas por su clase, etnia y género, la interculturalidad se sitúa en este orden de problemas.

La salud intercultural en Bolivia se refleja en una serie de normativas y políticas sociales que construyen no solamente el corpus de esta, sino que la constriñen. Es decir, el entendimiento de lo que es la interculturalidad en salud se ve en muchos casos, desde la perspectiva del estado y de las instituciones que lo componen, con una mirada de arriba hacia abajo, es esa visión la que suele estar vinculada a lo mencionado anteriormente sobre la “complementariedad” entre la biomedicina y la medicina tradicional, dejando de lado las posibles tensiones que se producen dentro del sistema de salud.

En este punto es importante cuestionar no solamente esta complementariedad, sino también el hecho de que se piense en dos polos únicamente, es decir, dos tipos de hacer medicina, cuando Bolivia es un país que además de presentar una multiplicidad de prácticas en medicina, la población tiene una forma particular de entender y tratar la salud que muchas veces no pasan ni por la biomedicina ni por la medicina tradicional. Sino que responden a costumbres familiares, religiosas y de cuidados individuales.

La salud intercultural vista desde los actores y actoras puede perfilarse como un factor potencial para evidenciar el otro entendimiento de las prácticas en salud, y presentarse al mismo tiempo como una crítica hacia el modelo pre establecido de la biomedicina. Pero siendo este discurso apropiado por el estado, es importante preguntarse hasta qué punto se mantiene una lógica de subversión dentro de este proyecto, es decir ¿se está realmente potenciando la participación activa y transformadora de las colectividades que tienen otras formas de entender la salud?, o ¿se está instrumentalizando un proyecto, como el de la interculturalidad para responder a contextos que demandan un cambio?.

Si bien el proyecto de salud intercultural busca relacionar los dos tipos de medicina para un mejor entendimiento entre pacientes y personal médico, no se habla de forma específica qué tipo de relaciones se busca potenciar y qué tipos de relaciones se busca terminar, es decir, parte de las relaciones entre pacientes y el personal médico, están atravesadas por relaciones de poder que marcan la jerarquía, y en muchos casos, ejercen violencia en base a esa distinción entre el personal médico y las y los pacientes.

La interculturalidad en salud tendría que poner estas violencias como un punto de partida para develar los diferentes factores que constituyen, no sólo las violencias y el trato discriminatorio que se manifiesta dentro de los servicios públicos, sino también la conformación de significados que se transmiten a partir del discurso médico, y como estos atraviesan la vida de las personas.

De esa forma el entendimiento de la interculturalidad en salud, se presenta como ambiguo y poco articulado con la realidad del sistema de salud en Bolivia, pues deja de lado factores claves que construyen y marcan las relaciones desiguales dentro del sistema de salud.

Susana Ramírez para ilustrar la generación de desigualdades a partir de la idea de salud intercultural abstracta, desde la cual se ejecutan las políticas sociales, hace una lectura sobre el concepto de interculturalidad aplicado al ámbito de la salud:

El concepto de interculturalidad debería incorporar de forma clara las diferencias y reconocer que en las relaciones interétnicas suelen darse, más que relaciones armónicas y complementarias,

conflictos y contradicciones que son el resultado de las relaciones de poder que con ellas aparecen. (Ramírez 2008, 5-6).

En la medida en la que se reflexione únicamente las relaciones desiguales interétnicas y no así las de clase y género que son parte de esas relaciones, se ignora la realidad que está atravesada por relaciones jerárquicas que se mantienen entre el personal médico y el paciente del mismo grupo.

Plantear la problematización de la interculturalidad vista desde el estado, contribuye a debatir la configuración de significados que se desarrollan a partir de políticas públicas y ayuda a ver cómo este concepto además de transformarse de acuerdo al lugar desde el cual se anuncia, tiende también a hegemonizar una mirada dominante alrededor del mismo, lo que no significa solamente que se haga a un lado las diferentes miradas sobre interculturalidad de los diferentes actores de la misma, sino también que se termine homogeneizando en el discurso y la práctica un concepto que podía funcionar como una perspectiva de cambio en el sistema de salud en general.

Así pues, para Susana Ramírez (2008) la interculturalidad practicada desde la visión estatal puede redundar en desigualdades al ignorar la particularidad de las relaciones jerárquicas que existen dentro del sistema de salud. Además de invisibilizar las diferentes formas que tiene la población para tratar la salud y no indagar en las relaciones de poder que se establecen dentro del personal médico. De igual forma, el dejar de lado la estructura de la educación y formación de profesionales en salud, es de alguna manera dejar de lado esas jerarquías que se establecen en el sistema educativo.

La salud intercultural pensada desde el estado y aplicada mediante políticas públicas y normativas, tiende a dar por hecho que si se forma a profesionales que pertenecen a determinadas culturas, estos volverán a sus lugares a ejercer su profesión en servicio a la comunidad. Si bien en muchos casos esto puede suceder, las particularidades de la educación en salud hacen que estas relaciones interétnicas se vean marcadas por un capital cultural, social y simbólico que establece las jerarquías y las marcas de diferenciación. En donde el esfuerzo por marcar las diferencias entre los profesionales relacionados al mundo mestizo y los no profesionales asociados con el mundo indígena se vea materializado en la violencia y la discriminación hacia los pacientes.

Las relaciones establecidas entre pacientes y el personal de salud se encuentran marcadas por la subalternidad (Ramírez 2011) la clase social a la que pertenecen, el género y la etnia. Factores que son centrales debatir y evidenciar dentro de la formación médica, como en las estructuras de salud.

Lo anterior discutido sobre la interculturalidad en salud, se aplica concretamente sobre un conjunto de políticas sociales, inscritas dentro del marco de la salud intercultural. Es el caso del bono Juana Azurduy, que al ser una política de transferencia monetaria condicionada se enfoca en una población de mujeres de diferentes culturas.

Si bien la interculturalidad es el paraguas desde el cual se originan una serie de políticas sociales, inciden en las mismas otro tipo de factores que son los que construyen a la política pública. Entendiendo que la política pública es un ámbito en disputa, un ámbito dinámico que tienen varios niveles y en los cuales se plasman intereses que responden no sólo a los problemas de la sociedad sino también a contextos políticos específicos. Indagar alrededor de la construcción, ejecución y los resultados de las políticas públicas para los estudios de género se presenta como un aspecto clave para pensarse en nuevas relaciones y espacios de disputa de los discursos hegemónicos.

Siguiendo a Pérez Saínz (2014) un tema propio del postneoliberalismo es la inversión social, entendida como la ‘apuesta’ de parte del estado en la redistribución de los ingresos invirtiendo en las personas para ‘luchar’ contra la situación de pobreza que es uno de los factores que afectan a la mortalidad materna infantil. En el caso del bono, la focalización del mismo tiene una intención redistributiva al pensar en solucionar o ‘incentivar’ a la población a través de un monto de dinero a enfrentarse a las tasas de mortalidad materna e infantil.

Si se parte de superar la situación de pobreza en la que se encuentran muchas mujeres, y una de las estrategias es invertir en la niñez como forma de luchar ‘contra’ la pobreza invirtiendo en capital humano, siguiendo a Lopeitre (2012) esto para pensar precisamente en la inversión social que surge desde los llamados modelos postneoliberales.

Según señala Debora Lopeitre:

En América Latina, la inversión en la niñez ha tomado diversas formas, incluyendo el desarrollo de programas de salud y nutricionales, los programas de educación inicial –desde la expansión de jardines de infantes formales dentro de la educación formal hasta los arreglos informales de base comunitaria destinados a la población más vulnerable– y los programas de transferencias condicionadas, muchos de los cuales tienen como principales beneficiarias a las madres. Estos constituyen algunos ejemplos recientes del nuevo paradigma de inversión social en la región (Lopeitre 2012, 11).

Este nuevo paradigma de la inversión social en América Latina y tomando el caso del bono Juana Azurduy, está reforzando las políticas públicas el enfoque de un estado garantista, que busca lidiar con los problemas, como la pobreza y los altos índices de mortalidad materno e infantil en el país, mediante políticas públicas enfocadas en los cuidados de esa población. Habría que pensar si esta inversión social, va más allá del asistencialismo esporádico de estas transferencias, es decir, si se está pensando en las personas como un fin en sí mismo.

Lo señalado anteriormente tiene que ver con todo el contexto político y social por el que pasó Bolivia los últimos siete años. De manera general se puede decir que una parte central de la política fiscal del gobierno se ha orientado a dotar rentas sociales, el bono Juana Azurduy es parte de una serie de bonos de carácter social, implementados durante el gobierno de Evo Morales.

5. Conclusiones

Los procesos de regulación del cuerpo, la sexualidad y la reproducción, contienen en sí mismo la hegemonía del discurso sobre la creación de políticas sociales destinadas a estos ámbitos, en muchos casos se tiende a tener una visión lineal, casi secuencial entre estos tres aspectos. Lo que deja de lado el potencial político de cada uno, que sirve para problematizar y discutir precisamente esa regulación.

Al mismo tiempo, la regulación tiende a crear y reforzar subjetividades que ahondan en desigualdades y jerarquizaciones basadas en ideas ‘naturalizadas’ de lo bueno y lo malo. El interés en explorar estos campos es central para los estudios feministas y para la teoría, en la medida que nos abre el camino hacia la crítica de modelos impuestos mediante la regulación del cuerpo y de la vida de las mujeres.

Al ser el cuerpo el lugar en el que se aloja no solo la regulación sino también la agencia y la resistencia de las mujeres, se construyen alrededor del mismo, de la sexualidad y la reproducción, subjetividades que hacen de estos campos políticos. Lo político muchas veces se ve sofocado por las nociones y construcciones de lo ‘natural’ y de los roles y responsabilidades sociales que se les asigna a hombres y mujeres. Sin embargo, es importante resaltar la centralidad de estos ámbitos políticos dentro de la vida de las personas, pues no sólo definen la reproducción de las mismas, sino que conforman un entramado de significados sobre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto.

Pero ¿Por qué pensar en estos campos como centrales para la regulación y la concentración de las políticas sociales? Como se intentó plasmar en la discusión de este capítulo, estos tres campos son relevantes no sólo en la medida que presentan en sí mismo necesidades y demandas de parte del movimiento de mujeres, sino que significan y reflejan también los intereses nacionales que constituyen el discurso y prácticas hegemónicas.

La regulación y el control de los aspectos centrales y políticos de la vida de las mujeres, como la sexualidad y la reproducción, tienden a centrarse en la configuración de estereotipos y de imaginarios sociales como el de la maternidad, pues la maternidad es vista como un hecho natural de la vida de las mujeres y por lo tanto no se cuestiona, ni las circunstancias, ni las consecuencias que pueden devenir de esta concepción.

Desde la teoría y el movimiento feminista se discuten sobre el constreñimiento a la vida de las mujeres, que significa el refuerzo de estos roles sociales, desde que se asigna ‘vida privada’ y se reduce el trabajo que se realiza a título de maternidad y cuidados domésticos. Pero no es solamente ese aspecto de la diferenciación entre géneros lo que se discute desde la teoría y los movimientos feministas, sino también aspectos como el de la sexualidad y la salud reproductiva, que atraviesan nuestra vida, muchas veces como algo dado y natural.

Sin embargo, la concentración de las políticas sociales y ‘preocupación’ que surge desde el estado y las instituciones, tienden a concentrarse en la regulación de la vida reproductiva de las mujeres, esto como se discutió en el capítulo, ligado a un entendimiento de la sexualidad como una ‘antesala’ de la reproducción. La política de la sexualidad y la reproducción responden desde

el fortalecimiento de los roles sociales y el constreñimiento de las regulaciones a los cuerpos considerados ‘normales’.

El caso del bono Juana Azurduy llama la atención porque no solamente responde a esta división ‘natural’ de los cuerpos y las funciones de cada uno, sino que también viene a significar una política de salud reproductiva que contiene en sí misma una normalización de las responsabilidades del cuidado sobre la mujeres únicamente, al mismo tiempo que ejerce un control de la sexualidad, limitando las decisiones sexuales y reproductivas que las mujeres puedan tomar a partir de transferencias monetarias condicionadas.

La interculturalidad se presenta como relevante dentro de esta investigación pues se atiende a la especificidad de la misma dentro del sector salud, y los programas que afectan la vida y la salud de las mujeres. La adopción de la salud intercultural de parte del estado boliviano, en políticas y normativas que buscan: ‘llevar la salud a sectores más alejados’ construyendo significados alrededor de la salud intercultural, que en muchos casos dejan de lado la problematización sobre cuestiones centrales que constituyen las desigualdades dentro del sistema de salud al no considerar las diferencias de clase, reducen la problemática de la salud a la inclusión de algunos esquemas y factores culturales, dejando de lado las relaciones jerárquicas y de poder que se cimientan en el sistema de salud público.

Para esta investigación es importante detenerse en esa adopción de la interculturalidad en salud, para la conformación de políticas públicas que se concentran en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, pues amplía la visión y el panorama del alcance de estas políticas, además de indagar en el conjunto de prácticas de parte de las mujeres como resultado de estas políticas interculturales de salud, desde una visión crítica de la misma.

Capítulo 3

¿Mi cuerpo, mi decisión?: la construcción de significados sobre el cuerpo y la vida de las mujeres

El control de la natalidad –la elección individual, los métodos anticonceptivos seguros, así como los abortos cuando son necesarios— es un prerrequisito fundamental para la emancipación de las mujeres. (Davis 1981, 203)

1. Introducción

El estado y las instituciones como la iglesia, la escuela, la médica, entre otras, construyen patrones que orientan el entendimiento de la feminidad o la definición de lo que es una mujer, estos suelen estar ligados a la reproducción, es decir se define el rol de la mujer a partir de su capacidad reproductiva. Pero esta reproducción va más allá de lo biológico y se asienta en lo social. La reproducción de la vida misma, es decir la crianza, el cuidado y el mantenimiento de las y los hijos, de la casa, la comida, etc, recaen en este entendimiento de lo que ‘es’ una mujer. La reproducción de la vida es un aspecto clave para pensar la generación de desigualdades sociales, la diferenciación biológica de los sexos y la división sexual del trabajo. Esto debido a la generación de un conjunto de ideas y prácticas que contienen en sí mismas los pilares que fundamentan los roles y las responsabilidades sociales de cada sexo.

Dentro de esta diferenciación que se establece como natural entre los géneros, la que me interesa desarrollar es la que se establece a partir del ‘rol reproductivo’ que está acompañado tanto de una visión biológica como cultural y social. Desde la cual se ha dado a entender y se ha naturalizado este rol a tal nivel, que en muchos casos resulta incuestionable y se invisibilizan los debates que atraviesan este proceso que responde tanto a un entendimiento subjetivo y biológico como a un entendimiento social acerca de la reproducción.

La maternidad se ha entendido como parte ‘natural’ y central de la vida reproductiva de las mujeres, los discurso que atraviesan ésta van desde un entendimiento ‘romántico’¹ sobre los

¹ El entendimiento romántico de la maternidad, es utilizado para ejemplificar, las nociones de maternidad que se alojan en los sentimientos y los instintos maternales, de amor incondicional, cuidado y renuncia a otras cosas por los hijos. Además del entendimiento de la maternidad como algo hermoso y natural, que tiende a invisibilizar las dificultades de la misma, a partir de sentimientos fundados en el amor (Elaboración propia)

instintos de las mujeres hasta los que nacen desde una mirada netamente biológica. El aporte desde la teoría feminista abre el camino a la ampliación del entendimiento y del acercamiento a la maternidad. No solo discutiendo con fundamentos enraizados en la sociedad, sino que aportando ideas claves para pensar en la maternidad como un hecho social.

El debate que se realiza desde la teoría feminista no se queda en la enunciación de la maternidad como un hecho social, sino que aporta a la discusión sobre las categorías y los lineamientos que atraviesan el entendimiento de la maternidad como hecho social. Entre estos lineamientos, o caminos abiertos -si se quiere-, siguen atravesando y articulando diferentes categorías que aportan al análisis de las desigualdades y de la profundización y mantenimiento de sistemas de opresión y desigualdad basados en la reproducción de la vida.

En éste capítulo pretendo desarrollar ideas centrales que se articulan entre sí. Primero desarrollo alrededor de la reproducción, el significado y las condiciones desde las cuales mujeres cochabambinas llevan a cabo su maternidad, los deseos y la realidad que atraviesan dentro de su experiencia.

La centralidad de indagar y profundizar a partir de los testimonios de mujeres que están inscritas dentro de una política de salud reproductiva, está en rescatar precisamente las prácticas y las diferentes percepciones que acompañan la maternidad.

De forma articulada al debate sobre la reproducción y la maternidad, en este capítulo pretendo abordar el entendimiento de la sexualidad y el cuerpo para la construcción y la ejecución de políticas sociales que abarcan estos aspectos, para evidenciar si existe una visión y un entendimiento de la sexualidad con fines reproductivos únicamente, la cual estaría dejando de lado la importancia del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva libre de estereotipos. Estos aspectos dan cuenta de diferentes niveles de análisis que atraviesan la investigación, estos van, desde las decisiones sobre la maternidad, hasta la potencialidad para tomar esas decisiones.

Lo que implica de cierto modo una comprensión sobre salud sexual y reproductiva que incluye el conocimiento y el acceso a métodos anticonceptivos, que respondan a la capacidad autónoma de tomar decisiones sobre los cuerpos.

Lo anterior, responde al interés de indagar sobre la generación de significados que produce una política de salud reproductiva, sobre las prácticas y el entendimiento de cuestiones como la maternidad, la sexualidad, la capacidad de decisión sobre los cuerpos de las mujeres y el potencial hegemónico sobre el discurso de las mismas que manejan el estado y las instituciones.

2. Maternidad y reproducción: lo que sí se puede y lo que no se puede

Desde el feminismo se ha ido cuestionando a esta operación mujer igual a madre, y a la carga simbólica y cultural que esta operación contiene y que se ve encarnada en el ideal de los roles sociales.

Los ideales alrededor de la maternidad y del rol de la mujer, van desde la visión romántica de la madre sacrificada, hasta la de mujer madre portadora de la cultura, y otras muchas que refuerzan la división sexual del trabajo y que regulan y controlan los deberes y las responsabilidades de las mujeres en tanto madres.

Es así que desde las instituciones y desde el estado se ha ido reforzando la idea de mujer igual a madre, esto se evidencia en la tendencia del gobierno boliviano a ejecutar políticas públicas que atienden a las problemáticas de las mujeres en tanto madres. El bono Juana Azurduy es una de estas políticas, que está enfocada en el aspecto reproductivo de la mujer, pero no solo el reproductivo biológico, sino el de los cuidados, pues se entiende que además de atender la etapa de gestación por la que pasa la mujer, se concentra en el parto y en el cuidado de la niña/o durante dos años.

Resulta esencial problematizar sobre de los significados que se mantienen dentro de las percepciones de mujeres que están inscritas dentro del bono Juana Azurduy, alrededor de la maternidad y lo que ésta puede significar en sus vidas, pues no se puede negar que la definición de feminidad se instaura a partir de un entendimiento hegemónico de maternidad.

La biopolítica caracterizada por Foucault, enfoca el análisis de la tecnología de poder que se centra en '*la gestión de la vida*' (1992,199) como una manifestación del estado biopolítico, que regula y controla el conjunto de prácticas, decisiones y nociones que existen sobre la vida, de ahí que sea esta caracterización del estado biopolítico la que ayude a pensar en esa regulación de las políticas de salud reproductiva, hacia las decisiones sobre maternidad y reproducción de las mujeres.

La salud reproductiva se presenta como un campo en disputa, desde el cual no solamente se generan significados sobre la feminidad y el cuerpo de la mujer, sino que también se generan significados de interés nacional y dominante. Es precisamente este campo en disputa el lugar desde el cual las mujeres pueden ejercer algún tipo de autonomía sobre su vida y su cuerpo, pero también estén ‘dispuestas’ a la regulación y al control que desde las instituciones sociales y las médicas se ejerce hacia el cuerpo y salud de las mujeres.

Angela Davis, en su libro *‘Mujeres, raza y clase’* (1981) sitúa el debate de la lucha por el derecho al aborto y al control de la natalidad desde una articulación que incluya la mirada y la experiencia de mujeres negras, latinas y pobres de Estados Unidos, la perspectiva desde la cual Davis analiza la campaña por el control de la natalidad responde a un análisis interseccional del control de la natalidad, que articule las diferentes variables que atraviesan las mujeres para tomar decisiones sobre la vida reproductiva y sexual.

La reproducción biológica como tal, no se encuentra inscrita únicamente en el nivel biológico de la vida, sino que está inscrita dentro de un contexto cultural, económico y social, específico. Contexto desde el cual se le asigna una valoración de lo correcto y de lo incorrecto, de las responsabilidades y de los ‘sacrificios’ que ésta incluye.

Desde el estado y las diferentes instituciones se hegemoniza el discurso y la producción de significados que existe sobre la reproducción. En este proceso se incluye la construcción de políticas públicas de salud reproductiva –como el bono Juana Azurduy— que inciden de alguna forma en las prácticas reproductivas de las mujeres y en la conformación de significados y nociones sobre la reproducción y la maternidad.

El control de la reproducción y de los significados que se producen con esta, es algo que afecta de forma particular a las mujeres que son las que en muchos casos, tienen menos control sobre su reproducción y su cuerpo y son las ‘beneficiarias’ de políticas sociales que se enfocan en la regulación y el control de sus cuerpos.

Lo anterior tiene que ver con el hecho de que entre las mujeres entrevistadas para este trabajo, se puede valorar el hecho de que muy pocas han tenido la oportunidad de decidir sobre su vida

reproductiva ya sea por el desconocimiento de métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva, o por cuestiones religiosas y culturales.

Uno de los sentimientos más recurrentes que se desprenden de las entrevistas con las mujeres, fue el de la capacidad de decisión que tienen sobre su vida reproductiva. El asumir la maternidad como parte ‘natural’ de la vida de una mujer, era una noción generalizada, pero al mismo tiempo muchas expresaban el deseo de no volver a tener más hijos. Este aspecto es central para pensar en la producción de significados que se encarnan con la maternidad, pues no se está hablando con mujeres que han decidido no tener hijos, sino con mujeres que una vez que han vivido la maternidad con toda la carga de significados y responsabilidades, deciden no volver a pasar por esta etapa.

Para desarrollar sobre este punto, el que considero sumamente relevante para indagar y entender las diferentes nociones de maternidad, pretendo profundizar en el análisis de los testimonios de algunas mujeres que expresan de forma abierta su deseo de no tener más hijos, al igual de las condiciones materiales y simbólicas que atraviesan este tipo de decisiones.

La maternidad para muchas se presenta como un ‘destino ineludible’ del hecho de ser mujer, parte de la cotidianidad y de la vida de las mujeres. Sin embargo, presentan dentro de sus testimonios sobre sus experiencias de maternidad un grado de autonomía en la crianza y en las decisiones sobre los cuidados, que en muchos casos difiere de la impulsada de forma general desde la sociedad y la cultura boliviana.

Si bien la maternidad se piensa y se asume desde las políticas de estado como un ‘destino ineludible’ de las mujeres, la capacidad de las mujeres de revertir esta ‘destino’ está atravesada por diferentes problemáticas. Por ejemplo la presión social que significa la división sexual del trabajo y las nociones sobre feminidad igual a maternidad que existen en la sociedad.

La teoría feminista ha construido diferentes aportes para pensar en la maternidad y las diferentes variables que la cruzan, un aporte interesante es el de la feminista Silvia Tubert (1996) que desde el psicoanálisis se encarga de desentrañar la concepción de la feminidad a partir de la reproducción.

Según Tubert:

La mayor parte de las culturas, en la medida en que se trata de organizaciones patriarcales, identifican la femineidad con la maternidad. A partir de una posibilidad biológica –la capacidad reproductora de las mujeres- se instaura un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad de aquellas. No se trata de una legalidad explicita sino de un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la femineidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna, que queda configurada como su ideal (Tubert ed. 1996, 7).

El interés en el reforzamiento de los roles genéricos impulsados desde el estado adquiere relevancia en la medida en la que las políticas sociales afectan a la población ‘vulnerable’ es decir la población que no recibe salario por el trabajo que realiza y en este caso particular son las mujeres – madres.

Una de las principales y más recurrentes escenas que se pueden apreciar dentro de los centros de salud donde se atiende a mujeres inscritas en este bono, es la cantidad de niños y niñas que están en los salones. Mujeres con varios niños ‘como escalerita se andan con las wawas’² señala una mujer en etapa de gestación, que hacía referencia a las mujeres que tenían a sus hijos ‘seguidito’.

De ahí el interés de indagar no solo sobre las nociones de maternidad que producen este tipo de políticas sociales, sino sobre el deseo de las mujeres a ese tipo de maternidad; la maternidad hegemónica que nos venden, la maternidad sacrificada y amorosa. ¿Es realmente deseo de las mujeres caminar con su escalerita humana?

La experiencia por la que pasan las mujeres durante la maternidad, al contrario de estar llena de momentos de dicha y amor únicamente, esta también inscrita dentro de un contexto en el cual llevar a cabo la maternidad de forma tranquila y en condiciones materiales que permitan a las mujeres acceder no solamente a la seguridad social, sino a una vida que no signifique la renuncia a nada, está condicionado a muchas variables que permitan esto.

² Palabra en quechua que significa niña y niño o recién nacido.

La feminidad de la mujer, sido definidas por la relevancia de la reproducción de la vida, en palabras de Marcela Lagarde ‘El espacio vital destinado a las mujeres es la reproducción social y su cuerpo es depositario de la procreación’ (Lagarde 2014,379) así pues, se ha entendido o definido los roles y las ‘funciones’ sociales, culturales y afectivas de las mujeres en tanto madres.

Esta visión ha sido reforzada por las instituciones y el estado, que focalizan los problemas o las necesidades de las mujeres en la reproducción, los cuidados y la maternidad como tal. El bono Juana Azurduy pretende enfrentarse a un problema latente, el de la mortalidad materna e infantil, brindando atención medica regular a las mujeres embarazadas y a los niños y niñas hasta los dos años. Sin embargo, no incide de ninguna forma en los problemas centrales de pobreza y miseria que son causas principales para la mortalidad en mujeres embarazadas y en niños y niñas menores de los dos años.

La focalización de la política pública se centra en la maternidad, y es relevante en el sentido que atiende solo a esta población y brinda atención médica obligatoria. Lo interesante en este punto es la incidencia de la atención médica para las mujeres y los modelos de maternidad que se imparten a partir del entendimiento de los cuidados y de la atención.

La intención en esta investigación no radica en negar la capacidad biológica reproductiva de la mujer, sino más bien en detenerse en la configuración social de la maternidad como algo ‘natural’ como algo deseado y como algo central para la vida una mujer.

Después de los testimonios de mujeres en diferentes lugares de la ciudad, una de las impresiones más potentes para pensar la maternidad era la de escuchar su respuesta ante el deseo de maternidad, si de verdad es algo tan natural, ¿por qué la mayoría no quería volver a pasar por el embarazo y tener más hijos?

Una de las entrevistadas señala lo siguiente respecto a la decisión de tener a su hijo y lo que piensa sobre otro embarazo:

Bueno, hemos decidido buscar, ayuda para que no podamos tener, porque yo también me iba a perjudicar con mis estudios y al final... después se decidió que sí. Él ha decidido, porque él no

quería interrumpir el embarazo, yo si quería, porque me iba a perjudicar en mis estudios. Y cuando me he enterado que si estaba embarazada, ... a la vez ha sido un día feliz, pero detrás de eso había tristeza. Era muy difícil para mí, tenía que escoger entre la vida de mi bebe o mis estudios. Y tomé las decisiones juntas. Tuve que dejar el estudio mientras que voy a tener a mi hijo y voy a cuidarlo mientras es chiquito, y después una vez que vaya caminando, pienso dejarle a mi mamá, porque mi mamá me dijo que -te voy a ayudar con eso y ya no te preocupes, vas a estudiar-. Y así decidimos tenerlo. (María, entrevista por Garcia Mildred, 12 de abril de 2016).

Según el testimonio de María de 21 años, la decisión para continuar con el embarazo dejo de ser una decisión propia y paso a ser una decisión del cónyuge. A la pregunta de si ella quisiera volver a tener más hijos, María como la mayoría de las mujeres entrevistadas responde que no, lo que puede dar cuenta de una serie de eventos que llevan las mujeres a la maternidad, eventos que ellas casi nunca pueden planificar ni proyectar pero que sobrepasan la capacidad de decisión sobre su cuerpo y su vida.

El hecho de la perpetuación de los cuidados que manifiesta por un lado la responsabilidad sobre ella como la encargada del cuidado del niño hasta cierta etapa y luego la madre, sitúa al padre-cónyuge en privilegio para continuar con su vida, ya que en ningún momento se menciona al padre del niño como responsable de los cuidados. Este caso no es un caso aislado, y de alguna forma la representación de los casos promedio por lo que suelen pasar las mujeres entrevistadas.

La perpetuación del cuidado es resultado también de la concepción de la mujer-madre, Marcela Lagarde señala lo siguiente:

La maternidad dura toda la vida e implica los cuidados permanentes de reposición y reproducción cotidiana que prodigan las mujeres a los otros. A una relación basada en el privilegio de la evidencia biológica de la progenitura materna, se adjudican todos los hechos sociales que la constituyen. (Lagarde 2014, 372).

Es el principal entendimiento de la maternidad como algo que se prolonga que es eterno las mujeres tenemos el instinto maternal y el de los cuidados y por lo tanto somos las encargadas de mantener, producir y reproducir los cuidados de las personas. A esta concepción, se adhiere el bono Juana Azurduy, pues está pensando en la mujer como la encargada de los cuidados de la niña o niño.

Sobre la decisión de tener más hijos Lizeth de 20 años señala lo siguiente:

No porque yo soy jovencita, y ya sabía del dolor, y yo tenía miedo, grave tenía miedo... es que igual mucho me va a doler. Tenía hartos miedos cuando ha nacido mi hijo, después ya no quería tener más. (Lizeth, entrevista por García Mildred, 25 de abril de 2016).

De las mujeres entrevistadas las más jóvenes manifestaban abiertamente que no querían tener más hijos y muchas proyectaban en sus testimonios el deseo de avanzar con sus proyectos personales, como terminar la escuela o estudiar en la universidad. Agustina de 19 años durante la entrevista manifestó varias veces el deseo de no tener más hijos:

No, porque tengo miedo. Mi primera vez ha sido y he salido embarazada y ya no quiero yo, no me acerco mucho por eso a él. Mi parto y mi embarazo, los dos han sido dolorosos... Y por eso así cuando me he enterado – ¿qué voy a hacer?–, he dicho –ni modo, no le voy a avisar a mi mamá– he dicho, después le he avisado a mi enamorado y lo bueno es que no me ha dejado en ningún momento... pero yo no me quería embarazar. Yo aprendí con éste muchas experiencias... ya no quiero más. (Agustina, entrevista por García Mildred, 14 de abril de 2016).

Este tipo de decisiones alrededor de la maternidad da a entender que el mito sobre los instintos maternales pasa por una serie de factores que cambian la vida de las mujeres, y el hecho de optar por métodos anticonceptivos, por ejemplo, puede significar también el manejo de cierta capacidad de decisión sobre la maternidad.

Pero al mismo tiempo se está enfrentando a una corriente de factores que hacen que la decisión sobre la maternidad esta subsumida a ese contexto y la producción de nociones y significados que a partir de este se cimientan.

2.1. La normativa del cómo y cuándo reproducirse

Un aspecto importante a resaltar es el papel de las instituciones médicas respecto a la reproducción y la maternidad, y es resaltable no solo porque históricamente la medicina como ciencia sea parte de un conjunto de instituciones que se han encargado de la regulación y del control sobre la reproducción y las nociones de maternidad y cuidados, sino por la influencia y la importancia que se da a esta desde las políticas sociales.

El bono opera mediante una atención médica y se entiende a la misma como una vía mediante la cual enfrentarse a la mortalidad y morbilidad materna e infantil. Y no es una vía complementaria, sino que resulta el corpus de la política social. La centralidad que adquiere la medicina dentro del entendimiento de la reproducción y la sexualidad, se puede presentar consecuente al entendimiento de la biopolítica, (Foucault 1997) que se centra en los procesos biológicos, normados a partir de una serie de regulaciones y nociones sobre el cómo vivir.

La medicina se presenta entonces como el espacio en donde se cimienta una noción hegemónica sobre la reproducción y la maternidad, esto se ve reflejado en la atención a las mujeres inscritas dentro del bono Juana Azurduy, y la focalización hacia un tipo ‘correcto’ de maternidad, aquella que se da dentro del contexto de parejas heterosexuales adultas y con capacidades intelectuales y materiales para la crianza de un niño o niña, esta noción se traduce en el trato a las mujeres adolescentes, que no siempre cumplen con todas estas elementos sobre la maternidad y la reproducción.

Al mismo tiempo este discurso encuentra su contradicción cuando se trata de la decisión de las mujeres a no tener más hijos. Para la mayoría de las mujeres no es nada fácil llevar a cabo una decisión como esa. Sin embargo, se ven afectadas por los discursos que se generan alrededor de la reproducción y de la buena o mala madre. Sobre todo para mujeres jóvenes que ‘están en etapa reproductiva’, términos utilizados por el personal médico que naturaliza la noción de mujer igual a madre.

La potencial decisión sobre la maternidad no siempre encuentra fundamento en la ‘experiencia’ de una maternidad no deseada y/o impuesta, sino que es producto de una serie de factores sociales y culturales que hacen de la maternidad una experiencia marcada por la situación de pobreza y precariedad extrema, además de renuncia forzada a la actividad que se desarrolla para satisfacción personal.

Si bien la maternidad es muchas veces definida por el entorno social y cultural, no se puede negar el factor biológico de la misma. A decir de Silvia Tubert:

La maternidad no es puramente natural ni exclusivamente cultural; compromete tanto lo corporal como lo psíquico, consciente e inconsciente; participa de los registros real, imaginario y simbólico.

Tampoco se deja aprehender en términos de la dicotomía público-privado: el hijo nace en una relación intersubjetiva originada en la intimidad corporal pero es, o ha de ser, un miembro de la comunidad y, por ello, el vínculo con él está regido también por relaciones contractuales y códigos simbólicos. (Tubert ed.1996, 13).

Pero lo interesante de ver a la maternidad entre estos dos aspectos, el social y el biológico, es indagar en la producción de sentidos que desde el social se le asigna al biológico y del biológico al social, es decir en cómo y para qué se está entendiendo las 'funciones' del cuerpo de la mujer y la conformación de los parámetros de feminidad a partir de esa categorización de la maternidad como algo natural, que contiene responsabilidades sociales y culturales definidas.

El papel que tiene el estado en la conformación de esas nociones sobre feminidad y maternidad es muy útil para pensar la producción de sentidos sobre las mujeres que son parte de políticas sociales como las del bono Juana Azurduy. Para Marcela Lagarde (2014) el papel del estado en la conformación de los roles femeninos se traduce en la adopción de políticas destinadas a regular la funcionalidad de la maternidad:

Las instituciones de la sociedad y del Estado reproducen a las mujeres como madres. En cuanto a la procreación, debe lograrse su consenso: debe mantenerse convencidas y satisfechas a las mujeres para que, a pesar de las enormes dificultades de las mujeres para cumplir con el estereotipo femenino materno, continúen con sus funciones sociales. En ese sentido, el interés social expresado en el Estado, superar los altos índices de morbilidad y de mortalidad ligados a la procreación, así como elevar el número de nacidos vivos y bajar las tasas de mortalidad y morbilidad infantil. (Lagarde 2014, 255).

Dentro de la percepción sobre la utilidad y el aporte que puede tener una política como la del bono Juana Azurduy, entre las mujeres primero se destaca la 'ayuda' que significa la transferencia monetaria para la económica de las madres, pero también surgen cuestionamientos alrededor de la 'ayuda' temporal que se brinda.

Así lo expresa Eugenia de 31 años:

No es fácil, y además el gobierno no te va ayudar hasta que crezca, te va a ayudar solamente dos años. Para traer a un bebé al mundo, se debe de pensar muy bien, tanto una vez que nazca, en la etapa del bebé que es hasta que vaya creciendo, pero hay mujeres que no piensan eso. Tienen,

tienen, y piensan que con el bono les va a ayudar, pero no es así. (Eugenia, entrevista por García Mildred, 8 de abril de 2016).

Muchas de las mujeres entrevistadas manifestaban el deseo sobre capacitación en planificación familiar una señal que puede significar, que si bien las mujeres se embazan de forma frecuente, no lo hacen por un bono que evidentemente puede significar una ‘ayuda’. Sin embargo esto no garantiza la supervivencia de la niña o niño, y peor aún no significa la generación de condiciones sociales para la madre.

El espacio desde el cual se está brindando la atención hacia la problemática de la mortalidad y morbilidad materna infantil, se reduce a la atención médica hacia esta población considerada vulnerable, y es en ese espacio biomédico donde se ejerce con frecuencia violencia contra las mujeres. Esta violencia se puede traducir en un trato discriminatorio hacia mujeres del campo, hacia mujeres jóvenes y en general un abuso del ‘conocimiento’ y la ‘verdad’ del discurso científico, frente a otro tipo de prácticas y cuidado.

La medicina institucional se presenta como un espacio de poder desde donde se cimienta un discurso de regulación y de control sobre el cuerpo y la salud de las personas, de ahí que sea tan importante para los estados el control biopolítico de la población, los nacimientos, la mortalidad y las diferentes formas de regular mediante la salud y la medicina, no solo la maternidad, sino la concepción y el entendimiento del cuerpo.

El estado mediante programas como los del bono Juana Azurduy; incide no solo en las prácticas de cuidado durante el embarazo, el parto y la crianza, sino que también manifiesta la postura desde la cual se está abordando la reproducción, la sexualidad y los cuidados.

Marta Torrez señala al respecto:

Hay una normativa legal y cultural que determina cómo deben reproducirse los sujetos –en el marco de una relación conyugal, monogámica, heterosexual—, cómo debe actuar una mujer embarazada – qué debe comer, qué debe hacer, cómo debe cuidarse y, sobre todo, qué le está prohibido—y cómo debe ejercerse la maternidad, siempre en función de otros. (Torrez ed. 2005, 10-11).

Desde esas normativas y leyes, se expresa la construcción de un sujeto mujer madre, que refleje los intereses de la nación, de mantener esta división sexual del trabajo, que reproduzca las

relaciones jerárquicas de género. Donde la mujer está ‘destinada’ al ámbito privado del hogar y el cuidado de los hijos, y donde el trabajo que realiza no es reconocido ni remunerado.

Con la construcción de nociones sobre la maternidad y la reproducción se garantiza la reproducción de un ideal sobre lo que es ser mujer, de esa forma siguiendo a Nira Yuval-Davis (2004) se reproduce también los interés de la nación, que redundan en una figura de la mujer como la reproductora de la nación y de la cultura.

La mortalidad y la morbilidad son problemas latentes en la población boliviana. Sin embargo, la ‘medicina’ a estos problemas tiene diferentes significados, y producen o re-producen unos modelos de feminidad, de salud y de maternidad que son muy cuestionables, por la incidencia repetitiva de una división sexual de la vida y por el control y regulación que significa la política de salud reproductiva en la vida de las mujeres.

3. Entre el deseo y las posibilidades: métodos anticonceptivos, planificación familiar, educación sexual y reproductiva

La planificación familiar, la salud sexual y reproductiva, son ámbitos que favorecen a las mujeres a la hora de tomar decisiones más informadas sobre su vida sexual y reproductiva. Sin embargo, no es suficiente que las mujeres puedan acceder y conocer los métodos anticonceptivos, ni que acudan a oficinas de orientación para informarse sobre planificación familiar, si muchas de las mujeres no tienen las condiciones materiales para decidir sobre su propio cuerpo y su reproducción.

La sexualidad y el abordaje institucional que se da desde las políticas sociales, es un tema que atraviesa y adquiere importancia en la corporalidad y en las experiencias de las mujeres que son parte de estas políticas sociales.

La sexualidad para la teoría feminista es un factor esencial para debatir la división sexual de la vida, y la conformación de desigualdades sociales que se fundamentan precisamente en un entendimiento hegemónico de la misma.

Los significados que se construyen alrededor de la sexualidad recaen en la conformación de sentidos y de significados que se le asignan. Estos usualmente tienen que ver con una

explicación o fundamentación biológica de la sexualidad, negando la construcción social y cultural.

Desde el estado el abordaje que se da sobre sexualidad, suele estar ligado a la reproducción, de ahí que en la conformación de políticas sociales uno sea el resultado del otro. Desde el feminismo, autoras como Gayle Rubin y Carole S. Vance, anticipan la importancia de problematizar la sexualidad a partir del debate que se desprende de las políticas de estado. Pensando en la construcción de leyes y las políticas que interpretan y definen la sexualidad.

Carole S. Vance (1989) presta atención a la medicina, entre otras instituciones, como un espacio desde el cual la apropiación del discurso sobre la sexualidad se vuelve hegemónico, y desde ahí se construye y se niegan las sexualidades. Para este trabajo me interesa esta perspectiva de abordaje para el análisis de la sexualidad y la producción de significados que se desprenden desde una institución como la médica.

Dentro de la política bonaerense Juana Azurduy la institución médica y la medicina se perfilan como espacios de poder-saber (Foucault 1995) desde donde se construyen nociones cerradas sobre la sexualidad que constriñen la elección y regulan las prácticas en torno de la misma.

Un factor imprescindible para pensar este constreñimiento es la valoración hacia la temporalidad en la cual las mujeres inician su vida sexual y su maternidad. De hecho para la sociedad en general está muy mal visto que las personas inicien su vida sexual a temprana edad y las que lo hacen pagan el precio de ir en contra de lo considerado correcto. Este precio queda establecido al costo de su propia vida.

Dentro de las salas de espera para la atención a mujeres embarazadas y a mujeres con hijas/os, eran casi siempre mujeres entre los 18 y 25 años. De los testimonios sobre la atención médica resaltaba el trato violento que recibían las más jóvenes de parte de todo el personal médico, esto asociado a su edad, su condición económica, su estado civil –la mayoría de entrevistadas manifestó estar en concubinato-, la clase y su identificación étnica. Sin embargo, eran las mujeres jóvenes, las que se enfrentaban con mucha más frecuencia al trato violento de parte del personal médico.

Una de las condicionantes del bono es el periodo intergenésico, el cual se perfila como un punto desde el cual se puede debatir el control y la regulación sobre las nociones correctas del momento y el tiempo dentro del cual la mujer puede quedar embarazada. Esta condicionante no encuentra apoyo de políticas sociales que acompañen a una información sobre cómo cuidarse y por qué esperar dos años para tener otra hija/o, simplemente se establece que las mujeres no accederán al bono si no cumplen con este requisito.

Después del diálogo con las mujeres que reciben el bono es evidente que la mayoría no desea volver a tener hijas/os ni dentro el periodo de 2 años ni en un futuro lejano, manifiestan la falta de programas que les ayuden a optar por una educación sexual y reproductiva donde puedan elegir algún método anticonceptivo, o se les oriente sobre cómo cuidarse y acceder a cuidados de forma autónoma e informada.

Respecto a los servicios sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva las entrevistadas afirman lo siguiente:

No, ningún lugar he visto que pueda buscar en cuanto al bono, no, no te dicen cómo debes cuidarte ni nada, ahí directamente vas y te pone al sistema y nada más, no te dan digamos un taller en cuanto a planificación familiar o algo así. (Neli, entrevista por Garcia Mildred, 4 de abril de 2016).

Debería de haber lugares donde ir, porque hay muchas niñas jovencísimas que no están para volver a tener hijos e inmediatamente al año ya están con otro niño, y ya deberían informarles, pero... también con la psicología del hombre, que si la mujer se pone un T de cobre o una pastilla... eh... machista, aquí en Bolivia son muy machistas los hombres y entonces no les permiten a las mujeres. (Zulema, entrevista por Mildred Garcia, 4 de abril 2016).

De ahí que surjan cuestionantes hacia el modelo de salud que se está implementando desde el estado, y se demande al mismo tiempo un acceso a programas y orientación en sexualidad, métodos anticonceptivos y planificación familiar.

La perspectiva de la antropóloga Carole S. Vance (1989) al indagar en la producción de significados valorativos de un tipo de sexualidad, hace evidente la negación y la invisibilización de diferentes tipos de sexualidades. Para esta investigación considero relevante poner énfasis en la producción de una normalización hacia el cuerpo y la sexualidad de las mujeres enfocado en un aspecto en específico, el de la reproducción. De ahí que en la política social la focalización

hacia la reproducción y la sexualidad sean centrales para configurar un tipo de sexualidad funcional a la reproducción, dejando de lado el deseo y el placer que son parte de la sexualidad.

Los métodos anticonceptivos y la planificación familiar se concentran en el ámbito privado de la vida de las mujeres, y los dilemas entre lo privado y lo público tienen un enlace que se perfila hacia el reforzamiento de la división sexual del trabajo y los roles sociales asignados a las mujeres. La intervención en ese aspecto ‘privado’ de la vida de las mujeres de parte del estado es una cuestión relevante en el sentido que es, precisamente la sexualidad y el cuerpo de la mujer en los cuales se concentra la regulación sobre lo que está permitido y lo que no está permitido.

La institucionalización de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar reduce las posibilidades de autogestión y autonomía de las mujeres sobre esos ámbitos, al mismo tiempo que interviene en las decisiones sobre cómo lidiar con la maternidad y que tipo de sexualidad se desea tener.

Al hablar sobre planificación familiar, salud sexual y métodos anticonceptivos muchas de las mujeres entrevistadas primero desconocían estos tres aspectos de la salud sexual y reproductiva, y/o tenían ideas fundadas en mitos contruidos a partir de la valoración social que se tiene sobre la salud sexual y reproductiva.

Milagros entre otras mujeres entrevistadas hacía referencia a la influencia en la decisión sobre optar o no por una planificación familiar o a métodos anticonceptivos:

Por la situación de mi religión yo casi no he optado por eso. También por cultura de mi mamá, mi mamá siempre me decía, –No, no puedes, nunca te hagas poner T de cobre–y yo pensaba... yo he tenido dos hijas seguiditas una tiene trece y la otra tiene doce, entonces como para mí era traumante, era como cuidar gemelos yo solita... sin que nadie te ayude, entonces era traumante–¡nunca más voy a tener un bebe, ni se me ocurra por mi cabeza tener un bebé!–. Y como quedé embarazada, tampoco era planeado ¿no?

Por esa razón y también porque en mi iglesia, eso ¡no está permitido!, por eso también. Pero mi esposo, o sea ha sido una persona bien consciente de la situación y ambos hemos optado por ya no más bebés. Pero cuando ya ha llegado la noticia de que venía otro bebé, hemos recibido con alegría. (Milagros, entrevista por Garcia Mildred, 30 de marzo de 2016).

El deseo de no volver a tener más hijos después de la experiencia de la maternidad que tubo Milagros, se ve interferido por la religión y la importancia que adquiere la misma en la vida sexual y reproductiva de Milagros, la iglesia termina definiendo si está o no está permitido que las mujeres accedan a métodos anticonceptivos para evitar embarazos o a una orientación en planificación familiar que permita a las pareja tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva.

Las diferentes instituciones que intervienen en la construcción de las nociones sobre la sexualidad y la reproducción, manejan un discurso que incide en lo político de la sexualidad y de la reproducción, y esto se ve materializado en la construcción de las políticas sociales que excluyen las diferentes formas de percibir la sexualidad, y regulan lo ‘correcto’ de la sexualidad, enfocada en la reproducción. De ahí que muchas de las políticas sociales destinadas al control y la regulación del cuerpo recaigan sobre las mujeres, consideras como ‘las reproductoras de la nación’ (Yuval Davis 2004).

El discurso de la iglesia y de la religión cala de forma significativa en el imaginario sobre la familia y sobre las formas correctas de vivir la sexualidad y de conocer el cuerpo, la funcionalidad dentro de este discurso lleva a que muchas mujeres estén sujetas a la permisión o no de la iglesia sobre las decisiones que se toman sobre sus vidas y sus cuerpos.

Emerge de la discusión sobre el control y la regulación de la sexualidad mediante medidas que toman los estados y las instituciones, las contradicciones entre lo que se entiende como público y como privado. Dentro de la construcción social del ‘rol’ de las mujeres, en el contexto boliviano, se entiende que la mayor parte de sus vidas están inscritas dentro de una ámbito considerado como privado-intimo, desde el cual se les destinada al cuidado y supervivencia de la familia al mismo tiempo que se asocia su actividad con la actividad doméstica y sin retribución ni reconocimiento del trabajo que realizan.

El entendimiento de la sexualidad está inscrito en algunos niveles dentro de ese ámbito privado, las decisiones que se tendrían que tomar de forma ‘privada’ por las personas están atravesadas por una serie de regulaciones y controles que hacen de esas decisiones y ese ámbito algo público, interferido por políticas sociales y por nociones que se desprenden tanto de la valoración que le pueda dar el estado, las instituciones médicas y la iglesia entre otras.

Karina Felliti (2012) hace referencia a este tipo de regulaciones que se desprenden de la interferencia del estado hacia la vida sexual y reproductiva de las mujeres, situando la toma de decisiones sobre las prácticas anticonceptivas en el siguiente escenario:

De ahí que decisiones y prácticas que parecieran restringidas a la intimidad terminen situándose en el escenario de lo público y respondan a mandatos que exceden la voluntad individual (...) Ya sean pronatalistas o fiscalizadoras de la fecundidad de manera explícita o implícita, los gobiernos despliegan medidas que inciden de manera significativa sobre la ciudadanía, y cobran especial magnitud en los cuerpos femeninos, en las condiciones de autodeterminación sexual y reproductivas de las mujeres que no siempre coinciden con sus deseos y aspiraciones. (Felliti 2012, 15-16).

Esta incidencia en la toma de decisiones se ve materializada en la falta de acceso y de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, o una educación sexual libre de estereotipos, y de una atención médica que no se traduzca en discriminación y violencia. Pero no solamente eso, sino que tiene que ver con diferentes factores que hacen que las decisiones y las prácticas se sitúen en el terreno de la regulación y el control, un ejemplo radical de esto es la regulación que existe sobre el aborto³ y la toma de decisiones respecto al mismo.

Si bien la política que atiende a la mortalidad materna, se enfoca en los cuidados del embarazo y del post parto, muchas de las mujeres y del personal médico hacen referencia a la falta de conocimiento sobre métodos anticonceptivos o planificación familiar, lo que puede significar la

³ Sobre el aborto en el código penal boliviano: Artículo 263 (ABORTO) El que causare la muerte de un feto en el seno materno o provocare su expulsión prematura, será sancionado:

1. Con privación de libertad de dos a seis años, si el aborto fuere practicado sin el consentimiento de la mujer o si ésta fuere menor de diez y seis años.

2. Con privación de libertad de uno a tres años, si fuere practicado con el consentimiento de la mujer.

3. Con reclusión de uno a tres años, a la mujer que hubiere prestado su consentimiento.

La tentativa de la mujer no es punible.

Artículo 266 (ABORTO IMPUNE) Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada. Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso

falencia en políticas sociales que impulsen no solo la educación sexual y reproductiva, sino que den paso a la toma de decisiones de forma autónoma, sin ningún tipo de influencia sobre lo que es considerado como correcto o incorrecto.

Las opciones que tienen las mujeres para tener una sexualidad placentera, y libre de culpas, impartidas desde las instituciones, muchas veces se ven reducidas por el discurso dominante que liga a la sexualidad con la reproducción, y muchas optan por no tener una sexualidad libre y expresar su forma de sentir placer a partir de sus propias elección, de cómo cuidarse o de cómo vivir su sexualidad.

Si bien los métodos anticonceptivos y la planificación familiar se perfilan como un camino para ejercer las decisiones sobre la reproducción, el acceso y el conocimiento de los mismos está relacionado a diferentes variables, que van desde la clase, la cultura, el ingreso económico, el nivel de educación, lo étnico y el género, entre otras. Las que marcan una gran diferencia a la hora de vivir la sexualidad de forma placentera.

En el siguiente fragmento de una entrevista realizada a una joven de 20 años con un hijo de 2 años y un embarazo de 4 meses, afirma lo siguiente, sobre el uso de métodos anticonceptivos:

Sí, he querido yo utilizar para no volver a embarazarme, pero a mi esposo no le gustan esas cosas. Dice que me puede hacer daño, o como ¿has escuchado de la T de cobre? dicen que hace engordar o puede hacer enflaquecer mucho. Entonces me dice – te puedes lastimar vos misma ahí abajo-. No quiere que utilice... Él me dice – no, por ahí te puedes enfermar, por ahí te vas a volver más flaca, por ahí te vas a volver más gorda, yo te voy a dejar— me dice. (Neli, entrevista por Garcia Mildred, 4 de abril de 2016).

La decisión sobre el embarazo y la vida reproductiva de las mujeres se ve intervenida por el ideal que se construye de familia, es decir el modelo de familia funcional, donde el hombre es el que recibe remuneración de su trabajo y es la cabeza familia, mientras el lugar de la mujer se encuentra en el hogar junto a sus hijos, encargada de la crianza de los mismos sin remuneración por el trabajo que realiza.

Así decisiones sobre su reproducción y sexualidad se ven sometidas a esa visión masculina dominante. Donde es el hombre el que impone desde su lugar de poder, -pues en la mayoría de

casos de las mujeres entrevistadas, el trabajo del hombre es el único remunerado y el principal ingreso del hogar y el núcleo familiar- lo que sitúa entre otros factores, al hombre en un lugar de poder en relación a su pareja y sus hijas/os, situación que puede aprovechar para tomar las decisiones sobre el aspecto reproductivo y la sexualidad de la mujer.

En la misma entrevista Neli, señalaba su deseo por regresar a la escuela y terminar el bachillerato cuestión que se ve impedida por decisión de su pareja conyugal. Este tipo de decisiones tomadas por el hombre sobre el cuerpo y la vida de las mujeres no son casos aislados y representan de alguna forma un proceder cotidiano dentro de las relaciones de dependencia económica que se crea entre las parejas.

Las mujeres se encuentran en situación de dependencia y desventaja para tomar decisiones sobre su vida reproductiva y sexual. Sin embargo, encuentran diferentes formas de subvertir ese orden de relaciones desde sus propias formas de cuidado, como el acompañamiento y la ayuda de otras mujeres, y la relación de las mujeres jóvenes con sus madres, esta relación –en muchos casos— resalta por el apoyo y la ayuda que se brindan ambas para que las menores puedan terminar la escuela o entrar a la universidad.

Entre las medidas auto-gestionadas para la anticoncepción es el cuidado en base al calendario menstrual, muchas jóvenes aseguran que este método es el más utilizado, aunque no el más útil, pues a pesar de esto quedan embarazadas. La postergación de las relaciones íntimas se presenta dentro de las entrevistadas más jóvenes como una forma de evitar los embarazos no deseados, el ‘no acercarse’ a la pareja es una decisión que se impone a la decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Muchas mujeres prefieren postergar las relaciones íntimas en lugar de quedar embarazadas de nuevo. Esto si bien funciona para controlar los embarazos no deseados, al mismo tiempo puede significar un problema cuando se habla de disfrutar la sexualidad y de tener el control sobre las decisiones en las relaciones íntimas.

3.1. La noción de la política social: el cuerpo como el espacio perdido

La regulación de la sexualidad encuentra espacio dentro de las políticas sociales que usualmente no hacen referencia a la misma, desde el estado se despliegan diferentes medidas que influyen en

la conformación de significados y de nociones alrededor de la sexualidad y el cuerpo de las mujeres.

El cuerpo de las mujeres es el espacio material donde se llevan a cabo cualquier cantidad de supuestos y de normas, la mujer encarna los mandatos sociales sobre su propio cuerpo y en muchos casos no tienen decisión o se ven condicionadas a tomar decisiones se ven intervenidas por instituciones como la iglesia, el estado, el matrimonio y la medicina.

La apropiación del cuerpo tiene que ver con todos los procesos desde los cuales se interviene y se norma la funcionalidad material y simbólica del mismo. Lo que Foucault llama la ‘anatomopolítica del cuerpo humano’ (1997,147). Son todos los procesos que regulan y norman las ‘funciones’ del cuerpo. Así desde la medicina ha mediado el cuerpo de las mujeres con fines de regular y controlar todos los procesos que se desprenden de los mismos, por ejemplo, procesos reproductivos. El cuándo es pertinente el embarazo, cada cuanto, en qué condiciones, el número de embarazos y las formas y lugares del parto seguro.

En Bolivia el estado actúa en sintonía con la institución médica para enfocarse en la reproducción y la sexualidad, en la construcción de políticas sociales se ha dado un énfasis mucho mayor al cuidado y el mantenimiento de la reproducción. Esto no quiere decir que la sexualidad sea un aspecto libre de intervención y normalización, sino que es un aspecto que no se nombra.

Si bien las decisiones sobre cómo vivir la sexualidad se ven interferidas por las nociones que se levantan alrededor de un discurso institucional sobre la funcionalidad de la misma, el control y la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y sus decisiones sexuales dependen mucho de un contexto económico, social, cultural, étnico y generacional, (que se explorara en el siguiente capítulo). Y contienen en la agencia de las mujeres prácticas que se salen del espacio regulatorio de las instituciones.

Para varias de las entrevistadas al no tener el acceso e información a métodos anticonceptivos por diferentes razones, los métodos considerados naturales son de alguna forma un aliado para cuidar de su salud reproductiva y sexual, más allá de los impulsados desde las instituciones.

Agustina hacía referencia a la capacidad de enfrentarse a ese discurso médico científico que se ejerce desde el poder al querer imponer a las mujeres cierto tipo de cuidado:

Aunque me ha recomendado la doctora, esa misma doctora que me ha reñido, ella... que si ¿me estoy cuidando o no? y yo le he dicho que no y me dice –un día que estés en tus días vas a venir, yo misma te voy a colocar– me ha dicho –hay no acaso esa no es decisión mía– estuve diciendo, no me gusta que me diga que me va a poner o sea yo debía decidir... pero yo no, no todavía este año, al año recién me voy a hacer poner. Es que como le he tenido con cesárea tengo miedo que pase por ahí igual, por eso he dicho, primero me voy a hacer papanicolau y después recién me haré poner algo, he dicho. Por eso no quiero todavía ponerme, me da miedo; además me han dicho que no es tan seguro, hay no sé... prefiero ser así no más a lo natural, pero me han dicho otras personas –yo tenía T de Cobre y mi bebé no puede caminar–, me han dicho –hay no otro más así ¡no!–. Por eso no... prefiero así a lo natural pero así digamos cuando pasa algo yo cada mes que viene me anoto en mi celular, en notas ¿no ve? en ahí me anoto en qué fechas me va a venir hasta qué fecha, no me está viniendo ya tengo que venir al doctor, eso sí los dos nos cuidamos así. (Agustina, entrevista por Garcia Mildred, 14 de abril de 2016).

Como Agustina alguna de las mujeres encuentra dentro de su cotidianidad la forma de tener sus propias estrategias para evitar embarazos sin postergar el desarrollo de una sexualidad satisfactoria. El cuidado y las nociones sobre las decisiones que afectan su vida y sus cuerpos, muchas veces se dan fuera de los espacios institucionales y encuentran las formas de utilizar la regulación que se imparte desde los hospitales y la medicina, para ser ellas las que puedan decidir cuándo y cómo proceder a utilizar métodos anticonceptivos.

Este tipo de decisiones a las que se enfrentan las mujeres varía según diferentes factores que influyen en la forma como toman decisiones y en la posibilidad de tomar esas decisiones, evidentemente no muchas pueden tomar las decisiones de forma autónoma y apropiarse de las capacidades y las necesidades de su cuerpos y su vida.

Las mujeres inscritas en el bono tienen particularidades que responden a su clase, su etnia y cultura, que hacen que la agencia de las mismas se vea confrontada con una sin fin de normalizaciones y regulaciones alrededor de sus cuerpos, que en muchos casos vienen en forma de ‘ayuda’ y que intervienen de forma significativa a la hora de tomar decisiones de forma autónoma e informada.

El discurso médico al ser un poder-saber que se disemina entre la sociedad cala con mayor agudeza en el cuerpo de las mujeres, pues este no solo es la materialidad desde la cual se cimienta la ciencia, sino que se presenta como el reproductor de lo más importante para la regularización de la sociedad, las personas. De ahí que sea su postura y su incidencia de vital importancia para pensar la construcción de políticas sociales que intervienen en el cuerpo de las mujeres.

4. Conclusiones

Las mujeres al estar destinadas por su 'rol' reproductivo a la maternidad entran dentro del sistema político y social de esa forma, como madres y ese deber de perpetuar la 'raza' es el que atraviesa y constituye las diferentes nociones de maternidad y sitúa a la mujer como ciudadana. Es decir se le asigna la ciudadanía en el sentido de madre. Esta asignación lo que significa, es la perpetuación de la división sexual del trabajo y la generación de desigualdades sociales entre hombres y mujeres.

De ahí que desde la construcción de políticas sociales los problemas de mortalidad materna e infantil estén completamente concentrados en el aspecto reproductivo y el de los cuidados dejando de lado todo un conjunto de variables que afectan a la mortalidad materna y al mantenimiento de la salud sexual y reproductiva.

La naturalización de la maternidad como parte central de la vida de las mujeres hace que se invisibilize toda una serie de problemáticas que se dan a partir de este hecho, al mismo tiempo que se construye un ideal de maternidad, se establece la responsabilidad de los cuidados únicamente a las mujeres, siendo el estado, las instituciones médicas, educativas y la sociedad en general, responsables de garantizar una cantidad de factores para que la maternidad no signifique la renuncia a la vida o a los proyectos de la mujer.

La reducción de la sexualidad de la mujer a la maternidad, es parte de la funcionalidad que se le asigna al cuerpo de la mujer el que está en constante regulación y normalización para cumplir con lo que se considera un acto natural. De esa forma se da paso al reforzamiento de nociones hegemónicas sobre la maternidad, negando la existencia de factores sociales, culturales y

simbólicos que hacen de la maternidad una experiencia que muchas mujeres no quieren volver a tener. Pues se enfrentan a toda esta carga moral y reguladora de como ejercer su maternidad.

La centralidad de ubicar el deseo y las posibilidades dentro de la realidad de mujeres que son parte del bono Juana Azurduy es resultado del propio discurso basado en la experiencia de vida de las mujeres que son madres y que manifiestan no tener intención de volver a serlo nunca más.

Este discurso, puede ser interpretado por el estado, la iglesia, y otras instituciones como algo antinatural y antimoral. Sin embargo, tiene una potencia que desestructura el discurso dominante que se construye alrededor de la maternidad y la reproducción. Al mismo tiempo que ilustra los diferentes procesos por los cuales las mujeres atraviesan la maternidad.

Estos procesos están interferidos de alguna forma, por las políticas sociales que se construyen para atender este tema, el bono Juana Azurduy es una de estas. Es importante resaltar que el mismo deja vacíos sumamente importantes cuando se habla de luchar contra la mortalidad materna e infantil, uno de ellos es el de la salud sexual. El conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos se perfila como un potencial camino para que las mujeres puedan informarse sobre los procesos biológicos de su cuerpo, pero también abre el camino para que las mismas puedan decidir sobre sus propios cuerpos y vidas.

Capítulo 4

‘Directo al quirófano’: experiencias que se encarnan

Necesitamos articular la situación real de clase para las personas, que no somos simplemente trabajadores sin clase social o sin género, y ver que hay gente para quienes la opresión racial y sexual son determinantes significativos de sus vidas laborales/económicas. (La colectiva del Río Combahee 1988, 176).

1. Introducción

Las experiencias de salud que pueden tener las mujeres dentro del sistema médico boliviano, en la mayoría de los casos se traducen en relaciones de poder, donde la violencia médica se entiende como una suerte de consecuencia ante situaciones que culpabilizan a las mujeres por no acatar los preceptos de la medicina, sobre los cuidados y sobre su propia salud sexual y reproductiva.

La violencia a la que se enfrentan a la hora del parto y durante las consultas ginecológicas, muy pocas veces alcanza a visibilizarse como parte de una estructura sumamente jerárquica y violenta. Donde las mujeres que no hablan castellano, no tienen algún grado de instrucción, son jóvenes y muchas veces acuden a los servicios de salud pública solas, son las más violentadas por esas relaciones de poder entre personal médico y pacientes.

La salud intercultural es parte de un cambio dentro del paradigma dominante de salud, y su implementación desde diferentes niveles es el contexto en el cual se inscribe esta investigación. El prestar atención a esta, visibiliza las diferentes problemáticas que contiene la implementación de la misma, y plantea hacer una revisión crítica a partir del testimonio de mujeres que están siendo atendidas desde la salud intercultural.

Del entendimiento abstracto que desde las políticas y las normativas en salud intercultural existe, la realidad marca un escenario muy diferente al idealizado por el estado y las instituciones de salud. En este capítulo pretendo analizar desde la experiencia de mujeres que acuden a los servicios de salud públicos —en específico al bono Juana Azurduy—. De qué manera se está implementando la visión de la salud intercultural, y qué factores centrales para pensar las desigualdades y las relaciones de poder que generan discriminación se están dejando de lado; Esto a partir de un esquema que se concentra en la generación de espacios que responden a la normativa de salud intercultural dentro de los hospitales, y la percepción que tienen las mujeres tanto de los espacios como de la normativa.

La problematización del espacio, permite analizar la producción de significados que se generan alrededor del mismo, indagar en las relaciones que constituyen, cambian y mantienen a partir de la implementación de una ‘casa materna’ como una estrategia institucional para implementar la salud intercultural.

El caso de la ‘casa materna’ ayuda a situar materialmente el análisis de este capítulo, además de que se conecta con uno de los principales objetivos del bono Juana Azurduy; el parto institucionalizado. Es un espacio que permite entrar en dialogo con los efectos de la salud intercultural para una población determinada.

La puesta en marcha de una perspectiva intercultural para la salud en Bolivia, demanda de la atención crítica hacia la implementación de la misma, pues si bien la interculturalidad plantea el reconocimiento y la complementariedad entre la biomedicina y reconoce la medicina tradicional; deja de lado diferentes factores que son centrales a la hora de evidenciar y de comprender de forma estructural la discriminación y la violencia que se gestan dentro del sistema de salud en Bolivia.

El análisis que plantea articular las opresiones de clase, género y raza, permite tener una visión más completa, sobre las diferentes formas desde las cuales se generan las desigualdades y discriminaciones, y sirve de plataforma para pensar en un análisis que tome en cuenta las intersecciones que constituyen la generación de desigualdades, alrededor de un contexto específico, en este caso el de la salud reproductiva.

En este capítulo se pretende abordar desde un análisis interseccional la realidad experimentada por las mujeres entrevistadas que acuden a los servicios de salud pública, y específicamente a hospitales que cumplen con la normativa de salud intercultural en el país.

El ámbito de la salud reproductiva adquiere relevancia en el sentido de ser un campo minado de normativas y regulaciones que se dan a través del entendimiento de la reproducción y la sexualidad, que se materializan en la visión biomédica de ambas.

Para darle continuidad al análisis sobre los elementos que atraviesan las decisiones en cuanto a maternidad y sexualidad, se busca indagar precisamente en las causas que inciden en la toma de

decisiones y en la normatividad que se genera alrededor de la maternidad. Hacer hincapié en el entrecruzamiento de categorías, resulta sustancioso para analizar la situación de la salud intercultural y la capacidad de agencia y prácticas de las mujeres que son parte de una política de transferencia monetaria condicionada.

La importancia de centrarse en un estudio interseccional para esta investigación, radica en intentar construir el análisis desde las experiencias y los testimonios de las mujeres sobre la atención médica, y los determinantes de salud materna y de salud reproductiva que se generan alrededor de políticas públicas, como el bono Juana Azurduy.

Además del potencial para debatir desde la puesta en marcha de la salud intercultural las relaciones que esta produce, tomando en cuenta la articulación de categorías que apunten a entender cuestiones como las decisiones sobre el parto, los lugares, las diferencias étnicas, de clase y de género.

En lo que sigue del capítulo, se pretende ahondar en las intersecciones que constituyen y que se reproducen a partir de la implementación de salud intercultural, tomando como principal punto de partida la experiencia de las mujeres dentro de la política de salud reproductiva, y enmarcarlas dentro de un contexto específico: el funcionamiento de la ‘casa materna’ como el espacio donde se materializa la normativa de salud intercultural.

2. La ‘casa materna’ el no lugar de la salud intercultural

Dentro del contexto boliviano, indagar en los procesos mediante los cuales se piensa y se implementan los modelos de salud intercultural, es central para pensar en las propuestas que buscan el reconocimiento de otro tipo de medicinas, de las diferentes formas de percibir la salud y de las diferentes necesidades en salud que demanda el contexto sociopolítico del país.

Para entender y tener una mayor amplitud hacia una mirada crítica de la salud intercultural, los testimonios, la experiencia de observación no participativa dentro de los centros de salud, el diálogo con las y los funcionarios que son parte del bono Juana Azurduy y con el personal médico de los hospitales, son vitales en la reconstrucción de una realidad latente dentro de la salud en Bolivia.

Si bien la implementación de la salud intercultural en Bolivia surge de una visión institucional sobre la misma (Ramírez 2008) el contenido de la interculturalidad se ejecuta sobre una población determinada, dejando de lado la reformulación y revisión del sistema de salud en general. De ahí que políticas como las del bono, surjan en un escenario poco claro en cuanto a la salud intercultural.

Si bien el bono está enfocado en una población determinada, dentro de la normativa se atraviesa por el mismo proceso abstracto del entendimiento de la salud intercultural.

Dentro de uno de los hospitales que se rige bajo la normativa de salud intercultural y la normativa SAFCI. El hospital de segundo nivel 'Dr. Manuel Ascencio Villarroel' de Punata, localizada a 46,1 km de Cochabamba, el hospital aglutina a población rural del valle alto y consta de un espacio denominado 'casa materna' un lugar adaptado para tener partos culturalmente adecuados.

La estructura de la 'casa materna', consta de tres espacios principales: la sala de partos, la cocina, y la sala de descanso. Está ubicada en el mismo terreno que el hospital, pero en la parte posterior del mismo, junto a la oficina administrativa del bono Juana Azurduy.

La casa materna está siempre abierta, durante los días que se realizó el trabajo de campo la casa no fue visitada más que por el personal de limpieza y por la enfermera encargada de la misma.

Una de las enfermeras responsables de la 'casa materna', explicaba el bajo nivel de partos atendidos en la misma, en base a esa relación de poder que se establece entre la biomedicina y la medicina tradicional; señalando que muchas de las embarazadas no llegan a la casa materna porque no se les informa de su existencia ni de sus servicios, aseguro que son las y los doctores que no informan a las embarazadas de las posibilidades que tienen dentro del hospital para que se atiendan sus partos, señalando que prefieren mandar a todas las mujeres embarazadas al quirófano.

En relación a lo anterior, una de las entrevistadas que acude con regularidad al hospital de Punata señala lo siguiente sobre las posibilidades de elegir que parto tener:

Todo bien, pero yo quería tener normal, según a lo que las doctoras me dijeron, que no se podía tener normal. Sin embargo, si se podía tener normal parece que directamente en el hospital llegan a

tener cesárea, cesárea no más directamente, todavía no esperan no tienen ni paciencia con la mujer, por ejemplo, vos puedes elegir para tener por cesárea o normal. No preguntan, no escuchan, eso directamente – así, ya está, directamente hay que meter a cesárea-, y ya está. (Claudia, entrevista por Garcia Mildred, 20 de abril de 2016).

Este tipo de percepciones sobre las posibilidades coartadas, son el resultado de las relaciones de subalternidad y de poder que se refuerzan en la interacción médico-paciente y que no son tomadas en cuenta por las políticas de salud intercultural. Las decisiones de cómo llevar a cabo el parto, suelen ser los lugares donde se encarna la violencia del sistema de salud.

Si bien existe un discurso de poder-saber desde la medicina, con las actuales políticas de salud intercultural no se busca cuestionar estos lugares de poder, ni la generación de desigualdades y discriminación que van más allá de las diferencias culturales, y que tienen relación con la edad, la clase social, el género y la etnia.

De ahí que la afluencia a los servicios creados en sintonía con las políticas de salud intercultural, deje de lado las relaciones de poder entre médicos y pacientes, y entre las diferentes formas de concebir la medicina y la salud. El ejemplo de la ‘casa materna’, sitúa la problematización de la puesta en marcha de la salud intercultural y el tipo de relaciones que refuerza y que genera. El hecho de que los partos atendidos en el espacio de la ‘casa materna’ se encuentren muy por debajo de la sala de partos biomédicos, además de ser resultado de esas relaciones de poder que se establecen dentro del sistema de salud, también denota un factor importante en cuanto a la credibilidad y confianza que genera la institucionalización de las diferentes prácticas en salud.

La visión que desde la biomedicina se tiene hacia lo que denominan la medicina tradicional, continua siendo una visión de superioridad de la ciencia en relación a lo que se puede entender como prácticas de salud culturales y conocimiento de medicina tradicional, esto se traduce en el impacto de proyectos como los de la ‘casa materna’, la implementación del espacio físico como tal, no pone atención a las relaciones de poder que se mantienen y que hacen que el funcionamiento o el impacto de la misma hacia la población pase por el filtro de la biomedicina.

El conocimiento de parte de las y los usuarios, la valoración hacia la biomedicina como a otro tipo de medicinas, las diferencias de clase, las diferencias étnicas y de género, entre otros factores, son los que constituyen las formas de acercarse a la medicina intercultural.

Muchas de las mujeres manifestaron no conocer los servicios de la ‘casa materna’ lo que evidentemente no quiere decir que ellas no conocieran las posibilidades para tener un parto, solo que los espacios propuestos desde la institucionalidad no inciden de forma significativa dentro de las posibilidades y/o decisiones de las mujeres.

Una de las entrevistadas afirmaba no tener confianza en la ‘casa materna’, pero deseaba tener un parto natural, es decir no tener que pasar por el quirófano precisamente. Otra de las entrevistadas tenía conocimiento sobre la casa materna y sobre la posición de las y los doctores alrededor de esta:

Tienes que decirle vos al doctor para que te traigan a maternidad porque si no ellos no te traen, allá también te atienden ahí y aquí también para que te atiendan—, eso nos dijeron—ustedes tienen que decirle al doctor que les traiga a ‘casa materna’ para que puedan tener, si ustedes no le dicen ellos no les van a traer— decían. (Martha, entrevista por Garcia Mildred, 11 de abril de 2016).

Esto tiene que ver con las barreras que existen dentro del sistema biomédico hacia otro tipo de medicinas y prácticas de salud. Si bien las y los doctores no informan a las mujeres de la opción que se abre con la ‘casa materna’, las mismas mujeres acuden al hospital en muchos casos, para tener un parto asistido bajo el sistema biomédico, que ha ganado espacio en relación a otras formas de medicina.

Este escenario se vuelve complejo, en el momento en el que se introduce dentro del sistema biomédico las opciones que se entienden como medicina tradicional, la ‘casa materna’ se encuentra dentro de este escenario que genera resistencia de parte de la población hacia esa opción institucionalizada, al mismo tiempo que visibiliza las jerarquías que se construyen y se refuerzan dentro del sistema de salud.

La confianza y el conocimiento hacia espacios como los de la ‘casa materna’, pasan entre otros factores por un filtro, resultado de la visión de poder en la cual se sitúa la biomedicina, de ahí

que problematizar el espacio a partir de las relaciones sociales que este produce, sea útil para pensar lo que se está dejando de lado en la implementación de la salud intercultural y sobre todo pone en duda la acción de adaptar los espacios y de incluir dentro de los hospitales a médicos tradicionales o parteras, situación que se da a partir de una visión institucional y hegemónica de la interculturalidad.

Las decisiones sobre dónde y bajo qué circunstancias realizar el parto, tienen dimensiones que exceden esta investigación. Sin embargo, ayudan a situar la problemática dentro del contexto de la salud intercultural y las intersecciones que atraviesan la salud reproductiva. En lo que sigue del texto se ahonda en el análisis articulado de las decisiones y de las prácticas que se dan a partir de la creación de espacios como los de la ‘casa materna’.

2.1 El por fuera de la institucionalidad, conocimientos y prácticas que superan las estructuras.

La salud intercultural, se pensó dentro un marco que interpreta las desigualdades y discriminaciones como parte de la falta de inclusión de una perspectiva cultural dentro del sistema de salud y esta perspectiva cultural es la de los indígenas, pensados y representados como un bloque homogéneo y minoritario, de ahí que se hable de una complementariedad de la medicina tradicional con la biomedicina, y no se tome en cuenta otras formas de practicar la medicina y concebir la salud.

La investigadora Susana Ramírez, apunta la centralidad de pensar la mejora de salud en un nivel macro:

La medida se pensó para la mayoría de los países latinoamericanos en donde la población indígena es minoritaria y marginal. Sin embargo, en Bolivia gran parte de la población es indígena, por lo tanto, no se debería haber pensado en la creación de una salud intercultural dirigida a población indígena (básicamente rural), sino en la mejora de la salud pública para todos, ya que en el país la población indígena no se encuentra sólo en las zonas aisladas, está también en las ciudades.

(Ramírez 2011, 43-44).

El entendimiento de la salud intercultural se concentra en ese tipo ideal de indígena que vive en las zonas rurales del país y tiene sus propias prácticas tradicionales, y que va al hospital en el que encuentra a un médico tradicional y un biomédico.

El bajo nivel de partos atendidos en la ‘casa materna’ tiene que ver con el conocimiento que no se encuentra dentro de los hospitales, ese conocimiento que circula por los trayectos de vida y que no se concentran en una población determinada ni en un territorio determinado. De ahí que la construcción de espacios como los de la ‘casa materna’ no sea una opción legítima para las personas; pues no se trata de que la institución les otorgue a estas otras prácticas validez, sino que el conocimiento de la medicina tradicional se da a partir de otros contextos.

El que la ‘casa materna’ no atienda un alto número de partos tiene que ver con que las mujeres y las familias en general, asocian la medicina tradicional, alternativa y otras, con un contexto y con relaciones en específico, ellas tienen la posibilidad y la capacidad de enterarse cuales son las diferentes formas de cuidado y de parto que puede brindarles, por ejemplo, la partera de la comunidad, que no se la conoce por medio del hospital, sino de otros circuitos de relaciones más familiares, así la confianza en la partera o en el médico tradicional no se la adquiere por medio de la institucionalidad, sino de las relaciones familiares, de amistades y vecinales.

Las personas que buscan otro tipo de medicina no acuden al hospital porque saben dónde pueden encontrar a la partera de confianza, a las curanderas y al médico tradicional. Acuden a los hospitales porque buscan la atención de un especialista biomédico y en el caso del bono porque se les condiciona a que se atiendan y hagan sus controles dentro de los centros de salud y hospitales.

Esto se presenta como una contradicción cuando se habla de salud intercultural pues se limita las opciones de las mujeres para elegir las diferentes formas de cuidado, buscando que muchas se acostumbren a visitar al médico dentro del hospital. Y así validando la institucionalización de las prácticas de salud y precarizando el trabajo y las acciones que estén por fuera del reconocimiento institucional.

Las condicionantes del bono y en su objetivo como tal -el parto institucionalizado- además de la visión sobre la salud biomédica, como la única alternativa para enfrentarse a la mortalidad

materna e infantil, son ejemplos para ilustrar la puesta en práctica de una salud intercultural abstracta.

Se busca incentivar mediante una transferencia monetaria a que las mujeres acudan a los centros de atención biomédica, de forma regular en la etapa de embarazo, parto y postparto. Esta medida no toma en cuenta las posibles decisiones sobre la salud de las mujeres, negando por un lado la diversidad de decisiones sobre el parto y cuidados durante el embarazo.

La institucionalización de la biomedicina implica que muchas mujeres deben renunciar a la libre decisión sobre su parto, algunas que se encuentran en una mejor situación económica y social deciden tener el parto en hospitales privados, asegurando el temor que generan los hospitales públicos:

O sea, yo me estaba haciendo atender en una privada, y como mi mamá y mi papá, no me querían mandar aquí, porque tenía miedo de que había rumores que la atención era pésima, y a mi mamá no le ha gustado eso.

Resulta que bueno, le ha contado a mi esposo diciendo que – no, tienes que llevarle a la privada, porque ahí no le van a atender como debe ser, aunque pagando, pero mejor es que le lleves a una privada- y me han traído a la privada. (María, entrevista por Garcia Mildred, 12 de abril de 2016).

La mayoría de las mujeres entrevistadas que están inscritas en el bono, no tienen ningún tipo de salario por el trabajo que realiza, lo cual genera una situación de dependencia con la familia o con la pareja. Este es un factor que en muchos casos imposibilita la toma de decisiones sobre sus propios partos. Sólo las mujeres o las familias que tienen la posibilidad de pagar el parto en un hospital privado, pueden decidir por este camino, a costa de perder los 35 dólares que corresponde el pago del parto institucionalizado dentro del bono Juana Azurduy.

El optar por partos no institucionalizados también denota no solo la desconfianza en el sistema de salud público, sino otros tipos de prácticas culturales, sociales y de vida que tienen las mujeres, que no necesariamente se identifican como indígenas. Esto es importante, en la medida que la salud intercultural impartida desde el estado entiende la interculturalidad como una complementariedad entre la medicina tradicional, ejercida por los pueblos indígenas y la biomedicina ejercida por los no indígenas. Así los proyectos en salud intercultural tienden a

excluir a toda esa población indígena que vive en las ciudades y que también tiene prácticas de salud cultural o alternativa.

En la siguiente entrevista, Bernarda hacía referencia a su deseo de tener un parto en casa en la ciudad asistido por personas de confianza. Sin embargo, y para contrarrestar el discurso institucional de la salud intercultural, ella no se identificaba con ninguna etnia y tenía además la opción de tener un parto en una institución privada:

Estoy haciendo mis controles no más aquí. Estoy pensando tener con medico particular puede ser, igual a veces digo en mi casa no más. Tengo amigos y además tengo miedo, es que, es bien difícil tener a veces, aquí es mucho sufrimiento, ahora que veo, esperan hasta el último momento, entonces sufren mucho. (Bernarda, entrevista por Garcia Mildred, 8 de abril de 2016).

El miedo al sufrimiento y a las posibles consecuencias que pueda traer el tener partos en las entidades de salud públicas, es un factor de preocupación general entre las entrevistadas, como se señaló anteriormente no todas pueden acceder a otro tipo de servicios, esto tiene que ver con el nivel económico, las creencias y prácticas, la etnia, la religión y la edad de las mujeres.

Ahora bien, las posibilidades que se gestan dentro de la institución pública de salud, no siempre cumplen con los requerimientos para impartir una salud intercultural, y esto tiene que ver con la división campo/ciudad, indígena/mestizo. En el hospital Cochabamba, no se cuenta con salas para realizar partos culturalmente adecuados, ni con la opción de elegir el tipo de parto que cada mujer quisiera tener, en muchos casos no se respeta la decisión de tener un parto natural. Este hecho no es novedad dentro de los debates sobre salud, y se piensa que la violencia y la discriminación tiene que ver con la relación médico-paciente únicamente, con lo cual no se indaga ni se problematiza alrededor de la formación y la estructura de la salud en general.

3. Las del campo: etnicidad, clase, género y modelos de interculturalidad

En este apartado se pretenden problematizar los modelos de etnicidad que son impulsados a través de la salud intercultural y los programas de salud pública, haciendo una conexión con las relaciones de clase y de género que constituyen la realidad de uno de los programas de salud reproductiva y materna más grandes del país, el bono Juana Azurduy.

El factor étnico dentro de los debates sobre salud intercultural, ayuda a evidenciar algunas de las problemáticas centrales para enfrentarse a un cambio dentro del paradigma de salud dominante en Bolivia, si bien la interculturalidad en salud se implementa en el país a partir de un giro social y político, que busca de alguna forma el reconocimiento y la inclusión de otras formas de entender las relaciones en salud, los modelos de interculturalidad no inciden de forma efectiva dentro de las relaciones jerárquicas y discriminadoras que caracterizan a la salud en el país.

Lo anterior tiene que ver con la diferenciación que se hace desde la concepción de la salud intercultural, entre la biomedicina y la medicina tradicional, y el entendimiento de la medicina tradicional como minoritaria. La misma que excluye y que homogeneiza la realidad de lo indígena, y de las practicas diferentes a la biomedicina.

Así el entendimiento de la medicina tradicional ahonda en la división del campo/ciudad, pues entiende que la medicina tradicional es propia de las comunidades y pueblos indígenas, que se encuentran alejados de los centros urbanos.

Esta perspectiva hace que programas de salud intercultural se lleven a cabo en zonas consideradas indígenas, cuando en Bolivia una gran cantidad de indígenas habitan los centros urbanos y los municipios aledaños a las ciudades.

La base desde la cual se generan políticas de salud intercultural, no toma en cuenta los diferentes niveles ni las diferentes relaciones que se establecen dentro del sistema de salud, y reduce el alcance y el impacto de la salud intercultural a una problematización y reconocimiento de los aspectos culturales únicamente, dejando de lado los factores como la clase, la etnia y el género.

Mara Viveros hace una relación de cuáles son los aspectos que se dejan de lado en los debates sobre la etnicidad en América Latina, y nos ayuda a pensar la importancia de la interseccionalidad como una herramienta indispensable para debatir las desigualdades dentro del sistema de salud que impacta en la vida de las mujeres:

En América Latina, los estudios sobre raza, etnicidad, género y sexualidades eran nichos teóricos que trabajaban estos temas de forma relativamente autónoma. El tema de la “raza” ha sido abordado en sus nexos con las desigualdades sociales y muy poco en relación con las desigualdades

de género y sexualidad. Como se ha mostrado en distintos trabajos, la historia de las desigualdades sociales en América Latina tiene, de maneras diversas, una dimensión racial que se ha constituido a lo largo del tiempo desde el período colonial. Igualmente, se ha advertido que en América Latina el orden socio-racial jerárquico de las desigualdades interactúa con la etnicidad. Mientras el orden racial produce unas formas de clasificación social arbitrarias de las apariencias físicas, la etnicidad genera diferencias que conllevan marcas culturales también construidas socialmente. (Viveros 2008, 7).

Así la perspectiva que se construye a partir de la interculturalidad entiende las relaciones dentro del mundo indígena como relaciones armónicas y homogéneas, y considera que la complementariedad de la biomedicina y la medicina tradicional es una forma útil para implementar la interculturalidad en salud. Al considerar las relaciones étnicas como homogéneas y destinadas para un tipo de población indígena - rural y minoritaria, niega la heterogeneidad de la sociedad boliviana y sobre todo la generación de relaciones de poder dentro de las mismas culturas y pueblos originarios.

Un resultado del trabajo de campo, realizado en tres diferentes localidades de la ciudad de Cochabamba, y en dos hospitales que se rigen bajo la normativa de salud familiar comunitaria intercultural SAFCI, ayuda a problematizar el factor étnico de la construcción de esta normativa en salud. Es la articulación de dimensiones como las de edad, nivel de estudios, etnia y clase, las que se ven encarnadas en las diferentes realidades de las mujeres entrevistadas.

Las mujeres entrevistadas de Punata y sus alrededores en el valle alto y de Capinota y las comunidades que la rodean, tienen orígenes quechuas, de ahí que la mayoría tenga como lengua materna el quechua. En muchos casos las mujeres que viven en comunidades rurales alejadas de los municipios, tienen al quechua como única lengua. El lenguaje dentro de las relaciones que se establecen en los centros de salud y hospitales es central para enmarcarlo dentro una relación étnica específica.

Muchas de las mujeres entrevistadas en estos dos municipios hacían insistencia en la discriminación a partir del lenguaje, argumentando que este se presenta como una barrera a la hora de establecer un diálogo con el personal médico y que es utilizado como una excusa para justificar el trato violento y la discriminación que permean a espacios como los hospitales. Este factor tiene que ver con una estructura más compleja que solo el lenguaje y está constituido

precisamente por las relaciones étnicas y de clase que funcionan como un marcador de diferenciación de los indígenas/campesinos con lo mestizos/urbanos.

Muy pocas de las entrevistadas contaron experiencias de discriminación por el hecho de pertenecer a áreas rurales o campesinas, pero si identificaron las discriminaciones que se dan a partir de tener una condición de clase y étnica específica. De ahí que para algunas de ellas las experiencias de discriminación y mal trato estén asociadas a la falta de educación, al idioma y procedencia social. Así lo manifiestan algunas mujeres entrevistadas en diferentes hospitales de la ciudad:

No. Pero yo me doy cuenta que a las personas que no han estudiado, por decir, les cuesta expresarse y hacer entender lo que ellas sienten ¿entiendes?, son poco expresivas, digamos en su mente dicen –tengo una fiebre ¿cómo le digo al doctor?– entonces no pueden expresarse fácilmente y eso les dificulta en la comunicación con el doctor. (Milagros, entrevista por Garcia Mildred, 30 de marzo de 2016).

Sí, tengo ganas que decirles que sí, entonces en ese... bueno, se me saldría de mi boca lo que hay en ese momento. Pero deberían de atendernos bien, se supone que estamos viniendo a un centro de salud para que ellos nos puedan ayudar, pero resulta que nos atienden pésimo y eso no está bien. Hay gente que vienen desde lejos, y no tienen conocimiento y que te gritoneen... se ve horrible, y en temas de un profesional, no tienen ética, para mí no. Es mucha la discriminación porque por ejemplo, viene la gente de campo que no tiene conocimiento y que no sabe hablar el idioma castellano y... que le hable en quechua y que le esté gritando. Él siendo profesional debería de explicarle –esto, esto- en el idioma que ella pueda. Eso es mi pensamiento. (María, entrevista por Garcia Mildred, 12 de abril de 2016).

Sí porque las mujeres del campo mayormente tienen miedo de que el doctor te dice –vas a estar cómoda, vas a hacer lo que yo te diga– y la mujer tiene miedo y a veces no le entiende, porque las mujeres del campo mayormente hablan quechua y no entienden castellano (Pamela, entrevista por Garcia Mildred, 15 de abril de 2016).

A mí si bien, porque no sé, a mí me tratan bien, tal vez porque soy entradora, no sé, pero hay otras mujeres a las que les tratan mal, tal vez porque son del campo, por ejemplo, les tratan mal no les atienden bien les riñen. (Tamia, entrevista por Garcia Mildred, 26 de abril de 2016).

Las mujeres entrevistadas identificaban al lenguaje como un generador de discriminación hacia las ‘mujeres del campo’, marcando así una diferencia entre ellas que hablan el castellano y que viven en las zonas urbanas de los municipios, que dé están en contacto con ese mundo urbano que las distancia del campo.

Evidentemente están en otra posición económica y social que hace que se establezca una diferencia con sus compañeras del campo, muchas de las entrevistadas pudieron terminar el bachillerato, y el contacto con lo urbano y las relaciones que se dan a partir de esto marcan diferencia con otras mujeres que no ingresaron a la educación básica.

El nivel económico y las relaciones que las mujeres construyen al estar viviendo en centros urbanos y estar vinculadas a otro tipo de relaciones que se alejan del campo, también forman parte de un entramado complejo que puede ser abordado desde la crítica al colonialismo y los resabios que de este siguen existiendo, se manifiestan de forma material en la vida y los cuerpos de las mujeres. De ahí que se mantiene el estigma a lo indígena, cholo y lo diferente.

Si bien se puede pensar que las mujeres que identifican la discriminación hacia sus compañeras de campo, reúnen cierto tipo de capital social, cultural y simbólico que las diferencia de las mujeres rurales, existe también esa brecha con el personal médico. Brecha que es marcada por las jerarquías que se establecen y se refuerzan en el sistema de salud en Bolivia.

Las relaciones se diferencian por los factores que constituyen las clases sociales, de ahí que sea diferente las relaciones del paciente con el médico, con las enfermeras, y con otras mujeres, y esos factores responden no solo a la clase, sino también a la etnia y al género. Las jerarquías tienden siempre a funcionar como una escalera dentro del sistema de salud, donde una posición privilegiada la ocupan los doctores y doctoras, las enfermeras, los estudiantes y por ultimo las pacientes. Las mismas no son estáticas y producen siempre a un subordinado, de ahí que las mujeres que son parte del bono no provengan todas de una misma clase ni experimenten su paso por el sistema de salud público de la misma forma.

Esta escalera de jerarquía es también una cadena de violencia, que comienza en los niveles más básicos de la educación en salud. La salud intercultural y las políticas que atienden a poblaciones consideradas como ‘vulnerables’, en el caso del bono, mujeres desempleadas, que no tienen

ningún tipo de seguro social, dependientes económicamente, en muchos casos con un bajo nivel de escolaridad. No toman en cuenta las diferentes articulaciones de clase, etnia y género que se encarnan en las experiencias de las mujeres y que en el caso revisado son centrales para pensar en la salud sexual y reproductiva, así como la posibilidad de decisiones sobre maternidad y sexualidad.

De ahí que el planteamiento de la salud intercultural contiene un sesgo sobre las desigualdades existentes que inciden dentro de problemáticas como las de la mortalidad materna e infantil, Susana Ramírez afirma lo siguiente en relación a las falencias del sistema público de salud:

El proyecto político de cambio, que persigue la complementación de ambas medicinas, no coloca el análisis en las desigualdades en salud que poseen estas poblaciones; y no precisamente porque no haya sido reconocido o valorada su propia medicina, sino por las falencias del sistema público de salud boliviano. (Ramírez 2011, 49).

Al dejar de lado el análisis de las desigualdades en la salud, hace que la implementación de proyectos y programas que se encuentran regulados por la normativa SAFCI, y la construcción de espacios adecuados para llevar a cabo la atención intercultural, se presenten como espacios y normativas que inciden en estas desigualdades, y que hacen caso omiso de los factores que constituyen las desigualdades dentro del sistema de salud.

El abordaje de las complejidades que se desprenden dentro de las relaciones étnicas y que se experimenta dentro de las políticas de salud intercultural en Bolivia, denotan el inexistente entendimiento articulado de las experiencias de las mujeres dentro del sistema de salud, la discriminación y las desigualdades por las que atraviesan las mujeres se vuelven parte de esas desigualdades propuestas desde una visión colonialista de las relaciones dentro el sistema de salud.

El no revisar la violencia médica, y considerar que se trata de casos particulares, no contribuye a la construcción de relaciones menos jerárquicas y desiguales, más bien legitima las relaciones de poder que existe en el sistema de salud boliviano. Si la interculturalidad en salud se piensa desde las relaciones culturales únicamente, se tiende a reforzar otro tipo de relaciones jerárquicas y excluyentes.

La institucionalización de lo que se dice la medicina tradicional y el fuerte contenido cultural de las políticas de salud intercultural, dejan de lado un conjunto de experiencias y realidades que constituyen, no solamente la mortalidad materna, sino que hacen de las experiencias de las mujeres cuestiones aisladas dentro de las políticas de salud.

De ahí que no se tome en cuenta las experiencias particulares dentro de muchos grupos que son considerados homogéneos. Mara Viveros señala lo siguiente respecto a la creación de dispositivos legales que condicionan el accionar y el reconocimiento y puesta en práctica de conocimientos tradicionales:

El multiculturalismo, a la manera latinoamericana, propuso un nuevo relato de las identidades nacionales y determinó la creación de un conjunto de dispositivos legales que convirtieron la ancestralidad y la cultura de las minorías étnicas en elementos de negociación política, dando lugar a formas organizativas que giran en torno a las identidades como formas legítimas de movilización política. (Viveros 2008, 14).

Sin embargo, en Bolivia la población indígena y chola no es parte de las minorías étnicas, al contrario, estas constituyen una mayoría dispersa en diferentes territorios del país, además de que su propia etnicidad no se ve definida por parámetros cerrados. Según lo señala Silvia Rivera ‘[...] el panorama de la etnicidad en Bolivia nos muestra a poblaciones enteras, que a pesar de negar ferozmente su etnicidad, convierten a este mismo acto [...] en una nueva *marca de etnicidad*’. (Rivera 2008,128), esas otras marcas de etnicidad son las que traspasan las definiciones de indígenas o mestizos, y que generan nuevas formas de articular y de experimentar las relaciones de clase y étnicas.

Las ‘marcas de etnicidad’ configuran unas nuevas redes de articulación y de vivencia de lo étnico en las poblaciones migrantes de las zonas rurales a las urbanas, y se establecen marcas que diferencian a esas poblaciones de otras, dentro de las políticas de salud intercultural, estas otras formas de etnicidad se encuentran por fuera, ya que se las entiende y se las reconoce como parte de lo mestizo, y se las asocia a prácticas ‘propias’ de lo urbano. Cuando en realidad, estas poblaciones tienen prácticas de salud propias de ese proceso de migración, y que también rescatan y mantiene prácticas que se pueden reconocer como ancestrales.

Lo anterior tiene que ver con el entendimiento de lo étnico dentro de las políticas de salud intercultural, y de cómo la reducción de estas relaciones complejas entre la biomedicina y las otras prácticas de salud, excluyen las diferentes formas de acercarse y de experimentar la salud de las mujeres. Esto aplicado concretamente al caso de la salud sexual y reproductiva, que genera las relaciones de poder entre las instituciones médicas y la población que son parte de políticas como las del bono.

3.1 Los factores que entrecruzan las decisiones y los deseos: sobre la maternidad y la anticoncepción

Políticas como las del bono Juana Azurduy, pensadas para incidir en las prácticas y el acceso a los servicios de salud de mujeres embarazadas y de niñas/os hasta los dos años como una solución ante las altas tasas de mortalidad en el país, no toman en cuenta las diferentes variables que constituyen las muertes maternas que van más allá de las visitas regulares a los centros de salud y hospitales, y que están constituidas por una articulación de relaciones de clase, etnia, género y edad, entre otras.

Al pensar la interculturalidad en salud y reducirla a un problema de inclusión y de complementariedad entre culturas, se generan las ambigüedades para abordar la violencia, las desigualdades y las regulaciones que constituyen parte central de las políticas de estado. Respecto al bono Juana Azurduy, la invisibilización de las articulaciones que constituyen las experiencias de reproducción y sexualidad de las mujeres se manifiesta en el deseo de las mujeres de no continuar con ese ‘destino ineludible’ que es la maternidad y las dificultades que atraviesan para poder tomar decisiones sobre sus cuerpos.

En este acápite se pretende realizar un análisis de las diferentes relaciones que constituyen las experiencias de las mujeres que están inscritas dentro del bono Juana Azurduy, en relación a sus posibilidades caracterizando que estas varían según la articulación de tres relaciones en particular: las de clase, etnia y edad. La edad entra en esta articulación en razón de ser un factor importante entre las mujeres entrevistadas, y también una decisión propia de situar la producción de significados, actitudes y normas en relación a la misma.

Para entender la importancia a la hora de tomar decisiones que tengan que ver con la vida reproductiva y sexual de las mujeres, no se puede dejar de hablar de las condiciones que constituyen no solamente las decisiones, sino también las condiciones que hacen posibles o imposibles los deseos y las decisiones de las mujeres. Para esta investigación es relevante indagar en la articulación de las relaciones, pues estas se ven materializadas en las experiencias y en los cuerpos de las mujeres.

Las mujeres entrevistadas para este trabajo, estaban inscritas dentro del bono Juana Azurduy, y de los cinco hospitales y centros de salud en los que se realizaron las entrevistas y la observación no participativa, se reúne el material que evidencia la heterogeneidad de casos y los deseos en relación a la maternidad, la sexualidad y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

Si bien el bono tiene como uno de los requisitos que las mujeres no tengan ningún otro tipo de seguro social, esto no necesariamente se traduce en que todas las mujeres inscritas en el bono no perciban ingresos monetarios por el trabajo que realizan, evidentemente este es un punto de partida que en muchos casos diferencia a las mujeres que viven en las zonas urbanas de las que viven en zonas rurales.

De las 32 entrevistas realizadas a mujeres en los tres municipios, solamente 10 mujeres percibían un salario informal por el trabajo que realizaban y los trabajos pagados estaban vinculados a un ámbito familiar, es decir la mayoría trabajaba o bien para la familia del concubino o para su familia.

Otro factor que tiene que ver con el trabajo, es el de las mujeres cuya familia o concubino tenía trabajo en las zonas urbanas más o menos estable. Digo más o menos estable porque en realidad en el contexto boliviano la mayoría de personas están ubicadas en circuitos de trabajos esporádicos (albañiles, obreros, trabajadoras del hogar, comerciantes, entre otras). Este factor hace que las mujeres cuyo ingreso y este les permite acceder, a métodos anticonceptivos o a hospitales privados para atender su parto, estén en una posición diferente de las mujeres que no pueden tener acceso a los anteriores.

Sin embargo, un marcador general entre las mujeres que son parte de este bono es la educación básica, de las 32 mujeres entrevistadas únicamente 5 lograron acceder a una educación

universitaria, que significa el ingreso al campo laboral más estable. La educación se perfila como un privilegio entre las familias provenientes del área rural y tiene que ver con otro factor que marca el desarrollo de sus vidas: la edad, la mayoría de las mujeres entrevistadas no superaba los 25 años y en muchos casos por la maternidad, dejaron la educación primaria sin culminar y en otros lograron culminar la misma con la ayuda de sus familias, principalmente la madre:

Sí mi mamá me lo cuida le puedo llevar a la escuela, porque me dice mi mamá –si va a llorar en la escuela el profesor tal vez se va a molestar y todo eso, entonces déjalo aquí–, me dice. (...) Yo soy la más joven pero hay hartas mujeres mamás, hay de 18... así. Mis papas ayudan con mi estudio, también me están ayudando y con todo eso del embarazo embarazo he dejado la escuela, me he salido de medio año nada más... tenía miedo. (Vanessa, entrevista por García Mildred, 14 de abril de 2016).

El fragmento es parte de una entrevista realizada a una joven de 17 años con un hijo de un año, sus estudios en la escuela se vieron interrumpidos por el embarazo, no porque sea algo ilegal continuar sino por el prejuicio de la sociedad y el temor a los juicios de valor que se realizan en relaciones a la vida de las mujeres.

Un factor importante para las mujeres que desean continuar sus estudios, es el apoyo economía parte de la familia le pueda brindar, especialmente el de la madre, que suele ser la encargada de los cuidados dentro del hogar. Algunos de los testimonios de las mujeres que pudieron retomar sus estudios, señalan la importancia del apoyo de sus madres en los cuidados:

Le dejo así medio tiempo, unas 5 horas no más le dejo el año pasado también hasta el medio día le dejaba, después el anteaño pasado no he estudiado porque estaba mal, me he dedicado más a llevarle a terapias, era un año perdido... después me dijeron –continúa no más tu estudios, qué vamos a hacer–... es que está mal de su cabeza.

Este año recién he entrado... no sé también he tomado algo corto, es de 2 años para técnico medio, como auxiliar es ¿no ve? y son 2 años yo quería uno de 5 años pero no le puedo abusar tampoco pidiendo tanto dinero y no puedo comprar siempre comida porque al venirme se lo compro siempre para ella comida, así comemos entre las dos, que va mi suegra invitarme un plato siquiera de comida. El año pasado era así cuando vivía en la casa de mi mamá, para las 12 ya estaba hecha la comida, nos ayudaba más, –era que no me venga, mi mamá me ayudaba más–, decía por qué ella cocinaba al medio día y yo cocinaba en la tarde, ella igual decía, –estás estudiando, no hija, yo te

apoyaré; aunque sea con cuidar, cocinar-, -hay no mami compraré carne-, -no hija, estudia no más-... o sea yo sentía más apoyo. (Agustina, entrevista por Garcia Mildred, 14 de abril de 2016).

Las condiciones por las que pasa Agustina son diferentes a las de una mujer que tiene las posibilidades de elegir la carrera o la formación que decida, y como lo señala a lo largo de la entrevista, otra fuera su realidad si ella hubiera tenido acceso a métodos anticonceptivos, o una educación sexual. Este es un factor que forma parte de la vida reproductiva de las mujeres, muchas de las entrevistadas no tienen conocimiento ni acceso a métodos anticonceptivos o a una educación sexual y reproductiva que respete sus decisiones y sus deseos, que hable abiertamente de las libertades sexuales y el placer de las mujeres:

Era muy difícil para mí, tenía que escoger entre la vida de mi bebe o mis estudios. Y tomé las decisiones juntas. Tuve que dejar el estudio mientras que voy a tener a mi hijo y voy a cuidarlo mientras es chiquito, y después una vez que vaya caminando, pienso dejarle a mi mamá, porque mi mamá me dijo que -te voy a ayudar con eso y ya no te preocupes, ... vas a estudiar-. Y así decidimos tenerlo. (María, entrevista por Garcia Mildred, 12 de abril de 2016).

Las decisiones alrededor de la maternidad tienen que ver con una articulación de factores que construyen las posibilidades de las mujeres a decidir. En la anterior entrevista, se pone en dilema la posibilidad de escoger entre la maternidad y los estudios, y nos sirve como ejemplo para pensar cuales son las posibilidades de que una mujer joven pueda decidir sobre su propia vida reproductiva.

A lo largo de las entrevistas, las mujeres manifestaban muy elocuentemente lo difícil que resulta la maternidad, y sobre todo para las más jóvenes o las que menos ingresos tenían, el hecho de no pasar por la maternidad de nuevo, además de cuestionar los ideas de feminidad y el romanticismo de la maternidad como algo 'natural', tiene que ver con la construcción de otros factores. En muchos casos no se trata del rechazo hacia la maternidad, sino a las condiciones que hacen que la maternidad sea para la mayoría de las mujeres un esfuerzo y sacrificio muy difícil.

Estas condiciones tienen que ver entre otras con la renuncia, la educación o una vida esperada que se ve interrumpida ya sea por un mandato a la maternidad en donde las mujeres asumen que es parte del desarrollo natural de la vida, y la aceptan como una 'bendición' o no están en las

condiciones de optar por otras alternativas –por ejemplo, el aborto—, que en muchos casos se ve como algo malo al estar penalizado.

Noelia cuenta su experiencia de vivir un embarazo en la escuela:

Le he dejado después nomas he terminado, tenía miedo ir al colegio (...) no sé, muchos compañeros me molestaban, los hombres son bien habladores, - ¡Ay que para el Luis se ha embarazado! - todo después iban a decir y tenía miedo. (...) Quería terminar, pero es que... el director tenía que hablar con mi mamá y mi mamá no ha podido ir, y por eso ya no fui (...) me ha dicho que tenía que hablar con mi mamá, porque, por qué se ha descuidado mi mamá, por qué ha pasado esas cosas, tiene que venir tu mamá para hablar o si no, no vengas sola, ven con tu mamá me dijo, y mi mamá no ha podido ir y por eso no he ido, y de ahí ya he perdido los exámenes y ya no he vuelto (...) podría volver pero no hay quien me lo mire a mi hijito, por eso no. (Noelia, entrevista por Garcia Mildred, 27 de abril de 2016).

Las diferentes circunstancias por las que pasan las mujeres jóvenes que se embarazan estando en el colegio varía mucho de acuerdo a las condiciones de clase, de etnia y en muchos casos de religión, en las escuelas públicas se mantiene un fuerte lazo con la religión (católica, principalmente) y se continúa impartiendo los principios de esta religión, a pesar que Bolivia es un estado laico. Estos factores afectan de forma significativa las decisiones que se pueden tomar en relación a una estudiante embarazada. En muchos casos el prejuicio y el castigo pesan sobre la realidad de estas mujeres obligándolas a dejar la escuela por temor a ser discriminadas.

4. ‘No siempre es un rechazo al proceso biológico’: las condiciones que se encarnan en la vida de las mujeres

El hecho de que muchas mujeres manifiesten su deseo de no volver a tener hijos, como lo señala Angela Davis al hablar sobre el control de la natalidad en el contexto de esclavitud para las mujeres negras en Estados Unidos. No tiene que ver únicamente con el rechazo al proceso biológico, sino que encuentra sentido cuando abordamos esta decisión desde un enfoque interseccional, en el que se articulan las relaciones de clase, etnia y género las que impulsan a las mujeres a tomar este tipo de decisiones.

El hecho de que las entrevistadas para esta investigación, sean precisamente mujeres que ya pasaron o están pasando por la maternidad hace que la decisión sobre volver a ser madres sea tan relevante, pues se está hablando en base a la experiencia encarnada en la vida de estas mujeres. Cuando se les preguntaba a las mujeres sobre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, muchas relacionaban la falta de ambos con la cantidad de hijas/os que tienen muchas mujeres. En primer lugar esto tiene que ver con el fuerte enfoque en salud reproductiva que desde el estado se implementa a través de diferentes programas, y a la escasa educación sexual en jóvenes y adultas, además de otros factores que cruzan los discursos sobre sexualidad, por ejemplo los fuertes discursos de las diferentes iglesias que penalizan el uso de métodos anticonceptivos y del estado que refuerza las características ‘naturales’ de la maternidad.

Las decisiones sobre la maternidad tienen que ver con las condiciones materiales de supervivencia. La mayoría de las entrevistadas no tenía ningún tipo de ingreso y los trabajos de sus parejas, en su mayoría trabajos informales, en muchos casos no rinde para mantener una familia numerosa.

En las entrevistas se manifestó el ‘no traer hijos al mundo para hacer sufrir’, pensando en la falta de recursos económicos para mantener a un hijo/a, este factor es relevante en el sentido que devala la articulación de categorías como las de clase y etnia, las mujeres pobres de áreas rurales son las que pasan por procesos de maternidad sumamente peligrosos para sus vidas y las de sus hijas/os, de ahí que las tasas de mortalidad en áreas rurales y pobres sean las más altas. La manifestación de no querer tener hijas/os para ‘no hacer sufrir’ tiene que ver con las dificultades que se presentan para que las mujeres puedan criar a sus hijas/os.

Davis (1981) señala lo siguiente en relación al aborto entre mujeres negras y latinas en Estados Unidos:

Cuando un número tan elevado de mujeres negras y latinas recurren al aborto, lo que expresan no es tanto su deseo de liberarse de su maternidad, sino por el contrario de las miserables condiciones sociales que las disuaden de traer nuevas vidas al mundo (Davis 1981, 205).

Son precisamente esas condiciones sociales que hacen que muchas mujeres no consideren oportuno volver a embarazarse y tener hijas/os, si bien el deseo no radica en el rechazo de la

maternidad como tal, tiene que ver con las diferentes relaciones de clase, etnia y género. Pues son las mujeres quienes se encargan de la vida de sus hijas/os, y sobre ellas recaen los sentimientos de culpa y castigo por no poder brindarles seguridad social a sus hijos.

Las condiciones materiales pobres definen, en algunos casos, las decisiones de las mujeres hacia la maternidad y este es un aspecto de la política de salud reproductiva que no se toma en cuenta, se considera que con el acceso a controles mensuales y a una retribución monetaria los índices de la mortalidad materna pueden bajar, pero no se toma en cuenta las intersecciones que constituyen este problema.

La retribución monetaria puede significar una ‘ayuda’ como muchas de las mujeres manifestaron durante las entrevistas, pero en muchos casos también constituye el establecimiento de lo que se debe y lo que no se debe. Para muchos médicos y el personal de salud, el dinero de la transferencia tiene resultados positivos en el sentido que hace que las mujeres que antes no acudían a los hospitales y centros de salud tengan por la condicionalidad que acudir a los mismos, no sólo a emergencias, sino como un hábito. Sin embargo, para los mismos doctores la transferencia de dinero ‘hace que las mujeres se embaracen más’ esta perspectiva contiene un alto nivel de discriminación y estereotipos, pues se cree que las mujeres por recibir el bono se embarazan, cuando esto no es parte de la realidad, así lo demuestra el propio discurso de las mujeres, quienes desean no volver a tener hijos por la dificultad y el sacrificio que esto significa.

Así mismo, el acceso y el conocimiento de métodos anticonceptivos y planificación familiar, tiene que ver con este entrecruzamiento de relaciones que constituyen la vida de las mujeres. Para muchas mujeres entrevistadas, el ser del campo significa que no se conoce o no se puede acceder a una educación sexual y reproductiva, y los estereotipos que se crean alrededor de las mujeres del campo que tienen muchos hijos cuya vida reproductiva es activa y continua, usualmente son reforzados por las instituciones y la sociedad en general. Las que no consideran las variables que se entrecruzan para que las mujeres no puedan tener un control y decisión sobre su vida reproductiva.

Sin embargo, es importante resaltar que las mujeres del campo, indígenas, de las áreas rurales y urbanas tienen prácticas y conocimientos que son utilizadas como métodos anticonceptivos y que generan de alguna forma agencia en cuanto a las formas de cuidarse y de vivir su sexualidad y

salud, que exceden la institucionalización de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, al igual que circulan por espacios que no necesariamente están en los centros de salud y los hospitales, y que no son validados por la biomedicina pues no caben dentro de las definiciones y los programas de salud interculturales.

No se trata de que estos conocimientos y prácticas sean las que den a las mujeres las posibilidades de tomar sus decisiones de forma autónoma, sino que son parte de las estrategias que muchas mujeres utilizan para cuidarse y que sin duda alguna significan una posibilidad dentro de muy pocas.

Son diferentes las formas en que las mujeres pueden tener las posibilidades y el conocimiento para tomar decisiones que provienen de sus propios deseos y de su contexto económico y social. El poner la educación sexual y reproductiva en un nivel casi inalcanzable para muchas mujeres, no posibilita la toma de decisiones sobre su propia vida. Políticas públicas que se enfocan en la reproducción y reducen a la sexualidad como parte de la reproducción, no consideran las variables que entrecruzan las posibilidades y los deseos de las mujeres.

5. Conclusiones

La implementación de políticas de salud intercultural en la salud reproductiva y sexual de las mujeres, se plantea dentro de un escenario complejo a nivel nacional; donde la mortalidad materna e infantil afecta de forma más aguda en áreas rurales y peri urbana, ésta tiene que ver con factores claves para entender la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, vemos como se deja de lado relaciones de clase, de etnia y de género en la implementación de programas enfocados en lidiar con problemáticas como las de la mortalidad materna e infantil.

El entendimiento y puesta en práctica de la salud intercultural en lo que respecta a salud sexual y reproductiva, es un entendimiento abstracto y que en muchos casos se contradice con los pautas de la interculturalidad. Además de que excluye e invisibiliza las diferentes formas y condiciones desde las cuales las mujeres ingresan como sujetos ‘vulnerables’ a la institucionalización de la salud biomédica.

Dejando de lado las complejidades que se tejen dentro de la salud como tal, y las tensiones que se crean dentro de las prácticas de medicina ‘tradicional’ y la biomedicina. La conformación de

espacios y de cierto tipo de normativas interculturales, en muchos casos tiende a reforzar estereotipos étnicos que no reconocen ni reaccionan a las diferencias y las relaciones de poder que se instauran dentro las mismas culturas, que son consideradas armónicas y homogéneas.

La institucionalización de la interculturalidad en salud y el entendimiento de la misma como parte de una complementariedad pacífica y homogénea entre la biomedicina y la medicina tradicional, no sólo deja de lado las otras y diferentes formas de entender y practicar la salud, sino que no pone atención a las tensiones y relaciones de poder que se establecen dentro un mismo grupo étnico, o cultural. Cuestión que no incide en la generación de desigualdades dentro de un contexto plurinacional como el boliviano.

El bono Juana Azurduy, al no tomar en cuenta las diferentes relaciones económicas y de clase que tienen las mujeres inscritas en el mismo, -si bien no pretende resolver estas relaciones de desigualdades que se generaran a partir de las relaciones de clase, etnia y género-, la iniciativa de la transferencia monetaria y la condicionalidad de la mismas generan una especie de habitus, en el sentido que establece las normativas para el cuidado de los embarazos, la institucionalización de los cuidados y el parto. Cuestión que se contradice con el respeto y principio de complementariedad de la medicina intercultural institucionalizada, y condiciona la toma de decisiones de las mujeres a una ‘correcta’ forma de llevar los embarazos y el parto.

El ignorar las relaciones jerárquicas y de poder que se potencian en la salud pública, se expresa en la cantidad de experiencias que relatan en los testimonios sobre violencia en los establecimientos de salud, donde las mujeres deberían sentirse seguras y atendidas de acuerdo a sus necesidades, sean estas culturales, religiosas, medicas, etc. Sienten y encarnan la violencia de una de las instituciones sobrevaloradas por la sociedad; la medicina.

Las contradicciones de no evidenciar el problema de la medicina desde su formación profesional, las jerarquías sociales que se sustentan en una estratificación dentro del sistema de salud en general; tienen como resultado la implantación de programas y normativas sobre salud intercultural poco útiles, y en muchos casos, estas inciden en la violencia obstétrica de forma tan naturalizada que muy pocas veces se denuncia y se la evidencia.

Conclusiones

1. Las experiencias, decisiones y posibilidades que constituyen la salud y la vida de las mujeres.

Pensar en la producción de significados y en las experiencias de salud reproductiva y sexual de las mujeres, dentro de una política pública, encuentra en su devenir varias aristas, que ilustran de alguna forma las complejidades que se encuentran en dentro de procesos tales como la maternidad y la salud sexual.

La construcción de políticas que atiendan a problemas como el de la mortalidad materna e infantil, dejan de lado las experiencias y las trayectorias que constituyen el problema. Enfocándose en la atención desde la biomedicina y con incentivos económicos a que un problema que presenta un conjunto de causas que lo constituyen sea abordado únicamente desde la perspectiva medica de los cuidados.

Si bien en el desarrollo del texto se traza un escenario particular desde el cual se analiza la regulación y el control a partir de políticas públicas, sobre el cuerpo y la vida de las mujeres inscritas en programas de salud públicos, del diálogo y de los testimonios recogidos en el trabajo de campo se evidencia la re-significación de concepciones y roles establecidos desde las políticas sociales, y desde otras instituciones que conforman un discurso de poder-saber sobre la salud reproductiva y sexual de las mujeres.

El reforzamiento de discriminaciones y de estereotipos basados en el entendimiento de la salud reproductiva y sexual desde el estado, genera desconfianza y no incide de forma positiva en el maltrato hacia las mujeres que acuden a los servicios de salud pública.

La biomedicina se presenta como un escenario donde se posicionan discursos de poder-saber y sobre estos discursos se levantan significados que afianzan no solamente los roles sociales de mujeres y hombres, sino que construyen hegemonía alrededor de la ciencia y la verdad. Dejando de lado otras formas de ver la salud y la medicina. En el contexto plurinacional boliviano está visión hegemónica no solo significa el excluir las otras formas de medicina, sino que reproduce relaciones de poder y jerarquía dentro del sistema de salud, que se encarnan en el trato de médico/paciente, pero también dentro del personal de salud en general.

En el desarrollo de esta investigación se buscó analizar la generación de significados alrededor de una política pública, que busca enfrentarse a un problema real y latente en el contexto boliviano, centrando la experiencia y los testimonios de las mujeres como el punto de partida para entender esa producción de significados. No se puede considerar que la política pública atiende a un ámbito específico sin tomar en cuenta los intereses y las representaciones que se da desde la misma hacia la salud de las mujeres.

Al ser la política pública un campo en disputa, el análisis de los significados, tanto como el análisis de la política en sí misma, resultan relevantes a la hora de pensar en la regulación y en los procesos que se instalan a partir de una concepción sobre la salud de las mujeres y en qué medida esta se presenta como algo importante para el estado y las instituciones. En el caso analizado para esta investigación las mujeres importan en tanto madres, -es decir la construcción social de la maternidad como un proceso ‘natural’ de la vida de las mujeres- adquiere fuerza dentro de la construcción de políticas públicas que atienden a las demandas de las mujeres.

Lo anterior se ve reflejado en el fuerte enfoque sobre la salud reproductiva que se mantiene dentro de las políticas de estado sobre la vida de las mujeres, donde la política pública esta reforzando las ideas construidas sobre la maternidad y las ‘funciones’ del cuerpo de las mujeres. Entender un problema como el de las muertes maternas, únicamente desde un punto de vista del cuidado y la atención hacia la etapa del embarazo, parto y pos parto enfocándose en controles regulares que poco atienden a las dudas y preocupaciones que tiene las mujeres embarazadas, pues muchas de las entrevistadas asociaban los controles como parte de un proceso burocrático más que un beneficio hacia su salud.

El maltrato y la discriminación por las que pasan las mujeres dentro del sistema médico suele ser naturalizado, y muy pocas veces se logra visibilizar las relaciones de poder que se establecen dentro del trato médico-paciente. Estas relaciones responden también a las condiciones de cada mujer.

Por otro lado, el dejar de lado la salud sexual dentro del bono Juana Azurduy, tiene efectos dentro de la vida de las mujeres y están marcada por una articulación de factores que hacen que las mujeres pierdan, en cierta medida, la capacidad de tomar decisiones sobre sus propios

cuerpos y sus vidas. Esta falta de autonomía está relacionada a varios factores que construyen el conocimiento y acceso a salud sexual y reproductiva que responda a las demandas de las mujeres, respetando las diferencias, culturales, económicas, religiosas, ideológicas, sexuales y de género.

En este acápite se pretende hacer una condensación de las principales ideas desarrolladas en el texto, concentrando los puntos centrales que dieron paso a la construcción de los ejes analíticos presentados a lo largo del trabajo, los que se pueden resumir en los siguientes tres puntos:

- La maternidad como el “destino ineludible” de las mujeres, los deseos y las posibilidades de decidir sobre el cuerpo.
- La sexualidad desplazada a los márgenes en la salud.
- La salud intercultural como una experiencia ciega a la realidad.

Estos tres puntos son resultado del trabajo de campo y el análisis que se presentan en esta investigación, y forman parte del análisis para entender la producción de significados de una política de salud reproductiva, los mismos se encuentran enmarcados precisamente en ese contexto. Donde las instituciones y el estado a través de la construcción y puesta en marcha de políticas públicas inscriben nociones y significados sobre la reproducción, la sexualidad y la salud de las mujeres.

2. La maternidad como el ‘destino ineludible’ de las mujeres, los deseos y las posibilidades de decidir sobre el cuerpo

El impacto que causaron las experiencias de las mujeres entrevistadas, que ayudaron a condensar el debate alrededor de la reproducción y la maternidad, ambas vistas desde los ojos del estado y las instituciones como parte ‘natural’ de la vida, son factores constitutivos del análisis que se presentó en el desarrollo de esta investigación.

La producción de significados y prácticas que se establecen a partir de la relación entre sujetos ‘beneficiarios’ y las políticas públicas como la del bono, redundan en la conformación de sentires y de prácticas que determinan las decisiones sobre la vida reproductiva y sexual de las mujeres.

El bono Juana Azurduy se enfoque en la maternidad y en la salud reproductiva, sin problematizar la vivencia de la maternidad como tal, ni por qué las mujeres que están en embarazo o son madres, mueren al igual que sus hijos, este factor sirve como un punto central para debatir cuáles son los significados que se validan desde las políticas sociales y cuáles son los que se ignoran por completo.

La maternidad entendida desde las políticas sociales, el estado e instituciones como la médica, como un proceso 'natural' en la vida de las mujeres, -ser madres- se presenta como el 'destino ineludible' para muchas mujeres. De ahí que para el estado y las instituciones la maternidad es una de las principales 'funciones' que cumplen las mujeres, cuestión que deja de lado las condiciones materiales y emocionales bajo las cuales se presiona a las mujeres a seguir ese camino considerado 'natural'.

Las políticas públicas como la del bono Juana Azurduy, no toman en cuenta la construcción social de la maternidad ni los cambios que esta implica en la vida de las mujeres, y se enfocan únicamente en que el proceso se lleve a cabo brindando una atención médica regular y creando significados sobre la existencia de una maternidad responsable y saludable, que no toma en cuenta las condiciones materiales y emocionales por las que pasan las mujeres en el embarazo.

A lo largo del trabajo de campo la experiencia de las mujeres fue central para situar la investigación dentro de un contexto particular y al mismo tiempo reconocer la heterogeneidad de casos que podrían surgir desde diferentes lugares a pesar de la particularidad de cada caso. Un sentimiento que surgió de la mayoría de las entrevistadas fue el ocasionado por re-pensar la maternidad, es decir sobre el deseo de volver a ser madre. Las respuestas dieron paso a construir una reflexión sobre este punto como algo central en la vida de las mujeres, y como un potente discurso que señala el quiebre con los afianzados por la sociedad en general.

En el capítulo tres sobre la maternidad, los deseos y las posibilidades de las mujeres se indaga sobre este punto que considero sumamente relevante a la hora de centrarse en las prácticas de las mujeres y en la creación de significados a partir de la construcción del sujeto mujer madre. Si bien el deseo de no volver a ser madre es parte de la agencia y de las decisiones que toman las mujeres durante su vida, este deseo no siempre puede llevarse adelante por diferentes factores que atraviesan las decisiones y que terminan determinando la vida de las mujeres.

Como se desarrolló a lo largo de los capítulos tres y cuatro esta decisión no siempre se plantea como un rechazo a la maternidad como tal, o al proceso biológico, sino que tiene que ver con las condiciones en las cuales las mujeres viven la maternidad y son precisamente esas condiciones las que se dejan de lado a la hora de construir políticas públicas que atiendan a la salud de las mujeres.

Estas condiciones son las que determinan en muchos casos el deseo de no volver a tener hijos, muchas de las mujeres entrevistadas no planificaron sus embarazos y manifestaron las dificultades que se presentan en la crianza de un niño/a, el manifestar que no quieren traer al mundo hijas/os para ‘hacer sufrir’ esta afirmación contiene en sí misma la capacidad de una mujer de decidir sobre su propio futuro y el de sus hijas/os.

La mayoría de mujeres entrevistadas no perciben ingresos económicos por el trabajo que realizan y se encuentran en situaciones de dependencia, que aumentan las posibilidades de caer en líneas de pobreza y miseria. La educación también se perfila dentro de estos factores que constituyen el ingreso de las mujeres en el mundo laboral, muchas de las entrevistadas no lograron realizar una carrera universitaria y en muchos casos terminar la educación básica, precisamente por los embarazos y la maternidad.

Así pues el factor económico, las desventajas en el mundo laboral, las prácticas y creencias culturales sobre el rol de la mujer, hacen que las experiencias de maternidad estén definidas por un conjunto de desigualdades que se materializan en la vida de las mujeres.

Si bien la mortalidad materna tiene que ver con la salud, la solución de brindar a las mujeres sin seguros sociales una transferencia de dinero por acudir a los servicios de salud, ignora la complejidad del problema, pues en primer lugar las mujeres resaltan que los servicios médicos que se les ofrece en muchos casos violenta su forma de llevar sus embarazos y quedan expuestas al maltrato del servicio de salud público.

De ahí la crítica hacia los modelos y programas de salud intercultural que dejan vacíos a la hora de hablar de ese maltrato y violencia que se ejerce dentro de las instituciones de salud, encargadas de llevar adelante programas como los del bono Juana Azurduy.

3. La sexualidad desplazada a los márgenes de la salud

El conocimiento y acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos y a salud sexual es un factor clave para entender el abordaje de las políticas de salud que se impulsan desde el estado, al mismo tiempo que se perfila como uno de los factores que incide en la toma de decisiones sobre la maternidad y la sexualidad. El bono Juana Azurduy al dejar de lado la educación sexual y la planificación familiar reduce las posibilidades de las mujeres a tener un control y autonomía sobre las formas de vivir su sexualidad, sin que esta implique la reproducción como tal.

La construcción de la sexualidad desde las políticas públicas es clave para entender la división sexual del trabajo y la regulación del cuerpo, son a través de las políticas de salud que se aplican los significados de diferenciación sexual y del género, los que constituyen los pilares funcionales de la familia y la reproducción social, de ahí que la normalización de la sexualidad este sumamente arraigada en el proceder del estado y de las instituciones. La medicina como un campo de poder-sacer constituye una herramienta fundamental para la regulación de la sexualidad y la funcionalidad de los cuerpos.

El control institucional sobre la educación sexual y los métodos anticonceptivos hace que el acceso a los mismos de parte de la población, se dé a través de instituciones de salud, es decir centros de atención médica, hospitales y postas sanitarias entre otras. Cuestión que no solamente burocratiza este proceso sino que pone en manos de un sistema regulatorio cuestiones básicas para que las personas tomen decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva.

Si bien dentro de políticas como las del bono Juana Azurduy no se hace referencia a la sexualidad ni a la salud sexual y reproductiva esto no se puede tomar como una focalización de la salud en pro de lograr un objetivo, sino que es parte de la conformación de significados que importan y que no importan, es decir, dejar de lado la sexualidad y la salud sexual tiene resultados latentes que se materializan en la vida de las mujeres.

Al no tener acceso ni conocimiento sobre métodos anticonceptivos se reducen las posibilidades para tomar decisiones tan centrales como las de un embarazo o las formas de vivir la sexualidad sin que esta signifique la reproducción como tal. Para los ojos del estado y las instituciones, la sexualidad y las formas de ejercerla tienen que estar regularizadas por un conjunto de prácticas

médicas, nociones, significados y construcciones simbólicas sobre lo correcto y lo incorrecto de la sexualidad y las formas de vivirla.

No es casual que las políticas públicas que atienden a la salud de las mujeres se enfoquen en la reproducción y dejen de lado la sexualidad, este accionar va de la mano de los estereotipos que se crean a partir de las nociones sobre la división sexual de los géneros, donde las mujeres cumplen determinadas funciones de reproducción de la vida.

El estado a través de políticas públicas se encarga de potencializar la imagen de la mujer como reproductora, y no visibiliza las complejidades por las que pasan las mujeres que no tienen las opciones para tomar decisiones sobre su sexualidad. Al dejar de lado la salud sexual dentro de los programas de salud, se continúa pensando a la salud sexual como un mito que no es parte de las principales preocupaciones de las instituciones, sin embargo este silencio de parte de las instituciones también significa una posición sobre la salud de las mujeres.

4. La salud intercultural como una experiencia ciega a la realidad

Al ser la salud un campo central dentro de esta investigación las complejidades, cambios y significados que se crean dentro de las prácticas y la vida de las mujeres que acceden a los sistema de salud públicos, son significativas, no solamente por esa producción de significados sino porque mantiene una visión hegemónica sobre la salud sexual y reproductiva.

El acceso y las experiencias que tienen las mujeres dentro del sistema de salud boliviano, está ligado a la conformación de significados sobre la salud que son hegemónicos y como se vio en los capítulos de análisis sobre la salud intercultural, muchas veces estos significados hegemónicos sobre la salud violentan las experiencias de reproducción y sexualidad en la vida de las mujeres.

Si bien el cambio en las normativas de salud y la incorporación de la salud intercultural remite a un cambio dentro del paradigma sobre la valoración y reconocimiento de las diferentes formas de entender y de ejercer la medicina, la aplicación de las normas y de la salud en general, deja de lado todo un conjunto de problemáticas que atraviesan la vida y los cuerpos de las mujeres, caracterizados por sus condiciones económicas, culturales y de género.

Ahora bien la salud intercultural aplicada como una normativa que busca la complementariedad de dos tipos de medicinas además de negar las diversas formas de ejercer la salud, niega las complejidades dentro del sistema de salud en general, pues no pone atención a la generación de desigualdades que se dan a partir del establecimiento de relaciones de poder entre el personal médico y los pacientes.

La construcción de espacios que se rigen bajo la normativa de salud intercultural dentro de los hospitales en los casos analizados para este trabajo, no inciden en las dinámicas de salud dentro el personal médico, por las relaciones jerárquicas que se constriñen, pero tampoco llegan a incidir en la población en general, esto refleja la falta de conexión de un abordaje integral de la salud intercultural. No basta con construir estos espacios y disponer de la atención de parteras (en el caso de la casa materna) sino de reconocer las brechas y las discriminaciones que se cimientan dentro del sistema de salud, debido a las condiciones que diferencias a unos pacientes de otros y a los pacientes de los servidores públicos, es decir todo el personal de salud.

Tomar en cuenta la discriminación y maltrato que viven de forma cotidiana las mujeres que acuden al sistema de salud público como un problema cultural únicamente, niega las condiciones que constituyen la vida de las mujeres, pues no se trata de violencias marcadas por factores culturales, sino que se constituyen bajo un entramado de características que hacen que la violencia y el maltrato se evidencie de acuerdo a la clase, etnia y género.

El abordaje abstracto sobre la salud intercultural dentro de la producción de significados y prácticas para las mujeres que acuden a servicios públicos como los del bono Juana Azurduy se traduce en la reducción de la autonomía de las mujeres sobre decisiones que marcan su vida, como la del parto, el acceso y conocimiento de métodos anticonceptivos, entre otros.

5. ‘Es difícil, al mundo traemos para hacer sufrir hay veces’: Las complejidades sobre la maternidad, la salud reproductiva y sexual, en las vidas de las mujeres.

Las condiciones de clase, raza, y género constituyen un factor clave para debatir y para acercarse a las políticas públicas que se construyen a partir de un entendimiento de la salud intercultural. Esto tiene que ver con los diferentes significados que se construyen en la vida de las mujeres, en el caso del bono Juana Azurduy, el dejar de lado la intersección de estas categorías para atender

una problema como la mortalidad materna o la salud sexual y reproductiva, tiene consecuencias que atraviesan la vida de las mujeres.

Si bien, la mayoría de las entrevistas y los testimonios recogidos para este trabajo, provienen de la voz de mujeres que atraviesan condiciones económicas y culturales particulares, que las sitúan en un lugar considerado 'vulnerable' en cuanto a salud reproductiva y sexual muy poco se indaga desde la conformación de políticas públicas y normativas sobre las diferentes articulaciones de clase, raza y género que constituyen la vida de las mujeres que se atienden dentro de programas de salud pública, como el bono Juana Azurduy.

La focalización hacia la maternidad y los procesos de salud reproductiva, denotan que el foco de atención a la salud de las mujeres está en tanto reproductora, la mujer entran en la agenda de políticas sociales en tanto madre. Esta materialización institucional de las mujeres conforma una serie de significados y prácticas, validadas por la biomedicina y el discurso científico que encuentra su potencial dentro del sistema salud pública.

Políticas como las del bono, se pueden pensar como estrategias de disciplinamiento del cuerpo y la vida de las mujeres, pues están creando una especie de confianza condicionada hacia el sistema de salud y a la normalización de la maternidad como un destino 'natural' en la vida de las mujeres. Dejando de lado las complejidades que implica la maternidad, en todas sus facetas, sea esta deseada, no deseada o producto de violencias.

Las instituciones y el estado configuran un discurso que se ve proyectado en las políticas sociales que atienden a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, dentro de las características y la carga que producen políticas de poder-saber, que se aplican directamente sobre la normalización de los cuerpos y las vidas de las mujeres.

De ahí que indagar en las prácticas de las mujeres ante políticas de salud reproductiva, apunta a visibilizar las complejas relaciones que se interseccionan, no solo en la maternidad, sino en una serie de características sociales, como los proyectos de vida, la pobreza.

La interculturalidad pensada desde el estado, se presenta como una normativa que no hace justicia a las demandas de una población diversa y compleja como la boliviana. Al reducir la

salud intercultural a un aspecto cultural únicamente, se invisibiliza las complejas relaciones interétnicas e intraétnicas que atraviesan la salud.

Para finalizar, es importante resaltar los caminos que se abren en el debate y en la investigación sobre sexualidad y reproducción, para este trabajo la regularización de ambas de parte del estado es concretada a partir de un caso en específico: el del bono Juana Azurduy. Sin embargo, queda toda una gama de horizontes para explorar sobre esta regularización y normalización.

Al mismo tiempo que se da un entramado de regularizaciones y normalizaciones sobre la sexualidad y la reproducción, la agencia de las mujeres muchas veces supera los caminos institucionales para optar por el cuidado y la salud de sus cuerpos y sus vidas, en el trabajo de campo se evidenció la capacidad que tiene las mujeres de revertir las normas reguladoras y tejer otro tipo de relaciones que están basadas en su forma de entender el mundo y en sus condiciones materiales.

Desde el discurso de las mujeres y sus experiencias en salud reproductiva y sexual, como en maternidad, se logra evidenciar que estos aspectos no siempre responden a ideales construidos socialmente y reforzados desde las políticas sociales, sino que son vivencias complejas, marcadas por la clase, la edad, la etnia y el género. Lo que hace que se constituyan de diferentes formas, en muchos casos alejadas a las impuestas desde el estado, la religión, la cultura y la sociedad.

Finalmente, al pensar en la planificación familiar, y salud reproductiva y sexual como caminos a partir de los cuales las mujeres pueden acceder a educación sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos, que logren potencializar la toma de decisiones sobre su sexualidad y su vida reproductiva. Queda por explorar la configuración que se da entre los diferentes actores que constituyen la planificación familiar en el país, y bajo qué ideas se configura la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva, en perspectiva de problematizar alrededor de las experiencias y la toma de decisiones autónoma de parte de las mujeres.

Lista de referencias

- Araujo, Kathya y Mercedes Prieto, eds. 2008. *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. Quito: FLACSO, Sede Ecuador.
- Barragán, Rossana, coord. 2008. *Guía para la formulación y ejecución de los proyectos de investigación*. Bolivia: Fundación PIEB.
- Bartra, Eli. 2002. *Debates en torno a una metodología feminista*. México, D.F.:
- Brown, Wendy. 1995. "Finding the Man in the State" en *States of Injury: Power and Freedom in Late Modernity*. Princeton: Princeton University Press.
- Citarella Lucas, Alessia Zangari. 2009. "Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud". *Yachay tinkuy salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Bolivia: PROHISABA, Cooperación italiana, editorial Gente Común.
- Chodorow, Nancy. 1984. *El ejercicio de la Maternidad, psicoanálisis y sociología de la maternidad paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.
- Coordinadora de la Mujer, Católicas por el Derecho a Decidir, Oficina Jurídica de la Mujer, Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres – CADEM (BOLIVIA), Ayni Suyo. 2007. "Preocupaciones de instituciones de la sociedad civil respecto a políticas públicas de género en Bolivia". La Paz, diciembre.
http://www.derechoshumanosbolivia.org/archivos/informes/PREOCUPACIONES_DE_LA_SOCIEDAD_CIVIL_CBDHDD.pdf
- Davis, Angela. 1981. *Mujeres, raza y clase*. Madrid: ediciones Akal.
- Decreto Supremo No 0066/2009, 3 de abril, por el que se define el programa Bono Juana Azurduy de Padilla. 2009. Instituto nacional de Estadísticas, Bolivia.
<http://www.ine.gob.bo/indicadoresddhh/archivos/alimentacion/nal/Decreto%20Supremo%20N%C2%BA%20066.pdf>
- Decreto Supremo No 29601/2008, de 11 de junio, por el que se define la estrategia de Salud familiar comunitaria intercultural SAFCI. 2008. Bolivia.
<http://www.ops.org.bo/textocompleto/lev32371.pdf>
- ENDSA, 2009. Instituto Nacional de Estadísticas 2009. Encuesta nacional de demografía y salud Bolivia 2008. <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228%5B08Feb2010%5D.pdf>.

- Felitti, Karina, ed. 2011. "Entre el deber y el derecho: maternidad y política en la Argentina del siglo XX" en *Madre no hay una sola Experiencias de maternidad en la Argentina*. Editado por Karina Felitti, 23-52. Buenos Aires: Ediciones Ciccus.
- Felliti, Karina. 2012. *La revolución de la pildora. Sexualidad y políticas en los sesenta*. Buenos Aires: Edhasa.
- Foucault, Michel. 1992. "Del poder de soberanía al poder sobre la vida." En *Genealogía del racismo*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, Michel. 1995. *Historia de la sexualidad*. Tomo 1. La voluntad de saber. México: Siglo XXI.
- Haraway, Donna. 1995. "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial." En *Ciencia, cyborgs y mujeres la reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Knipper, Michael. 2006. "El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea". En *Salud e interculturalidad en América Latina antropología de la salud y crítica intercultural*, editado por Dr. Gerardo Fernández Juárez, 413-432. Quito: Abya-Yala.
- La colectiva del Río Combahee. 1988. "Una declaración feminista negra". En *Este puente, mi espalda "voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos"*, editado por Cherríe Moraga y Ana Castillo, 172-784. San Francisco: Ism Press, Inc. Editorial "ismo".
- Lagarde, Marcela. 2014 *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Mexico: siglo XXI en coedición con la universidad autónoma de México.
- Ledo Carmen, Soria René. 2011. "Sistema de salud de Bolivia". *Salud pública de México*. *Revista SciELO* Volumen 53 suplemento 2: 109-119.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800007&lng=es&nrm=i&tlng=es.
- Ley 2426/2002, 21 de noviembre, de Seguro universal materno infantil. 2002. Bolivia.
<http://www.ilo.org/dvn/travail/docs/1462/LEY%202426%20DEL%20SEGURO%20UNIVERSAL%20MATERNO%20INFANTIL.pdf>.
- Lopreite, Débora. 2012 "¿Las mujeres y los niños primero? Nuevas estrategias de inversión social en América Latina." *Nueva Sociedad*, No. 239: 122-136.
- Mahmood, Sabah. 2009. "Teoría Feminista y el Agente Social Dócil: Algunas Reflexiones sobre el Renacimiento Islámico en Egipto". En Suárez, L., y Hernández, R. A, eds. *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*. Cátedra, pp. 162-214. Madrid.

- McDowell, Linda. 2000. *Género, identidad y lugar: Un estudio de las geografías feministas*. Madrid: Cátedra.
- Ministerio de Salud y Deportes. 2008. “Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2008-2015. 2009”. La Paz.
https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/PLAN%20ESTRATEGICO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf.
- Ministerio de salud y deportes. 2009. “Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015”. La paz.
http://www.mariestopes.org.bo/webassets/documentos/plan_salud_materna.pdf.
- Ministerio de salud y deportes. 2010. “Plan sectorial de desarrollo 2010-2020 Hacia la salud universal”. La Paz.
<http://www.ine.gob.bo/indicadoresddhh/archivos/salud/nal/Plan%20Sectorial%20de%20Desarrollo%202010-2020.pdf>.
- Morales, Natasha. 2010. “La política social en Bolivia, un análisis de los programas sociales (2006-2008). Banco interamericano de desarrollo.
- Ortner, Sherry. 2006. “Power and Projects: Reflections on Agency”. *Anthropology and Social Theory. Culture, Power, and the Acting Subject*, 129-154. Duke University Press.
- Pérez Sáinz, Juan Pablo. 2014. “El tercer momento rousseauiano de América Latina. Posneoliberalismo y desigualdades sociales”, en *desigualdades.net Working Paper No. 72*.
- Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados. 2006. Bolivia.
http://www.mariestopes.org.bo/webassets/documentos/protocolos_de_atencion_materna.pdf.
- Quisaguano, Paulina. 2012. “Politización de lo étnico y el género: el parto culturalmente adecuado y la construcción de sujetos”. Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Ecuador.
- Ramírez, Susana. 2008. “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”. Facultad de humanidades y ciencias sociales, Argentina.
- Ramírez, Susana. 2010. *Calidad de atención en salud* Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano. La paz: Organización Panamericana de la Salud.
- Ramírez, Susana. 2011. *Salud intercultural crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: Instituto superior ecuménico Andino de Teología.

- Raquel (Lucas) Platero ed. 2012. *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. España: ediciones bellaterra.
- Resumen Ejecutivo “Bono Juana Azurduy”. 2015. Contribución a la universalización de los servicios de salud. Cochabamba.
- Rivera Cusicanqui, Silvia. 2014. “La noción de “derecho” o las paradojas de la modernidad postcolonial: indígenas y mujeres en Bolivia”. En *Tejiendo de otro modo: Feminismo, epistemología y apuesta descoloniales en Abya Yala*, editado por Yuderky Espinosa, Diana Gómez, Karina Ochoa, 121-134. Colombia: Universidad del Cauca.
- Rubin, Gayle. 1989. “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”, en *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*, editado por Carole Vance ,113-190. Madrid: ediciones Revolución.
- [Sánchez, María del Carmen]. 2011. “Informe Bolivia 2010 Derechos Humanos de las Mujeres y Justicia de Género”. Bolivia: Coordinadora de la Mujer - Articulación Regional Feminista por los Derechos Humanos y la Justicia de Género.
- Torrez, Marta, ed. 2005. *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*. México: El colegio de México.
- Tubert, Silvia. 1991. *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
- Tubert, Silvia. ed. 1996. *Figuras de la madre*. España: Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la mujer.
- Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Vance, S. Carole, comp. 1989. “El placer y el peligro: hacia una política de la sexualidad”, En *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Colección Hablan Las Mujeres.
- Viveros, Mara. 2008. *La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual*. Encuentro Latinoamericano y del Caribe La sexualidad frente a la sociedad. México, D.F. Acceso el 20 de junio 2016.
http://ucaldas.edu.co/docs/seminario_familia/Ponencia_MARA_VIVEROS.pdf.
- Wade Peter, Urrea Fernando, Viveros Mara. 2008. *Raza, etnicidad y sexualidades ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Editado por Wade Peter, Urrea Fernando, Viveros Mara. Colombia: Facultad de Ciencias Humanas.
- Walsh Catherine. 2010. “Interculturalidad crítica y educación intercultural”. *Construyendo interculturalidad crítica*, editado por VianaJorge, Tapia Luis y Walsh Catherine, 75-96. La Paz: Instituto internacional de integración del convenio Andres Bello.

Waylen, Georgina. 1998. "Gender, feminism and the state: an overview", en *Gender, Politics and the State*, editado por Vicky Randall y Georgina Waylen, 1-17. London, New York: Routledge.

Weeks, Jeffrey. 1998. *Sexualidad*. México-D.F: Paidós, UNAM -PUEG.

Yuval-Davis, Nira. 2004. *Género y Nación*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Lista de entrevistas-Seudónimos

1. Agustina, Villa Pagador, 14 de abril del 2016.
2. Bernarda, Cochabamba, 8 de abril de 2016.
3. Claudia, Punata, 20 de abril de 2016.
4. Eugenia, Cochabamba, 8 de abril 2016.
5. Lizeth, Capinota, 25 de abril del 2016.
6. Maria, Punata, 12 de abril del 2016.
7. Martha, Punata, 11 de abril de 2016.
8. Milagros, Cochabamba, 30 de marzo 2016.
9. Neli, Valle Hermoso, 4 de abril 2016.
10. Noelia, Capinota, 27 de abril de 2016.
11. Pamela, Punata, 15 de abril de 2016.
12. Tamia, Capinota, 26 de abril de 2016.
13. Vanesa, Villa Pagador, 14 de abril de 2016.
14. Zulema, Valle Hermoso ,4 de abril 2016