

02254

Universidad Nacional

Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

Posgrado en Estudios de la Mujer

Los Derechos Reproductivos y Sexuales
Concepciones de algunas mujeres costarricenses

Sandra Flansburg

San José, 2000

Tesis sometida a consideración del Tribunal Examinador de Posgrado
en Estudios de la Mujer, para optar al grado de Magíster Científico



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMAS DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO EN ESTUDIOS DE LA MUJER

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES CONCEPCIONES DE ALGUNAS MUJERES COSTARRICENSES

Sundra Flansburg

San José, 2000

Tesis presentada para optar al grado de Magíster Scientiae en el Posgrado en Estudios de la Mujer. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Posgrado de la Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.



Tesis 4769



SIDUNA



F19290

LOS
REPRODUCTIVOS Y SEXUALES
CONCEPCIONES DE ALGUNAS MUJERES
COSTARRICENSES

San José, Costa Rica
2001

Este documento es propiedad de la Universidad Nacional de Costa Rica. No se permite su reproducción o distribución sin el consentimiento escrito de la Universidad Nacional de Costa Rica.

Signatura

Código de Barras



Devuelva este libro en la última
fecha indicada

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL
DEVOLVER EL:

* 15 ABR. 2009 *

RECIBIDO

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL
DEVOLVER EL:

* 16 ABR. 2009 *

RECIBIDO

BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL
DEVOLVER EL:

* 12 NOV. 2010 *

RECIBIDO


BIBLIOTECA ESPECIALIZADA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
UNIVERSIDAD NACIONAL

07 MAYO 2016

DEVOLVER EL:

R. y. 1071-8-PUNA

MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR



Anna Arroba

M.A. Anna Arroba Collins
Directora de la Tesis

Alicia Gurdian

Dra. Alicia Gurdian
Lectora

Laura Guzman

Dra. Laura Guzmán
Lectora

Grace Prada O.

Cand./Dra. Grace Prada O.
Directora de la Maestría en Estudios de la
Mujer, UNA

Montserrat Sagot

Dra. Montserrat Sagot Rodríguez
Representante UCR

Josefa Bando

Representante SEPUNA

Sundra Flansburg

Sundra Flansburg
Defensora de la Tesis

AGRADECIMIENTOS

Primero, agradezco a las diez participantes del estudio por su voluntad de compartir libremente sus experiencias, opiniones y aprendizajes en sus vidas sexuales y reproductivas, experiencias de sufrimiento y también de alegría. Varias de ellas, que deben de quedar en el anonimato, colaboraron más de lo que se les pedía al presentar otras participantes y al escuchar, y comentar, los resultados y conclusiones del trabajo.

A la directora de la tesis, Anna Arroba, y las lectoras, Alicia Gurdían y Laura Guzmán, aprecio y agradezco su apoyo incondicional, su paciencia y sus cuestionamientos, los que me obligaron a escuchar, analizar y desarrollar cautelosamente las ideas que expongo en este trabajo. Estas personas me ayudaron a entrar en un tema que es muy personal para toda mujer y espero que el resultado amerite la inversión que hicieron en mi desarrollo académico y profesional.

Agradezco a Amparo Claro (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe), Marge Berer (*Reproductive Health Matters*), Loes Keyzers (Women's Global Network for Reproductive Rights) y Rina Nissim (Espace Femmes International), líderes del movimiento internacional para la salud de las mujeres, por su disponibilidad de compartir conmigo sus datos sobre la historia del movimiento y recomendarme valiosos recursos que utilicé en la preparación de esta tesis.

Un sincero agradecimiento a mi colega Katherine Hanson del Gender and Diversities Institute, Education Development Center, que me escuchaba y ayudaba cuando analizaba los datos, y que me brindó una flexibilidad laboral para poder terminar este proyecto.

Doy mi gratitud a Bethman Herrera, Bernal Herrera, Vera Aguilar y Eugenia Echandi por la laboriosa tarea de revisión y redacción que hicieron en varios trabajos que formaron la base de esta tesis y en el documento final, y a Bernal por algunas perspectivas costarricenses que me ayudaron a ubicar a las participantes social y económicamente. Agradezco mucho a Rosa Julia Bird por la redacción final de este documento.

A las compañeras y las profesoras de la Maestría en Estudios de la Mujer, agradezco profundamente su apoyo académico y, sobre todo, personal durante todo el proceso de la maestría. Jamás hubiera anticipado lo que iba a implicar este proceso, y no lo hubiera podido terminar sin ellas. En lugar de ser una experiencia de libros y biblioteca, ha sido una etapa de transformaciones y crecimiento personal. Sería difícil que encontrara nuevamente este espacio de apoyo, desafío y cariño, y agradezco muchísimo que se me haya permitido vivir esta experiencia.



ÍNDICE

Listado de signosvii

PARTE I UBICACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA 1

1 Presentación del tema.....2

 1.1 Planteamiento del problema2

 1.2 Justificación3

 1.3 Tema de estudio8

 1.4 Interrogantes guías8

 1.5 Antecedentes históricos y contextualización de la investigación.....9

 1.5.1 El contexto internacional9

 1.5.2 El caso de Costa Rica13

2 Antecedentes y aproximación teórica22

 2.1 Estado de la cuestión.....22

 2.1.1 Los derechos reproductivos desde la perspectiva legal.....22

 2.1.2 Conceptualizaciones teóricas feministas de los derechos reproductivos y sexuales23

 2.1.3 Las voces de las mujeres sobre su sexualidad, salud y reproducción27

 2.1.4 Los asuntos tratados y las áreas no estudiadas.....32

 2.2 Supuestos teóricos33

 2.2.1 La salud34

 2.2.2 La sexualidad36

 2.2.3 La salud reproductiva de las mujeres42

 2.2.4 La salud sexual de las mujeres44

 2.2.5 Los derechos humanos44

 2.2.6 Los derechos humanos de las mujeres45

 2.2.7 Los derechos reproductivos.....47

 2.2.8 Los derechos sexuales51

3	Acercamiento metodológico	54
3.1	Supuestos ontológicos	54
3.2	Supuestos epistemológicos.....	54
3.3	Supuestos metodológicos.....	55
3.4	El punto de vista de la investigadora.....	55
3.5	Selección de participantes y recolección de datos	57
3.6	Análisis de datos	60
PARTE II DISCUSIÓN DE RESULTADOS		62
4	Introducción	63
5	La sexualidad	65
5.1	Los discursos sobre la sexualidad femenina	65
5.2	La pasividad femenina en las relaciones sexuales	66
5.3	La violencia sexual.....	71
5.4	Los silencios y las prohibiciones.....	75
5.5	Los derechos	78
6	La menstruación	87
6.1	El mandato de esconder	87
6.1.1	El silencio verbal: "No había espacio".....	88
6.1.2	El silencio físico: "No podíamos dejar rastros de menstruación"	90
6.2	El discurso permitido: La reproducción y el dolor.....	92
6.3	Resistencia al discurso dominante	95
6.4	Los derechos	96
7	El embarazo y el parto.....	99
7.1	El discurso de la reproducción: la maternidad es el estado natural de una mujer.....	99
7.2	El embarazo vivido: cambios significativos y sentimientos encontrados	100
7.2.1	El aislamiento y el temor.....	101

7.2.2	El embarazo como espacio de toma de poder	103
7.3	El parto vivido: El lugar de “ellos” y el “expertismo”	103
7.4	La intervención médica en la definición de reproducción	106
7.5	El silencio en torno al aborto espontáneo.....	108
7.6	Las resistencias al discurso	109
7.7	Los derechos	111
8	La menopausia	117
8.1	La visión científica: la menopausia natural y la menopausia quirúrgica	117
8.1.1	La crítica del discurso médico.....	118
8.2	La visión cultural: “La locura de muerte”	118
8.3	Linda: La menopausia natural.....	119
8.4	Silvia: “Como si se me viniera el mundo encima”	119
8.5	Pamela: “Vas poco a poco mutilándote”	121
8.6	Los derechos	123
9	Los derechos reproductivos y sexuales: discusión de los resultados	126
9.1	Semejanzas entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos	127
9.2	Diferencias entre los derechos sexuales y los derechos reproductivos	130
9.3	Condiciones que influyen en la capacidad o no de identificar derechos... ..	133
9.4	El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: las condiciones habilitantes	138
10	Conclusiones y recomendaciones.....	142
10.1	Las conclusiones principales.....	142
10.1.1	La sexualidad y la reproducción además de ser conceptos diferentes, evidencian realidades y derechos diferentes	142
10.1.2	La salud reproductiva y los derechos reproductivos son vistos principalmente en relación a la medicina y los derechos vinculados a ella.....	143
10.1.3	Las políticas de salud reproductiva y sexual para las mujeres sólo son consideradas desde la perspectiva reproductiva	144

10.1.4	La sexualidad para las participantes es algo más que el sexo: representa el placer con el cuerpo, relaciones con ellas mismas y con otros/as y es un proceso de crecimiento y realización personal	145
10.1.5	La Iglesia, las instituciones educativas y las campañas educativas inciden directamente sobre la vivencia y percepción de la vida sexual y reproductiva femenina, pero representan solamente una parte de eso	146
10.1.6	Hablar sobre la sexualidad y reproducción es fundamental para salir del mundo privado y comprender que los derechos sexuales y reproductivos implican una opción política acompañada.....	147
10.1.7	Desde sus experiencias cotidianas las mujeres aprenden sobre sus derechos sexuales y reproductivos	147
10.1.8	Muchos de los derechos articulados muestran áreas en donde queda mucho trabajo que hacer en términos de poder ejercitar los derechos reproductivos y sexuales	148
10.1.9	Se reclaman más fácilmente los derechos que tienen que ver con exigir servicios y tratos de instituciones y profesionales de estas instituciones.....	149
10.2	Las recomendaciones	149
Apéndice	Resumen de los derechos sexuales y reproductivos articulados	154
Bibliografía	157

LISTADO DE SIGNOS

ADC	Asociación Demográfica Costarricense
AMES	Asociación de Mujeres en Salud
BM	Banco Mundial
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CESPO	Centro de Estudios Sociales de Población
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994)
CONAPO	Comisión Nacional de Población
DIU	Dispositivo intrauterino
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia
IRRAG	Grupo Internacional de Acción Investigadora sobre los Derechos Reproductivos
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAE	Programa de ajuste estructural
PCP	Programa Centroamericano de Población
PNB	Producto nacional bruto
RMMDR	Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos
SILOS	Sistemas Locales de Salud
USAID	Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional

PRESENTACIÓN DE LA PARTE I

UBICACIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA

1

PRESENTACIÓN DEL TEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo (1994), el tema de la salud reproductiva y los derechos reproductivos de las mujeres ha recibido mucha atención de parte de las agencias de planificación familiar y algunos gobiernos. Iniciado con el movimiento para la salud de las mujeres, este nuevo discurso fue adoptado y adaptado de una manera más general a finales de la década de los 80, en gran parte como resultado de las reuniones preparatorias para la CIPD. La discusión sobre los derechos sexuales también se inició en las fases preparatorias para la conferencia de El Cairo, pero el nivel de conflicto que esta discusión provocó no permitió que se llegara a un consenso general y, por lo tanto, el documento final no menciona lo sexual, salvo algunas referencias inocuas acerca de la salud sexual. Sin embargo, hubo más discusión e investigación sobre este tema durante la década de los 90, y el concepto de los derechos sexuales se sigue desarrollando.

Desde la Conferencia celebrada en El Cairo ha salido a la luz una gran producción bibliográfica, que proviene principalmente de las instituciones de planificación familiar, las diferentes entidades de las Naciones Unidas y de algunas feministas y organizaciones feministas. Muchas de estas publicaciones definen lo que son los derechos reproductivos y la salud reproductiva, y últimamente los derechos y la salud sexual, y abarcan el tema de una manera conceptual. Sin embargo, todavía hay pocos estudios de calidad que intenten rescatar las perspectivas de las mujeres no activistas o académicas sobre estos temas.

En esta investigación se trabajó con un grupo de diez mujeres, realizando entrevistas a profundidad con cada una, con el propósito de llegar a comprender sus perspectivas sobre sus derechos reproductivos y sexuales. El análisis de estas visiones de los derechos sexuales y reproductivos abarca cómo influyen en estos entendimientos las maneras que estas mujeres han experimentado sus vidas reproductivas y sexuales y los principales discursos sobre la salud reproductiva y la sexualidad femenina de la iglesia y la familia, entre otras instituciones. Un aspecto importante en la definición del problema es el reconocimiento de que las mujeres son seres humanos activos y, aunque crecen y se mueven en espacios en los cuales se intenta definir cómo deben visualizar y vivir sus vidas, ellas negocian y a veces se resisten a los mensajes dominantes. La meta de esta investigación ha sido lograr un acercamiento al contexto en donde algunas mujeres costarricenses forman y ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, la manera en que ellas acomodan y se resisten a los mensajes dominantes, identificar

algunos factores que apoyan o no su capacidad de articular o exigir sus derechos y, sobre esta base, elaborar recomendaciones para acciones futuras y políticas en este campo.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Una de las contribuciones que este estudio puede hacer tiene que ver con la definición sociocultural de la vida reproductiva y sexual de la mujer. Estudiar este tema es central para comprender la posición de la mujer en una sociedad, porque la reproducción femenina ha sido uno de los aspectos más manipulados por el patriarcado en la vida cotidiana de las mujeres. Como dice Cook, "Las funciones reproductivas de las mujeres han sido utilizadas para controlar a las mujeres mismas. Los estados han promovido sus propias agendas sociales, económicas y poblacionales a través de la implementación de leyes, utilizando prácticas que controlan la reproducción de las mujeres" (1993, p. 83).^{*} Según la historiadora Gerda Lerner, el control sobre el cuerpo femenino, y especialmente sobre la reproducción, ha sido uno de los pilares del patriarcado (1986).

Este control corporal se ve también en el control de la sexualidad. La iglesia católica, por supuesto no es la única religión con semejante creencia, desde sus primeros siglos les ha advertido a sus seguidores que el placer sexual es un pecado y las mujeres son culpables de la caída de los hombres por tentar y seducirlos sexualmente: muchos de los primeros santos y maestros de la iglesia vieron a las mujeres como culpables de provocar un impulso sexual incontrolable en los hombres. Históricamente el deseo o placer sexual femenino era visto como un signo de maldad y, gracias a esta manera de pensar, la división de las mujeres entre "buenas" y "malas" tiene mucho que ver con la sexualidad. Según los mandatos socioculturales, las buenas no tienen relaciones sexuales hasta estar casadas y aún dentro de la institución del matrimonio no muestran "demasiado" interés en lo sexual. Es más, hasta hace pocos años era mejor visto si una mujer tenía relaciones sexuales sólo porque era un deber hacia su marido y no porque le gustara. En cambio, las malas tienen relaciones sexuales con hombres que no son sus esposos y a ellas les gusta el sexo (Lagarde, 1990) —el lesbianismo ni tan siquiera entra en esta conceptualización. De acuerdo con esto, en las culturas latinas (entre otras) la virginidad es en general muy importante para la mujer cuando se casa, mientras que para el hombre no suele ser una exigencia. Se ve, entonces, en la cantidad de reglas sobre la práctica de lo sexual que para mejorar el papel y el estatus de la mujer en la sociedad hay que cuestionar como se entiende y se ve este tema (Keysers, 1994,

* "Women's reproductive functions have been used to control women themselves. States have advanced their chosen social, economic, and population agendas by implementing laws and employing practices that control women's reproduction."

p. 70). Estudiar en cuáles áreas de la reproducción y la sexualidad pueden articular o mostrar sus derechos, nos permite dilucidar un aspecto importante de esta vivencia.

En segundo lugar, el desarrollo de los conceptos, y su puesta en práctica, son asuntos que están pasando por un momento definidor en términos de su dirección futura. Los derechos reproductivos y, en una manera más limitada, los derechos sexuales, están siendo aceptados por algunos Estados e instituciones, incluso Costa Rica, pero, irremediablemente, en el proceso de debate y negociación los conceptos van perdiendo algunos aspectos radicales que cuestionan el estatus quo. Son los derechos sexuales definidos ampliamente los que provocan más discusión y los que dificultan la posibilidad de llegar a un consenso general. La discusión internacional sobre la salud y los derechos reproductivos ha sido un proceso de más o menos 20 años, iniciado por el movimiento para la salud de las mujeres. Aunque el término *salud reproductiva* no fue inventado por este movimiento, la manera en que actualmente se define es mucho más amplia que anteriormente. Previamente la salud reproductiva era un concepto utilizado en la medicina para indicar los momentos, en la vida de una mujer, del embarazo y el parto, y la planificación familiar. Sin embargo, la manera en que este concepto ha sido definido en las preparatorias para, y después de, la conferencia en El Cairo (1994), claramente ubica la salud reproductiva dentro de un contexto en donde debe tomarse en cuenta la salud en general, el estatus social, la educación, la prevención de las enfermedades y otros aspectos —todos estos marcados por la violencia de género, la pobreza, y la subordinación entre otros. Además, el vínculo entre la palabra “derecho” y este concepto de salud aporta un enfoque diferente a la discusión. Pero la conferencia en El Cairo también fue un debate que tuvo mucha oposición por parte de El Vaticano y algunos Estados, y una de las cosas que no llegó al documento final fue una definición amplia y explícita de los derechos sexuales.

En los preparativos para la conferencia en El Cairo, el concepto de los derechos sexuales agregó una nueva dimensión al debate, y una que ha sido mucho más controversial para las instituciones y Estados que tradicionalmente han trabajado en el área de la salud reproductiva. Mientras que los conceptos de la salud y los derechos reproductivos podrían ser utilizados para reformular lentamente el discurso acerca de la planificación familiar y las áreas médicas que tienen que ver con la salud de las mujeres —por partes fuera del movimiento que los había desarrollado— abordar la sexualidad femenina en un contexto político ha encontrado mucha más resistencia, por parte de numerosos frentes. Por eso, los derechos sexuales amplios y específicos hasta ahora no han sido incorporados en una manera integral en ninguna convención internacional. Entonces, los derechos sexuales en su sentido amplio del derecho de poder rechazar o aceptar relaciones sexuales, el derecho de escoger libremente un/a compañero/a sexual, el derecho a una educación sexual completa y de alta calidad, etcétera, son conceptos que nunca han sido aceptados como parte de los derechos de las mujeres en una manera significativa. Por ejemplo,

en muchos países, no existe un concepto legal de la violación matrimonial, dado que estar casada con un hombre significa que una mujer no tiene un derecho comprensivo para decidir qué pasa con su cuerpo sexualmente en relación con él.

Entonces aunque el trabajo en relación con la conferencia celebrada en El Cairo (y después en Beijing) ha sido importante y necesario, hay que seguir cuestionando, forzando y desarrollando la formación de un concepto más amplio y radical de los derechos sexuales y reproductivos. Hay muchas activistas e investigadoras que lo están haciendo, pero hay otras ramas que continúan con definiciones muy limitadas y tradicionales. Por ejemplo, todavía es posible difundir un estudio sobre el uso de anticonceptivos y la tasa de fecundidad bajo el nombre de una encuesta de salud reproductiva, ignorando que eso representa sólo una pequeña parte de la salud reproductiva (reportado en Avalos Rodriguez, 2000). Se espera que esta tesis sea una contribución a este proceso de desarrollo del concepto.

En tercer lugar, mientras aborda los dos conceptos, esta investigación claramente divide los derechos sexuales de lo que son los derechos reproductivos. La mayoría de las activistas han hecho esto, pero no han sido consistentes por varias razones. Ha existido una tendencia en la literatura a, mientras hablan de los dos en la mayoría de los casos, decir que los derechos sexuales están incluidos dentro de los derechos reproductivos. Por ejemplo, Keyzers (1994) dice que "el movimiento de las mujeres ha redefinido los derechos reproductivos para incluir el derecho de disfrutar el sexo y ser protegido del abuso sexual"^{*} (p. 76). IRRRAG también dice que "el concepto de los derechos reproductivos debe ser ampliado explícitamente para incluir la sexualidad. No sólo los aspectos sexuales de la reproducción sino también la auto-determinación y auto-expresión sexual"[†] (Women's Global Network for Reproductive Rights, citado en Keyzers, 1994, p. 86). Históricamente, existe una razón que explica esto: como Keyzers y otros/as muestran, se dió un creciente reconocimiento dentro del campo de la planificación familiar de que aun cuando las mujeres podían tomar la decisión de no tener más hijos/as, si ellas no podían negociar con sus compañeros acerca de eso, nada iba a cambiar. Los derechos sexuales empezaron a ser definidos en este campo como parte de los derechos reproductivos en este contexto, como un tipo de subcategoría que ayudaría a las mujeres a ejercitar su derecho reproductivo de limitar el número de hijos/as. Además, dado que los derechos reproductivos han ganado una aceptación más general que los derechos sexuales, especialmente en las convenciones internacionales, existe la tentación de incorporar la sexualidad dentro del primer concepto.

^{*} "the women's movement has redefined reproductive rights to include the right to enjoy sex and to be protected from sexual abuse."

[†] "the concept of reproductive rights should be explicitly be broadened to include sexuality. Not only sexual aspects of reproduction but also sexual self determination and self expression."

PRESENTACIÓN DEL TEMA

Sin embargo, considerar los derechos sexuales como parte de los derechos reproductivos tiene como consecuencia la unificación problemática de la reproducción y sexualidad de las mujeres. En otras palabras, los derechos sexuales están en peligro de ser subordinados a los derechos reproductivos y las mujeres de ser vistas sólo en términos de su papel reproductivo. Mientras que esto es reconocido por muchas activistas (Keysers, 1994; Petchesky, 1998), por varias razones, incluyendo una falta de consenso internacional en relación con el derecho de las mujeres de expresarse sexualmente, los derechos sexuales siguen siendo vistos como "parte" de los derechos reproductivos. Aunque lógicamente hay áreas en donde los dos conceptos son vinculados (y se discutirá esto más abajo), estos derechos son entendidos y discutidos como distintos. Eso tiene implicaciones importantes para el desarrollo de la teoría en este área.

En cuarto lugar, otra contribución de este estudio es empezar a cubrir una necesidad de identificar el contexto costarricense en donde se forman y exigen los derechos sexuales y reproductivos. Las organizaciones de mujeres han identificado la importancia de reconocer los contextos variables en donde las mujeres tienen que aprender, definir y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Durante la década de los 90 hubo mucha discusión acerca de las "condiciones habilitantes" que forman parte de los derechos reproductivos (y después sexuales), o sea, las condiciones sociales, culturales y políticas necesarias para el pleno y libre ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales. También hubo, de parte del movimiento internacional para la salud de las mujeres, un reconocimiento de que las condiciones dentro de las que las mujeres definen y ejercitan la sexualidad y reproducción varía mucho de un ámbito a otro, y para implementar los derechos, las mujeres necesitan entenderlos dentro de su propio contexto: "Para bajar este concepto del plano elevado de principio abstracto, necesitamos situarlo dentro de los testimonios directos sobre las limitaciones y relaciones cotidianas en que las mujeres —a través de una variedad de países y culturas— se comprometen en las transacciones reproductivas y sexuales"* (Petchesky, 1998, p. 1). El Grupo Internacional de Acción Investigativa sobre los Derechos Reproductivos (IRRRAG), por ejemplo, recientemente terminó un estudio de tres años en siete países con la meta de identificar "las estrategias de las mujeres para lograr la dignidad sexual y reproductiva, sino autoridad, en los contextos muy diversos y distintos de cultura, nación, región y ciclo de vida"[†] (Petchesky, 1998, p. 27). Mientras el alcance de la investigación realizada por estos equipos nacionales está fuera de las posibilidades de esta tesis, este estudio brinda, en una manera mucho más limitada, los

* "To bring this concept down from the lofty plane of abstract principle, we need to situate it within direct testimonies about the daily constraints and relationships through which women—across a variety of countries and cultures—engage in reproductive and sexual transactions."

[†] "women's strategies for achieving reproductive and sexual dignity, if not authority, in very distinct and diverse contexts of culture, nation, region, religion, and life cycle."

principios de una exploración que, junto con otros estudios recientes (e.g., Preinfalk Fernandez, 1999; Schifter Sikora & Madrigal Pana, 1996), ayudan a empezar a construir un entendimiento mejor de las semejanzas y diversidades en las vidas reproductivas y sexuales de las mujeres costarricenses. Todo esto enmarca sus concepciones y habilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Este estudio encaja con el llamado de IRRRAG a realizar investigaciones similares en otros países y regiones, nombrando Centroamérica como una de las áreas prioritarias. En el proceso de construir esta base de investigación en Costa Rica, se puede identificar, y desarrollar, un consenso general sobre las condiciones habilitantes específicas que necesitan las costarricenses para ejercitar sus derechos sexuales y reproductivos y las políticas gubernamentales e institucionales que se necesitan para fomentar este proceso. Las ONG y las organizaciones individuales que han trabajado en este campo por tantos años también tendrán una herramienta importante para reclamar educación y servicios, respaldadas por la investigación hecha en el país. Revisar los derechos articulados por las mujeres echa luz sobre las áreas en donde ellas sienten que ha sido difícil o no han podido ejercitar derechos que ellas sienten que les pertenecen.

En quinto lugar, esta investigación hace una contribución en términos de la importancia no sólo de realizar estudios nacionales y regionales sino de compartirlos internacionalmente: nos ayudará a continuar a evolucionar y desarrollar los conceptos de los derechos sexuales y reproductivos. Esto asegurará que la traducción de la teoría a la práctica también sea a la inversa —que la práctica informará la teoría. El desarrollo de los conceptos de los derechos reproductivos y sexuales ha sido un proceso y la definición de ellos sigue evolucionando. Esta evolución debe seguir siendo enriquecida por las experiencias basadas en la práctica. Los resultados del estudio de IRRRAG y de esta tesis, por ejemplo, sugieren varias áreas en donde la investigación sobre los contextos para los derechos podrían ayudar a redefinir los conceptos y las estrategias para trabajar sobre estos temas con las mujeres. En el Capítulo 9 se discutirán con más detalle estos términos, pero un ejemplo de cómo este tipo de investigación puede informar la teoría es la división entre la vida pública y la vida privada. Este ha sido un enfoque de la investigación feminista por mucho tiempo, dado que esta división tradicionalmente ha puesto las vidas de las mujeres dentro del ámbito de lo privado, y entonces fuera del ámbito de la intervención del Estado, especialmente en las economías impulsadas por el mercado. Los resultados de esta investigación, y la diversidad de las situaciones investigadas en el estudio de IRRRAG, muestran que esta división es importante para entender las vidas de las mujeres (y los hombres), pero que no es estática a través de las culturas ni coherente dentro de ellas. Además, más que estar encarceladas dentro del ámbito privado, las mujeres deben continuamente cruzar y negociar entre estos ámbitos sociales. Esto tiene implicaciones

importantes para el desarrollo de estrategias en la educación y el trabajo en las áreas de los derechos sexuales y reproductivos.

1.3. TEMA DE ESTUDIO

El problema abordado en este estudio es la manera de entender y la práctica de los derechos sexuales y reproductivos de algunas mujeres costarricenses. Dentro de este área, hay algunos aspectos de interés particular, incluyendo la división vida privada-pública y como esto influye en su concepción de los derechos, y las condiciones o experiencias en sus vidas que facilita o no su capacidad de concebir y exigir derechos. Esto último, de acuerdo con los resultados de IRRRAG, incluye no sólo su capacidad de articularlos, cosa que pocas mujeres pueden hacer, sino los derechos que ellas toman por sentado y sobre los que actúan en la práctica. Dado que el contexto en donde las mujeres son socializadas y en el que viven es importante no sólo para las preguntas guías de la investigación, sino también para el objetivo de empezar a dilucidar las condiciones habilitantes que son necesarias para que las mujeres pueden ejercer derechos sexuales y reproductivos, la investigación también recogió información sobre las experiencias de las mujeres en sus vidas reproductivas y sexuales.

Dado que este es un estudio exploratorio, la meta ha sido entrevistar a mujeres con historias diversas y ver las semejanzas y las diferencias en términos de experiencias y maneras de pensar. No se pretende que este grupo sea representativo de todas las mujeres costarricenses; más bien, se pretende que saque a la luz experiencias diversas relacionadas con ciertos tipos de diversidad dentro del grupo, y que brinde una base para empezar a delinear el contexto nacional respaldándose en algunos de los temas surgidos en este grupo. Se espera que este estudio impulsará a otras investigadoras/es —activistas y académicas— a seguir desarrollando una base investigativa sobre las vidas sexuales y reproductivas de las mujeres costarricenses, para que las políticas en la salud reproductiva y sexual sean firmemente construidas sobre las luchas y logros verdaderos de las mujeres, y no sobre las agendas de otros intereses.

1.4. INTERROGANTES GUÍAS

Las siguientes son las preguntas que guiaron esta investigación.

INTERROGANTE GENERADORA

1. ¿Cómo conciben los derechos reproductivos y derechos sexuales un grupo de mujeres, y cómo se relacionan estas concepciones con sus experiencias y percepciones acerca de la reproducción y la sexualidad?

SUBINTERROGANTES

1. ¿Cuáles son las condiciones y experiencias que influyen en su capacidad de identificar y diferenciar entre derechos reproductivos y sexuales y su posibilidad de exigirlos?
2. ¿Cuáles son y cómo están vinculadas las diferentes concepciones de los derechos sexuales y los derechos reproductivos?
3. ¿Cómo afecta la capacidad de las mujeres de reclamar y ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos la división de la vida entre lo público y lo privado?
4. ¿Cuáles discursos (e.g., el religioso, el médico) sobre la salud reproductiva y sexual son más reproducidos o reflejados en las concepciones de estas mujeres?, o sea, ¿de dónde reciben estas mujeres su información sobre su salud sexual y reproductiva? y ¿de qué manera aceptan la información recibida?

1.5. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para ubicar esta investigación en su contexto histórico, hay que considerar el contexto de las políticas de planificación familiar, la puesta en práctica de estas políticas, y el rol del movimiento para la salud de las mujeres. Obviamente estas dos áreas tienen una historia importante e interesante. En esta sección voy a resumir muy brevemente los acontecimientos más importantes en estas áreas, y cómo se acuñaron en la definición y planteamiento de los derechos reproductivos.

1.5.1. EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Dos fuerzas forman parte del escenario internacional, las políticas y programas basados en el control de la fertilidad y las acciones y desarrollo de la agenda del movimiento para la salud de las mujeres.

1.5.1.1. LAS POLÍTICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Desde los años 60, el gobierno estadounidense, a través de la United States Agency for International Development (USAID) y numerosas organizaciones no gubernamentales (ONG) y fundaciones, ha estado muy involucrado en fomentar los programas de control de población en países del Tercer Mundo (Germain & Ordway, p. 3).

Estos programas fueron impulsados a través de varias instancias, como la creación de las ONG afiliadas con organizaciones internacionales como la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), la USAID (a través del requisito que estableció la administración del Presidente Kennedy de que los recipientes de cooperación internacional de USAID tenían que crear programas de control de

población; ver Barroso & Bruschini, 1991, p. 153), y, empezando a finales de la década de 1960, el establecimiento y esfuerzo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) (Germain & Ordway, 1989, p. 3).

Los derechos reproductivos fueron primero discutidos en este contexto, y entendidos principalmente como el derecho a la planificación familiar. La primera codificación de este derecho estuvo en la Conferencia Internacional sobre los Derechos Humanos (Teherán, 1968), donde se acordó que las parejas tienen un derecho humano básico a decidir tener hijos o no, y el momento para tenerlos (en FNUAP, 1994, p. 15). No fue hasta el año 1974 que este derecho fue definido como un derecho individual (y no sólo de las parejas), y que se estableció también el derecho a recibir información y servicios de planificación para la familia.

En los años 70, cuando los programas de población empezaron a ser establecidos en muchos países del Tercer Mundo, empezó una crítica al razonamiento imperialista, y muchas veces simplista, que los sustentaba. Mientras seguía habiendo una gran inversión en estos programas, hubo un aumento en la crítica y en la resistencia por parte de los países "receptores".

Sin embargo, fue en los 80 que se empezó a ver una crisis verdadera en la visión tradicional de los programas de control de población. Esto ocurrió por varios motivos. Primero, la perspectiva tradicional, que utilizaba a las mujeres como objetos en lugar de incorporarlas a ellas —sus perspectivas y vivencias— en los programas, en general no funcionaba de acuerdo con las expectativas de los países en donde se utilizó. Se documentaron muchos abusos de parte de los proveedores e investigadores, y no se tomó en cuenta la subjetividad de las mujeres y el contexto social/cultural en que se mueven, lo que afecta su deseo y capacidad para aprovechar los anticonceptivos disponibles. Segundo, hubo evidencia de que aún en los países en donde los programas de planificación familiar lograron bajar el nivel de nacimientos, el desarrollo económico no mejoró significativamente, como prometía la perspectiva neomalthusiana. El tercer factor que influyó en esta crisis fue la aparición y fortalecimiento de los movimientos feminista y ecologista, especialmente en lo relativo a la salud de las mujeres y su enfoque en los derechos de las mujeres.

1.5.2. LA EMERGENCIA DEL MOVIMIENTO DE SALUD DE LAS MUJERES

Claudia García-Moreno y Amparo Claro (1994), y Ana María Portugal y María Isabel Matamala (1993) identifican el inicio del movimiento internacional de salud de las mujeres a finales de los 70 y principios de los 80, principalmente en los Estados Unidos y algunos países de Europa, pero también con actividades en países latinoamericanos, como México, Colombia, Perú, Puerto Rico y Venezuela. Algunas de las actividades tempranas importantes fueron la primera conferencia de la ONU sobre las

PRESENTACIÓN DEL TEMA

mujeres, en México D.F. (1975), en donde surgieron discusiones sobre el contexto social de la sexualidad y la reproducción; y una reunión internacional en donde se formó la International Campaign for Abortion Rights en París (la Campaña Internacional por los Derechos del Aborto) en 1977. A partir de este último evento, hubo discusión a nivel internacional por parte de las organizaciones de mujeres sobre los abusos cometidos en nombre de las políticas de control de población (Marge Berer, comunicación personal, 3 de junio de 1997). En la evolución de estas discusiones, las mujeres de los países en desarrollo han sido muy importantes. Aunque la reacción en contra de los abusos de estos programas no fue el único enfoque de las actividades del movimiento, ni el más importante, la lucha en contra de los programas tradicionales de planificación familiar ha jugado un papel vital en la adopción y definición del concepto de los derechos reproductivos.

En 1979, mujeres de algunos países latinoamericanos realizaron actividades para apoyar la International Campaign for Abortion Rights, y también empezaron a organizarse en talleres y grupos que trataron temas surgidos en sus propios países. Dicen Portugal y Matamala,

Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que 1979 marcó el inicio del movimiento de salud de las mujeres en nuestro continente. Su inicio abrió nuevas dimensiones y perspectivas a la teoría y a la práctica en salud —desde las mujeres organizadas con enfoque de género—, ya que hasta entonces las propuestas y avances habían surgido en la realidad de los países desarrollados. (1993, p. 294)

Entonces, aunque algunas de las primeras actividades fueron influenciadas por mujeres de países industrializados, rápidamente el movimiento en América Latina empezó a centrarse en otros temas y a incorporar rasgos propios. Según Marge Berer, las actividades de las mujeres latinoamericanas eran concentradas principalmente en el mejoramiento de los servicios básicos de salud, en lugar de acciones para promover la legalización y provisión del aborto, que fue uno de los enfoques principales de las mujeres de países industrializados (comunicación personal, 3 de junio de 1997). Por ejemplo, influenciadas por la crisis económica de sus países, las mujeres de barrios populares en varios países latinoamericanos empezaron a organizarse en grupos populares de salud para asumir responsabilidades que los Estados estaban abandonando debido a la crisis económica, y reclamar servicios básicos (Portugal y Matamala, 1993).

Este movimiento ha sido de importancia fundamental en definir y promover lo que ahora se entiende como los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres porque desde muy temprano se habló y discutió sobre “derechos”, y esta discusión ha seguido evolucionado durante los últimos 20 años. Varias personas nombran 1984 como el año del nacimiento de la rama del movimiento que trata con los derechos reproductivos, con el Tribunal y Encuentro Internacional de Mujeres sobre los Derechos

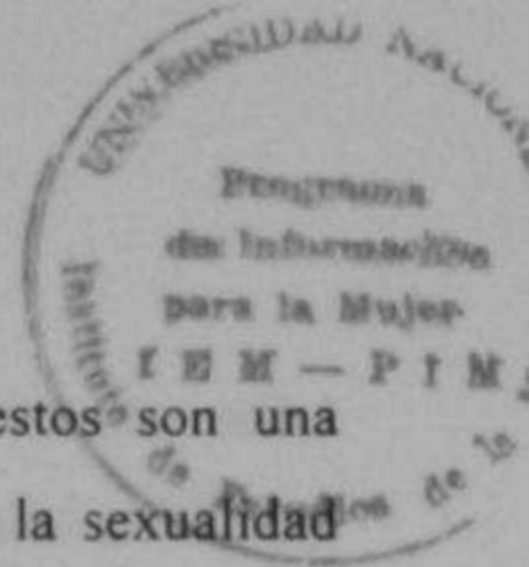
Reproductivos, en Amsterdam (Hartmann, 1995, p. 305; García-Moreno y Claro, 1994). Poco después, las mujeres de países en desarrollo empezaron a asistir a conferencias internacionales sobre los derechos reproductivos en cantidades más grandes y, por lo menos en las reuniones de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (RMMDR), los temas de discusión se diversificaron.

El año 1987 también fue importante en la evolución del discurso, dado que fue en este año que la International Women's Health Coalition (la Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres) "definió y promovió un enfoque de salud reproductiva para satisfacer las necesidades de las mujeres fomentando más colaboración entre los diversos programas verticales para la planificación familiar, la salud materna y juvenil y control de los ETS"* (Germain, Nowrojee y Pyne, 1994, p. 36). Desde entonces, se ha ido tratando de conceptualizar qué es la salud reproductiva, y si este es un modelo útil desde el punto de vista feminista. En el Encuentro Internacional de Mujer y Salud del año 1987, que fue celebrado en San José, dos tendencias en el movimiento internacional se juntaron —la del enfoque sobre el aborto y abusos de programas de anticonceptivos, y la del mejor acceso y calidad de servicios básicos de salud (Marge Berer, comunicación personal, 3 de junio de 1997). En este sitio el discurso se amplió —no sin mucho conflicto— para incluir el concepto de la salud general de las mujeres (Nemenzo, 1996).

Algunas de las contribuciones de los países en desarrollo al movimiento global han sido la ampliación del discurso, al tomar en cuenta el acceso y calidad de los servicios básicos de salud, la relación entre la salud y los modelos de desarrollo, y la relación que tiene la salud de la mujer con la violencia. La definición de los derechos reproductivos se extendió por influencia de estos países, para incluir, por ejemplo, no solamente la regulación de la fertilidad, sino también la salud general de la mujer (mortalidad materno-infantil, infertilidad, esterilización no deseada), y el problema y los efectos de la violencia sexual (Nemenzo, 1996; Corrêa y Petchesky, 1994, p. 109).

En resumen, el discurso del movimiento de salud de las mujeres sobre los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres ha evolucionado significativamente durante sus casi 20 años de historia. Empezando con una concentración en asuntos particulares pero definitivamente complejos, como el derecho al aborto y la lucha en contra de los abusos en los programas de control de población, a mediados de la década de 1980 los países en desarrollo ampliaron la discusión para incluir más temas, por ejemplo un interés en la calidad y acceso a servicios básicos de salud. Los países latinoamericanos han contribuido bastante en el desarrollo del discurso internacional, por ejemplo, vinculando los derechos reproductivos a las condiciones sociales, económicas y políticas necesarias para ejercer estos derechos. El movimiento de salud de las mujeres ha seguido avanzando en temas tales como la definición de los

* "defined and promoted a reproductive health approach to meet women's needs by encouraging enhanced collaboration among disparate vertical programs for family planning, maternal and child health, and STD control".



derechos reproductivos, lo que estos significan en la práctica para las mujeres, si estos son una herramienta estratégica útil en el movimiento, y si se debe, y cómo, incluir el tema de la sexualidad femenina (y los derechos sexuales). No existe un consenso en el movimiento, pero siguen las discusiones y el trabajo.

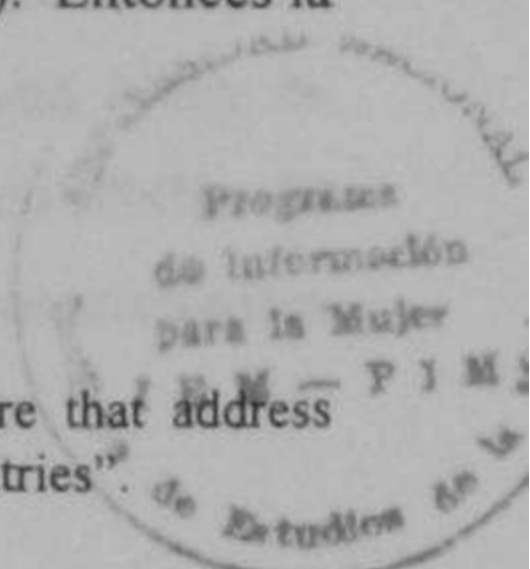
1.5.2. EL CASO DE COSTA RICA

Tres aspectos de la situación costarricense se juntan para enmarcar el contexto de la investigación: el estado histórico y actual del sector salud, las políticas de planificación familiar y las actividades del movimiento de salud de las mujeres. A continuación se resumirán brevemente los puntos principales de este contexto.

1.5.2.1. EL SECTOR SALUD EN COSTA RICA

Tradicionalmente, en Costa Rica se ha considerado la salud como un derecho de todos los individuos. Desde 1949, en la constitución política de la República, el papel del Estado como interventor en la protección de derechos tales como éste ha sido claramente destacado (OPS/OMS, 1994, p. 243). En particular, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y la Ley General de Salud —ratificadas y firmadas por el Estado— “establecen el derecho de la mujer a recibir información y atención en salud, reproducción, bienestar de la familia y planificación de la misma” (OPS/OMS, 1994, p. 244).

Sin embargo, esta perspectiva, aunque todavía sigue actuando a nivel de discurso, está perdiendo vigencia en la práctica debido a la influencia de la crisis económica que empezó a finales de los 70 y las políticas económicas impuestas por los PAE.* En la práctica, las instituciones internacionales financieras no consideran la salud como un derecho, sino como una mercancía que, en general, debería ser justificada por razones de eficiencia, o por ser una inversión que rinde bien. Por ejemplo, en una publicación del Banco Mundial sobre la salud de las mujeres, aunque la equidad está mencionada como una justificación para invertir en la salud de las mujeres, las justificaciones económicas prevalecen. Por ejemplo, afirma que estas inversiones “producen beneficios significativos para las familias, comunidades y la economía nacional [y que] [m]edidas que tratan los problemas de la salud de las mujeres están entre las inversiones más rentables disponibles en países en desarrollo”† (World Bank, 1994, p. 1). Entonces la justificación se apoya en argumentos de rendimiento en lugar de derechos humanos.



* Programa de ajuste estructural.

† “yield significant benefits for families, communities, and the national economy [and] [m]easure that address women's health problems are among the most cost-effective investments available in developing countries”.

PRESENTACIÓN DEL TEMA

Para ilustrar esta transición de derechos a mercancía, se perfilará el desarrollo del sector salud como entidad pública. Costa Rica tiene una historia larga y progresista en términos de la salud pública, y es conocido, especialmente dentro de Centroamérica, como un país excepcional en términos de los indicadores de la salud, por lo menos por ser un país del "Tercer Mundo". Hace aproximadamente 75 años el gobierno intentó implementar un sistema nacional de salud por primera vez como parte de las reformas liberales en Costa Rica durante los años 20. En 1922 se fundó un subsecretariado de gobierno que trabajaba con la higiene y la salud pública. En 1927 esta entidad subió al nivel de ministerio. También en esta década hubo nueva legislación sobre la salud pública y se aumentó la responsabilidad del Estado en el manejo de los hospitales (Dierckxsens, 1994, p. 140).

En las décadas de los cuarenta y los cincuenta Costa Rica, así como la mayoría de los otros países latinoamericanos, avanzó mucho en términos de los indicadores de salud pública (e.g., la expectativa de vida, la mortalidad materna). Dierckxsens (1994) atribuye esta situación, primero, a la importación de nuevas tecnologías, por ejemplo los antibióticos, y segundo, a la creación de programas de seguridad social que incluyeron programas de salud. En 1941 se creó la CCSS, que en primera instancia solamente cubría a los trabajadores con salario, no a sus familiares. A través de las siguientes décadas, la cobertura siguió ampliándose por nueva legislación y políticas. A finales de la década de 1970, 78% de la población costarricense podía aprovechar los servicios de la CCSS. Otra indicación de esta inversión en la salud pública durante los 60 y 70 son los gastos gubernamentales en este sector. En 1960 el gasto per cápita fue US\$14.2, mientras que en 1975 fue \$53.90 (Dierckxsens, 1994, p. 145).

LA CRISIS ECONÓMICA. El aumento en gastos para servicios sociales en la década de los setenta trajo problemas económicos. Esto, combinado con una caída dramática del precio del café (la fuente principal de ingreso en dólares en aquel momento), un incremento en importaciones de bienes de consumo por parte de las cada vez más prósperas clases media y alta, y el crecimiento de la industria de ensamblaje (que depende fuertemente de las importaciones), hizo que el déficit del balance de pagos creciera rápidamente hasta niveles casi inmanejables. Para responder a este problema, el gobierno empezó a pedir préstamos, principalmente de bancos comerciales extranjeros, llegando a tener una de las tasas de deuda per cápita más elevadas en el mundo (Hansen-Kuhn, 1993, p. 6).

Las avances de los setenta se estancaron en los ochenta con la crisis económica que Costa Rica compartió con otros países del mundo. En 1981, con altos índices de inflación y deuda, y una economía estancada, Costa Rica suspendió casi todos los pagos a los acreedores. Esto inició una época de programas de austeridad, inflación descontrolada y reducciones en el producto nacional bruto (PNB). El paradigma del neoliberalismo, que surgió de los países desarrollados y las instituciones transnacionales

como “respuesta” para los países en desarrollo a los problemas económicos experimentados, fue puesto en práctica.

Costa Rica firmó el PAE I en 1985, el primer país en Centroamérica en hacerlo. Con el PAE I, los recortes fueron aún más fuertes que los de los años anteriores. En 1982 el presupuesto para el sector salud representó solamente un 70% del presupuesto del año 1978, y el presupuesto del año 1988 fue solamente un 25% del de 1978 (Dierckxsens, 1994, p. 152).

LOS EFECTOS DE LA CRISIS Y LOS PAE EN EL SECTOR SALUD. Los programas de estabilización y los PAE que fueron prescritos para los países endeudados, en general exigieron cortes drásticos en los gastos sociales, incluyendo en el sector salud. De hecho, este paradigma ha afectado especialmente al sector de la salud debido a que en lugar de ver la salud como un derecho, es vista como una mercancía en la lógica de la globalización y los PAE. “La igualdad y el acceso son considerados elementos secundarios frente al tema de los costos y financiamiento” (Gita Sen, en Gómez y Meacham, 1997, p. 5). Uno de los propósitos principales del neoliberalismo fue, y sigue siendo, cambiar el rol del gobierno central para fomentar el “desarrollo” de los países del Tercer Mundo. El Banco Mundial (BM) propone que los gobiernos deben redirigir los servicios de salud enfatizando aquellos que benefician a la mayor cantidad de personas —una perspectiva totalmente cuantitativa (World Bank, 1995, p. 41). Los efectos de la crisis económica y los PAE se ven claramente a nivel mundial: a mediados de la década de 1980, 37 de los países más pobres del mundo recortaron sus gastos en salud casi a la mitad (United Nations, 1991, p. 18).

Aunque en Costa Rica los gastos en este sector fueron reducidos, la cobertura siguió más o menos igual la mayor parte de la década de 1980—ni mejoró, ni empeoró (Dierckxsens, 1994). Donde se sintieron (y todavía se sienten) los efectos de la crisis económica fue en la calidad de los servicios. La inestabilidad laboral en este sector aumentó, y los salarios bajaron debido a cambios en las políticas de contratación para reducir costos. Un aumento de 30% en la población del país, con la capacidad hospitalaria fija y disminuciones en los trabajadores en el sector significó un deterioro en los servicios. Por ejemplo, durante esta década la duración promedio que los pacientes se quedaron en el hospital bajó, especialmente para las mujeres dando a luz (Dierckxsens, 1994, p. 152).

Entre 1979 y 1988, el presupuesto para salud, nutrición y saneamiento cayó un 35% en términos reales, y un 45% en gastos per cápita. Eso en un momento en que hubo más necesidad por parte de la ciudadanía de recurrir a los servicios públicos, debido al incremento en los niveles de pobreza. La inversión en infraestructura fue casi inexistente (Hansen-Kuhn, 1993, p. 20). A finales de los 80 y la década de los noventa, el país experimentó una contracción en la cobertura que refleja la continuación de los fuertes recortes y congelaciones del presupuesto (Villalobos Solano, s.f., y Programa de Investigación

PRESENTACIÓN DEL TEMA

en Políticas de Salud). Durante la administración de Arias (1986-1990), por ejemplo, con la aprobación del PAE II, el Plan Nacional de Desarrollo para este período se comprometió solamente a “mantener los niveles alcanzados, con énfasis en los grupos más vulnerables... No obstante lo anterior, siendo el gasto real de este sector social el de mayor magnitud, se le aplicaron las restricciones presupuestarias más fuertes” (Villalobos Solano y Solano Mora, en Villalobos, s.f., p. 9).

Los servicios de prevención fueron algunos de los servicios más afectados. Los resultados de estos recortes en la década de 1990 han sido un aumento en la mortalidad infantil, y un incremento en enfermedades infecciosas evitables tales como la malaria, tuberculosis y sarampión (Hansen-Kuhn, 1993, p. 20).

Aunque no ha sido estudiado en el caso de Costa Rica, la crisis económica de la década de 1980 causó una reacción en el movimiento de salud de las mujeres a nivel latinoamericano. Se puede señalar que dado que las mujeres terminaron asumiendo algunos servicios que antes el Estado asumía (e.g., el cuidado de los enfermos que se están recuperando, el tratamiento de enfermedades menores, primeros auxilios), el efecto en algunos países latinoamericanos fue de una organización mayor de las mujeres pobres para educarse sobre las medidas para cuidar a sus familiares y otras personas. Como explican Portugal y Matamala,

En el entorno urbano, la deshumanización del hábitat expresada en escasez de vivienda y servicios básicos, así como la cesantía y el deterioro salarial, van formando nuevas formas de organización a nivel de barrio. Y en ese espacio, las mujeres de los sectores populares emergen con inéditas formas de liderazgo y actividad para asegurar la supervivencia. Organizaciones de subsistencia como “ollas comunes”, “comprando juntas” y “talleres artesanales” conviven y se complementan con organizaciones de salud poblacional denominadas “grupos de salud”, “monitores de salud”, “brigadas de salud”, “promotores de salud”, entre otras. (1993, p. 295)

Algunas actividades en este sector en Costa Rica se explorarán a continuación.

El recorte de gastos y servicios no fue el único cambio que afectó al sector salud debido a este nuevo paradigma. A nivel general, el BM propone que el Estado debe promover que las organizaciones de la sociedad civil “desempeñen un papel creciente en [la educación, salud, vivienda y saneamiento básico]” (BM y PNUD, en Villalobos, s.f., p. 10). Ana Isabel Ruiz Rojas, en un artículo sobre el rol de los/las trabajadores sociales en el sector salud costarricense, menciona que “se inicia la privatización de algunas empresas y servicios públicos, proceso que continúa hoy y que abarca a las instituciones proveedoras de servicios de salud principalmente, con las cuales se ensayan modelos de administración privada de la atención de la salud” (1991: 26). Un documento de CEPAL menciona la privatización

“básicamente mediante el traspaso de servicios a cooperativas. Destacan la Clínica Pavas (COOPESALUD) y la Clínica de Tibás (COOPESAIN)” (1994, p. 40). Desde la administración de Arias (1986-1990) y el PAE II, la necesidad de incluir la participación del sector privado dentro del sector salud general ha sido explicitado, pero por unos años no era claro (Villalobos, s.f., p. 9). Últimamente, la CCSS ha comprado servicios privados para algunos pacientes porque no tienen equipo adecuado, por ejemplo servicios de angiografía (Avalos Rodrigues, 18 de agosto de 1999).

Acciones para fomentar un gobierno central más pequeño y menos centralizado fueron promovidas. En la administración de Arias, “se privilegiaron las acciones en los procesos de descentralización y desconcentración de los servicios, en particular mediante los Sistemas Locales de Salud (SILOS), [y] se impulsó la regionalización” (CEPAL, 1994, pp. 36-37). Según CEPAL, los objetivos generales para el período 1990-1994 fueron “la modernización y el desarrollo del sector y de sus instituciones bajo los principios de integración, descentralización, sectorialización, regionalización o capacidad de resolución local, y democratización” (1994, p. 40). Actualmente, el gobierno está implementando una reforma en el sector salud que incluye acciones para descentralizar el control hospitalario, especialmente en términos de dar más responsabilidad y autoridad a los/las directores/as de los hospitales. La meta es que la CCSS quede sólo como “una entidad financiera, compradora y contralora de los servicios de los hospitales” (Avalos Rodriguez, 1997).

ESFUERZOS RECIENTES EN ATENCIÓN A LAS MUJERES. En los últimos años el gobierno está reaccionando ante la creciente desconfianza de los/las ciudadanos/as en relación con los servicios públicos de salud —por ejemplo, esperas interminables para servicios no de emergencia, quejas sobre la calidad de atención y el desorden en la administración de los hospitales y clínicas— y una presión para mejorar la atención en salud reproductiva por parte de organizaciones nacionales e internacionales. Dos ejemplos de esfuerzos por parte del gobierno son la creación del Hospital de las Mujeres en agosto de 1999 y la implementación del Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino y de Mama. El hospital se especializa en atención a las mujeres, incluyendo embarazos de alto riesgo y atención oncoginecológica. Se está hablando públicamente sobre el cambio principalmente en términos de renovaciones estructurales, la ampliación de especialidades y personal, y la creación de organismos de administración y planificación, pero como Arroba ha propuesto, se esperan además algunos cambios más radicales en términos de la relación prestataria-usuaria, con enfoque en escuchar las necesidades de las usuarias y una continua evaluación de cómo el hospital y los/las prestatarios/as logran satisfacer estas necesidades (1999, p. 3). El Programa Nacional de Prevención y Atención es una colaboración entre varias entidades gubernamentales (la CCSS, El Ministerio de Salud, El Ministerio de la Condición de la Mujer y la Oficina de la Primera Dama) para fomentar la prevención y detección

temprana del cáncer del útero y de mama. Es una gran iniciativa de llegar a las comunidades, capacitar a los/las prestatarios/as y educar para la prevención.

Aunque son prometedoras y tienen posibilidades para mejorar algunos aspectos de la atención de la salud de las mujeres, estas iniciativas son bastante recientes, y no se han podido empezar a efectuar evaluaciones de mediano ni largo plazo sobre los efectos.

En resumen, el sector salud ha sido muy afectado por la crisis económica del país que empezó a finales de la década de 1970, y el cambio del paradigma que resultó sobre el rol del gobierno central en los servicios del Estado, y sigue siendo afectado. Los principales efectos al principio de la crisis fueron los recortes en gastos en el sector, la descentralización de varios servicios, el estancamiento en las mejoras en salud pública y un deterioro en la calidad de los servicios. Con los PAE, los recortes han sido más drásticos, y los programas de prevención han sido especialmente afectados. Y mientras la salud es vista todavía como un derecho a nivel de discurso y legislación, en la práctica, cualquier política en el sector salud cae en un ambiente en donde los gastos tienen que ser justificados ante el paradigma neoliberal, hay menos empleados/as públicos/as que antes en este sector y el rol de las oficinas centrales de la CCSS está siendo cuestionado y limitado. Si durante los finales de la década de los 90 y los principios del nuevo siglo se ha mostrado interés por parte del gobierno en mejorar la atención pública a las mujeres, la realización de reestructuraciones institucionales y la implementación de programas concretos ha sido un proceso lento y está sólo empezando.

1.5.2.2. LAS POLÍTICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN COSTA RICA

En los 50 y 60 hubo actividades aisladas para promover el uso de los anticonceptivos en Costa Rica, pero fue a mediados y finales de los 60 que se empezaron a desarrollar organismos nacionales que trabajaban en el campo de la planificación familiar. Se fundaron varias ONG, incluyendo la Asociación Demográfica Costarricense (ADC) en 1966, con actores nacionales y extranjeros, para impulsar al gobierno a desarrollar y promover una política para bajar la tasa de nacimientos. Se creó la Oficina de Población en el Ministerio de Salubridad Pública con el financiamiento de USAID, que empezó inmediatamente a trabajar con la ADC en el Programa de Planificación Familiar de Costa Rica. Este programa tuvo como objetivos promocionar la planificación en todas las clases sociales y utilizar la red de Unidades Sanitarias en el país para difundir los servicios de planificación familiar.

En 1968, con el apoyo de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), se formó una comisión que se llamaba la Comisión Nacional de Población (CONAPO), con membresía de instituciones estatales y de la sociedad civil. La ADC fue nombrada como Secretaria Ejecutiva y la Presidencia fue declarada rotativa. Durante este período, en forma casi de moda, se seguían formando

también otros organismos. Se creó el Centro de Estudios Sociales de Población (CESPO, 1967) en la Universidad de Costa Rica; el Centro de Orientación Familiar (episcopal, 1968); la consulta de planificación familiar de la CCSS (1969), la Asesoría y Supervisión General de Planificación Familiar y Educación Sexual en el Ministerio de Educación Pública (1970) y el Centro de Integración Familiar (católico, 1971). Eventualmente todas estas organizaciones fueron integradas a CONAPO (González Gómez, 1985).

La justificación dada por estas organizaciones para su trabajo en este campo fue principalmente neomalthusiana, y fue influenciada por organizaciones estadounidenses y las clases sociales media-alta y alta de Costa Rica. Hubo una preocupación por la alta tasa de crecimiento de la población, especialmente de las mujeres y los hombres pobres. En algunas ocasiones hubo mención de control de natalidad como “una medida reguladora y preventiva a la contaminación ambiental, la deforestación, la erosión y la escasez de alimentos agrícolas” (González Gómez, 1985, p. 90).

González Gómez identifica tres “fuerzas” que tienen un papel en las primeras acciones en Costa Rica, y que presionaron para crear una política de planificación familiar y la legalización de los anticonceptivos: (1) las organizaciones internacionales, que relacionaron la planificación con un mejor desarrollo económico y un mejoramiento en la vida cotidiana de los pobres, y también como prevención de conflictos sociales e inestabilidad política; (2) el Departamento de Bienestar Social en los EE.UU., que presionaba para lograr la legalización de los anticonceptivos como un método para mejorar las condiciones sociales; (3) la “presión comercial” de parte, por ejemplo, de la Shering Pharmaceutical, que podía sacar beneficios de la venta de anticonceptivos (1985, pp. 91-92).

La década de 1970 fue un momento de mucha actividad organizativa por parte de organizaciones trabajando en la planificación familiar, y también de protesta en contra de estas actividades. Hubo un aumento en la crítica de la izquierda por el financiamiento e influencia extranjeros, principalmente provenientes de los Estados Unidos (por ejemplo, Colin, 1976). En 1976 varios grupos empezaron a protestar en contra del Programa Nacional de Planificación Familiar y la CCSS, debido a lo que ellos llamaron una campaña masiva de esterilización. La Asamblea Legislativa formó una comisión para investigar la situación, que al final no confirmó esta interpretación. Sin embargo, como reacción a estas protestas se aplicaron algunas restricciones más a la práctica.

Probablemente debido a estas situaciones, el gobierno decidió retirarse de un rol tan público y abierto en este campo. A finales de los 70 y en los 80 se concentró en la provisión de anticonceptivos a través de la CCSS, y al final lograron trabajar directamente con la USAID en lugar de ser obligados a usar la Asociación Demográfica Costarricense como intermediaria.

PRESENTACIÓN DEL TEMA

Dado su rol ahora menos público, es interesante que el gobierno de Costa Rica gasta per capita en la planificación familiar (más de US\$1.00 anuales) más que cualquier otro país en América Latina y el Caribe. Actualmente la población costarricense personalmente también gasta más en la planificación familiar (aproximadamente US\$1.50 anual) que la gente de otros países latinoamericanos y caribeños. Se ve este gasto en el hecho de que Costa Rica, junto con Cuba, son los países en donde un porcentaje mayor (75%) practican algún tipo de anticoncepción (Population Action International, 1994; Achío et al., 1994, pp. 9-25).

Además de la provisión de anticonceptivos, la política sobre planificación familiar incluye otros aspectos. El aborto provocado (no espontáneo) es ilegal excepto cuando un/a médico/a lo hace para evitar un peligro a la vida o la salud de la madre. Por lo tanto, legalmente el aborto no puede ser utilizado como un método de planificación familiar (pero las mujeres que pueden viajar fuera del país o ir a clínicas privadas generalmente tienen esta opción). La esterilización realizada por motivos de anticoncepción era prohibida por ley hasta 1999 —hubo que justificarla por razones “terapéuticas”. Eso cambió en junio de 1999 cuando el Poder Ejecutivo, como respuesta a presión de la sociedad civil, estableció un decreto diciendo que cualquier mujer u hombre adulto que quiere esterilizarse puede hacerlo sin restricciones. Esta acción se tomó después de varios años de activismo de parte de algunas NGO, la Defensoría de los Habitantes y al final la Vice-Ministra de Salud.

Las políticas de grupos e instituciones no gubernamentales son muy importantes en Costa Rica no sólo por su rol en la formación de las políticas gubernamentales en este área, sino también por la manera en que las ciudadanas/os viven sus vidas reproductivas y sexuales. Por ejemplo, la Iglesia católica tiene una influencia importante en las vidas de muchas mujeres y hombres católicas/os. Dado que su posición es en contra de la esterilización, el uso de anticonceptivos y el aborto provocado, es posible que muchas de las parejas que utilizan métodos tradicionales (e.g., el ritmo, el retiro) o que no practican la planificación familiar, estén influidas por esta posición. Sin embargo, aunque la mayoría de la población se identifica como católica, no siguen la posición de la iglesia referente a la planificación familiar.

En resumen, en los 60 y 70 hubo mucha actividad organizativa acerca de la políticas de planificación familiar. La década de 1970 también fue un momento de mucha protesta en contra de las influencias estadounidenses, y se dio la opinión por parte de la población de que el gobierno estaba siendo utilizado por fuerzas imperialistas. El gobierno costarricense, a finales de los 70 y en los 80, cambió la dirección de sus esfuerzos para concentrarse en la provisión de anticonceptivos. Actualmente no hay una política abierta y general sobre la planificación familiar aparte de proveer ciertos anticonceptivos —principalmente las pastillas anticonceptivas, los dispositivos intrauterinos (DIU) y los

condones o preservativos— a mujeres y hombres que los quieren, esto visto como una responsabilidad de la atención médica.

Todavía en Costa Rica mientras hay mucho uso del término *salud reproductiva*, la manera en cómo está utilizado varía mucho entre las ONG que trabajan con perspectiva de género, las ONG enfocadas en la planificación familiar y el sector médico público, y existe un gran brecha entre el discurso sobre la salud reproductiva de los institutos gubernamentales y la puesta en práctica de ésta visión. Mientras las ONG que trabajan con la perspectiva de género hablan de la salud reproductiva y sexual, su contexto socio-económico, los derechos y otros aspectos, las ONG y los programas dedicados a la planificación familiar hablan de la salud reproductiva en una manera más limitada, enfocados en los anticonceptivos y la tasa de fecundidad, aunque se ve que hay algunos esfuerzos en años recientes. Mientras tanto, los/las prestatarios/as de la atención médica tienden a enfocarse en el embarazo y las enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo. Una actividad reciente y muy prometedora es el estudio hecho en 1999 por una ONG con perspectiva de género, la Asociación de Mujeres en Salud (AMES) y otra enfocada históricamente en la planificación familiar, la Asociación Demográfica Costarricense (ADC). Este estudio (Arroba, 1999) logró la participación no sólo de las usuarias sino también 24 prestatarios/as de servicios de salud de la Clínica Solón Nuñez y la Clínica Maternidad Carit, incluidos médicos/as, enfermeras y trabajadores sociales. Muestra lo que podría ser una manera de colaborar no sólo entre los sectores públicos y privados sino también entre ONG que tradicionalmente no han escogido trabajar juntos por razones de diferencia de política. Esta investigación da una primera aproximación a los encuentros y desencuentros entre perspectivas de los/las prestatarios/as y usuarias e ilumina claramente un área en donde el sector médico público debe seguir trabajando para lograr un verdadero adelanto en mejorar la atención médica en salud reproductiva.

2

ANTECEDENTES Y APROXIMACIÓN TEÓRICA

2.1. ESTADO DE LA CUESTIÓN

En la investigación y publicaciones sobre los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, tal vez más que en la mayoría de las otras áreas, hay que recordar que mientras hay investigadoras/es y activistas que publican sus investigaciones, mucho de lo que está publicado se debe a las discusiones que ocurren en conferencias, talleres y otros encuentros. Este concepto siempre está en desarrollo y su definición ha sido un esfuerzo colectivo, combinando las perspectivas de activistas en salud de la mujer, académicas/os y otros/as en el proceso. Las autoras que he seleccionado para mi análisis crítico son en general bien conocidas en el campo, y están incluidas porque ofrecen perspectivas o enfoques nuevos o han documentado discusiones e ideas importantes que han estado circulando en el campo.

Los antecedentes de la investigación relacionados con los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres pueden ser agrupados en tres áreas: los derechos reproductivos desde la perspectiva legal (2.1.1), conceptualizaciones teóricas feministas de los derechos reproductivos y sexuales (no legales o enfocadas más ampliamente) (2.1.2) y las voces de las mujeres sobre su sexualidad, salud y reproducción (2.1.3).

2.1.1. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DESDE LA PERSPECTIVA LEGAL

Hay una parte de la literatura sobre los derechos reproductivos que tiene que ver con los aspectos legales de los derechos reproductivos y sexuales que, por ejemplo, revisa y explica los derechos reproductivos que están descritos en varios documentos de las Naciones Unidas y cómo pueden ser interpretados e implementados. Estos estudios tienden a enfocarse principalmente en los aspectos formales de los derechos reproductivos y las maneras de implementarlos.

Por ejemplo, Sonia Moñtano, en un capítulo titulado “Los derechos reproductivos de las mujeres” (1996), hace un resumen histórico del surgimiento de los derechos reproductivos. La mayoría de su trabajo se enfoca en un análisis de los documentos internacionales de varias conferencias de las Naciones Unidas, y cómo el concepto ha ido evolucionando a través de las conferencias.

Otro artículo, “International human rights and women’s reproductive health”, por Rebecca Cook (1993), también revisa los derechos reproductivos generales que están protegidos en varios documentos

internacionales, y explica brevemente algunas posibles implementaciones. Aunque utiliza el enfoque legal y se concentra en documentos legales internacionales, toma más en cuenta algo del contexto en que estos derechos están propuestos. Por ejemplo, reconoce el hecho de que dado que la sexualidad de las mujeres es muy controlada por parte de la sociedad, es problemático tratarla legalmente.

Un aspecto importante de estos análisis ha sido el esfuerzo de indagar cómo se pueden traducir las leyes en programas y acciones concretas. Un artículo, por Anika Rahman y Rachael Pine (s.f.), también sirve como un resumen de los asuntos legales de los derechos reproductivos, pero después de una revisión de los derechos enunciados en documentos legales internacionales, se concentra en una exploración de cómo podemos llevar el derecho internacional sobre los derechos humanos a una implementación de los derechos reproductivos que permita el seguimiento y control. Este tipo de trabajo es valioso porque traduce ideas abstractas y formales a la situación real en donde tienen que ser definidas e implementadas.

Estos artículos comparten un enfoque que está basado en los derechos reproductivos según están definidos en los documentos internacionales y se concentran en el rol que puede jugar la legislación en promover y proteger la salud reproductiva y los derechos reproductivos de las mujeres. Identifican los acuerdos y convenios que protegen los derechos reproductivos, proponen maneras de definir e implementar estos derechos en la práctica, y posibilidades para evaluar el cumplimiento o no por parte de los Estados. Los mejores ejemplos de este tipo de estudio son los que ofrecen una contextualización de los derechos reproductivos y sexuales en un análisis de la condición de la mujer. Cook, por ejemplo, fundamenta su análisis en lo que ella llama enfoques legales feministas ("feminist legal approaches"), que toman en cuenta la posición de subordinación en que viven las mujeres y analizan las leyes en términos de como ayudan o no a cambiar esta situación. Entonces más que ver discriminación abierta en las leyes, estos enfoques cuestionan, por ejemplo, si las leyes toman en cuenta "las experiencias y valores que parecen más típicos de las mujeres que de los hombres" (Katherine Bartlett en Cook, 1993, p. 75).

2.1.2. CONCEPTUALIZACIONES TEÓRICAS FEMINISTAS DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES

Otro grupo de publicaciones, principalmente escritas por mujeres activas en el movimiento de los derechos reproductivos y sexuales, intentan justificar el enfoque de los derechos reproductivos, identificar las condiciones necesarias para ejercerlos y vincularlos a otras discusiones feministas. Dado que esta discusión tiene sus raíces en reacciones en contra de los programas de control de población (y mucho estuvo orientado a influir en la conferencia sobre población en El Cairo en 1994), casi todas estas publicaciones sitúan este enfoque sobre un fondo de planificación de la familia.

Population control and women's health: balancing the scales, por Adrienne Germain y Jane Ordway (1989), fue una de las primeras publicaciones de distribución masiva que mencionaron explícitamente los derechos reproductivos —todo esto en un contexto que toma el enfoque de salud reproductiva para definir una política de control de población. En este libro, Germain y Ordway critican la perspectiva neomalthusianista tradicional como respuesta legítima a los problemas de desarrollo (y un rango grande de problemas sociales y económicos) y perfilan una redefinición feminista del “problema” de la población que pone en el centro a las mujeres.

Esta obra fue especialmente importante en el momento de su publicación porque sistematizó y distribuyó el contenido de las conversaciones que estaban ocurriendo en grupos de mujeres y feministas alrededor del mundo. Critica los programas tradicionales de control de población porque tienden a ver a las mujeres como el problema, y como “aceptadoras” de anticonceptivos, y porque desatienden otros aspectos de la salud reproductiva de las mujeres.

Sin embargo, la propuesta para un enfoque de salud reproductiva siempre toma por un hecho que hay una crisis en el crecimiento de la población y que en la mayoría de los países, hay que bajar las tasas de nacimientos. Este enfoque reconoce y critica los abusos en los programas de planificación familiar, el problema de no ver a las mujeres como protagonistas, y el sobre-énfasis en las estadísticas y la visión macro, pero no pone en duda las metas de la industria de control de población. De hecho, destaca como este nuevo enfoque (de salud reproductiva) puede alcanzar mejor estos objetivos. Germain y Ordway (1989) definen la salud reproductiva como una reacción frente a los programas de control de población y la necesidad de reformarlos. Esto se ve en la identificación de las clientes como “[m]uchachas, solteras y casadas de edad reproductiva” (p. 10), excluyendo a las mujeres que todavía no han entrado o han terminado el período reproductivo de sus vidas. Aún así, ellas hacen vínculos importantes con la necesidad de dar poder a las mujeres para que asuman la responsabilidad de su salud reproductiva, para entrar en el tema de la violencia en contra de las mujeres y de las niñas, para responder a las necesidades en salud reproductiva de niñas y muchachas, para promocionar la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y para poner a su disposición el aborto como parte de los servicios de salud reproductiva. También ven los derechos reproductivos como centrales en el mejoramiento de la posición de las mujeres en la sociedad —como un fin y como una parte central para realizar los objetivos feministas más amplios.

La publicación *Population policies reconsidered: health, empowerment, and rights*, compilado por Gita Sen, Adrienne Germain, and Lincoln C. Chen (1994), también centra la salud y los derechos reproductivos en un marco de reforma de los programas de control de población. Uno de los capítulos,

“Setting a new agenda: sexual and reproductive health and rights” (Germain, Nowrajee, and Pyne, 1994), está basado en un argumento semejante al de Germain y Ordway, pero desarrolla un poco más el tema. Por ejemplo, el tema de las condiciones habilitantes (“enabling conditions”) y la necesidad de responder a las necesidades en salud sexual de las mujeres es mencionado y discutido brevemente.

“Las condiciones habilitantes” es un concepto que fue creado primero por las mujeres del Tercer Mundo, y significa el contexto necesario en donde deben verse los derechos reproductivos y la capacidad de las mujeres para ejercerlos. Dicen Germain, Nowrojee, y Pyne:

La inversión en el desarrollo humano, incluyendo darles poder a las mujeres, y la garantía de los derechos humanos son esenciales en sí mismos. También son las maneras más efectivas y humanas de reducir la continua demanda de muchos/as niños/as en la mayoría de los países del Sur. Juntos, brindan las “condiciones habilitantes” esenciales para que la gente pueda ejercer sus derechos reproductivos y escoger “libre y responsablemente” el número de niños/as que tienen.* (1994, p. 28)

Las autores reclaman una re-definición de las políticas poblacionales para que “faciliten el uso de los programas de parte de la gente”† (p. 28) en lugar del énfasis tradicional de sólo proveer servicios y productos. Es solamente de esta manera, dicen ellas, que estos programas pueden superar las limitaciones de las perspectivas demográficas rígidamente definidas.

En este capítulo también es importante la identificación de las necesidades de atención a la salud sexual de las mujeres, que separa, por lo menos hasta cierto punto, la tendencia a juntar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres (lo que refleja la conceptualización de la sexualidad de las mujeres sólo en términos de la reproducción). Entonces esta perspectiva asigna como mandato que los servicios respondan a las necesidades de “niñas y mujeres de todas las edades, a través de sus ciclos de vida, no importa si sus relaciones sexuales tienen el propósito reproductivo” (p. 37), un avance importante y una ampliación de lo que es visto como las necesidades de las mujeres en este campo (cf. Germain y Ordway). Ahora las clientes no son conceptualizadas solamente como mujeres y jóvenes de edad reproductiva.

El octavo capítulo del libro compilado por Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen, “Reproductive and sexual rights: a feminist perspective”, por Sonia Côrrea y Rosalind Petchesky (1994),

* “[g]irls, single and married women of reproductive age”.

† “Investments in human development, including the empowerment of women, and assurance of human rights are essential in their own right. They are also the most effective and humane ways to reduce the continuing demand for many children in most Southern countries. Together, they provide the “enabling conditions” essential for people to exercise their reproductive rights and choose ‘freely and responsibly’ the number of children they have”.

† “facilitate people’s use of those programs”.

discute la utilidad de la perspectiva de los derechos en términos de la salud reproductiva y sexual. Dado que este capítulo contiene partes de un artículo previo por Petchesky, con el título "Salud y justicia reproductiva" (1993), voy a analizar las dos publicaciones juntas.

Estos artículos reconocen algunas de las dificultades implícitas de este enfoque. Específicamente, que tradicionalmente ha existido un entendimiento individualista y legalista de los derechos humanos, por lo menos en la conceptualización occidental. Estos artículos dicen que aunque hay un elemento individual en los derechos —el control que cada mujer tiene sobre su propio cuerpo— también hay derechos sociales importantes. Estos últimos llevan estos derechos más allá de la esfera individual. Petchesky menciona que el término *derecho* puede ser entendido o en un sentido limitado, legalista, o como una reivindicación política. Con las condiciones habilitantes como un aspecto fundamental de los derechos reproductivos y sexuales, dicen Côrrea y Petchesky (1994), el discurso de los derechos y el movimiento de la salud de las mujeres, vistos como una llamada a la justicia a través de diferentes culturas y sociedades, es poderoso, y no existe actualmente otro mecanismo o concepto tan fuerte. Transforman la comprensión clásica, liberal de los derechos humanos, y cambian el peso de las tareas alrededor de ellos de los individuos a las agencias públicas. En resumen, estos dos artículos justifican el concepto de los derechos reproductivos y sexuales y definen las condiciones habilitantes como un aspecto fundamental de este concepto.

Para hablar sobre los derechos reproductivos y sexuales, hay que explorar y criticar la construcción que cada sociedad tiene sobre la sexualidad femenina y masculina, y comprender como ésta forma la base de las discusiones de la planificación familiar. Las presunciones subyacentes sobre la sexualidad de las mujeres afectan el rango de opciones y poderes que las mujeres realmente tienen en sus procesos y salud reproductiva —siendo la transformación de estas presunciones y normas, entonces, una de las condiciones habilitantes para que las mujeres puedan practicar sus derechos reproductivos y sexuales (de hecho, dice Loes Keyzers, "[e]n realidad, los derechos reproductivos y sexuales no se pueden ejercer todavía" [1995, s.p.]). La sexualidad de las mujeres —en términos de sus experiencias vividas y las conceptualizaciones de las sociedades— es un ámbito en donde las políticas de poder están en juego.

Conforme el concepto de los derechos reproductivos y sexuales ha ido desarrollándose dentro del movimiento, la investigación en este campo también ha evolucionado. Los primeros trabajos sobre el tema necesitaban justificar este enfoque como una manera de lograr mejor las metas de planificación familiar, y trabajaba para definir los derechos reproductivos. Trabajos posteriores han explorado varios aspectos de estos derechos, trabajando para ampliar lo que significan los derechos reproductivos —por ejemplo ver las condiciones habilitantes (y qué son) y el tema de la sexualidad femenina— y poner en

discusión las presunciones tradicionales de lo que es privado y público, y las orientaciones individualista y legalista de las discusiones tradicionales sobre los derechos humanos.

Keysers (1994, 1995) probablemente tiene más éxito al escaparse de las definiciones de los derechos reproductivos y sexuales como una reacción a los modelos de planificación familiar, y al mismo momento utilizar la terminología de los derechos. Esto es en gran medida por su enfoque de las definiciones culturales de la sexualidad femenina (y masculina). De esta manera, ella ha ido más allá del contexto de la salud y está cuestionando las definiciones de los derechos reproductivos y sexuales enfocados en la salud pública y la planificación familiar, que evitan (como dice Keysers) mencionar la problemática de la sexualidad femenina.

2.1.3. LAS VOCES DE MUJERES SOBRE SU SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

Los estudios publicados sobre lo que dicen las mujeres mismas sobre su sexualidad, salud y reproducción son menos numerosos que otros tipos de investigaciones, pero hay algunos que tienen que ver con el tema de los derechos sexuales y reproductivos.

Por ejemplo, Shere Hite ha hecho varias investigaciones sobre la sexualidad femenina y masculina, y su informe *The Hite report: a nationwide study of female sexuality* (1976) fue uno de los primeros estudios que les preguntó a las mujeres sobre sus experiencias y deseos sexuales, sin tratar de sistematizar los resultados según un esquema predeterminado ("normal" vs. "no normal"). Utilizando un cuestionario, Hite les preguntó a las mujeres estadounidenses sobre la masturbación, el orgasmo, el coito, el estímulo clitoral, el lesbianismo, la "revolución" sexual, también sobre cómo la edad afecta la sexualidad y sobre la nueva sexualidad femenina.

Uno de los aspectos más importante de esta investigación es el espacio que Hite da a las mujeres para hablar en sus propias palabras. Ella hace resúmenes de los comentarios y destaca puntos importantes, pero la mayoría del libro contiene transcripciones directas de las mujeres. Lo que Hite encontró es que hay muchas mujeres estadounidenses frustradas y desilusionadas con la manera en que la sociedad define la sexualidad, centrada en la visión masculina, muy genitalizada y enfocada en los procesos masculinos.

Este estudio enfoca en la sexualidad femenina, pero no la aborda a través de los derechos sexuales. Las únicas referencias que hace a los derechos son acerca de cómo para la mayoría de ellas la "revolución sexual" no fue una revolución para las mujeres. El resultado de esta revolución sexual masculina fue que las mujeres perdieron su derecho de decir no al sexo, porque son consideradas como no "normales", "saludables" o "mujeres verdaderas" si no quieren el coito o si no logran un orgasmo a través de la penetración. Dijeron muchas que ahora sienten el orgasmo como un "deber".

Uno de los asuntos preocupantes de ese estudio es que aunque algunas de las mujeres (entre ellas muchas mayores) habían empezado a decirles a sus compañeros lo que querían sexualmente, o por lo menos a definir ellas mismas su sexualidad, en lugar de ver el placer como un derecho, muchas habían tirado la toalla en este campo, diciendo que aunque habían comunicado sus deseos a sus compañeros, ellos no los veían como algo importante.

Otra investigación bien conocida, de hace 13 años, es la de Emily Martin, *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction* (1987). En este libro, Martin investiga como la ciencia, y en especial la medicina, ha construido varios procesos femeninos (la menstruación, el parto y la menopausia). Identifica varias metáforas utilizadas para explicar estos procesos y estudia como las mujeres estadounidenses los han incorporado en la visión de sus cuerpos y en su manera de entender estos procesos, según su raza y clase social. Mucho de su análisis tiene que ver con las relaciones de poder entre los científicos (los médicos) y las mujeres. El asunto del poder y cómo se manifiesta forma el centro de la investigación de Martin.

Para efectos de la investigación de esta tesis, es interesante lo que Martin encontró sobre cómo las mujeres incorporan los discursos científicos en sus propias percepciones de sus cuerpos y procesos reproductivos. Especialmente entre las mujeres de clase media, cuando describen su menstruación, por ejemplo, lo hacen utilizando el vocabulario médico y la visión médica. En una reflexión personal de la investigadora, ella reconoce que al principio de la investigación ella estaba decepcionada porque sentía que en todas las entrevistas lo que las mujeres contaban era no más que hechos científicos. Después de mucha reflexión, se dio cuenta de que se necesitaba explicar y estudiar estos "hechos", y verlos como organizaciones culturales de las experiencias (pp. 10-11). En alguna manera, Martin vio las descripciones como "hechos" porque ella también los había tomado como verdades por la socialización compartida. Fue en este momento cuando ella pudo ver como las mujeres, incluyéndose ella misma, hemos incorporado esta perspectiva científica como "la verdad".

Otra publicación sobre las conceptualizaciones de la sexualidad que se centra en las voces de mujeres es el libro *Conceptualizaciones de la sexualidad e identidad femenina: voces de mujeres en la comunidad autónoma de Madrid* por Alicia Puleo (1994). Para su investigación, Puleo entrevistó a mujeres "de grupos que se autotitulan feministas o pertenecen a asociaciones afines a algunas reivindicaciones del feminismo dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid" (p. 57).

En este libro, se hace referencia a los derechos de las mujeres en este área. Por ejemplo, en una sección llamada "Placer sexual: un derecho pero no un deber", Puleo analiza cómo las participantes en general piensan que todo ser humano tiene un derecho de experimentar el placer, pero no debe ser visto como una obligación ni una parte de la vida necesaria en todas las etapas. Por ejemplo, dice una mujer,

Hay muchas personas que a lo largo de su vida no quieren placer sexual. Por eso, yo ahora lo formularía en términos de derecho ... No todas las mujeres tienen la posibilidad de obtener placer sexual a lo largo de su vida ... Lo vería como una condición imprescindible [del desarrollo personal y la autonomía] formulada en términos de derecho: que todas las mujeres tuvieran derecho al placer sexual. (p. 60)

Varias de las mujeres dicen que actualmente muchas mujeres se sienten presionadas si no quieren tener sexo (que refleja lo que dijeron las mujeres estadounidenses en los 70, según Hite), o si “no han conseguido cinco orgasmos en una noche” (p. 62). En general, resisten la formulación de una norma para las relaciones sexuales. También reconocen cómo la sexualidad, o por lo menos el sexo, ha sido convertido en una mercancía para el consumo.

Una contribución reciente importante en este área ha sido una publicación del Grupo Internacional de Acción Investigativa sobre los Derechos Reproductivos (IRRRAG). La publicación es una colección de estudios de caso de grupos de mujeres en siete países —Brasil, Egipto, Malasia, México, Nigeria, las Filipinas y los EE.UU.—con una conclusión que destaca algunos aspectos de los resultados que aparecen en varios países y nos dirige hacia nuevas estrategias y políticas. La meta de estos estudios era investigar “los significados cross-culturales de los derechos reproductivos”^{*} Según los resultados de este estudio, hay mucha variación en cómo las mujeres conciben los derechos reproductivos y los principales obstáculos según el país, pero también hay semejanzas. Entre los primeros están los factores principales que influyen en si las mujeres reclaman derechos reproductivos (e.g., tener o no trabajo pagado fuera de la casa, ser casada o soltera, ser madre o no), los contextos en donde ellas tienen que vivir su reproducción y sexualidad, el nivel de autonomía que ellas tienen en definir sus vidas reproductivas, etc. Las semejanzas incluyen el hecho de que pocas mujeres reclaman derechos reproductivos bajo este nombre. Más bien, es un proceso de negociar dentro de varios ámbitos y llegar a acuerdos, dejando una cosa por la posibilidad de ganar otra. Cuando está visto de esta manera se ve que las mujeres no son sólo víctimas del sistema. Aunque el sistema es opresivo y hay muchas instituciones que las limitan a ellas en su vida, también las mujeres son activas, inteligentes y tienen mucha esperanza de que los obstáculos sean menores para sus hijas. Resumiendo y parafraseando, las conclusiones sacadas de los siete estudios son las siguientes:

- * Las mujeres esperan e intentan controlar su fertilidad, el número de hijos/as que tienen, y el uso de anticonceptivos, pero las barreras sociales, institucionales y legales se los impide en muchos casos.

* “...the cross-cultural meanings of reproductive rights.”

ANTECEDENTES Y APROXIMACIÓN TEÓRICA

- * Justifican su derecho de este control por el hecho de que las responsabilidades de la maternidad caen casi exclusivamente en ellas.
- * Hay mucha diferencia entre las generaciones de mujeres en cómo pueden articular y ejercer sus decisiones sobre la reproducción y la sexualidad, y eso también varía a través del ciclo de vida de las mujeres. A veces son las mujeres jóvenes solteras quienes más enuncian los derechos, y otras veces son las mujeres mayores que han experimentado y vivido la maternidad.
- * Aunque la religión tiene un rol importante en la vida de la mayor parte de las mujeres, no determina el comportamiento ni el proceso de tomar decisiones acerca de la fertilidad.
- * Tener trabajo pagado dentro o fuera de la casa era un factor importante para muchas mujeres en si podían tomar decisiones en cuanto a su sexualidad o reproducción, pero este trabajo siempre era en el contexto de la doble o triple jornada.
- * En algunos sitios, participar en grupos comunitarios o sindicatos era uno de los factores principales en si las mujeres desarrollaron un sentido de derechos en el área de la reproducción.
- * En el ámbito sexual, las mujeres en general reclamaron el derecho a no ser víctimas de la violencia sexual y a no tener relaciones sexuales no deseadas, pero no el derecho al placer sexual –ni mostrarlo ni tenerlo.
- * Casi todas las mujeres se quejan de la pobre calidad de atención médica en salud reproductiva, de la inaccesibilidad y el costo de esto. Las experiencias negativas que tienen con este sistema pueden ayudar a promover el sentido de derechos que tienen, y estos podrían ser mejor articulados para ellas. (pp. 300-13)

Han empezado a salir unos estudios y publicaciones costarricenses sobre esta temática. Una investigación que realizó la Alianza de Mujeres Costarricenses (Prado R., 1996) sobre la salud integral de las mujeres de los sectores populares trata, entre otros temas, los derechos reproductivos y la sexualidad. Este estudio es importante en relación con este proyecto por el hecho de que fue realizado en Costa Rica y porque contiene mucha referencia a los “derechos” de las mujeres. Desafortunadamente el informe no da espacio para citas de las mismas participantes, y presenta estadísticas sin mucha discusión acerca de las entrevistas. Por eso, da la impresión que el informe no capta toda la riqueza que fue el proceso de llevar a cabo los grupos de discusión, por ejemplo. Sin embargo, hay algunos contenidos interesantes y que sugieren más investigación cualitativa.

Por ejemplo, se destaca la falta de información sobre los procesos reproductivos en el país: solamente un 12% de las mujeres dijeron que recibieron información sobre la menstruación, y un 7% sobre la menopausia. También muchas mujeres contaron que tienen miedo y vergüenza de hacerse los exámenes de papanicolau, y muy pocas se hacen los autoexámenes de mama (p. 32). Entonces parece

que el derecho a una información amplia, que enfatice la toma de poder de las mujeres, no se ha cumplido ni en una manera mínima entre estas mujeres de Costa Rica.

El informe identifica la sexualidad como un tema que sigue siendo tabú para las mujeres de los sectores populares del país. Se menciona que durante el proceso de la investigación muchas mujeres no respondieron a las preguntas relacionadas con la sexualidad (43%; p. 34) y durante las discusiones grupales muchas "señalaban que era inmoral, no era para mujeres 'decentes', etc." (p. 33). Aunque un 85% de las mujeres dijeron que habían recibido algún tipo de información acerca de la sexualidad, también señalaron que fue "incompleta, no integral, se aleja de lo que es la verdadera sexualidad, desvirtuándola al concebirla como algo sucio, inmoral, no apropiado para las mujeres" (p. 33).

Un 43% de estas mujeres dijeron que han experimentado un orgasmo "muy pocas veces o nunca" (y también parece existir una confusión sobre lo que es un orgasmo) (p. 34), y el informe llama a esta situación "la violación de un derecho, el disfrute, a través de la manipulación y dominación ideológica, donde es pecado y no permitido para las mujeres 'decentes', quienes además no pueden negociar con sus compañeros una relación más satisfactoria, por temor a ser juzgadas" (pp. 34-35). Las mujeres mismas identificaron otros obstáculos para el disfrute: "la falta de privacidad en sus viviendas, poca comunicación, alcohol y drogas en nuestros compañeros, agresión, etc." (p. 35).

La tesis de maestría *Vivencias y prácticas sexuales de las mujeres jóvenes residentes en Rincón Grande de Pavas*, por María Luisa Preinfalk Fernández (1998), sobre mujeres jóvenes en una comunidad urbana pobre en Costa Rica es importante para entender las percepciones y prácticas sexuales de un grupo de adolescentes que viven en una situación de extremo riesgo social. La manera en que Preinfalk ubica la discusión en un contexto sociopolítico da mucho más significado a la discusión sobre prácticas sexuales que algunos otros estudios. En lugar de enfocar, por ejemplo, a cuál edad las jóvenes pierden su virginidad o a qué edad tienen su primer/a hijo/a, la investigadora busca entender el contexto y la historia de estas decisiones, y el significado que tienen para las jóvenes. Lo que resulta es una descripción de jóvenes que utilizan los pocos recursos que tienen, con la esperanza de que un hombre valore esta entrega y en cambio la saque de su situación de pobreza extrema, violencia y falta de cariño. Para los servicios de salud y los programas de prevención del embarazo temprano, los resultados de este estudio promueven un replantamiento de suposiciones básicas.

Finalmente, el estudio hecho por la Asociación Demográfica Costarricense y la Asociación de Mujeres de Salud (Arroba, 1999) tiene como uno de los temas los derechos relacionados a la salud reproductiva y sexual. Hecho con el objetivo de extraer datos que puedan informar nuevas políticas y direcciones para mejorar la calidad de los servicios públicos en salud femenina, la investigación se centra en el ámbito de la provisión de servicios médicos. Lo importante de esta investigación son el lugar que la

investigadora da a las voces —de las usuarias y también de los y las prestatarios/as—, la contextualización que hace en relación con la jerarquía existente en el sistema de salud histórica y la individualización y medicalización de lo que es la salud. Las conclusiones incluyen las siguientes: (1) actualmente algunas mujeres no conocen sus derechos en relación con la salud; (2) hay una falta de comunicación real entre las usuarias y los/las prestatarios/as debido a la socialización de cada uno y la jerarquía existente en el sistema y (3) derechos básicos como los del respeto, privacidad, confidencialidad, consentimiento informado, y la plena participación de las usuarias no se están cumpliendo en las clínicas estudiadas.

En resumen, se ve que el discurso de los derechos está presente solamente en las investigaciones más recientes, de acuerdo con el desarrollo del concepto de los derechos reproductivos y sexuales en el movimiento de salud de las mujeres. En estas investigaciones las mujeres han presentado sus críticas sobre la construcción de la sexualidad en sus sociedades (especialmente en Hite [1976], Puleo [1994] y Preinfalk [1998]), y en las últimas dos reconocen que tienen ciertos derechos reproductivos y sexuales. También se está haciendo más investigación en Costa Rica sobre este tema, que muestra nuevos caminos en el entendimiento de la sexualidad femenina e implica cambios en la acción relacionada con esta temática.

2.1.4. LOS ASUNTOS TOCADOS Y LAS ÁREAS NO ESTUDIADAS

En términos del estado de la cuestión sobre los derechos sexuales y reproductivos, siempre queda el aspecto de los análisis de la reacción en contra de los programas y las políticas de población. Entonces, existen buenos análisis de la salud reproductiva y los derechos reproductivos de las mujeres en términos de la planificación familiar, y una perspectiva un poco más amplia sobre la necesidad de prevenir las ETS, brindar servicios reproductivos, etcétera. Además, algunas autoras han empezado a considerar el área de la sexualidad femenina y los derechos sexuales. De hecho, en los últimos estudios existe más discusión sobre los derechos y los vínculos con el contexto social y cultural.

Sin embargo, lo que encontramos es que en la mayoría de sus discusiones los estudios tienden a combinar la sexualidad y la reproducción de las mujeres, poniendo mucho más énfasis en la reproducción. El tema de los derechos reproductivos y las necesidades reproductivas de las mujeres, entonces, ha sido bien desarrollado en los últimos años, especialmente en términos de la visión y los servicios tradicionales de la medicina. Probablemente esto se deba al hecho de que es más fácil ver cuándo hacen falta servicios de control prenatal o se tienen altas tasas de ETS, y porque la salud reproductiva definida de esta manera puede ser discutida dentro de los discursos políticos y médicos tradicionales sin provocar resistencia de las personas con poder (i.e., se puede interpretar la salud

reproductiva desde una perspectiva liberal), aunque los derechos reproductivos entendidos en su definición más amplia (la que está desarrollada después en los supuestos teóricos) son un reclamo radical. Una excepción es Arroba (1999) que habla de la calidad de servicio pero promueve cambios radicales en las estructuras y las relaciones. Sin embargo, en general esta posibilidad de tomarlo desde la perspectiva liberal ha permitido algunos consensos internacionales sobre el tema.

Por otro lado, la sexualidad femenina, debido a su uso como una manera de controlar a las mujeres y su identificación como un tema tabú, es mucho más problemática de discutir y llegar a acuerdos. Aunque el vínculo entre el patriarcado y el control de la sexualidad femenina ha sido identificado y estudiado en sus aspectos históricos (e.g., Lerner 1986) y en los mandatos actuales que las mujeres experimentan (e.g., Lagarde 1990), este tema ha sido relegado a la competencia de las feministas radicales y liberales, y no hay un consenso actual sobre los derechos sexuales de las mujeres. Se ha empezado a estudiar la sexualidad de las mujeres, pero muy poco ha sido escrito sobre los derechos sexuales de las mujeres (entendidos como derechos sociales contextualizados en lugar del derecho al aborto seguro, por ejemplo). Tampoco se ha buscado ni captado mucho sobre lo que las mujeres definen como la sexualidad y la resistencia de las mujeres frente a los mandatos sociales imperantes en este campo.

Este vacío está especialmente acentuado en el contexto de los países no industrializados. Dado que la sexualidad y la reproducción son construcciones sociales que varían de una sociedad a otra y de un momento histórico a otro, hay que investigar estos conceptos en cada sociedad y ver como están relacionados con las condiciones de vida cotidiana de las mujeres que viven en estas culturas. Actualmente hay poca investigación que haga esto. Están empezando a surgir estudios que abordan este tema en el país, pero la mayoría de la literatura que existe viene de los países industrializados, y varía de una manera significativa en países como Costa Rica.

Finalmente, últimamente se ha visto un avance en la definición de los derechos al abordar las condiciones "habilitantes" o necesarias para entender y ejercer los derechos reproductivos y sexuales. Pero el proceso de definir estas condiciones sólo ha empezado, en parte porque dependen mucho del contexto en donde viven las mujeres. Lo que se ha dicho es que son condiciones políticas, económicas y sociales. Se necesita elaborar una descripción contextualizada en el caso de Costa Rica sobre lo que significan estas condiciones y cómo las mujeres las definen y describen.

2.2. SUPUESTOS TEÓRICOS

En esta sección se desarrollarán las definiciones de, y perspectivas sobre, los conceptos claves utilizados en este estudio: la salud, la sexualidad, la salud reproductiva de las mujeres, la salud sexual de

las mujeres, los derechos humanos, los derechos humanos de las mujeres y los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

2.2.1. LA SALUD

La salud depende de las circunstancias individuales y el contexto social en donde una persona vive. La situación económica y política de una persona, y su ambiente social y cultural, afecta profundamente la manera en que siente e interpreta la salud y la enfermedad, y su capacidad para lograr un estado de bienestar y armonía física y mental. El cuerpo y la mente forman un entero indivisible, que refleja desequilibrio y tensiones de maneras diferentes, y enfermedades físicas y mentales. Pero la salud también es afectada por la realidad material del individuo, por ejemplo su acceso a comida suficiente y nutritiva, su acceso a agua limpia y sistemas sanitarios adecuados, su capacidad de ejercer algún control sobre su vida y su satisfacción con sus condiciones de vida.

La medicina occidental que predomina en la mayoría de los países desarrollados, y está creciendo en países en desarrollo como Costa Rica, generalmente ve la salud como la ausencia de enfermedad. Cuando hay una enfermedad, se piensa que la medicina debe interponerse y arreglar lo que está mal, usualmente con pastillas, inyecciones o cirugía. Esta perspectiva tiende a ver el cuerpo como una máquina que se puede dividir en procesos diferentes (como el sistema digestivo o reproductivo), que separa lo "físico" de lo "mental". El rol de la medicina es identificar y tratar la parte del proceso o sistema que no está funcionando bien (Martin, 1987).

Este análisis ve a los seres humanos como una colección de partes, usualmente aislados de su contexto social, cultural y político. Christiane Northrup (1994) compara lo que ella llama "el cuerpo como proceso" y "la vista del mundo médico", observando que la perspectiva de proceso considera "los aspectos físicos, afectivos, espirituales y psicológicos de un individuo [como] entretnejidos íntimamente", mientras la perspectiva médica separa a "un individuo en comportamientos totalmente separados y no relacionados"[†] (p. 23). La perspectiva médica también ve la muerte como un fracaso, y el evitar la muerte es considerada como la contribución más importante de la medicina. La perspectiva del proceso ve el vivir plenamente como lo más importante, y la muerte como algo inevitable en la vida de una persona. El bienestar es algo que no está bien definido en la perspectiva médica, mientras la perspectiva del proceso, que Northrup promociona, ve el cuerpo como algo que puede auto-sanar, y la salud es el resultado de vivir plenamente según las creencias propias. En otras palabras, la salud es un proceso continuo.

* "Physical, emotional, spiritual, and psychological aspects of an individual [as] intimately intertwined".

† "an individual into entirely separate, unrelated compartments".



En esta investigación, tomo la perspectiva del proceso, rechazando lo que veo como la división artificial del cuerpo en sistemas diferentes, no relacionados, y con el bienestar como algo que refleja armonía en este todo. Pero hay una tendencia entre algunas promotoras de esta perspectiva, en sus esfuerzos por reintegrar el todo de cuerpo-mente, de no ver la enorme influencia de las circunstancias de la vida y la relación de esto con sus familias, barrios, ciudades, etcétera. Es como si el bienestar dependiera principalmente de la habilidad de una persona de lograr un equilibrio y armonía mental y física, olvidando que los recursos materiales como la comida adecuada, el agua, etcétera, son también esenciales para una vida sana. Al extremo de esta perspectiva "new age" la enfermedad se convierte en una responsabilidad y problema puramente individual, cuando no vivimos correctamente o procesamos de manera correcta nuestros problemas psicológicos.

Este es el caso de la Dra. Caroline Myss, en *Anatomy of the spirit: the seven stages of power and healing* (1996). Myss tiene buenos puntos sobre de la unidad de la mente y el cuerpo, y la necesidad de tener esto para lograr una buena salud. Por ejemplo, cuando habla de la curación, observa que esto no siempre "significa que el cuerpo físico se recupera de la enfermedad. La curación puede significar que su espíritu ha liberado miedos que ha guardado por mucho tiempo y pensamientos negativos hacia uno/a mismo/a o hacia otros"* (p. 7). También hace un vínculo importante entre la enfermedad, la curación y el poder personal, diciendo que "ahora creo que el poder es la base de la salud"† (p. 19). Pero en general, estos análisis más amplios del contexto material no son explorados ni desarrollados.

Ann Oakley, una investigadora en ciencias sociales especializada en el análisis feminista de temas médicos, ha trabajado mucho sobre el ambiente social de la salud y la atención médica. En su trabajo *Social support and motherhood: the natural history of a research project* (1992), uno de los numerosos puntos interesantes que Oakley describe es lo difícil que ha sido probar que la medicina mejora la salud. Ella observa que la salud ha sido medicalizada en las sociedades occidentales y no se toman en cuenta los aspectos no médicos que parecen influir en la salud (pp. 10-11). Por ejemplo, cuando las mujeres sienten que reciben apoyo afectivo durante el parto, la tasa de complicaciones experimentadas baja. Desarrolla esta idea mucho más y brinda muchos resultados de investigaciones que apoyan la idea de que la salud no es solamente algo médico.

Lesley Doyal, en *What makes women sick: gender and the political economy of health* (1995), también pone la salud de las mujeres en un contexto social, diciendo que "[s]on los efectos cumulativos de [los labores productivas y reproductivas de las mujeres] que son los determinantes mayores de los

* "Mean that the physical body recovers from an illness. Healing can also mean that one's spirit has released long-held fears and negative thoughts toward oneself or others".

† "I now believe that power is the foundation of health".

estados de salud de las mujeres”* (p. 22). Por ejemplo, encuentra que el rol reproductivo, biológico de las mujeres es lo que más separa sus necesidades de salud de las de los hombres, pero también es lo que más separa a algunas mujeres de otras, por ejemplo las de países ricos de las de países pobres.

Para los propósitos de esta tesis, tomo aspectos de los análisis de Northrup, Oakley y Doyal, dado que todas enfocan aspectos de la salud que usualmente no son considerados en los análisis tradicionales de salud y enfermedad. Northrup, mientras reconoce el contexto social de la salud, se enfoca más en temas individuales, por ejemplo las tensiones y los esfuerzos individuales. Doyal analiza cómo la posición de las mujeres en la sociedad y el nivel de apoyo que sienten afecta su salud. Oakley ha hecho un trabajo importante sobre la salud de las mujeres y los efectos de sentirse aislada. Todos estos aspectos influyen en la salud, y el bienestar es el resultado del poder personal y bienestar individual, y el apoyo social y satisfacción de necesidades básicas.

Esta perspectiva sobre la salud obviamente tiene consecuencias especiales para las mujeres. Dado que viven en un patriarcado, en la mayoría de las sociedades las mujeres experimentan aislamiento, violencia, dominación, acceso limitado a los recursos que necesitan y una falta sistemática de poder y control sobre sus vidas y cuerpos.

2.2.2. LA SEXUALIDAD

La sexualidad es una construcción social, cultural y política, que depende de un momento y lugar histórico, y que tiene menos relación con la biología y la “naturaleza” que con la manera en que la sexualidad femenina y la sexualidad masculina están concebidas en, y enseñadas por, la sociedad según nuestro género y posición social y cultural en la sociedad.

Hay dos conceptualizaciones principales en el occidente sobre la sexualidad: el modelo “hidráulico”, que describe la sexualidad como un impulso o instinto, y el modelo constructivista, que a través de estudios sobre la sexualidad femenina y masculina a lo largo de la historia y en diferentes culturas, describe la sexualidad como algo altamente dependiente de construcciones sociales, culturales y políticas.

El modelo hidráulico, también llamado esencialismo sexual, fue popularizado por Freud, pero en formas diferentes ha tenido una presencia fuerte a través de la historia occidental, cristiana. De hecho, la tradición cristiana está basada en “la creencia de que el sexo es un esfuerzo abrumador que lo social/moral/médico tiene que controlar”* (Weeks, 1985, p. 8). Freud desarrolló esta perspectiva básica

* “[i]t is the cumulative effects of [women’s productive and reproductive labors] that are the major determinants of women’s states of health”.

* “belief that sex is an overpowering force which the social/moral/medical has to control”.

cuando describió el instinto sexual, proponiendo que si este impulso no encuentra una salida adecuada, saldría como perversiones o sublimaciones sexuales. Después, los/las sexólogos/as, incluyendo Havelock Ellis, Marie Stopes y Van de Velde, que empezaron a investigar y escribir durante principios del siglo XX, tomaron este esencialismo como la base para su trabajo. Desarrollaron propuestas para relaciones sexuales mejores entre parejas casadas, y buscaban y publicaban pruebas “científicas” de esta perspectiva (Jackson, 1987). Entonces la naturaleza, según esta perspectiva, es el factor determinante en la definición de la sexualidad femenina y masculina, y la sexualidad sigue igual a través del tiempo y el espacio. Aunque esta perspectiva ha sido criticada en las últimas décadas, sigue formando parte de las creencias sobre la sexualidad. Por ejemplo, la sociobiología es bien conocida por buscar modelos en la naturaleza para justificar cosas como la agresión en los hombres y responsabilidad total de parte de las mujeres para los/las niños/as. Un ejemplo reciente de esta rama es Thornhill y Palmer (2000) que “prueba” que la violación es un producto de la evolución, y entonces “natural” en los hombres. Según ellos, las mujeres deben vestirse conservadoras, evitar andar solas y no entrar en lugares “masculinos” para no ponerse en peligro.

La crítica feminista ha rechazado, en general, este modelo de la sexualidad. Según Margaret Jackson,

La crítica [feminista] representaba no solamente un ataque al egoísmo y brutalidad masculinos en las relaciones heterosexuales, sino un intento de redefinir la sexualidad femenina, la sexualidad masculina y la heterosexualidad, y construir modelos alternativos. El desarrollo de la sexología socavó estos intentos a través de la declaración que los aspectos de la sexualidad masculina y la heterosexualidad que las feministas vieron como sociales y políticos, era, de hecho, natural, y de construir un modelo “científico de la sexualidad basado en esta base.” (Jackson, 1987, p. 55)

El modelo que describe la sexualidad como una construcción, que cambia a través de la historia y las culturas, es la perspectiva que voy a utilizar en esta investigación. El trabajo de Michel Foucault (por ejemplo, 1981 y 1980) es especialmente importante en este enfoque. En particular, su serie sobre la historia de la sexualidad muestra como la sexualidad ha sido concebida de maneras muy divergentes a través de la historia occidental. Otras perspectivas, como el volumen compilado por Pat Caplan, *The*

* “[Feminist] criticism represented not merely an attack on male selfishness and brutality in heterosexual relations but an attempt to redefine female sexuality, male sexuality, and heterosexuality and to construct alternative models. The development of sexology undermined these attempts, by declaring that those aspects of male sexuality and heterosexuality which feminists viewed as social and political were in fact natural, and by constructing a ‘scientific’ model of sexuality based on that basis”.

cultural construction of sexuality (1987), muestra como las conceptualizaciones de la sexualidad femenina y masculina varían a través de las culturas.

Jeffrey Weeks, que ha estudiado la historia de la sexualidad con una atención especial sobre como esta afecta las conceptualizaciones de la homosexualidad masculina, hace un buen resumen de la perspectiva de la sexualidad como una construcción:

La sexualidad como un fenómeno contemporáneo es el producto de una multitud de tradiciones y prácticas sociales que son autónomas e interactivas: religiosas, morales, económicas, familiares, médicas, jurídicas... Entre las formas más críticas de mediación están las categorías, conceptos y lenguajes que organizan la vida sexual, que nos dicen cual es el comportamiento "bueno" o "malo", "perverso" o "saludable", "normal" o "anormal", "adecuado" o "no adecuado".* (1985, pp. 6, 7)

Las implicaciones de estas dos perspectivas —el esencialismo sexual y la sexualidad como una construcción social, cultural— son tremendamente importantes. Si se toma la sexualidad básica como algo determinado por la naturaleza, hay poco espacio para el cambio. Por ejemplo, si la sexualidad masculina está basada en la agresividad y dominación, y la de las mujeres en la pasividad y receptividad, hay solamente posibilidades muy limitadas para modificar esta relación desigual por naturaleza. Por otro lado, si la sociedad tiene un rol dominante en definir qué es aceptable y no aceptable en términos de la sexualidad, hay una posibilidad de cambio positivo hacia una realidad más equitativa para los hombres y las mujeres, y un ambiente más amigable para la diversidad de inclinaciones sexuales y en donde se permite la expresión del placer. Como dice Weeks, "La sexualidad pudiera ser una potencialidad para la elección, el cambio y la diversidad. En lugar de ser así, la tomamos como un destino, y todos nosotros, mujeres y hombres, homosexuales y heterosexuales, jóvenes y viejos, negros y blancos, somos prisioneros en sus redes, y pagamos un precio alto por ello"† (1985, p. 5).

La sexualidad de las mujeres refleja muchas de las contradicciones y mandatos de la sociedad, y no puede separarse de este contexto. Cualquier estudio y comprensión que se logre sobre la sexualidad tiene que tomar esto en cuenta, analizando, por ejemplo, el rol que juega el poder en los encuentros y

* "Sexuality as a contemporary phenomenon is the product of a host of autonomous and interacting traditions and social practices: religious, moral, economic, familial, medical, juridical. . . . Amongst the most crucial forms of mediation are the categories, concepts and languages which organise sexual life, which tell us what is 'good' or 'bad', 'evil' or 'healthy', 'normal' or 'abnormal', 'appropriate' or 'inappropriate' behavior".

† "Sexuality could be a potentiality for choice, change and diversity. Instead we take it as destiny, and all of us, women and men, homosexual and heterosexual, young and old, black and white, are held in its thrall, and pay its expensive dues".

ANTECEDENTES Y APROXIMACIÓN TEÓRICA

relaciones heterosexuales y homosexuales, la vulnerabilidad que las mujeres tienen en estas relaciones y las diferentes maneras que las mujeres viven su sexualidad y erotismo.

Como dice la investigadora Lesley Doyal, "el comportamiento sexual de las mujeres es el resultado de un conjunto complejo de cálculos internos y negociaciones interpersonales que no pueden ser entendidas fuera del contexto de su ambiente económico, social y cultural"* (1995, p. 80). Este contexto incluye, obviamente, la manera en que las relaciones de género son concebidas y vividas en las sociedades patriarcales. Algunas/os investigadoras/es (incluyendo Pat Caplan, Gayle Rubin, Carole Vance y Jeffrey Weeks), al contrario de Foucault, han puesto atención especial al rol que tiene el género en la construcción de la sexualidad. Victor J. Seidler (1987) afirma que es precisamente la ceguera de Foucault con respecto al tema de género lo que debilita su análisis, y una de las contribuciones más importantes del feminismo ha sido cuestionar la idea de que los hombres y las mujeres experimentan la sexualidad de maneras semejantes.

La investigadora Loes Keysers (1995) brinda un resumen excelente de algunos de los temas relacionados con la sexualidad femenina:

La mujer tiene relaciones sexuales de placer o de dolor; esto lo experimentan con sus cuerpos. Pero también es una experiencia social, con códigos de lo que es la verdadera feminidad o la verdadera virilidad, y normas sobre lo que es ser una mujer virtuosa y ciudadana responsable. Y por último, las relaciones sexuales, ya sean deseadas o forzadas, pueden producir un embarazo, a veces solamente como efecto posterior, a veces planeado, a veces no deseado. Tener un hijo, o evitarlo, no sólo es un evento biológico, también es un asunto sumamente social y de políticas de poder. (1995, p. 50)

Una de las contribuciones del análisis feminista de la sexualidad femenina, de hecho, es hacer visible la manera que se ejerce, y se manifiesta, el poder a través de la sexualidad. Por ejemplo, Carole Vance, al mismo tiempo que promueve la necesidad de estudiar y afirmar el placer sexual para las mujeres, reconoce que su sexualidad está permeada de sentimientos y experiencias de peligro:

La sexualidad está simultáneamente en un campo de restricción, represión y peligro así como un campo de exploración, placer y mediación. Enfocar solamente en el placer y la gratificación ignora la estructura patriarcal en donde las mujeres actúan, pero hablar solamente de la violencia y opresión ignora las

* "women's sexual behavior is the outcome of a complex set of internal calculations and interpersonal negotiations that cannot be understood outside the context of their cultural, social and economic environment".

ANTECEDENTES Y APROXIMACIÓN TEÓRICA

experiencias que tienen las mujeres con la mediación sexual y opciones y sin darse cuenta, aumenta el terror y desesperación sexual en que viven las mujeres.* (1984, p. 1)

Entonces, la investigación (y experiencia) ha mostrado que la sexualidad es un área especialmente problemática para las mujeres. Como dice Vance (1984), el placer sexual y la seguridad personal muchas veces están en oposición para las mujeres. Por esto, el hecho de que una columna de sostén de la sociedad patriarcal es el control sobre la sexualidad femenina y la reproducción (Lerner, 1986), las mujeres experimentan contradicciones enormes entre las influencias múltiples sobre su sexualidad y viven su sexualidad de muchas y diferentes maneras. Por ejemplo, algunas mujeres han reclamado su sexualidad como una de sus identidades principales (esto ha ocurrido principalmente con las mujeres que pertenecen a una "minoría sexual", y muchas veces es una manera de resistir lo que la sociedad impone, liberándose de la presión de esconder su sexualidad y/o sentirse culpable por ella) (Weeks, 1985), y otras, como identifica Alicia Puleo (1997), ven su sexualidad como una parte no muy importante de sus vidas, por lo menos por ciertos periodos.

Nuestras sociedades tienen reglamentos estrictos —dichos y no dichos— en términos de lo que son mujeres "buenas" y "malas", y muchos de estos están basados en el comportamiento sexual de ellas. Por ejemplo, la actividad sexual por parte de las adolescentes es vista usualmente como incorrecta, y si ellas dan a luz a un bebé no deseado esto está visto como un castigo merecido (en otras palabras que no deben tener acceso al aborto), mientras la actividad sexual de los jóvenes varones no es castigada tan fuertemente o vista tan mal. Por otro lado, de alguna manera se piensa que las mujeres que se visten de modo provocativo o que entran en espacios "no adecuados" para las mujeres (bares, las calles públicas en la noche, etc.) están pidiendo, o merecen, ser violadas o atacadas por un hombre.

Los discursos juegan un rol importante en enseñar estos reglamentos sociales, y Schifter Sikora y Madrigal Pana (1996) ofrecen una discusión sobre los discursos principales acerca de la sexualidad para las y los jóvenes costarricenses, lo que brinda información importante sobre el contexto sexual del país. Describen tres discursos principales —el religioso, el del género y el de la ciencia— detallando sus elementos en la siguiente manera:

* "Sexuality is simultaneously a domain of restriction, repression, and danger as well as a domain of exploration, pleasure, and agency. To focus only on pleasure and gratification ignores the patriarchal structure in which women act, yet to speak only of sexual violence and oppression ignores women's experiences with sexual agency and choice and unwittingly increases the sexual terror and despair in which women live".

Cuadro 2.1. Resumen de los discursos identificados por Schifter y Madrigal.

Discursos religiosos	Discursos del género	Discursos de la ciencia
La creación es divina y la heterosexualidad es lo aceptado	Los órganos sexuales, el instinto o las hormonas determinan los roles sexuales	La salud sexual es un objetivo de la sociedad
La sexualidad "va de la mano" con el pecado	Los roles sexuales son naturales y determinan sus características	La orientación sexual y la identidad son procesos "internos" de desarrollo psicológico
El sexo es la debacle moral	Los roles determinan sus funciones	El sexo es una actividad natural y placentera
El sexo es inducido por el demonio	El hombre es activo sexualmente por naturaleza y la actividad es superior	Las mujeres son tan sexuales como los hombres
El matrimonio es la alternativa al pecado de la carne	La mujer que es penetrada vale menos, a menos que esté casada	Existen técnicas que deben ser aprendidas para llegar a una sexualidad satisfactoria
El fin del matrimonio es la unión y la procreación	Los hombres que tienen relaciones sexuales son más hombres y no pierden valor	Uno de los factores principales para una buena relación sexual es la comunicación de la pareja
La virginidad es un requisito para el matrimonio	La misión de la mujer es no insinuarse, no mostrar deseo sexual y no provocar al hombre	La virginidad no es en sí importante y la experiencia sexual es necesaria para la pareja
La masturbación corrompe		Una causa del divorcio podría ser la falta de satisfacción sexual
La fornicación no debe ni pensarse		
La prostitución representa la lacra humana		
La pornografía es una falta grave		
La homosexualidad es antinatural		
El adulterio es una grave afrenta		
El divorcio va contra la ley divina		
Los hijos no deben evitarse		
El aborto es asesinato		

De: Schifter Sikora y Madrigal Pana (1996, pp. 60-77).

Este estudio no sólo identifica aspectos de estos discursos sino las maneras en cómo las y los jóvenes los reciben, entienden y los incorporan.

En resumen, para los propósitos de esta investigación la visión de la sexualidad, y el análisis de las entrevistas con las mujeres están basados en la creencia que el término *sexualidad* incluye un rango de actos, preferencias y deseos sexuales, ninguno de los cuales es intrínsecamente "malo" o "bueno", pero que tiene enormes connotaciones para la gente debido a la jerarquía de prácticas deseables, toleradas y no deseables que están bien descritas por Gayle Rubin (1984). Este punto de partida también toma en cuenta el rol que tiene el patriarcado actual en definir y controlar la sexualidad femenina, siendo

los discursos una de las técnicas. Las mujeres no son "libres" para explorar sus opciones y placeres sexuales, y viven bajo una forma particular de opresión en términos de como pueden ejercitar y concebir su sexualidad.

2.2.3. LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

La salud reproductiva de las mujeres es un estado de bienestar físico, mental, emocional y social, y no la mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos, recordando que el sistema reproductivo no puede ser separado artificialmente del cuerpo femenino, que es un todo que no puede ser dividido en partes. Además, el cuerpo individual no es un ser abstracto, aislado, y debe ser considerado en su contexto político, económico y social.

Este supuesto está basado en la definición de la salud reproductiva que aparece en el Programa para la Acción de El Cairo (FNUAP, 1994), que por su entorno está basado en la definición de la salud de la Organización Mundial de Salud, y está reforzado por la insistencia de que tenemos que ver el cuerpo en una manera holística y dentro de un contexto.

¿Qué significa esto en términos de la atención de la salud reproductiva? Temas específicos en la atención de la salud reproductiva que necesitan mayor atención son el control y la educación prenatal, los servicios de parto, la prevención de, y el tratamiento para la infertilidad, e información y servicios completos para la planificación familiar (con un énfasis en buena educación sobre un rango completo de opciones, entendiendo nuestros cuerpos, y como los métodos se ajustan a, o afectan, nuestros estilos de vida), incluyendo el aborto sin riesgos y tratamiento para los efectos del aborto. Todo estos servicios tienen que respetar a las mujeres como seres con derechos, y tratarlas con dignidad. También debe darle, después de brindar la información que le permita entender las funciones y procesos de su cuerpo, la última palabra sobre el control, y el poder para tomar decisiones, sobre su cuerpo. Además, los procesos naturales deben ser tratados como procesos del ciclo vital de las mujeres, y no como enfermedades (como, por ejemplo, la antropóloga Emily Martin [1987] ha mostrado ocurre con la perspectiva tradicional médica sobre la menstruación, el parto y la menopausia).

En términos del bienestar general, y no sólo atención a las enfermedades, el embarazo, el parto y la planificación familiar, la salud reproductiva también significa que las mujeres entienden sus procesos reproductivos (este concepto va a variar según la cultura), que el discurso sobre estos procesos está centrado en las mujeres con un énfasis en que cada mujer se siente cómoda con su cuerpo y sistema reproductivo y que se siente, hasta el punto que quiere, en control de lo que pasa con su cuerpo.

Esta definición también significa que para la medicina tradicional occidental el sistema reproductivo está separado solamente artificialmente del resto de los sistemas del cuerpo. Entonces,

dado que el sistema reproductivo está irrevocablemente vinculado a, y depende del resto de las funciones del cuerpo y de la salud en general, es imposible tener una buena salud reproductiva sin tener buena salud en general. Eso no es decir que la atención en salud reproductiva es lo mismo que la atención en salud general, porque esto reduciría la salud de las mujeres a solamente los aspectos reproductivos, y sus necesidades de atención en salud obviamente son mucho más amplias que esto. Esto significa que la salud reproductiva depende de la salud general y que un Estado no puede promocionar la salud reproductiva y al mismo tiempo ignorar la salud general básica.

Entendiendo la salud reproductiva como vinculada a la salud general, y la necesidad de entender esta última en su contexto político, económico y social significa que la atención en salud reproductiva está relacionada con los modelos de desarrollo, la posición de la mujer en la sociedad, la relación entre los hombres y las mujeres, y muchos temas más. Este contexto es uno en el que las feministas y los promotores de la salud de las mujeres, especialmente las de los países del Tercer Mundo, han insistido por varios años (por ejemplo, Peggy Antrobus, Adrienne Germaine y Carmen Barroso [1987]; Sen, Germaine y Chen [1994]; y Sonia Côrrea [1994], entre muchas otras).

Algunas feministas, especialmente en América Latina, han criticado este énfasis en la salud reproductiva, diciendo que esto, una vez más, reduce a las mujeres a sus funciones reproductivas, y un enfoque en salud integral refleja mucho más las necesidades de las mujeres en términos de su salud. Por ejemplo, Marcela Lagarde dice que debemos dejar de lado el enfoque de salud reproductiva y en lugar de esto, promocionar la salud integral (exposición, 12 de febrero de 1998) porque es imposible separar la salud reproductiva de la salud general, y no debemos caer en la trampa de enfocar solamente en los temas que tradicionalmente han sido el único interés de la sociedad para las mujeres.

Reconociendo que estos puntos son bien planteados, y vale la pena responder a ellos, este estudio utilizará los términos *salud reproductiva* y *derechos reproductivos* y el enfoque en la salud reproductiva y sexual. Es así porque creo que si se reconoce que este aspecto de la salud de las mujeres no puede ser separado de su salud general, no se cae en la trampa de definir las necesidades de las mujeres sólo en términos de la reproducción. Es en alguna manera una decisión estratégica enfocar sobre la salud integral o la salud reproductiva, y apoyar a una no significa la promoción de un tipo de salud exclusivamente. Hay que reconocer que la reproducción tiene un rol importante en la vida de la mayoría de las mujeres, que la manera en que viven la reproducción es una de las áreas más importantes en donde sus necesidades son diferentes que las de los hombres y merecen un enfoque especial en ciertas situaciones, como la investigación.

2.2.4. LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES

La salud sexual de las mujeres es un estado general de bienestar físico, mental, emocional y social, y no la mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad femenina, por ejemplo la capacidad de sentir y expresar sentimientos eróticos, la capacidad de tener relaciones sexuales que una escoja, y sentirse bien sobre ellas, etcétera.

La salud sexual ha sido mucho menos estudiada que la salud reproductiva. Sin embargo, este concepto cubre tales necesidades médicas como la prevención y tratamiento de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) e información y servicios completos de planificación familiar para que la (hetero)sexualidad pueda ser separada de la reproducción. Pero también la salud sexual incluye muchos aspectos no "médicos". Por ejemplo, la salud sexual implica que las "minorías sexuales", como las lesbianas, célibes y bisexuales, no sean castigadas ni estigmatizadas por sus elecciones no mayoritarias, y que tengan acceso a la misma calidad de atención en salud reproductiva y sexual como las otras mujeres. Relacionado con este punto, el derecho de las mujeres al placer sexual es una parte importante de su salud sexual.

Estos factores deben ser considerados en un contexto en donde la mayoría de las sociedades actualmente ven la sexualidad femenina como algo que debe ser altamente controlado, y en donde las desviaciones del promedio son castigadas. La violencia sexual es una realidad en casi todas las sociedades. Entonces, la salud sexual real no es permitida para las mujeres en el patriarcado actual, dado que a las mujeres no se les permite experimentar su sexualidad plenamente.

2.2.5. LOS DERECHOS HUMANOS

El concepto de los derechos humanos está basado en una filosofía principalmente occidental sobre la estructura social, en donde hay una división entre la esfera "privada" y la esfera "pública". La preocupación principal en el desarrollo de estos derechos ha sido afirmar que el individuo (hasta hace muy poco definido como hombre, generalmente blanco, y terrateniente) debe ser protegido de abusos de su gobierno.

Así, por un amplio período, las discusiones sobre los derechos humanos se centraron en maneras de proteger al ciudadano en términos de su privacidad, libertad y vida, al mismo tiempo apoyando el orden patriarcal de la sociedad y una dominación rígida, masculina de la familia que en la práctica (y muchas veces en la teoría) negaba a las mujeres y los/las niños/as, y grupos minoritarios, los mismos derechos que les fueron garantizados en las declaraciones de derechos humanos "universales" (Eisler, p. 1).

El interés en los derechos humanos en este siglo fue codificado en acuerdos internacionales empezando con algunos de la ONU. El Preámbulo de la Carta de la ONU, escrito en el año 1945, afirma el respeto “para los derechos humanos y para las libertades fundamentales para todos/as, sin distinción alguna por motivos de raza, sexo, idioma o religión” (en UNFPA, 1997, p. 9), con mención específica de que las mujeres y los hombres tienen derechos iguales. A pesar que la Carta, y después la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, mencionan los derechos humanos iguales para ambos sexos, reconocen muy poco las condiciones específicas en que viven las mujeres y las niñas, y las preocupaciones particulares de ellas.

2.2.6. LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES

Los derechos humanos son derechos básicos, universales, sobre la seguridad, dignidad y autorrealización de los seres humanos que deben ser garantizados por los Estados. Si bien en las negociaciones internacionales acerca de los derechos humanos se busca derechos universales que aplican igualmente a todos los seres humanos, esta misma universalidad entre los derechos de las mujeres y los hombres a veces oscurece las condiciones en donde las mujeres viven y aspectos de sus vidas que solamente las mujeres experimentan. Por efectos de esta investigación, entonces, se va a suponer que los derechos humanos de las mujeres a veces coinciden con, y a veces varían de, los derechos humanos de los hombres. Por ejemplo, se buscarán de las participantes de este estudio sus concepciones de los derechos reproductivos de las mujeres, sin pedir a ellas que los formulan en términos de los derechos reproductivos de las mujeres y hombres.

Como fue mencionado anteriormente, los derechos humanos son un concepto con una historia (desde aproximadamente el siglo dieciocho) en las culturas occidentales como una manera de proteger a los hombres acaudalados de las entromisiones no “necesarias” o abusivas del Estado. A través de su historia han tendido a concentrarse en establecer y mantener la división entre lo “público” y lo “privado” y han sido enfocados sobre las preocupaciones individuales. La crítica feminista de este concepto de los derechos humanos, por ejemplo la de Riane Eisler, ha mostrado que este modelo atiende a las necesidades de los hombres blancos, adultos y libres, y también invisibiliza y protege de intervención el rol de dominación que ellos desempeñan dentro de la familia, aún cuando dentro de esta esfera las mujeres y las/los niñas/os son abusadas/os u oprimidas/os (1993, p. 1). Esta crítica también ha mostrado que el desarrollo de los derechos humanos “universales” ha sido todo menos universal —estos derechos ignoran áreas de alta importancia para las vidas de las mujeres.

Aparte de estas críticas, han habido otras sobre el concepto de los derechos humanos. Algunas activistas han cuestionado la validez de intentar establecer derechos humanos universales, observando

que hay un problema en identificar derechos *universales* a través de culturas muy diferentes, y en usar la palabra *derecho* —en términos de lo que se entiende— porque su interpretación varía de una cultura a otra. Hay también, por lo menos en la tradición occidental, una tendencia a entender e interpretar los derechos solamente al nivel legal, dejando estos como una idea abstracta que no está muy relacionada con la realidad de las vidas cotidianas de las mujeres. Hablando sobre los derechos reproductivos, pero en términos que son aplicables a los derechos humanos en general, Rosalind Petchesky dice que para evitar estas trampas, hay que redefinir los derechos humanos en términos de las condiciones económicas, políticas y sociales que se necesitan para poner estos derechos en práctica (1993, p. 3). De esta manera, los derechos humanos pueden ser más relacionados a la vida cotidiana e ir más allá del campo legal.

También, dicen Petchesky (1993) y Loes Keyzers (1995), hay que definir e interpretar los derechos humanos no solamente como asuntos legales sino como reivindicaciones para la justicia social que dan a las mujeres las herramientas para reclamar y proteger su integridad corporal y otras necesidades básicas —no solamente de una manera legal sino de una manera social. Hablar de los derechos, por lo menos en muchas culturas, implica utilizar un vocabulario que es entendido por la mayoría de las mujeres y, en muchos casos, es fácilmente aceptado y defendido por ellas. La meta debe ser definir los derechos humanos de las mujeres en términos de sus vidas cotidianas y sus experiencias vividas, y evitar la mera traducción de los derechos humanos definidos para los hombres a derechos humanos para las mujeres. Las condiciones habilitantes que muchas feministas y organizaciones han definido (incluyendo, por ejemplo, Germaine, Nowrojee & Pyne, 1994) son un ejemplo de este nuevo análisis. La definición de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres es otro ejemplo, dado que la reproducción y la sexualidad tienen un papel importante en las vidas de la mayoría de las mujeres.

Otra crítica a las discusiones que utilizan los derechos humanos es mencionada por Jeffrey Weeks, cuando compara los enfoques sobre el aborto en América del Norte y Europa:

En América [del Norte] la idea organizativa es la de los “derechos” —y es significativo que en la campaña para permitir el aborto cada lado habla en el lenguaje de los derechos, los derechos del niño no nacido versus el derecho de la mujer sobre su cuerpo. El resultado puede ser una disolución regresiva al lenguaje de los absolutos morales en donde los dos lados simplemente anuncian verdades diferentes.* (1985, p. 54)

* “In [North] America the organising idea is that of ‘rights’—and it is significant that in the abortion campaign each side speaks in the language of rights, the rights of the unborn child versus the right of a woman to her own body. The result can be a dissolution back into the language of moral absolutes in which both sides simply proclaim different truths”.

En otras palabras, el uso de un enfoque que privilegie "derechos" tiende a enunciar estos como absolutos, lo que por momentos tienen que ser tomados más por fe que como conceptos justificados racionalmente. Esto, como Weeks identifica, es especialmente cierto en los debates sobre el aborto en los Estados Unidos. Cada lado proclama su versión de derechos humanos como una "verdad", lo que hace más difícil la discusión constructiva.

Todavía, incluso con estos problemas, la discusión y promoción del enfoque de los derechos humanos puede servir como una herramienta estratégica, como se afirmó en una conferencia de la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (llevada a cabo en noviembre de 1990). Por ejemplo, dado que el concepto de la salud ha sido en gran medida despolitizado, promover el derecho humano a una atención médica de alta calidad refuerza los aspectos políticos del concepto. Tomando en cuenta estas críticas, es sumamente importante continuar desarrollando las críticas feministas de los derechos humanos supuestamente universales, y promover los conceptos de los derechos humanos que visibilizan las situaciones específicas de las mujeres y respetan sus necesidades y problemas.

2.2.7. LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Empiezo con la idea que los derechos sexuales deben ser separados de los derechos reproductivos. Separar la sexualidad de la reproducción, en la mayoría de las situaciones, permite a las mujeres más autonomía y opciones. Suponer que los derechos sexuales son parte de los derechos reproductivos es reproducir la construcción problemática en donde la sexualidad y la procreación de las mujeres son vistas como la misma cosa. Aunque muchas veces menciono los derechos reproductivos y sexuales al mismo tiempo en este documento, cada uno de estos conceptos está definido por separado.

Los derechos reproductivos de las mujeres incluyen derechos relacionados con la atención médica (por ejemplo, el derecho a la atención médica durante el embarazo y el parto, el derecho a la atención para la prevención, y tratamiento, de las enfermedades de transmisión sexual [ETS], el aborto sin riesgo, etc.) y derechos relacionados con el acceso a la información y educación (sobre la planificación familiar, el sistema reproductivo, autocuidado durante las varias etapas de la vida, etc.). El objetivo de estos servicios individuales es promocionar y mantener el derecho de las mujeres a su autodeterminación en asuntos de la reproducción. El/la médico/a entonces, tiene el rol de consultante para que la mujer tome decisiones informadas, y decide hasta qué punto la/el médico/o está involucrado en el proceso. Estos derechos son relacionados con, pero diferentes de, los derechos sexuales, e incluyen las condiciones sociales, económicas y políticas necesarias para ejercer estos derechos.

La Declaración de los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva, elaborada y discutida en la Reunión de los Derechos Reproductivos llevada a cabo en marzo y abril de 1995 en New York como

ANTECEDENTES Y APROXIMACIÓN TEÓRICA

parte del proceso preparatorio para Beijing, ofrece una base para definir los derechos reproductivos y sexuales. Los derechos descritos en esta declaración pertenecen más a la reproducción, pero también hay mención de algunos derechos sexuales. Los derechos nombrados en este documento son los siguientes:

Los derechos reproductivos y sexuales son esenciales para la vida de la mujer y son un prerrequisito para hacer realidad los derechos humanos fundamentales... [L]os gobiernos [deben garantizar] que toda mujer, sin importar edad, estado civil, raza, etnia, religión, nivel económico o educativo, ni orientación sexual, tenga acceso a:

- información completa y fehaciente y asesoría confidencial no directiva sobre todos los aspectos de los servicios y la salud reproductiva y sexual;
- educación sexual completa y libre de prejuicios;
- servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, confidenciales, accesibles y baratos;
- el espectro completo de métodos de regulación de la fertilidad efectivos y sin riesgos, incluyendo la esterilización voluntaria, tratamiento y prevención de la infertilidad, métodos anticonceptivos de emergencia y aborto legal y sin riesgos;
- información y educación integral sobre la prevención de ETS/VIH/SIDA y condones baratos y de calidad;
- tratamiento y asesoría compasiva para el VIH/SIDA y demás condiciones sexuales y reproductivas que incorpore la dignidad y el respeto por la autodeterminación reproductiva de la mujer;
- igualdad genérica y financiación para todos los aspectos de la investigación epidemiológica, sanitaria y conductista en torno a la salud de la mujer.

Los gobiernos deben condenar y erradicar toda costumbre, política y ley coercitiva en relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, por ejemplo: la esterilización forzada; el aborto forzado; la maternidad forzada; el embarazo forzado; la mutilación genital femenina; el casamiento forzado; la violación; el acoso sexual; los exámenes de virginidad; el uso forzado de anticonceptivos; y la discriminación en base a la orientación sexual. (En Encuentros y conferencias, 1995)

Si se agregan a esta definición las condiciones políticas, sociales y económicas que permitirían a las mujeres entender y ejercer estos derechos, y se pone la promoción de la autodeterminación de las mujeres en el centro de estos derechos (no solamente que la respeten, sino que promuevan la autodeterminación), se termina con una definición que es semejante al supuesto elaborado más arriba. Además, los derechos reproductivos deben respetar tanto el derecho de las mujeres de recibir atención médica tradicional como recibir atención no tradicional para mantener la salud y curar problemas diversos de salud. En relación

con la atención no tradicional, se deben tratar de recuperar y estudiar las maneras de prevenir enfermedades y mantener la salud que son parte de las comunidades indígenas y de conocimiento "popular".

Aunque la definición en la *Declaración de los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva* no contiene algunos de los aspectos que muchas feministas han incluido (y que incluyo en este supuesto), esta definición es más amplia que, por ejemplo, la que utiliza la mayoría de las instituciones de planificación familiar. Por ejemplo, la Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) (que en mi opinión se concentra más en los derechos reproductivos) es considerada como un modelo (UNFPA, 1997), en parte porque va más allá de la definición limitada de los derechos reproductivos que muchas organizaciones de planificación familiar utilizan, o sea la planificación familiar. Sin embargo, este enfoque sobre la planificación familiar siempre es central en la descripción de la IPPF; cuando describen el compromiso de la IPPF con la salud sexual y reproductiva, un documento con el título "The need for family planning" [La necesidad de planificación familiar] dice que "los servicios de planificación familiar quedan en el núcleo de la atención de la salud sexual y reproductiva" * (IPPF, 1997, p. 2). Sin embargo, la Carta incluye otros derechos, y los cito en su totalidad aquí porque es interesante compararlos con la versión centrada en las mujeres que fue anteriormente citada:

1. El derecho a la vida, que entre otras cosas significa que la vida de ninguna mujer debe ser puesta en riesgo o en peligro por razones de embarazo;
2. El derecho a la libertad y la seguridad de la persona, que reconoce que todas las personas deben tener la libertad de disfrutar y controlar su vida sexual y reproductiva y que ninguna persona debe ser sujeta a un embarazo forzado, esterilización o aborto;
3. El derecho a la igualdad y a ser libres de todas las formas de discriminación, incluso en la vida sexual y reproductiva de las personas;
4. El derecho a la privacidad, que significa que todos los servicios de atención de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales, y todas las mujeres tienen el derecho a opciones autónomas en materia de reproducción;
5. El derecho a la libertad de pensamiento, que incluye ser libres de interpretación restrictiva de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres a modo de instrumentos para restringir el derecho a la libertad de pensamiento respecto a la atención de salud sexual y reproductiva y otros asuntos;

* "Family planning services remain at the core of sexual and reproductive health care".

ANTECEDENTES Y APROXIMACIÓN TEÓRICA

6. El derecho a la información y la educación, en cuanto se relacionan con la salud sexual y reproductiva de las personas y para asegurar la salud y el bienestar de las personas y las familias;
7. El derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia;
8. El derecho a decidir tener hijos o no, o el momento para tenerlos;
9. El derecho a la atención de la salud y a la protección de la salud, que incluye los derechos de los clientes de atención de la salud a: información, acceso, opciones, seguridad, privacidad, confidencialidad, dignidad, confort, continuidad y opinión;
10. El derecho a los beneficios del progreso científico, que incluye el reconocimiento de que todos los clientes de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen el derecho al acceso a nuevas tecnologías reproductivas que sean seguras y aceptables;
11. El derecho a la libertad de reunión y a la participación política que entre otras cosas significa que todas las personas tienen el derecho a tratar de influenciar a los gobiernos a dar prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos;
12. El derecho a no ser sometido a torturas ni a trato inhumano o degradante, incluidos los derechos de los niños a ser protegidos contra la explotación y el abuso sexuales, y el derecho de todos los individuos a la protección contra la violación, el asalto sexual, el abuso sexual y el acosamiento sexual. (Carta de IPPF de Derechos Sexuales y Reproductivos, en IPPF, 1996, p. 6)

Comparando estas dos definiciones, se pueden ver varios énfasis diferentes. Primero, la Carta de IPPF elabora derechos reproductivos que pertenecen a los hombres y las mujeres, mientras la definición feminista (de la *Declaración de los Derechos de la Salud Sexual y Reproductiva*) discute estos derechos con un énfasis en las mujeres. Segundo, de acuerdo con la estrategia del movimiento de las mujeres de cuestionar en lugar de evitar la confrontación (que utiliza las organizaciones de planificación familiar; Keyzers, 1994), la definición feminista nombra explícitamente el derecho al aborto legal y sin riesgos.

En tercer lugar, la mención de las condiciones habilitantes, o las condiciones políticas, económicas y sociales necesarias para que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos y sexuales (que son discutidos en la sección previa) hace que la definición feminista pase más allá de un enfoque puramente individual y considere los requisitos de la sociedad. Este concepto exige cambios radicales en la estructura de nuestras sociedades. Por ejemplo, Rosiska Darcy Oliviera dice,

Una precondition indispensable para el ejercicio de los derechos reproductivos son programas de salud de la mujer basados en algo más que anticonceptivos, centrados en la educación que le dé a la mujer el poder de sujeto capaz de decisiones reales, y con bases materiales que permitan el acceso a una variedad de métodos sin riesgos. Nada de esto es posible en condiciones de pobreza absoluta. (1994, p. 9)

En torno al enfoque social, Loes Keyzers ha observado que

[m]ás que derechos individuales, los derechos reproductivos tienen que representar un objetivo colectivo. Lo que es más, los derechos reproductivos no deben limitarse a derechos legales. Tenemos que considerarlos una posibilidad propia, una reivindicación justificada de ser la que decide y defiende la propia integridad física y mental. El concepto de derecho solamente tiene valor si está contextualizado y tiene suficiente significado cultural. (1995, p. vii)

Con estas citas se puede ver como las feministas están intentando evitar enfocarse en derechos individuales, abstractos y legales, y darles significado al nivel de las vidas cotidianas de las mujeres.

Finalmente, el énfasis en la autodeterminación de las mujeres, o la toma de poder, lleva estos derechos más allá de ser solamente un fin a formar un componente, o etapa, de cambios a un nivel más amplio en el camino hacia una sociedad más equitativa y justa para las mujeres.

En resumen, separo los derechos reproductivos de las mujeres de sus derechos sexuales, y además de la atención en salud reproductiva y acceso a información y educación sobre los sistemas y funciones reproductivas, incluyo la promoción de la autodeterminación de las mujeres sobre sus cuerpos, y las condiciones sociales, económicas y políticas necesarias para permitir que las mujeres entiendan y puedan ejercer sus derechos reproductivos.

2.2.8. LOS DERECHOS SEXUALES

Los derechos sexuales de las mujeres incorporan el derecho personal de escoger cuando y donde tener relaciones sexuales o no, con quien, sin importar el estado civil, y tener relaciones sexuales con o sin el objetivo de concebir. En relación con esto último, las mujeres tienen el derecho a experimentar su sexualidad como algo separado de sus capacidades reproductivas. Tienen el derecho de acceso al rango más amplio posible de anticonceptivos seguros y la información completa sobre ellos. Las mujeres tienen el derecho a buscar y experimentar relaciones sexuales y/o buscar y experimentar placer sexual con quien y de la manera que sea, siempre y cuando respeten los derechos y la autonomía de los/las otros/as. Las mujeres también tienen el derecho de negarse a tener relaciones y contactos sexuales cuando y donde sea, y ser libre de coacción —física y psicológica— en este sentido. Estos derechos incluyen las condiciones económicas, sociales y políticas que permitan a las mujeres entender y ejercer estos derechos.

Este supuesto está basado en la definición de Loes Keyzers (1995) sobre los derechos reproductivos y sexuales, separando lo que son los derechos reproductivos de los derechos sexuales. Aparte de los derechos relacionados con la planificación familiar, el placer es un elemento importante de

los derechos sexuales. La violencia, incluyendo el abuso sexual, viola los derechos sexuales de las mujeres.

Keysers define los derechos sexuales y reproductivos en la siguiente manera:

La definición de derechos sexuales y reproductivos de la mujer puede ser: “el derecho humano fundamental a decidir en libertad y responsabilidad, cuándo, con quién y cuántos hijos se quiere tener, y si se quiere tener hijos o no. Además, toda persona debe decidir el momento y la pareja con la que desea tener relaciones sexuales”. Dadas las relaciones de poder desiguales entre géneros y la especificidad del cuerpo de la mujer, es indispensable agregar que “la mujer tiene el derecho personal a verse libre de contacto sexual y embarazo no deseados” y que este derecho “debe prevalecer sobre el derecho de otras partes”. (1995, p. vii)

Esta definición de los derechos sexuales de las mujeres implica, como observa Keysers, una transformación radical de la sociedad actual. Al contrario de la concepción de Havelock Ellis de los derechos eróticos de las mujeres, que promovió el placer femenino pero lo dejó dependiendo de la orquestación del hombre y reforzó el rol sumiso y pasivo de la mujer (en Jackson, 1987, p. 60), ésta definición coloca en el centro el derecho de las mujeres a la autonomía y la mediación en la conceptualización y ejercicio de su sexualidad. También implica una transformación radical de las sociedades actuales, en donde la sexualidad femenina está altamente controlada en términos de la definición y el ejercicio, y se ven como peligrosas las mujeres que actúan como personas sexuales independientes.

En resumen, los principales postulados que suscribo son los siguientes:

1. La salud depende de circunstancias individuales y el contexto social de las personas, incluyendo las condiciones económicas y políticas.
2. La sexualidad es una construcción social, cultural y política —mucho más allá que el coito— que depende de un momento y lugar histórico y que tiene menos relación con la biología y la naturaleza que con la manera en que es concebida y enseñada por la sociedad según el género y la posición social, cultural.
3. La salud reproductiva de las mujeres es un estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos, y los ciclos reproductivos.
4. La salud sexual de las mujeres es un estado de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad femenina.

ANTECEDENTES Y APROXIMACIÓN TEÓRICA

5. Los derechos humanos pueden, y deben, ser definidos en una manera contextualizada, en donde son entendidos como reivindicaciones sociales y políticas y no sólo derechos legales, individuales.
6. Los derechos humanos de las mujeres a veces coinciden con, y a veces varían de, los derechos humanos de los hombres. Son derechos que promueven no sólo el acceso a los servicios y recursos sino las condiciones que permitan la participación plena de las mujeres en la vida social, cultural y económica y su bienestar general.
7. Los derechos reproductivos y sexuales son conceptos distintos, que deben ser considerados aparte aunque existan vínculos.
8. Los derechos reproductivos de las mujeres incluyen derechos relacionados con la atención médica de alta calidad, el acceso a información y una educación comprensiva y de alta calidad acerca de la reproducción, y la posibilidad de controlar la reproducción y reproducirse.
9. Los derechos sexuales de las mujeres incluyen derechos relacionados con el poder de explorar y disfrutar la sexualidad libremente y sin violencia, tomar decisiones acerca de cuándo y con quién se practica, el acceso a información y una educación comprensiva y de alta calidad acerca de la sexualidad, y el acceso libre al cuerpo propio.

3

ACERCAMIENTO METODOLÓGICO

3.1. SUPUESTOS ONTOLÓGICOS

Un supuesto básico de este trabajo es que las verdades son múltiples y pueden coexistir juntas en una sociedad, grupo de personas, hasta en una persona. En este sentido, la realidad es una construcción social, formada por varios factores —por ejemplo, la manera en que vemos y entendemos el mundo, la manera en que lo sentimos, la manera en que lo describimos— que se interrelacionan y dialogan, y se juntan en una construcción compleja, histórica y dialéctica.

Como se ha discutido en el capítulo anterior, la sexualidad y reproducción no son hechos universales, inmutables, naturales, sino construcciones sumamente dependientes de la realidad socio-cultural. Por eso es importante estudiar y tomar en cuenta el contexto en donde viven las mujeres para entender sus vivencias sexuales y reproductivas. Tampoco van a ser iguales para todas las mujeres de un país, dado que estas vivencias dependen de muchos factores, incluyendo la clase social, la zona donde vive, etcétera.

Cada ser humano representa un todo que no se puede reducir a partes. Cada persona tiene una visión del mundo que está basada en parte en sus experiencias en la vida y su ambiente, pero que también permite mediación individual. En otras palabras, la persona puede aceptar y rechazar las normas y mandatos sociales. Un individuo está fuertemente influido por lo que está alrededor de él o ella, pero también es activo en procesar estos mandatos y aceptar, cambiar o rechazarlos. Este es un proceso dialéctico que evoluciona y cambia a través del tiempo. Por eso, es importante que cuando intentamos investigar las perspectivas y conceptualizaciones de alguien que busquemos cómo esta conceptualización está influida por las ideologías dominantes, pero también que analicemos como la persona se resiste a esta ideología.

3.2. SUPUESTOS EPISTEMOLÓGICOS

¿Cómo se puede llegar a comprender esta realidad? Dada esta perspectiva sobre los seres humanos, tiene poco sentido intentar “medir” conceptos o verdades. La medición generalmente implica la división de algo en partes y asume que es útil en alguna manera ver una parte separada del todo. También hay que inventar una manera de medir, lo que en muchos casos es extremadamente subjetivo

(recordando que esta manera de comprender algo —midiéndolo— es presentada muchas veces como un resultado totalmente objetivo). Mientras a veces es útil intentar medir, por ejemplo el nivel de violencia contra las mujeres en sus hogares, no es una tarea fácil decidir como se puede hacer esto, y es difícil proponer que a través de esto una/o llega a “comprender” el problema, o una parte de él.

El objetivo de este estudio es averiguar como un grupo de mujeres conceptualiza sus derechos reproductivos y sexuales. Por esto, me interesaba no solamente que las participantes definieran qué es un derecho sexual o reproductivo, sino cómo estas conceptualizaciones vinculan los ambientes y creencias personales sobre el género de cada participante, cómo relacionan estas conceptualizaciones con las ideologías dominantes y cómo las resisten. Dada la necesidad de comprender cómo estas conceptualizaciones de los derechos reproductivos y sexuales caben en la visión de cada participante sobre lo que es una mujer, cómo se relacionan los hombres y las mujeres entre, y dentro de, cada género, qué es un derecho comparado con una opción o privilegio, etcétera, se intentó establecer relaciones entre varios aspectos de la vida cotidiana de las mujeres, sus creencias y sus conceptualizaciones.

3.3. SUPUESTOS METODOLÓGICOS

Se utilizará la metodología cualitativa para enmarcar y llevar a cabo esta investigación. Se hará de esta manera por varias razones: (1) se supone que hay múltiples realidades, no una única; (2) las conceptualizaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres están inmersas en un contexto en el cual son inseparables; (3) es necesario entrar en estas realidades, hasta cierto punto y en ciertos momentos de la investigación, para comprenderlas plenamente; (4) la descripción y el análisis de estas conceptualizaciones tiene que ser hecho en un proceso dialéctico; y (5) hay que reconocer que los derechos reproductivos y sexuales significan diferentes cosas para diferentes personas en diferentes momentos, y que mi posición como investigadora no es neutra ni fuera del contexto, y va a influir en cómo yo puedo (y elijo) entender y analizar estas conceptualizaciones. Aunque lo anterior implica que enfoco en áreas de interés personal y analizo desde una cierta perspectiva, también significa que puedo presentar una versión del mundo de las participantes acerca de este tema, que tiene valor en el intento de comprender las concepciones de los derechos. También representa una responsabilidad para la investigadora identificar las identidades, prejuicios y perspectivas que pueden influir en el análisis, y es precisamente esto lo que sigue.

3.4. EL PUNTO DE VISTA DE LA INVESTIGADORA

Una profesora en la maestría nos hizo la observación de que “Las investigadoras feministas deberían ser observadoras que se observan observar” (Alician Gurdían, ejercicios del curso Enfoque Cualitativo en el Estudio de Casos, 1997), lo que significa que en la investigación cualitativa (diría no sólo feminista) la observadora debe ser autorreflexiva en su proceso de observar a otras personas y situaciones. Debe ser, hasta lo posible, consciente del proceso, las relaciones entre la observadora y los sujetos, y los sesgos y prejuicios de la investigadora.

Muchas de las perspectivas y sesgos teóricos fueron enumerados anteriormente en los supuestos teóricos (Capítulo 2), ontológicos y epistemológicos (este capítulo). También es importante ubicarme como persona y explorar como esta identidad y mis experiencias pueden influir en el proceso de la investigación. Primero, soy estadounidense investigando un contexto cultural diferente a la cultura en la que he crecido. Por eso, muchas veces durante el proceso de diseñar el proyecto y realizar las entrevistas, estaba comparando lo que veía y escuchaba en otra cultura. Además, soy una mujer blanca, de clase socioeconómica media y privilegiada por haber podido vivir en otra cultura, viajar a otros países, tener recursos y tiempo para estudiar y trabajar como profesional en áreas de interés personal. Eso me ha dado una cierta movilidad cultural y social que otras personas no han podido tener. Por un lado, me ayudaba en la observación porque podía estar consciente de cosas que una costarricense —que nació y vivió en su propia cultura— tal vez no hubiera estado consciente. En el proceso de entrevistas, también en ciertas maneras, mi condición fue útil en la tarea de recoger datos. Por ejemplo, podía pedir explicaciones de la perspectiva católica sobre la sexualidad y varias de las participantes me explicaban en detalle, sabiendo que no soy católica y no crecí con estas enseñanzas. En una manera general, varias de las participantes querían ayudarme a entender su vida y su cultura, explicando aspectos que tal vez hubiera supuesto que una entrevistadora costarricense ya sabía. También creo que esta identidad extranjera me ayudó durante el proceso de análisis de datos. Por ejemplo, conversando con amigas latinas sobre mi sorpresa sobre el discurso de dolor acerca de la menstruación, ellas no “entendían” mis comentarios, porque para ellas el dolor siempre ha sido parte de la regla y están inmersas en este contexto.

Por otro lado, es posible que perdiera detalles y significados compartidos, que una costarricense o latina hubiera visto y sentido. Recuerdo en particular una frustración durante el proceso de entrevistar a una participante, que creo que nunca logró entender totalmente el significado que para ella tuvo un embarazo y parto muy difíciles. Me intentó describir el trato médico que recibió pero era obvio que sólo recordarlo era muy doloroso y no podía describirlo en detalle. La combinación de aspectos tales como el

hecho que nunca he parido, la diferencia de lenguaje y la ausencia de muchos significados compartidos hizo que lograra ver el dolor y enojo de ella, pero no podía vincularlo a un entendimiento profundo de la causa —sólo a partes de su experiencia.

Finalmente, llego con una identidad feminista que influye en mi análisis del contexto en que viven las participantes, y en el sentido de que me interesan las relaciones de poder, y que veo las necesidades y deseos de las mujeres como el centro del problema de la salud reproductiva y los derechos reproductivos de ellas. Por ejemplo, cuando analizo el contexto en donde las mujeres están viviendo sus vidas reproductivas y sexuales, busco un entendimiento sobre como los límites y las fronteras de estas vidas reflejan las jerarquías sociales existentes entre mujeres y hombres y entre mujeres de diferentes clases socioeconómicas, etcétera. Las relaciones de poder entre los géneros, los/las prestatarios/as y las usuarias, los/las “expertos/as” y recibidores/as de la información, etcétera, representan una manera de analizar y entender estas jerarquías. También creo que es importante ver quién se beneficia con una manera de definir o practicar una vivencia, y cuáles son los efectos. Por ejemplo, un efecto de considerar la reproducción y la sexualidad femenina como inseparables, y las dos como asuntos privados, es limitar la capacidad de las mujeres para participar en la vida pública y en la toma de decisiones. Esto beneficia un sistema en donde los hombre tienen mayor poder en la esfera pública.

3.5. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Mientras el objetivo de esta investigación era obtener una variedad de percepciones sobre los derechos sexuales y reproductivos, por motivos logísticos y económicos, se tuvo que limitar el área de selección al área metropolitana de San José. Dado que la edad y estado civil representan ciertas experiencias reproductivas y probablemente sexuales, estos parámetros fueron importantes en la selección inicial. Se utilizaron varias fuentes para buscar participantes —referencias de colegas que trabajan con grupos de mujeres y recomendaciones de algunas de las primeras mujeres entrevistadas (bola de nieve)— y se hizo una selección intencionada, asegurando una representación diversa en criterios de edad, estado civil, orientación sexual y nivel de educación.

Hubo algunas semejanzas y algunas diferencias entre las diez mujeres que participaron en el estudio. Por un lado, tienen entre los 18 y los 55 años de edad, diferentes estados civiles, diferentes profesiones y experiencias reproductivas y sexuales. Por otro lado, pertenecen mayormente a la clase social media y todas era blancas. En el Cuadro 3.1, se presentan datos básicos sobre cada participante (los nombres han sido cambiados).

Cuadro 3.1. Perfil de las Participantes en el Estudio.

Nombre	Edad	Estado civil	Profesión	Residencia y comentarios biográficos
Regina	18	Soltera	Estudiante	Vive en un barrio altamente urbanizado, de clase media-baja, completamente integrado al área metropolitana geográfica, social y culturalmente. Es un área sometida a presiones demográficas fuertes, empeoradas por la falta de planificación urbana. Ella vive con su familia —1 hermana y la madre. Está matriculada en la universidad, estudiando ciencias y matemáticas. Nunca ha tenido relaciones sexuales, y se identifica como heterosexual.
Suzana	20	Soltera	Estudiante / asistente de veterinario	Residente de un área sumamente mezclada tanto en su densidad de población como en la condición socioeconómica de sus habitantes. Domina la clase media en todas sus variantes. Integrada al área metropolitana. Suzana es hija de Sandra, vive con su familia de una hermana, un hermano (ella es la segunda), la madre y a veces el padre. Lleva cursos en la universidad. Nunca ha tenido relaciones sexuales y se identifica como heterosexual.
Ana	26	Soltera	Terapeuta corporal	Residente de un área suburbana donde predomina la clase media-baja, con algunas zonas de marginalidad. Densidad de población media. Estaba embarazada por primera vez en el momento de las entrevistas. Vive con su compañero, cerca de su familia (hermana y sobrina). Fue capacitada como maestra de educación especial y regresó para estudiar terapia corporal. Se identifica como heterosexual.
Katerina	29	Soltera	Asistente de investigación	Creció en un barrio del centro de San José, y actualmente vive en un área completamente integrada al área metropolitana, la cual marca el límite de su expansión hacia el norte. Predomina la clase media con bolzones aislados de pobreza y algunas familias de clase alta. Ella se identifica como lesbiana y vive con su compañera en un apartamento de clase media. Tiene estudios universitarios. Ha trabajado en un grupo feminista con mujeres de base. Tiene dos hermanos y un hermana, y ella es la tercera.
Andrea	29	Soltera	Trabajadora social	Residente de un área suburbana, todavía no tragada por Heredia. Población predominante clase media y media alta. Vive y trabaja en San José desde hace casi 10 años, pero creció en un pueblo en Guanacaste. Ella trabaja en una universidad y también como coordinadora de un proyecto de salud para las mujeres. Tiene siete hermanas y cinco hermanos, y ella es la más joven. Es lesbiana. Nunca ha estado embarazada.
María	37	Casada	Ama de casa	Creció en un pueblo en Guanacaste y pasó a San José como adulta. Actualmente vive en una zona suburbana al extremo este del área metropolitana perteneciente a la Provincia de Cartago, pero con vinculación con San José. Baja densidad de población con mucha mezcla social. De clase media, y ha estado casada dos veces y en unión libre una vez. Tiene cuatro hijos y dos abortos, y se identifica como heterosexual. Tiene algunos estudios universitarios en trabajo social.
Sandra	47	Casada	Ama de casa	Tiene dos hijas y un hijo, y vive con ellos y en general con su

ACERCAMIENTO METODOLÓGICO

Pamela	48	Casada	Ama de casa	<p>esposo, pero el último ha estado ausente a veces. Es madre de Susana. Es heterosexual. Tiene una hermana y dos hermanos, y ella es la mayor. Terminó el colegio. (Ver la descripción de Susana para información sobre su residencia.)</p> <p>Vive con su esposo en un pueblo campesina de Heredia. El pueblo no está integrado a ninguna ciudad, y está habitado por una mezcla de habitantes tradicionales dedicados a la agricultura, y un grupo más profesional y de "cuello blanco" que lo utiliza como lugar de residencia. Baja densidad de población y predomina la clase media rural. De una familia agrícola de clase media. Tiene algunos estudios universitarios en psicología pero actualmente no estudia. Tiene tres hermanas y cuatro hermanos, y ella es la mayor. Tiene dos hijas adultas. Se identifica como heterosexual.</p>
Silvia	48	Casada	Arregladora de uñas	<p>Vive en el mismo pueblo que María, pero nació y creció en la zona en una familia de pocos recursos. Creció con su abuela, a veces con su madre (que vivía en su lugar de trabajo como empleada doméstica). Tiene una hija y un hijo, y actualmente vive con su esposo y su hija en condiciones media-bajas. Trabaja como voluntaria en su comité de salud en la comunidad. Es heterosexual.</p>
Linda	55	Divorciada	Ama de casa	<p>Residente de un área totalmente integrada a San José en una urbanización de alta densidad. De clase media-baja, es divorciada una vez y actualmente vive sola. Tiene dos hijas y un hijo. Se identifica como heterosexual. Es una de cinco hermanos -cuatro hermanas y un hermano. Terminó el colegio.</p>

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron entrevistas a profundidad como la técnica principal. Con cada participante se hicieron entre una y dos entrevistas (catorce en total), dependiendo de cómo se desarrollaron los temas, la disponibilidad de tiempo para la primera entrevista y el análisis de datos recogidos. Se empezaron las entrevistas a finales de junio de 1999 y se terminó la última a finales de agosto de 1999. Cada una duró entre 45 minutos y 6 horas. La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en las casas de las participantes, con tres de ellas en la casa de la investigadora y dos en la oficina de ella, por pedido de las mismas participantes para tener más privacidad y tranquilidad. Durante todo el proceso se utilizaba un diario, en donde inmediatamente después de cada entrevista se apuntaban las primeras reacciones a la entrevista, el ambiente, cómo evolucionó la entrevista, cómo sentí yo (la investigadora), los problemas, lo que estaba bien y maneras de mejorar el proceso, entre otras cosas. El diario también sirve como registro de la evolución de las entrevistas y como guía para las entrevistas. Lograr pasar de respuestas sencillas a entrar en la complejidad de estos temas fue un proceso de refinamiento y desarrollo de la guía y hubo mucho aprendizaje durante el proceso de llevar a cabo las entrevistas.

Las entrevistas estaban enmarcadas por una guía, y el desarrollo estaba basado en una revisión de la literatura y las consultas con el comité de tesis y otras colegas que trabajan con mujeres para cubrir algunos momentos y experiencias claves en la vida reproductiva y sexual. También se hicieron unas modificaciones durante el proceso de las entrevistas, para refinar los puntos que se querían explorar. Por ejemplo, inicialmente se preguntó directamente qué derechos sexuales tiene una, y las primeras mujeres no entendían muy bien la pregunta y no podían contestar. Mientras que en parte esto probablemente tiene que ver con la dificultad de pensar en los derechos sexuales, después se intentó preguntar sobre este tema en otras palabras, por ejemplo, "¿Qué tipo de trato piensa Ud. merece una mujer de parte de su compañero cuando tienen o no relaciones sexuales?" "¿Ella puede negarse a tener relaciones sexuales si él quiere?" "¿Ella puede iniciar con él relaciones sexuales?"

Se organizaron las entrevistas en tres áreas: (1) el cuerpo y los procesos reproductivos (la menstruación, el embarazo y parto y la menopausia), (2) la sexualidad y (3) la atención médica en los campos de la reproducción y la sexualidad. En cada área, se exploraban la socialización, las experiencias, los derechos que ella identifica en cada área, su opinión sobre si ella actualmente podía ejercer estos derechos y otros puntos particulares a cada área. La guía sirvió para abrir una discusión y asegurar que cada entrevista abarcaba toda la información central para la investigación. Sin embargo, cuando la conversación era fluida y fácil, se dejaba que la participante fuera por el camino más sencillo para ella, sólo tratando de mantener el enfoque en la sexualidad y la reproducción. También, las entrevistas tuvieron que ser modificadas según las experiencias de cada mujer. Por ejemplo: mientras todas podían hablar sobre la menstruación, sólo tres podían compartir sus experiencias sobre la menopausia. Sólo seis de las diez habían experimentado el embarazo. Dos eran vírgenes (aunque una de ellas hablaba bastante sobre la sexualidad).

Como otra manera de conseguir datos, se le pidió a cada participante que escribiera algunos comentarios sobre la experiencia de ser entrevistada, y uno o más días después de la entrevista, que apuntara algunos derechos sexuales y algunos derechos reproductivos. Sólo cuatro de ellas apuntaron comentarios, y estos fueron utilizados como otra fuente de datos.

Dado que el objetivo del estudio era estudiar las concepciones de las participantes, el hecho de que todos los datos son auto-reportados no representa un problema, más bien es una manera adecuada de conseguir esta información. Las entrevistas intentaron dar mucho espacio para que las participantes pudieran contar sus historias reproductivas y sexuales en la manera más cómoda y lógica para ellas, pero siempre abarcando cuando fuera posible puntos centrales como la socialización, sus experiencias de familia, los contactos con el sistema médico, etcétera. En la mayoría de los casos el hecho de que se

enfocaran en estos puntos desde varias perspectivas en las entrevistas, se podía comparar, por ejemplo, con el lugar donde caen en la línea entre autonomía y dependencia en diferentes partes de su vida pasada y actual. Se podían ver las complicadas relaciones entre lo que ellas quieren como derechos para ellas y para sus hijas o compañeras y lo que la realidad en la que viven les permite.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

En el análisis de los datos, la información de cada mujer era analizada individualmente, tratando de relacionar sus conceptualizaciones y perspectivas con el contexto de sus experiencias y vida cotidiana. Para las cuatro que escribieron sus comentarios después de la entrevista, se compararon los derechos articulados en las entrevistas con los que fueron escritos después de la entrevista. También se utilizaron grupos de dos o tres de las participantes que comparten algún rasgo —por ejemplo rango de edad o clase social— para buscar semejanzas y diferencias entre los grupos. Se empezó con unas categorías de análisis de la revisión de literatura (e.g., “la primera menstruación”, “relaciones mujer-prestatario/a”, “visiones biológicas de la menstruación”), y a través de lecturas y relecturas de las transcripciones de las entrevistas se eliminaron y agregaron categorías que salían de las mismas entrevistas. Por ejemplo, se eliminaron “controles prenatales” y “uso de anticonceptivos” por no brindar mucha información, y se agregaron “silencio-menstruación”, “experiencias de violencia sexual”, “efectos de violencia sexual”, “la menopausia quirúrgica”, “la menopausia natural”, y “el aborto espontáneo” entre otras. Finalmente, una parte importante del análisis era buscar como las conceptualizaciones de los derechos reproductivos y sexuales estaban relacionadas con los discursos oficiales sobre el tema —en la medicina tradicional, en la iglesia católica, en el gobierno, etc.— en otras palabras, cómo las mujeres incorporan y rechazan estos discursos. La información sobre los discursos era compilada como parte de la revisión bibliográfica y por entrevistas hechas previamente con personas claves en la Caja Costarricense de Seguridad Social, la Asociación Demográfica Costarricense y el Programa Centroamericano de Población.

Como manera de poner a prueba las conclusiones de este estudio, se intentó crear conclusiones alternativas —otras conclusiones que podrían explicar o describir los datos— hechas por la misma investigadora mediante revisiones bibliográficas y en discusiones con otras colegas y se dio una copia de la parte de la tesis con los resultados y conclusiones a dos participantes que habían indicado que estarían dispuestas a revisarla. Con dos participantes más se realizó una conversación telefónica, presentando las principales conclusiones y pidiendo sus comentarios y sugerencias. Finalmente, con otra que tiene acceso a correo electrónico, se enviaron por esta vía los resultados y conclusiones principales. Todos los comentarios y sugerencias fueron mencionados o incorporados en las conclusiones finales.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS



4

INTRODUCCIÓN

En esta sección empieza la presentación y discusión de los resultados de la investigación. Los primeros cuatro capítulos —sobre la sexualidad, la menstruación, el embarazo y parto, y la menopausia— brindan una visión de cómo las participantes del estudio viven la sexualidad y reproducción, que es importante para entender los derechos sexuales y reproductivos que ellas articulan, y el ámbito en donde ellas forumulan e intentan ejercitarlos.

La sexualidad es el tema del Capítulo 5. El control y el silencio que existe en torno a este tema para las mujeres era evidente en el proceso y los contenidos de las entrevistas. Se ve que la Iglesia puede comentar sobre la sexualidad, el/la médico/a puede discutirla, y las mujeres pueden repetir estas perspectivas. Pero hay pocos aspectos de ella que las mujeres se sienten libres de discutir, y todavía menos el placer sexual. Sólo una participante habló con detalle sobre el placer, y no es una casualidad de que ella, por su orientación sexual y experiencias sexuales particulares, ha tenido que luchar por la información relacionada con el tema y su propio espacio sexual. El rango de los derechos articulados en relación con la sexualidad es revelador de las luchas y experiencias que han tenido las participantes.

La menstruación (Capítulo 6) es un aspecto de la vida reproductiva que cada mujer experimenta. Es casi el único aspecto de la vida reproductiva que siempre se considera como un proceso “natural”, en comparación con el embarazo, el parto, la menopausia y el uso de planificación familiar, que son todos controlados hasta cierto punto por la profesión médica. Así, la menstruación se queda, en gran parte, “entre mujeres” y en la vida muy privada. El embarazo y el parto (Capítulo 7) es el momento clásico de la vida reproductiva de la mujer, que siempre ha sido el enfoque de la atención de salud reproductiva y muchos programas internacionales de salud reproductiva. Se verá que este vínculo con la medicina, especialmente en términos de las intervenciones médicas, tiene mucha influencia en cómo las participantes del estudio conceptualizan la salud y los derechos reproductivos relacionados con el embarazo y el parto.

El Capítulo 8 aborda la menopausia, un proceso que sólo tres de las mujeres del grupo han experimentado. Por los perfiles de estas tres participantes se ve que la experiencia ha sido bastante distinta para cada una, hasta el punto que la menopausia quirúrgica debe ser entendida como una experiencia diferente a la menopausia que pasa en un proceso natural. Que sean concebidas como el

INTRODUCCIÓN

mismo proceso, con el mismo nombre, es evidencia de una visión principalmente física y médica de estas experiencias.

Una discusión sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos es el enfoque del Capítulo 9. Se discuten los resultados en relación con las preguntas guías, por ejemplo las semejanzas y las diferencias en los derechos sexuales y reproductivos que han articulado las participantes, los factores que llevan a ciertas mujeres a poder identificar derechos y las condiciones habilitantes para ejercitar los derechos. El Capítulo 10 resume las conclusiones principales de la investigación, y se presentan recomendaciones para la acción futura y la política en este área.

LA SEXUALIDAD

Dada la premisa de que la sexualidad es una construcción histórica y sexual, se explorarán en este capítulo los factores que influyen en la sexualidad de las participantes, con un énfasis en los que están más fuertemente relacionados con sus percepciones y el ejercicio de los derechos sexuales: la pasividad femenina, la violencia sexual y las prohibiciones y el silencio acerca del placer. Se mostrará que aunque los discursos sobre la sexualidad femenina tienden a ser limitantes y negativos, varias de las participantes muestran una gran fortaleza ante estas prohibiciones en torno a su sexualidad. Aunque la mayoría de las participantes encuentran difícil el ejercicio de los derechos en este ámbito, varias pueden concebir un gran rango de derechos sexuales relacionados con las luchas que han tenido. Se enfocará en lo que las participantes han incorporado sobre la sexualidad femenina y las concepciones que tienen de los derechos sexuales.

5.1. LOS DISCURSOS SOBRE LA SEXUALIDAD FEMENINA

Lo interesante de los discursos sobre la sexualidad femenina es como se combinan para definir lo que es aceptable para las mujeres. Mientras que en el estudio de Schifter Sikora y Madrigal Pana (1996) se demostró que los tres principales discursos presentes en Costa Rica, según ellos (i.e., religioso, genérico y científico), contienen contradicciones y paralelos entre sí, las diez participantes en este estudio no parecen sentir mucho conflicto—la mayoría explican que, por ejemplo, el rechazo de los anticonceptivos por parte de la Iglesia no las afecta porque ellas o no son católicas o no están de acuerdo, y punto. Otro ejemplo es que casi todas piensan que las mujeres tienen el derecho a iniciar relaciones o pedir lo que desea sexualmente, aunque no lo practican en general. A diferencia de Schifter y Madrigal, los mandatos sexuales que las participantes de este estudio más comentaron y sintieron estaban menos categorizados.

La sexualidad femenina es definida conjuntamente por la religión, las relaciones sociales, las ciencias biológicas y otras áreas. Más que formar verdades independientes que tienen algo que ver con la sexualidad, sus concepciones suben y desaparecen en diferentes maneras para formular una definición que es más o menos coherente, aunque no muy liberadora. Uno de los objetivos iniciales de esta investigación, el de identificar los discursos, resultó menos útil (especialmente dado el estudio inicial de Schifter y Madrigal) que identificar algunos aspectos de la sexualidad relacionados con el tema de los

derechos sexuales, y examinar como estos discursos convergen para explicar una "verdad" o se callan para no enfrentarla.

Por esta razón, en lugar de la estructura utilizada en los próximos capítulos sobre la reproducción, donde se describen algunos de los discursos y se muestran como son aceptados y resistidos por las participantes, en este capítulo se presentarán algunas de las "verdades" compartidas de la sexualidad femenina que estaban presentes en la manera en que las participantes entienden su mundo y sus acciones, y dilucidar algunos aspectos de los discursos sobre la base de estos entendimientos.

5.2. LA PASIVIDAD FEMENINA EN LAS RELACIONES SEXUALES: "ES EL HOMBRE, SÍ, EL QUE SE LLEVA MÁS"

[L]as mujeres son vírgenes, aunque cojan: no gozan su cuerpo ni el del otro, participan del coito de otro, no en el coito. (Lagarde, 1991, p. 365)

Para la mayoría de las participantes, la sexualidad siempre representa algo en donde no deben abiertamente mostrar la iniciativa, o enfocarse en sus deseos. Eso es más obvio en las relaciones heterosexuales, en donde la mayoría de las participantes dicen que los hombres son los que inician las relaciones sexuales. Esta pasividad puede ser casi total para algunas mujeres, pero en la práctica existe un continuo en donde los dos extremos son la pasividad completa y la agresividad sexual. Las participantes caen en el lado de la pasividad, pero en grados diferentes.

Así es Linda. Ella cuenta que por un lado siente que ha quebrado la norma tradicional de que una mujer no casada no debe tener relaciones sexuales. Dice ella,

Pues, vivo mi vida, la llevo bien. Paseo, bailo, pero mi, mi parte todavía íntima de vez en cuando, pues, viene mi segundo compañero. Porque como mujer no me puedo olvidar. Que ando con uno más joven, pero no puedo olvidar. Ahí viene, y ahí me tocaba a la puerta y le abro a él.

Ella siente que tiene el derecho de tener una vida sexual, sin importar su estado civil, pero en su descripción de cómo ocurren sus relaciones, es el compañero quien decide cuando van a ocurrir, no ella. "Me tocaba a la puerta" y ella responde, ella lo permite. Ella no quiere dejar de tener relaciones sexuales, pero tampoco es que ella sienta que pueda llamarlo o buscarlo a él.

Como Linda, para la mayoría de las participantes la sexualidad es algo que en alguna manera le es "dado" a ellas por otra persona. Comentando sobre eso, Katerina, cuando explica la perspectiva de la Iglesia, menciona "que no está aceptado de que vos asumás tu propia sexualidad", y ella recuerda que

parte de su educación sexual (y la de su madre) era que las mujeres tenían que "aceptar" tener relaciones sexuales con sus maridos. Sandra también menciona ese aprendizaje como común entre sus amigas. Silvia, aunque se verá más adelante que ella ha logrado salir hasta cierto punto de la pasividad, dice que "la mayoría de los hombres... deciden cuando, verdad, toman la iniciativa. Es generalmente él que, pues él que decide qué caricias y todo. Creo que así funciona en la mayoría de los hogares, verdad."

Los mandatos religiosos pueden representar una de las fuentes que dictan que la mujer tiene que seguir el liderazgo del hombre en este campo, pero la creencia ahora es más que religiosa. Parte de la identidad de género, como Schifter y Madrigal (1996) la describen, es la idea de que un hombre debe tener experiencia sexual para enseñar a la mujer, mientras que la mujer no debe conocer demasiado o tener mucha experiencia. Esto crea un desequilibrio de poder en las relaciones. Cuando se le preguntó a Sandra quién dirige más sus relaciones sexuales, ella contestó que es su marido, "me imagino porque sabe más". En lugar de seguir un discurso que dice que ella tiene que ser sumisa (ella explica que eso es de tiempos pasados), Sandra toma la posición de "estudiante" porque él es más sabio, según ella. Aún después de tener años con una pareja, Linda dice que es "el hombre sí que lleva más, que lo busca. El que comienza, porque así es, verdad... Casi siempre me buscaba, me encontraba... Una siempre espera que sea el hombre. Era muy difícil decir que no, verdad." Linda dice que nunca había dicho "no" a su marido ni a su compañero después: "No, nunca. Entre nosotros nunca hubo que decir no." Eso es un aspecto de la sexualidad femenina que en teoría cambia radicalmente con el matrimonio. Según los mandatos, antes de casarse, la mujer siempre debe decir no a las relaciones sexuales, y después, es más difícil decir que no dado que la mujer debe estar disponible siempre.

En la práctica, cuando algunas sienten que pueden tomar una decisión sobre su sexualidad, la mayoría de las participantes dicen que es más fácil decir no a las relaciones o comentar lo que no les gusta en términos de actividades sexuales. Esto podría estar relacionado con la manera en que adquieren sus conocimientos sobre la sexualidad. Para muchas, su primer espacio de aprender a decir "no" es la virginidad, dado que en general se ve como la responsabilidad de la muchacha o la mujer decir no a los deseos sexuales "naturales" del muchacho u hombre. Sin embargo, también el acto de rechazar las relaciones sexuales no necesariamente es percibido como una elección propia. Puede ser la única opción que ella ve que le permite seguir siendo una mujer "buena". Un ejemplo es la experiencia de Silvia. Ella vivía esta exigencia de la virginidad como algo que producía temor y culpa. Aunque la Iglesia predica la virginidad para los dos, en la práctica fue ella quien tuvo que sobrellevar el peso de haberla perdido antes de casarse. Con más de tres décadas de matrimonio, todavía ella recuerda la vergüenza que sentía de haber perdido su virginidad con su ahora marido antes de que se casaran: "Sí, causó mucha culpa en mí, verdad... Todo el susto, y fue un susto porque yo me sentía más tonta de la cuenta, verdad. Porque pensé que era muy lista y no, nada que ver." Es como si ella fuera la única responsable de haber tenido

relaciones sexuales. De hecho, ella explica que aunque su esposo obviamente era parte de esta situación, él actuaba como si hubiera hecho un sacrificio casándose con ella cuando ella había perdido su virginidad con él: "Cuando iba a hablar con [mi madre], [mi esposo] le dijo, 'La negra está embarazada, pero quiero que usted sepa que siempre voy a casarme con ella.'" Los dos tuvieron una relación sexual, pero los efectos de la situación fueron muy diferentes para los dos participantes del acto.

En cambio, Susana encuentra su ejercicio de la virginidad como algo más activo y una elección: representa un espacio de control para ella en su vivencia sexual. Ella explique el "control" en la siguiente manera: "Mucha gente lo hace [tener relaciones sexuales] por instinto. No tiene necesidad física, verdad. En cambio nosotras sentimos que no, que tenemos un mayor control sobre nuestro cuerpo, para poder decidir cuándo sí y cuándo no." Y eso es visible en su descripción de cómo maneja este asunto con sus novios. Dice ella, "Siempre, con todos los novios, desde que empezamos a jalar, ya desde antes yo les digo hasta dónde estoy de acuerdo y hasta dónde no." Afortunadamente, este control que ella ejercita ha sido respetado, y nunca ha experimentado violencia sexual, entonces ha tenido la oportunidad de tomar una decisión y ponerla en práctica. Parte de la razón de porque Susana siente el ejercicio de su virginidad como algo positivo (en comparación a la experiencia de Silvia) es su visión clara sobre sus razones, y entendimiento de que hay otras opciones:

Bueno, yo no estoy de acuerdo en que tal vez [los muchachos] lo vean de esa forma [como algo muy valioso] porque yo no creo que sea algo que ellos tengan que valorar por el hecho de que una es virgen, verdad. Me parece tonto... Les hago ver que no lo hago por ellos, ni por mi marido sino por Dios, simplemente. Tampoco es que ellos van a decir "¿Por qué no llegaste virgen?" verdad. No. O sea, ¡A qué importa! Uno lo hace porque uno lo quiere, y no por ellos. Así...

Yo digo que la verdad es que una mujer tiene que hacer las cosas sin importarle lo que diga la sociedad. Si no quiere tener límites, pues de una vez... Diay, que sea ella misma, sin importarle que los demás lo acepte o no. La verdad es que los hombre, sí no tienen límites... y uno no está hablando mal de ellos ni nada, entonces ¿por qué las mujeres no pueden hacer lo mismo? Y si una mujer quiere poner límites, que lo haga. Y si un hombre quiere poner límites y no lo hace porque van a decir ya después que es homosexual, o algo así... Es muy feo que las personas.. tomen sus decisiones por lo que digan los demás.

Varias de las participantes dicen que a veces no quieren tener relaciones y lo dicen a los/las compañeros/as. Por ejemplo, María explica, "A veces una está como más caliente y otras veces no. Y a veces cuando no está así, a veces esos son errores de que uno no quiere sexo y lo hace y no fue un buen sexo y no es sólo un problema para ti porque la otra pareja se da cuenta y es una huevada." Sin embargo, si ha pasado bastante tiempo, a veces accede aun si no tiene muchos deseos: "Pero si ya veo que llevo muchos días, porque a veces pasa de que tengo algunos días que me siento cansada, entonces hago para..."

Sí, sí, no importa. En realidad a veces lo paso bien.” Ella intenta encontrar un equilibrio entre sus deseos y los de su compañero. También piensa que es importante hablar sobre las actividades que no le gustan:

Generalmente cuando es algo que no me gusta, a veces del todo prefiero no decirlo inmediatamente. Sí, porque siento, veo que a veces los hombres se sienten frustrados. Todo, todo los lastima... Pero se tiene que decir. Yo soy clara de que sí, pero tal vez buscar otro momento, o inventar entonces otra cosa que tal vez sí, compensa la situación, verdad.

Igual, Katerina explica que

Yo le digo que yo no quiero... Ya hemos hecho ese pacto porque nos ha pasado varias veces... y entonces ella percibe que yo no estoy cómoda, entonces tal vez ninguna de las dos ha podido disfrutar nada, entonces es algo así como, después una sensación muy incómoda... Entonces hemos, hicimos un pacto hace tiempo que íbamos a prometer, o sea, decimos “Mirá, no quiero.” “Entonces bueno, ayúdame, perfecto.”

La mayoría de las participantes, sin embargo, no hablan directamente sobre la sexualidad (o estos aspectos) con sus compañeros, ni ponen en primer plano sus deseos sexuales.

Algunas de las mujeres, especialmente las del grupo de mujeres de “cierta edad” (Sandra, Silvia y Pamela), han logrado “negociar” el terreno sexual por insinuaciones y negociaciones, lo que representa en general una estrategia de los que quieren ejercer un poco de poder sabiendo que no son los que dominan la situación. Han empezado a mostrar su iniciativa hacia el placer, pero en general no lo hacen directamente: en lugar de pedir directamente, muestran interés indirectamente y miden la reacción del otro. Por ejemplo, Pamela dice que ella y su marido no hablan directamente sobre lo que a ellos les gusta o no, “Yo creo que las cosas no son tan radicales, ni una cosa ni la otra... Dos personas que han vivido tanto tiempo este, y que han pasado también... por muchas situaciones, no van a caer en este tema o este otro porque es como ridículo... Ese tipo de comunicación no existe.” Silvia ha aprendido a disfrutar las relaciones, pero dice que nunca puede decir directamente que quiere tener relaciones, tampoco Sandra. Silvia dice que ahora que ella siente la importancia de disfrutar esta parte de la vida, ella ha inventado una manera de mostrar su deseo sin tener que hablar sobre él directamente:

Para mí es muy importante ahora. Entonces, por ejemplo, él está arriba, y yo simplemente de alguna forma... Yo siempre llego cantando con una falda esta o el pantalón. Si llego y me pongo un chorcillo que tengo ahí, que es muy comodito y no es feo... Simplemente no me lo pongo. Sino que me quedo con la blusa. Él está en el vestidor, o en el baño arriba, en la planta alta... Que llamarlo, creo que lo he llamado tal vez unas dos veces, “Papi, vení.” Y él no sabe para qué es, verdad. Entonces simplemente llega, me

encuentra sentada en la cama o boca abajo. No me deschingo. Me quedo con mi ropa interior. Y él sabe que es por eso... Él se da cuenta que es.

Por no sentir que puede mostrar su deseo abiertamente, Silvia reconoce que "Yo pienso que es más difícil para uno... decir lo que una quiere. Tal vez una se siente como más pena. Para mí eso es más, el mayor obstáculo." Pero aunque no puede hacerlo o decirlo abiertamente, con los años ha logrado esta negociación. No cuestiona la iniciativa de él, pero tampoco niega su posibilidad de sugerir. En esta negociación todavía se ve la importancia de que el hombre permita o no que la mujer muestre sus deseos. Por ejemplo, el marido de Silvia no sólo lo permite sino que habla sobre lo bien que le hace sentir —de no ser así, es probable que Silvia no lo hiciera. Afortunadamente, "eso ha ayudado muchísimo a él. Entonces, en el cariño, la madurez que hemos adquirido cada uno... [Él] dice, 'Ay, qué bonito, que vieras, cuando yo subo... que quedaste ahí en la cama... yo siento que usted necesita de mí.' Entonces yo le digo, 'Sí.' Eso lo ha ayudado a él mucho" (Silvia). Hasta cierto punto, entonces, justifica su expresión de deseo con lo bueno que le hace a él. Sandra también dice que muestra su interés indirectamente. Cuando se le preguntó si inicia las relaciones sexuales, dice "¿Directamente? No, verdad. Como diciendo quiero, no. Pero tal vez con caricias y cosas así."

Pocas de las participantes dicen que en la práctica inician directamente las relaciones sexuales y piden lo que a ellas les gusta—eso requiere que reconozcan sus deseos y sus gustos sexuales y que se muevan del rol de ser para otros a uno en donde buscan el placer propio. Pero algunas son más activas, y Ana es una de ellas: "No tengo ninguna molestia al respecto. Sí, yo siento que nos entendemos bastante bien... Hablamos de cosas que nos gustan, las que no nos gustan. Yo creo que tenemos mucha confianza, que no hay límites." También Katerina dice que en su relación hablan directamente sobre lo que quieren: "Mirá, por lo general se lo digo... Sí he aprendido de decírmelo."

En una pareja lésbica, es obvio que no existe el hombre que, según la tradición, puede asumir el liderazgo que los discursos suponen. Entonces, ¿cómo funciona entre ellas? En las relaciones de Andrea y Katerina, ellas no parecen ser tan pasivas sexualmente como algunas de las participantes heterosexuales. De hecho, las dos hablan sobre la importancia de la vida sexual y que la mujer tiene todo derecho a iniciar relaciones sexuales. Katerina dice que por algunos años era su compañera quien iniciaba las relaciones, pero ahora funciona más o menos igual entre las dos. También ella habla de lo pesado que es hablar sobre este patrón heterosexual tradicional entre las lesbianas o gays:

Yo siempre he creído que por la cuestión de la socialización siempre nos han dicho que una persona tiene que ser, que una persona es más activa que la otra. En este medio de la parte homosexual y lésbica es una cosa espantosa, verdad, aquí porque entonces como son dos mujeres, o dos hombres, entonces quién es

mujer y quién es hombre... Me da un colerón porque yo digo yo estoy con una mujer y las dos somos mujeres. Aquí no hay ni hombre ni...

Katerina ha tenido que trabajar mucho, junto con su compañera, para poder hablar directamente con ella sobre la sexualidad —lo que a ella le gusta hacer y no, cuándo quiere tener relaciones, etcétera— y ahora ella siente que la relación en general, y específicamente la sexual, es muy igualitaria. Para ella, la comunicación es clave, y ha sido un aspecto que las dos han trabajado bastante —y han logrado esto en gran parte por la relación larga y de crecimiento mutuo que ha disfrutado con su compañera.

Pero algunos de los patrones de poder heterosexual aparecen en relaciones lésbicas. Para Andrea, el efecto de ser un “ser para otras” es evidente en su comparación de su sexualidad mientras está con alguien y mientras está sola.

Si estoy sola... el contacto con mi propio cuerpo se mantiene a veces... o se mantiene de mucho reconocimiento de las emociones... pero cuando entro con una pareja se anula ese espacio con uno mismo y empiezo, porque estoy pendiente de la otra, digamos que no sea para mí sino que sea la sexualidad para las dos. Pero la otra persona no la está dando... Yo la estoy esperando en realidad... No lo obtengo... O sea, siempre vivís en función de la otra, para darle lo máximo, entonces te anulas en la posibilidad de vos en tu propia sexualidad.

Su frustración es que siente que da mucho en estas relaciones y la otra persona no está dispuesta a dar lo mismo. Pero se ve que cuando no tiene pareja, Andrea siente la libertad de buscar el placer sexual sola —por la masturbación o simplemente sintiendo placer corporal en general. Pero en una relación, parece que ella delega eso en gran parte en la otra persona. Hasta cierto punto ella deja de tomar responsabilidad de su satisfacción sexual y la entrega a la otra persona. Como ella lo describe, “vivís en función de la otra... entonces te anulas... tu propia sexualidad.” No es que ella es pasiva en términos de iniciar relaciones sexuales, ni de poder pedir lo que a ella le gusta, sino que está “pendiente de la otra” y siente que pierde parte del placer sexual y la autonomía sexual que tiene cuando está sin pareja.

5.3. LA VIOLENCIA SEXUAL

Las entrevistas realizadas por este estudio no preguntaron directamente sobre la violencia sexual, por ejemplo “¿Ha experimentado Ud. violencia en algún momento de parte de un compañero?” Aún así, la naturaleza de los temas de la entrevista, incluyendo la socialización sexual, motivó a tres de las participantes a compartir algo de sus experiencias de violencia y abuso. Andrea, Katerina y María contaron historias de violencia o incesto, cuyos efectos los han sido sentido a través de la adolescencia y posteriormente. Además, aunque Silvia no dijo nada directamente sobre semejante experiencia, hubo

fuertes sugerencias a través de su entrevista de que fue víctima de violencia sexual, como cuando dice cosas como “Y si alguien me había intentado violar como chiquita...” o menciona varias veces un incidente traumático en su niñez, y dice que hay algunas cosas sobre las que no va a hablar con la investigadora ni con nadie.

El objetivo de esta sección no es brindar una cantidad de detalles sobre estas experiencias — Andrea y Katerina compartieron más, María menos y Silvia muy poco, obviamente— sino explorar como estas experiencias han afectado la vivencia de ellas y las percepciones de su sexualidad.

Andrea comenta sobre incidentes de juego sexual con algunos de sus primos que eran mayores y más grandes desde una edad muy joven, tal vez los 6 ó 7 años de edad. Eventualmente eso pasó a ser un abuso continuo por parte de ellos que duró hasta que ella cumplió aproximadamente 15 años de edad. Es claro para ella que lo que experimentaba era abuso dado los sentimientos de desesperación y tristeza que eran parte de los incidentes. Pensaba en el suicidio y casi lo intentó una vez. El abuso terminó cuando ella insistió en que no quería continuar: “Supongo que el mismo dolor me hizo poder decir que no. Y no lo hice con fuerza ni con... Fue como ‘yo voy a decir para ver si me sale...’ No era, ni estaba empoderada ni que nada de nada, verdad. Era que... más como un asunto de desesperación.” Además de este abuso, Andrea fue blanco de abuso sexual por parte del padre de uno de los hostigadores. Por años la perseguía, golpeando la ventana de su dormitorio y tocándola sexualmente mientras ella intentaba constantemente esconderse y escaparse.

Katerina comentó sobre una situación de incesto con su hermano mayor. No puede recordar exactamente cuándo ocurrió ni por cuánto tiempo, aparte de que piensa que duró varios años cuando era niña. Mientras ocurría no lo veía como algo “malo”, y lo que más la afectó fue lo que ocurrió cuando se enteraron sus padres: “Pero lo que sí recuerdo fue que a mi papá... a mi hermano lo agarró y casi lo mata. Lo golpeó muchísimo y a mí me separaron totalmente de él... Yo les pregunté qué fue lo que pasó. Me dijeron que me prohibieron hablar de eso o acercarme a mi hermano.”

Lo que estas experiencias tienen en común son el silencio, la culpa que Andrea y Katerina sentían sobre las situaciones y la impunidad que tuvieron los varones en las consecuencias. Esto tiene relación con la “cultura de violación”, descrita por Stewart (1996) y basada en Brownmiller (1975). Stewart describe una cultura de violación como un ambiente en donde “las suposiciones y actitudes tradicionales sobre los hombres y las mujeres, sin llamar la atención, alimentan un comportamiento que lleva a, o apoya, la violación y la violencia doméstica” (p. 346).^{*} Dos elementos importantes de esta cultura mundial son hacer a las mujeres responsables de la violencia y ver la violencia como ejemplo de las “necesidades” sexuales masculinas.

Aunque no es analizado así, las voces de los y las jóvenes en el estudio sobre los discursos sexuales en Costa Rica por Schifter y Madrigal (1996) apoyan la idea de que este fenómeno existe en el país. Algunos de los adolescentes comentan sobre muchachas y mujeres que “provocan” a los hombres a violarlas por mostrar deseos o usar ropa tallada, y los hombres logran más respeto siendo promiscuos y no valorando las relaciones con mujeres que son sus “conquistas”. Aunque la meta de muchos adolescentes es tener sexo con tantas mujeres como fuera posible, el hecho de que una mujer “ceda” a tener relaciones la hace una “zorra” y vale menos que una virgen que se resiste. Entonces no sólo la violencia se convierte en una manera de controlar la sexualidad de las mujeres y las muchachas sino que se traslada la culpa por la violencia de los muchachos y los hombres a las muchachas y las mujeres. Uno de los participantes del estudio de Schifter y Madrigal lo explica así: “Sí, es que a veces los ojos dicen, les brillan los ojos y dicen que no pero ese brillante dice que sí y a veces dice una cosa y como que se trata de reír. Entonces, se puede usar la fuerza” (p. 72). El consentimiento a las relaciones sexuales por parte de las muchachas y mujeres involucradas está visto como tangencial a las “necesidades” y decisiones masculinas.

En el caso de Andrea, su experiencia con el esposo de una de sus hermanas claramente ilustra algunos de los rasgos mencionados por Stewart como característicos de una cultura de violación. Aunque Andrea no fue violada por esta persona, la violencia sexual en general sería parte de esta cultura. El hostigador era tan obvio en su persecución que las hermanas de ella se dieron cuenta, pero no hicieron nada. Andrea recuerda, “Era una cosa brutal, en cualquier momento. Inclusive hasta mis hermanas lo sentían. Mis hermanas decían ‘Este viejo que... Como ve a la chiquilla.’ Porque para mí en realidad era la pequinilla de la casa, una chiquilla y todo el asunto.” Andrea está consciente de que este hombre abusaba también de otra hermana y su propia hija. También está consciente de otras situaciones de abuso sexual dentro de su familia. Es claro que desde pequeña ella estaba rodeada por un ambiente en donde no sólo uno sino la mayoría de los hombres que conocía utilizaba el sexo y la violencia como una forma de dominación y tener poder sobre las mujeres y muchachas. Aunque lo resistió, Andrea sentía como las/los otras/os le echaron la culpa a ella por el abuso realizado por su cuñado: “Mi hermana... sabía, y ella, lo que ella decía era que yo era una zorra. Yo toda la vida me odiaba, verdad, por eso. Porque ella pensó que yo lo buscaba, cosa así. Más bien yo le tenía pánico... Entonces para ella yo siempre fui como una puta y que más bien como que estaba tratando de sacar el marido.” En relación con la situación con sus primos, aunque intentó en múltiples ocasiones de parar el abuso, también se sentía “muy sucia, muy culpable” por su situación.

La manera en que los padres de Katerina lidiaron con el descubrimiento del incesto entre ella y su hermano también implicaba que vieron a Katerina como culpable, e hicieron que ella lo sintiera así.

* “traditional assumptions and attitudes about men and women quietly nurture behavior that leads to or supports rape

Aunque el padre golpeó muchísimo el hermano en aquel momento, era Katerina la que enfrentaba constantes limitaciones en torno a sus movimientos. Hasta aquel momento, había sentido más cercanía con su padre que con su madre. Sin embargo, desde el descubrimiento "Mi papá, fue él que me prohibió más, verdad. Entonces a partir de ahí también, nosotros, entre mi papá y yo... Vos sabés que los hombres aquí en este país tienen muchísima libertad, verdad y que ellos pueden andar y hacer y deshacer. Entonces la limitación era para mí, así. Como que yo no me acercara." La reacción de los padres de ella también implica su creencia, hasta cierto punto, de que no se puede controlar la sexualidad masculina. El hecho de que no le permitieron a Katerina acercarse a su hermano, y que le permitieron a él tener novias mientras que para ella estaba prohibido tener novios, nos lleva a la conclusión de que tal vez sus padres intentaran dirigir sus "necesidades" sexuales a novias, y hacer que Katerina tuviera que asumir la responsabilidad de no "provocarlo" a él.

El silencio rodea las experiencias de Andrea y Katerina, y sufrieron por eso en maneras diferentes. Andrea se encontró atrapada en varias de las situaciones por la necesidad de mantener el silencio: "A mí me daba pánico que le hablara con mamá, o dijera algo, verdad. Porque yo sabía que no tenía mucha libertad. Si él hablaba, yo estaba lista, entonces ya era más por miedo que lo hacía." Cambió el silencio por la libertad que tenía. Para Katerina, el silencio y las prohibiciones de sus padres son lo que más recuerda. Como lo describe, "Bueno, yo tengo muchos rollos con esto del silencio, verdad." Era prohibido hablar de la situación de incesto. También es evidente que el silencio rodea a María y Silvia en términos de la violencia que sufrieron. Durante la entrevista, María habló sobre una violación de uno de sus parientes varones sólo con la grabadora apagada, y dice que ha hablado sobre eso solamente con una hermana, una amiga y su terapeuta. Silvia sólo insinúa su experiencia. De alguna manera, este silencio, impuesto o "voluntario", implica que se está asignando la culpa a ellas por sus experiencias de violencia o abuso, y por eso ellas sienten hasta cierto punto vergüenza sobre el hecho. Aunque cada uno de estos casos es diferente, el hecho de que no puedan hablar o tengan que tener mucho cuidado con quien hablan implica que sienten que la sociedad vincula una deshonra con ellas que no existiría si hubieran sido víctimas de un asalto, por ejemplo.

Cada una de las cuatro han trabajado, o está trabajando actualmente, con este asunto de alguna manera con una terapeuta o grupo de apoyo y muestran su fortaleza y resolución de superar estas experiencias. El hecho de que todas han recibido algún tipo de terapia hace que nos cuestionemos si algunas de las otras participantes, que no han recibido este tipo de ayuda (o no lo mencionaron) tal vez también han experimentado violencia. Aún así, el hecho de que casi la mitad de las participantes entrevistadas mencionaran el tema es significativo. Que la violencia ha moldeado la experiencia de la

sexualidad de cuatro de las mujeres —en cada caso su primera experiencia sexual— es evidente en el hecho de que lo comentaron voluntariamente en las discusiones sobre la sexualidad y cómo ellas la aprendieron y la viven, sin ser cuestionadas directamente sobre el asunto.

Sin embargo, hay que reconocer que la violencia en una cultura de violación no sólo afecta a las mujeres que la experimentan directamente, sino afecta a todas las mujeres por inculcar un temor a la violencia y a ser considerada una “mala” que pide ser violada. El muro de silencio está cayendo en Costa Rica y más y más las mujeres se sienten libres para hablar sobre la violencia y buscar ayuda, gracias a los esfuerzos de grupos de mujeres y activistas (Carcedo, 1997, p. 167). Sin embargo, los efectos quedan y la violencia siempre representa una influencia fuerte en como ellas viven y perciben su sexualidad.

5.4. LOS SILENCIOS Y LAS PROHIBICIONES

Además de los silencios en torno a la violencia y los obstáculos en la comunicación con sus parejas sexuales, la mayoría de las participantes recuerdan que su socialización sobre el tema involucraba muy poca comunicación, y se enfocaba en prohibiciones y los peligros de la sexualidad. Por ejemplo, Linda dice que “No hubo comunicación. Mis padres eran muy herméticos en eso.” María dice cosas semejantes cuando piensa sobre su socialización de la sexualidad, como casi todas las otras. Susana es la única que comenta que ha hablado bastante sobre la sexualidad con su madre. La mayor parte de las participantes han aprendido que la sexualidad no es un tema para discutir ni libre ni abiertamente. Por ejemplo, Regina dice, “No me gusta hablar de estas cosas.” Ana recuerda que

siempre era como tapar, tapar, tapar toda esa cuestión, verdad. Entonces, debido a esa forma que crecimos, muchas veces unas personas, las mujeres, no ven la sexualidad como algo positivo. Inclusive hay gente que ni siquiera disfruta de lo que es su sexualidad porque lo siente como algo peligroso, prohibido, algo malo o cuestiones de este tipo... Con algunas amigas que he hablado tratan de jugar como muy pulcras, de muy santas, de muy inocentes y toda esta cuestión. Y lo que hace es coaccionarles sus derechos que toda persona tiene de disfrutar de su sexualidad.

Como plantea Ana, no es que exista una ausencia total de conversación acerca de la sexualidad. Es más que esta comunicación e intercambio son muy controlados; la discusión es definida socialmente, con mandatos sobre con quien se puede hablar, por cuales motivos, sobre que y cuando. Un ejemplo es lo que Ana dice en el comentario previo. Pero más que una prohibición general, hay una prohibición sobre el placer. Como Katerina explica,

Yo siento que hay un mensaje muy fuerte, sobre todo de la Iglesia, que hay una socialización que te dice que el placer es malo. Depende del sexo que tengas, verdad. Por ejemplo, a los hombres se les da permiso

a que sientan placer con todo lo que hacen, jugando o manejando, con una mujer, etc. Pero que tengan placer. A veces yo siento que el mensaje es muy fuerte pero como demasiado: "Haga lo que quiera" verdad, en exceso. Y a las mujeres es como una prohibición muy fuerte que el placer no. O sea, que vos no podés sentir placer. Que estás destinada para cosas muy sagradas como son la maternidad. Pero jamás sentir placer.

Sin embargo, varias de las participantes mencionan el placer sexual en relación con el matrimonio y el "aprender" a disfrutar las relaciones sexuales. Se hace imprescindible cuestionar si sería necesario "aprender" a disfrutar las relaciones sexuales, como casi todas lo describen, si el proceso no empezó con tantas prohibiciones y tabús. Sandra menciona varias veces que sentía que era importante aprender a disfrutar el sexo, y Linda lo menciona también. Katerina habló con cierto detalle sobre la evolución de su capacidad de disfrutar el sexo, y como eso sucedió en el ambiente seguro de su relación a largo plazo:

Además, como lesbiana, como mujer... poder quitarme tanto mito de la cabeza... Porque es una cosa tan fuerte... Para mí ha sido todo un proceso de descubrimiento y a partir sobre todo de poderlo trabajar como pareja, o sea, para mí ha sido muy importante eso. Yo creo que si estás con una persona en la que no puedes compartir eso, con la que no podés disfrutarlo también, con la que no podés también planearlo... Yo creo que [depende] mucho también con la seguridad que tengas con las personas que te relacionas.

Para algunas de las participantes, entonces, ha sido un camino hecho con su compañera/o. Puede ser que eso explique por qué las relaciones son, en general, tan importantes para las mujeres en relación con su sexualidad. Con tanto en peligro, sin un ambiente en donde puedan sentirse seguras para explorar y expresarse, es peligroso empezar a "quitarme tanto mito" y sentir placer con tantos riesgos. Con esta división tan fuerte entre las "buenas" y las "malas", definida por su comportamiento sexual, es un área difícil de abordar, ya que se corre el riesgo de ser designada una "zorra" o una mujer que "pide" la violencia.

Para algunas de las participantes, aprender a disfrutar su sexualidad ha sido un proceso muy individual. Andrea, en particular, aunque ha tenido una vida sexual activa y placentera con compañeras, dice que experimentó un orgasmo sólo después de varias relaciones cuando una ginecóloga progresista le dio "permiso". La ginecóloga, después de establecer un ambiente abierto y seguro en donde discutir la sexualidad, y lo que es muy importante, no supuso la heterosexualidad (la médica le preguntó a ella si era heterosexual o lesbiana), le preguntó si experimentaba orgasmos. Andrea le respondió,

"No, nunca." Y me dice "¿Por qué?" "No lo sé, no me ha preocupado lo esto y el otro." Entonces me dice "Bueno, es que también tienes que saberte tocar. Es que también tienes que saber indagar y todo el

asunto.” Es así como que me dio el derecho total digámoslo así, aunque lo hiciera no me había asumido como total. Y el derecho de buscar el placer dentro de mí. Entonces yo lo hice y por medio de esa cita fue que ya empecé a conocerme un poco. Como un mes o quince días después fue que yo obtuve el primer orgasmo, y me asusté en una forma más increíble. Fue más el susto, placer, lindísimo, todo lo tenía era increíble. Sí, fui yo masturbándome, y eso me pareció todavía genial. Bueno, no sé tal vez hubiera sido bonito haberlo logrado con una compañera, digámoslo así...

Andrea y Katerina son las únicas que mencionaron la masturbación, y las dos afirman que esta estaba completamente prohibida por la Iglesia y en su ambiente social en general. Como Katerina dice, “Yo recuerdo que siempre era tan fuerte el mensaje: la masturbación era mala, pero sólo se le permitía a los hombres, verdad, por lo menos.” Con este comentario es claro que, igual con la virginidad, más que ser parte del discurso religioso que prohíbe la masturbación a las mujeres y los hombres, ha sido generalizado como una prohibición social para las mujeres principalmente. Esto es un indicador dado que está claro que el único objetivo de la masturbación es el placer sexual. Separa la sexualidad de la reproducción, busca el placer, y por eso es completamente prohibido. Katerina recuerda que cuando su compañera compartió con ella que empezó a masturbarse cuando era niña, estaba horrorizada:

Yo decía esta mujer está pero pésima, verdad. ¿Cómo se le ocurre hacer esto? Debe ser una cosa terrible. Y yo recuerdo que juepuchis, al principio era una cosa pero patética. No nos podíamos poner de acuerdo, verdad... Porque para ella su satisfacción era tener un orgasmo masturbándose, yo no. Entonces yo decía Dios mío, Dios mío...

Katerina investigaba y leía y al final se enteró de que la masturbación era algo que otras mujeres practicaban y disfrutaban, y por eso empezó a sentirse más tranquila con la práctica de su compañera, y eventualmente ella misma lo intentó.

Uno de los aspectos de la sexualidad que se discutió abiertamente, y fue tomado por casi todas como una suposición, fue la heterosexualidad. Para todas las participantes la heterosexualidad era la suposición general cuando estaban creciendo, y para la mayoría lo sigue siendo. Andrea y Katerina, las dos participantes que se identificaron como lesbianas, mencionan que la poca información que recibieron sobre la sexualidad, fue un aspecto clave ya que durante la adolescencia se supone que fueran empezando a querer a los muchachos. También los dos, aparte del abuso que experimentaron con hombres, tuvieron novios durante su adolescencia y tuvieron relaciones sexuales con ellos. La información sobre otras opciones sexuales, como el lesbianismo, estuvo totalmente ausente.

Hay una diferencia en la manera en que Andrea y Katerina hablan sobre su historia y vida sexual en comparación con la mayoría de las otras mujeres en el estudio. Para ellas, hubo un reconocimiento en

un momento de que no encajaban con la manera "normal" de relacionarse sexualmente, y poco a poco encontraron que eran las mujeres las que más les atraían. No fue hasta que cada una fue a la universidad que sintieron que podían conseguir información sobre el lesbianismo. Las dos leían libros y conocieron a otras mujeres como ellas, lo que eventualmente las llevó a identificarse como lesbianas. Tuvieron que buscar activamente esta información, que no era fácil encontrar. Aparte de su orientación sexual, uno de los aspectos que hace este proceso diferente de las experiencias de las otras participantes es que se puede decir que su sexualidad, por lo menos en términos del "objeto" de sus deseos, ha sido reflexionado y consciente. Crecieron en una sociedad que suponía una cosa —la heterosexualidad— y encontraron que su experiencia individual era distinta. Entonces en alguna manera se vieron obligadas a cuestionar esta suposición y tomar otras decisiones por ellas mismas. Para las otras participantes, este momento parece no haber llegado nunca (o todavía no ha llegado). Las otras participantes también aprendieron y vivieron las suposiciones de la heterosexualidad, pero por haber experimentado menos incongruencias abiertas en encajar en este sistema, fue más fácil para ellas seguir con el camino establecido, de salir con novios a empezar una relación seria o casarse, sin tener que reflexionar sobre, o considerar, otras posibilidades.

5.5. LOS DERECHOS

A pesar del hecho de que las participantes en general tienen muchos silencios acerca de la sexualidad, y hablan de haber aprendido sobre prohibiciones y tabús más que sobre el placer de la sexualidad, los derechos que ellas plantean muestran que ven muchas posibilidades en términos de su sexualidad. Hay que reconocer que aunque todas fueron entrevistadas sobre lo que perciben como los derechos sexuales, y terminada la entrevista se les dio una hoja en donde podían reflexionar más, las repuestas varían muchísimo. Por ejemplo, Andrea habló mucho sobre el tema, y después llenó no sólo una hoja sino tres con los derechos (reproductivos y sexuales). Por otro lado, Linda sólo podía decir que en general las mujeres tienen derechos sexuales, y Regina comentó que "podemos tener una sexualidad, o tener sexo... pero todo con, con prudencia." Entonces la descripción que sigue de los derechos sexuales representa la diversidad y no es representativa de un consenso sobre ciertos tipos de derechos ni significa que la mayoría de las participantes tienen esta visión tan amplia.

Para captar las diferencias en como las participantes se expresaron, la discusión en este capítulo de los derechos será organizada de manera diferente a los próximos capítulos. Están agrupados en categorías generales por los vínculos que tienen el uno con el otro. Dentro de las categorías a veces son expresados de diferentes maneras, por diferentes personas o, a veces, por la misma persona, y están incluidos porque enfatizan diferentes aspectos.

El primer grupo tiene que ver con querer el cuerpo y ser capaz de disfrutar el placer que puede traer, una definición amplia de la sexualidad.

El derecho a cuidar el cuerpo, a divertirlo, a vestirlo bien a que se sienta en placer y a gusto. (Andrea)

Derecho a disfrutar todo mi cuerpo. (Andrea)

Derecho a explorar mi cuerpo libre de culpas y siempre en busca del placer. (Andrea)

El derecho de buscar el placer dentro de mí. (Andrea)

Andrea es una de las pocas que ve la sexualidad ampliamente. Pone mucho énfasis en ver y sentir el placer pleno de su cuerpo, y en ser capaz de hacerlo en general y sexualmente. De hecho, cuando se le preguntó a ella cómo cuida su salud, respondió varias cosas, incluyendo usar ropa cómoda que no apriete y zapatos con los que pueda caminar fácilmente. El permiso y habilidad de explorar su cuerpo y sentirse bien sobre las sensaciones que le brinda son, entonces, un punto central en su definición de los derechos sexuales. Relacionado con esto está su planteamiento de que las mujeres tienen el derecho de buscar solas el placer en sus cuerpos.

Derecho a la soledad sexual con relación a mí misma. (Andrea)

Basado en sus comentarios, se puede ver que ella enfoca en la capacidad de darse placer sexual a ella misma en general y a través de la masturbación. Andrea, como se comentó antes, encontró lo último como un acto de toma de poder, y fue la manera por la cual llegó por primera vez a tener un orgasmo. La ginecóloga le dio "permiso" para hacerlo, como manera de aprender sobre su cuerpo y lo que a ella le da placer. Ahora ella identifica eso como un derecho de todas las mujeres. También Katerina, como se mencionó anteriormente, habló de la importancia de la masturbación en el crecimiento con su compañera. También menciona esto cuando habla sobre su desacuerdo con su hermana que es monja, diciendo entre otras cosas, "Ni pueden ni masturbarse... ni siquiera puedes tener derecho a sentir tu cuerpo."

Varias de las participantes dicen que la sexualidad no es sólo el placer físico para ellas. Andrea dice que mientras ha experimentado y disfruta de relaciones sexuales con alguien que no es una compañera íntima, no le gusta separar la sexualidad de una relación. Relacionado con esto está su planteamiento de que las emociones son parte de la experiencia sexual.

El derecho a vivir plenamente lo que son las emociones dentro de la misma vivencia sexual. (Andrea)

“Yo creo que es una cosa en que casi todas las mujeres lo reclaman,” continúa. “Creo que ese es el principal derecho.” Katerina vincula una relación saludable con una sexualidad saludable: “Tenés que ir buscando eh, ese relacionamiento voluntario... No sé, pero para mí por lo menos está en eso, verdad, en que vos tenés que relacionarte con la gente... Antes lo veía mucho sólo de la parte genital.” Para Katerina, la sexualidad involucra el conocimiento y la toma de poder de ella misma en relación con su cuerpo, y aspectos de relaciones con otras personas. En una manera general, varias de las participantes hacen un vínculo entre la salud mental y la salud sexual. “Muchas veces yo pienso que... tal vez el hecho de tener una buena relación sexual está mucho en la cabeza de uno...” (María), o “Una buena relación sexual es una buena amiga, en términos de que tener una expresión y la actitud para abrirla, para recibirla. Y estás constantemente en un constante pacto, y no es solamente parte de las sensaciones que hay en mi cuerpo” (Pamela). Aunque ninguna de las participantes expresó esta visión global de la salud sexual como un derecho, sus descripciones de la sexualidad clarifican que ven la sexualidad como algo más que el placer genital, y se sienten más satisfechas con la experiencia cuando hay presentes emociones positivas y placer físico. Entonces, la sexualidad es física y mental, e involucra a una y a otros/as.

El placer, aunque comentado por varias de las participantes como algo prohibido, fue planteado como un derecho por Andrea y Susana, y las acciones de otras como Katerina lo implicaba.

El derecho a erotismo y a la sensualidad. (Andrea)

El derecho de placer propiamente... El derecho propiamente a tener el placer del orgasmo. (Andrea)

El derecho de que ambas personas sientan placer. (Susana)

Katerina comenta sobre el placer en relación con el derecho de explorar plenamente la sexualidad de uno. Ve la sexualidad como un proceso y, como ella lo ha pasado, en donde aprende lo que da placer y como una se siente más realizada.

Cuando se habla de placer, la gente, muchas veces la gente se va mucho más allá y piensa que es como el desastre y la alborotazón. Si no es que vos podás tener la libertad experimental también. Yo te digo una cosa, mirá, yo creo que... si yo hubiera experimentado con más libertad, con más posibilidad de más información, de más cosas, eh, desde el principio del lesbianismo, verdad, o sea, hubiera sufrido menos... Lo que menos hay es... hacia la búsqueda y el descubrimiento de uno mismo.

Ella, además de Andrea, tuvo que crecer y descubrir su sexualidad. Katerina no dice explícitamente que considera la experimentación un derecho, aunque su manera de hablar sobre ella lo implica. Andrea también ve la sexualidad como un proceso de crecimiento y lo considera un derecho sexual en donde el crecimiento es experimentado individualmente y en una relación.

Derecho a crecer sexualmente, individual y a nivel de pareja. (Andrea)

El derecho de expresar la sexualidad con hombres o con mujeres fue planteado o implicado por las dos participantes lesbianas, Andrea y Katerina, y por algunas otras:

Derecho a vivir una sexualidad plenamente femenina con otra mujer. (Andrea)

Más que plantear el derecho de poder tener relaciones sexuales con otra mujer, Andrea define esta experiencia como otro tipo de sexualidad, no simplemente el modelo heterosexual trasladado a una relación lésbica. El derecho a vivir la orientación sexual libremente también fue mencionado por Susana y María, por ejemplo cuando Susana dice que "Ya era hora en cuanto que se hablara también de los derechos sexuales de la gente también homosexual" (Susana). Una parte de este derecho es el derecho a ser abierta sobre la orientación sexual sin tener que sufrir consecuencias sociales:

Derecho a expresar libremente mi sexualidad frente al mundo. Derecho a vivir mi orientación sexual plena y libremente. (Andrea)

El derecho que yo tengo a vivir mi sexualidad como una parte mía, como una parte que puedo socializar también. (Katerina)

Eso es algo que los heterosexuales tienden a dar por sentado, pero que Andrea y Katerina no pueden. Como Katerina explica, "Porque yo me pongo a pensar que no es sólo en ejercitarlos en privado, yo creo que claro, tampoco me voy a parar ahí en media calle a ejercer mis derechos sexuales..." Añade,

Entonces, yo creo que también esos derechos son de poder socializar. Claro yo sí pienso que en el caso nuestro por ejemplo, que somos lesbianas, sí tenemos que tener mucho cuidado con la socialización. Es una cosa, viera que a veces es muy molesto... Lo que nosotras no hemos querido es confirmarlo porque si ya sabemos que la gente no lo maneja... Hay muchas ocasiones, a veces yo, por ejemplo en estos períodos en los que... me siento muy sola, y yo tengo varios compañeros y compañeras de trabajo que viven por aquí y podría invitarlos aquí pero es que yo arriesgarme a invitarlos aquí y que vean que sólo hay una

LA SEXUALIDAD

habitación y que sólo hay una cama... Por ejemplo en los otros apartamentos o en las otras casas que hemos vivido armamos dos camas. De lo contrario es muy difícil manejarlo. (Katerina)

Ese comentario toca un tema que muchas lesbianas y gays viven cotidianamente que generalmente no es parte de la experiencia heterosexual: la necesidad de esconder, o por lo menos mantener en privado, la orientación sexual y la/el compañera/o. Katerina lo describe bien cuando habla sobre como en conversaciones normales con sus compañeros/as de trabajo ellos/as hablan sobre sus novias y novios, o la pareja, mientras ella no puede socializar esta parte importante de su vida. Necesita autocensurar sus conversaciones y, como fue mencionado anteriormente, su vida social, para mantener su orientación sexual en secreto para las personas que no la aceptarían. Susana también considera injusta la necesidad de que las parejas lesbiana o gay escondan sus sentimientos en público. Dice que en la universidad hay una regla de que las parejas no deben participar en "escenas amorosas" en público, pero que aplican eso sólo cuando una pareja lesbiana o gay la "violan".

Andrea otra vez nos recuerda de la situación especial de las lesbianas y los gays en el ámbito social actual. Dice que las mujeres tienen el siguiente derecho:

El derecho... a que ponga en su expediente lo que yo quiero que se ponga.
(Andrea)

Su intención se vuelve clara cuando explica que "en el caso de una la orientación sexual es muy delicado que está en un expediente del Estado, porque cualquier cosa te lo sacan en algún momento por cualquier lado." Opina entonces, de que si ella escoge compartir eso con el/la médico/a u otro trabajador de la salud, también tiene el derecho de decidir si esta información debe ser apuntada y compartida con otros/as en el sistema.

Más allá que permitir que las personas puedan expresarse libremente y compartir su orientación sexual, María dice que tenemos el derecho a ser felices con ella:

Derecho a ser feliz por la inclinación sexual (heterosexual u homosexual). (María)

Entonces los individuos no sólo tienen el derecho a vivir con una orientación heterosexual u homosexual, y el derecho a socializar y mostrarla abiertamente sin culpa y consecuencia social, sino también tienen el derecho de ser felices con ella.

El derecho a la individualidad como ser sexual también es planteado por Andrea y Katerina.

LA SEXUALIDAD

El derecho de poder decir lo que yo siento y lo que yo quiero, o sea que eso es lo real, no lo que me dice un libro... El tener derecho también a rechazar ese montón de estupideces que dicen sobre nuestra sexualidad en la psicología tradicional... Eso es una raíz espantosa cuando uno se encuentra con teóricas y teorías y te clasifican en ella. O sea, es una de las violencias más brutales. (Andrea)

Yo soy una persona diferente a vos, entonces merezco un trato diferente... Yo pienso que eso de generalizar no es muy correcto en todo sentido, pero sobre todo en la sexualidad. (Katerina)

Las dos, en este caso, se refieren al daño hecho por algunos/as psicólogos/as, y especialmente en términos de la sexualidad lesbiana. Andrea se refiere a los problemas con las teorías de Freud sobre la sexualidad femenina, mientras Katerina recuerda una terapeuta que intentó ponerla en una categoría por su orientación sexual basándose en el incesto que ella había experimentado:

Yo tuve terapia con una psicóloga y ella me decía "Mirá, yo creo que que..."... Hay un tabú muy fuerte, y dice que las mujeres que han sido agredidas o han tenido alguna experiencia de incesto y violación son lesbianas. Y yo eso no creo. Sí creo que hay un porcentaje muy alto, verdad, pero cuando vos entrás a la generalización... Y yo creo entonces que eso es una cosa muy importante, verdad, que vos podás tener como esa diferenciación en tu trato, verdad. La experiencia es única y dudo que, cuesta mucho a veces, verdad. Porque eso es un mito social fuertísimo, la generalización, meter a todo mundo dentro de un saco.

Katerina y Andrea se rebelan contra el acto de poner a las mujeres y su sexualidad en categorías, dado que esto limita la posibilidad de que vayan a ser tratadas como los individuos que son y porque lleva a conclusiones falsas y simplistas sobre sus experiencias. También, según Katerina, significa que, debido a las etiquetas y las consecuencias que acarrearán estas etiquetas, se limita la posibilidad de que ellas puedan explorar y experimentar durante el proceso de descubrir su sexualidad.

Yo creo que muchas mujeres que yo conozco han tenido deseos de estar con otra mujer. Son heterosexuales... tal vez están casadas o no. Entonces ya por eso ellas ya se creen lesbianas, verdad... Yo lo que me refiero es a ese encasillamiento, me entiendes. Yo creo lo que importa es primero sentirse persona y después sentirse que puedes desde esa perspectiva de persona, que puedes disfrutar de muchas cosas. (Katerina)

LA SEXUALIDAD

Cinco de las participantes dijeron explícitamente que las mujeres tienen el derecho a iniciar las relaciones sexuales y pedir lo que a ellas les da placer sexual. También ven el derecho de ellas a decir no a las relaciones sexuales cuando no quieren:

El derecho por la posibilidad de poder pedir lo que yo quiero. (Andrea)

Mi derecho de decir lo que me gusta y lo que no me gusta. (Pamela)

Uno tiene el derecho de hablar y de expresar lo que quiere y como lo quiere. (Susana)

Derecho de que... si quiere puede pedirlo y si no tiene ganas también puede decir que no quiere. (María)

Como el hombre dice "Quiero estar con vos", también al igual la mujer como un ser igualmente creada por Dios tiene el mismo derecho a decir sí o no, siempre y cuando no lo haga por capricho. (Silvia)

Silvia siente la necesidad de limitar su creencia de que las mujeres pueden expresar deseo y rehusar las relaciones sexuales, pero siempre lo ve como un derecho. Su percepción está relacionada hasta cierto punto con la idea de que los hombres y, especialmente, las mujeres tienen que mostrar la "responsabilidad", o como Regina lo dijo previamente, la "prudencia", si se les da el derecho de expresarse sexualmente. Como Katerina mencionó anteriormente, se relaciona el placer con "el desastre y la alborotazón". Varios de los documentos oficiales usan la palabra "responsabilidad" en relación con los derechos sexuales y reproductivos (e.g., la Plataforma para la Acción de Beijing), pero pocos han intentado definir lo que es la sexualidad responsable, lo que hace este calificador un poco pesado dado los controles sociales y las limitaciones que las mujeres ya enfrentan. Ana define la responsabilidad en la sexualidad femenina en términos de estar segura de lo que estás haciendo y con quien, "no es andarse acostando con cualquier persona sin saber que procedencia tiene simple y sencillamente para hacerlo", y saber sobre y utilizar los anticonceptivos cuando sea adecuado para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

Varias de las participantes fueron más allá y dijeron que las mujeres tienen el derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su sexualidad sin ser juzgadas u obligadas a sentirse culpables sobre sus decisiones o sobre ellas mismas.

Derecho a no sentirme incómoda al decidir si quiere uno sexo. (Sandra)

Derecho a no ser culpada en función del ejercicio de mi sexualidad. (Andrea)

LA SEXUALIDAD

Derecho a vivir plenamente mis fantasías sexuales sin culpa. (Andrea)

El derecho de que la persona tome la decisión de a partir de qué edad quiere tener relaciones sexuales o no, sin importar si la Iglesia diga o no diga una cosa. Que cada uno tenga el derecho sin que se lo juzgue. (Susana)

Mientras estos planteamientos implican que actualmente ellas sienten estas emociones, o saben que existen para otras mujeres, también implica que ven este juicio y la culpa como algo negativo y que no debe existir.

Parte de su derecho de ejercitar su sexualidad es la capacidad de hacerlo sin experimentar el hostigamiento, presión o violencia, según varias de las participantes:

Derecho a no sentirme acosada por otros. (María)

Que ninguno se sienta forzado a hacer lo que no quiera. (Susana)

Derecho a no ser violentada ni en lo mínimo. (Andrea)

Estos derechos específicos cubren un rango desde el hostigamiento psicológico hasta la violencia física, y reconocen las condiciones en que viven muchas mujeres, incluidas algunas de ellas.

El derecho a una educación e información de buena calidad fue mencionado por varias de las participantes. Es visto como el derecho a esperar que los/las médicos/as estén actualizados/as no sólo sobre los aspectos biológicos de los cuerpos femeninos, sino que también estén informados/as sobre los conocimientos básicos de la sexualidad que pueden compartir con las mujeres. Pamela y Katerina enfatizan la necesidad de recibir una educación sexual a una edad joven, Pamela propone en el kínder. Mencionan que esta educación debe incluir buena información sobre el cuerpo mismo, como cuidarlo, como prevenir el embarazo y otros aspectos.

Derecho a que cada día se investigue más sobre el cuerpo de las mujeres. (Andrea)

El derecho de que [el/la médico/a] tenga un conocimiento más amplio de como abordarlo a uno a nivel sexual que no sea sólo una cosa biológica, verdad, sino yo creo que eso tendría que ser más sexólogo y tener especialidad y todo. (Andrea)

Entonces yo creo la educación, el conocimiento como el arma... Yo creo que el asunto es, por ejemplo, es en el educarme, en leer, en compartir con amigas. (Andrea)

LA SEXUALIDAD

Desde que van a un Kinder se debe empezar con la educación sexual, desde chiquititos se debe empezar. (Pamela)

Que tengo derecho y responsabilidad a buscar información y a conocer sobre [el cuerpo]. (Andrea)

Lo que creo es que tenés que proporcionar [a las jóvenes] información de cuáles son los métodos seguros para que no queden embarazadas, para que puedan desarrollar su sexualidad si así lo deciden está bien. (Katerina)

Andrea hace mención especial del hecho de que ven esto como un derecho y como una responsabilidad, que no sólo hay que tener buena información fácilmente disponible sino que las mujeres tienen la responsabilidad de informarse sobre sus cuerpos y su sexualidad.

Los derechos expresados por las participantes van más allá de lo que los otros estudios han propuesto como derechos sexuales. Tocan muchos aspectos de la sexualidad femenina, y la situación social actual en donde la culpa y la violencia están vinculadas al ejercicio de la sexualidad femenina. ¿Por qué será este el caso cuando el ejercicio de la sexualidad tiene tantos controles sociales? Se retomará esto en el Capítulo 9.



6

LA MENSTRUACIÓN

El primer aspecto que se tocará en relación con cómo las participantes de este estudio ven y viven la reproducción es la menstruación. Es una vivencia con una variedad de aspectos, incluyendo lo biológico, lo social y lo cultural, que marcan parte de lo que es ser mujer. Visto sencillamente, es parte del proceso biológico relacionado con la capacidad de la hembra humana de reproducirse. Para la mayoría de las mujeres su inicio implica la capacidad de reproducción, y su final la conclusión de esta posibilidad. Pero no es un proceso puramente biológico ni tal vez principalmente eso, porque la mayoría de las culturas del mundo vinculan muchos significados culturales y sociales, hasta psicológicos y económicos (Delaney, Lupton & Toth, 1988). En el caso de América Latina, la Dra. Lagarde ha dicho, “[L]a menstruación es la marca en el cuerpo de las mujeres del rechazo social a que están sometidas, de su descalificación y de su sometimiento, es decir, de su opresión justificada en la suciedad de sus cuerpos sangrantes” (1999, p. 304).

Aquí se enfocará en los aspectos socio-culturales de las experiencias que este grupo de mujeres han experimentado en torno a su menstruación. El tema principal que salió a través de las entrevistas es su invisibilidad en espacios públicos —varias de las participantes dijeron que la entrevista era la primera vez que habían hablado sobre el tema con otra persona más allá de unas quejas o molestias. La imagen que surge de las conversaciones con ellas es que la menstruación, un proceso únicamente de las mujeres y parte de sus vidas por décadas, está incrustada en las mentes de casi todas ellas con el silencio y la vergüenza. Sin embargo, el silencio no es total. Lo que resulta permitido —con la menstruación igual como otros aspectos de la vida reproductiva de las mujeres— es el discurso médico.

Aunque cada una de las participantes es afectada por esta “marca en el cuerpo”, no todas lo reciben con pasividad. Se presentarán en esta sección el discurso dominante del silencio e invisibilidad, el discurso permitido de la “ciencia”, y varias de las maneras en que algunas de las participantes se resisten al discurso del silencio.

6.1. EL MANDATO DE ESCONDER

Esconder la menstruación y toda evidencia de ella es una cosa que aprendieron de varias maneras las participantes. Algunas lo aprendieron por ejemplo, cuando nadie les hablaba sobre la regla o si la conversación era muy artificial o limitada, y entonces ellas intuían que era algo vergonzoso o una experiencia que había que esconder. Otras participantes tuvieron “clases”, como la hermana que muestra

como esconder las toallas sanitarias. En esta parte se describirán dos aspectos de este mandato: la del no se debe hablar y la del no se debe mostrar.

6.1.1. EL SILENCIO VERBAL: "NO HABÍA ESPACIO"

Se ve el silencio que rodea el tema de la menstruación en varias maneras. Una de las más obvias es con las mujeres que no recibieron ningún consejo sobre la menstruación antes de que les bajara por primera vez. Por ejemplo, por falta de comunicación directa y la temprana edad en la que empezó a menstruar (11 años), Ana recuerda ese día como un trauma:

Nadie me dijo absolutamente nada. Nada más cuando yo vine de la escuela, yo me vi que tenía el calzón con sangre y fue un susto terrible pensando en dónde me había golpeado, o qué me había pasado. Estaba tan asustada que yo pensé que iba a morirme, que lo que me estaba sucediendo era algo grave, era como para morirse... Y empezó aquel problema de que ahora qué voy a hacer, por la noche seguro que voy a morirme. (Ana)

Linda también recuerda que el evento la asustó, y que no se sentía capaz de informar a su madre que estaba sangrando. Regina explica el hecho de que no habla con amigas/os sobre la menstruación diciendo "Yo confío en mi familia, los demás cuesta. Tendría que conocerles bien, pero muy bien, para contarlas algo así. Porque es algo muy personal de una." Relaciona esta experiencia con su vida privada, lo que implica que no puede ni debe conversarlo con nadie que no necesite enterarse. Igual Pamela, que recuerda cuando ella menstruaba "Yo amigas como muy específicas así, como sentarme a [hablar sobre la menstruación] no... porque era algo con tabú."

Esta falta de información y comunicación era más grave durante los años de la adolescencia. Las participantes de este estudio recuerdan —igual que las de una investigación hecha por Preinfalk (1998) con muchachas de escasos recursos— que el control sobre su comportamiento aumentó en una manera notable después que su menstruación había empezado. El inicio de la menstruación parece marcar un peligro para los padres, custodios de la virginidad de sus hijas. De un día a otro, las niñas se vuelven "señoritas", lo que casi todas las participantes esperaban con mucha ansiedad. En cambio, para muchos padres y madres, eso significa un peligro sexual. Tener una muchacha menstruante cambiaba para ellos el rango de actividades permitidas y deseadas, y también significaba la responsabilidad de controlar y hasta amenazarlas sobre su sexualidad.

Algunas participantes, aun cuando no habían escuchado ni hablado sobre la regla, habían visto el proceso en otras mujeres, lo que sirvió para disminuir el nivel de desconocimiento o temor cuando ellas mismas la experimentaron. Andrea, Pamela y Silvia empezaron su menstruación sin que nadie les

hubiera hablado de ella, pero dicen que habían visto algunas vivencias del proceso en otras mujeres, lo que les ayudó a sentir menos temor en el momento que les bajó por primera vez. Explica Andrea, "Lo intuía. Más que conocimiento, lo intuía. Y cuando bajó, no me asusté... Yo conocía por mi mamá. Tenía ciertas ideas, porque yo veía, por ejemplo, cuando [mi madre] orinaba y que la sangre y todo eso... Y yo me recuerdo de eso pero no me atrevía a preguntar. Nada más veía sangre y punto." Entonces aunque no sentía miedo del hecho de menstruar, por no haber hablado sobre eso con nadie, aprendió el silencio.

A veces el silencio era abiertamente impuesto. Por ejemplo, Andrea recuerda que sus padres le pegaron a su hermana cuando preguntó algo sobre la menstruación. Pero la mayoría aprenden del vacío y lo reproducen. Nunca hablar significa nunca aprender un vocabulario, y la mayoría extrapola de esta ausencia y entiende que hay que mantener este silencio, que no se debe hablar. Andrea, aunque reconoce que es un problema para toda mujer, expresa esta falta de vocabulario como un problema individual:

Yo recuerdo que mi hermana llegó y me dijo, pero así con ese miedo, con todo lo que genera hablar sobre eso, verdad, y mucho más antes, y me dice, "Andrea, ¿usted ya enfermó?" y entonces yo le dije que sí, pero yo era muy cortante en todo caso, muy cortante. Como que no permitía, no tenía la capacidad para expresar esas cosas, ni para expresar sentimientos... O sea, por lo mismo experiencia de vida y por todo lo que viven en la casa. O sea, yo no tenía capacidad de hablar con ella.

Silvia, quien se sentía muy aislada cuando era adolescente, y una prohibición casi total de hablar sobre la menstruación, "olvidó" que era una experiencia compartida:

Para mí era como si fuera sólo yo que estaba teniendo, verdad. Como lo que estaba viviendo tan desagradable, verdad... Al principio me habían dicho que era todas las mujeres, no era solamente a mí. Era por mi situación de vida que estaba pasando, seguro, que me había pasado en esa manera, verdad.

Esta experiencia refleja en micro lo que pasa en general con las mujeres, y subraya los efectos del silencio y los discursos limitados que son "aceptados" sobre la reproducción y sexualidad. Si no se puede hablar sobre este aspecto de la vida, afectará primero la capacidad de conocerse, y segundo de definir la realidad acerca de eso. Como ha notado Code (1991), la capacidad de "conocer" algo está estrechamente vinculada con el reconocimiento o la confirmación de otras personas. Existe un mito de que conocer es un acto exclusivamente individual, pero aun en situaciones en donde uno/a puede observar físicamente algo, si nadie más confirma lo que está viendo, una/o empieza a cuestionar su capacidad de estar seguro de la observación o la experiencia: "Aun la declaración más sencilla de conocimiento observacional depende, más que la gente generalmente se da cuenta, de corroboración o reconocimiento" (p. 216).

LA MENSTRUACIÓN

Aunque Silvia había escuchado que todas las mujeres experimentan la menstruación, la falta de reconocimiento social de ese proceso hizo que ella olvidara esta experiencia como una compartida. Se volverá a este tema, en relación con discursos permitido y el prohibido, más adelante en la discusión sobre el discurso aceptado.

6.1.2. EL SILENCIO FÍSICO: "NO PODÍAMOS DEJAR RASTROS DE MENSTRUACIÓN"

Aparte de un silencio verbal, existe un "silencio" en el comportamiento, o sea, el mandato de esconder la menstruación y sus rastros. El ejemplo más fuerte de esto es Andrea. Aunque ella dice que no se asustó en el momento en que le bajó la menstruación por primera vez, por haber visto a su madre con la regla, parece que el hecho de no haber hablado sobre esto se tradujo en su mente no sólo en no poder hablar, sino en la necesidad de esconder el hecho de que su menstruación había empezado:

Pero más o menos en eso me lo pasé un año. Yo no le dije a nadie. Nadie lo supo. E inclusive yo me escondía. Botaba los papeles donde nadie los viera, o los tiraba al servicio para que se fueran directamente... Porque me daba miedo hablar de eso. Primero porque no se hablaba... o simplemente era como un asunto de vergüenza, como un asunto de lo que no se podía decir nada. O sea, no había espacio.

De hecho, aunque sólo Andrea logró esconderla tan eficazmente, otras dicen que intentaron guardarla como un secreto personal, pero que alguien se dio cuenta. Por ejemplo, recuerda Linda, "Me impresioné mucho porque nunca se me olvidó que mi mamá nunca nos había dicho nada, y una no estaba prevenida... Y este día entraba y salía y no tuve el valor de contarle a mi mamá como era... Creo que mi hermana fue que avisó a mamá."

Si algunas intentaron esconder el inicio de su regla, otras se enfocaron más en esconder las toallas o manchas de sangre. La hermana de Katerina le mostró algunas de las maneras de hacerlo:

Recuerdo claramente que [mi hermana] me enseñó cómo se botaban las toallas. Entonces ella me enseñó que se sacaban, que se envolvieron en papel higiénico para acá y para allí... que se ponía todo bien discreto... porque... la preocupación de ella era que papá era hombre y mi hermano era hombre, entonces nosotras las mujeres no podíamos dejar rastros de menstruación porque ellos eran hombres.

Cuando intentaron reflexionar sobre si en algún momento habían sentido vergüenza por la menstruación, cada una de las participantes contó un momento cuando salió una mancha de sangre menstrual en su ropa, o en general si alguien se dio cuenta de que andaba con la regla. Ana dice que "Andaba con un suéter blanco y al sentarme se me corrió la toalla. Me manché toda la falda y para mí fue muy vergonzoso." Linda recuerda que "me daba vergüenza que se enteraba que una andaba con la menstruación o algo."

LA MENSTRUACIÓN

La sangre es evidencia de que una mujer está experimentando la menstruación, entonces para casi todas las participantes es desastroso que se vea en una situación pública. Para algunas, la preocupación era sobre todo con los hombres. Como dice Sandra, "Siempre la preocupación de toda una vida fue esa, nada más que no se fuera a pasar, y que los muchachos se fueran a dar cuenta." Para otras, no debe darse cuenta nadie, ni las otras mujeres.

En estos ejemplos, la sangre parece ser vergonzosa por ser evidencia de la menstruación, pero en otros casos parece ser desagradable sólo el hecho de ser sangre menstrual. Katerina explica que "Me daba mucho asco la menstruación. Y me sentía muy sucia... Porque me sentía como que andaba sucia... Me cambiaba la toalla veinte veces al día y así, porque yo me sentía mal, incómoda." Silvia aprendió de su abuela que los trapos que ella tenía que utilizar cuando era niña tenían que ser lavados sólo por ella y tenían que quedar "súper lavados... Tenían que quedar bien blancos." En el momento que le bajó su menstruación por primera vez, su abuela dijo que nunca más iba a lavar un calzón de ella. Sólo la posibilidad de sangre era desagradable.

Estos últimos ejemplos se parecen a la manera como la iglesia católica ve la menstruación y la sangre menstrual como algo sucio y desagradable. El mensaje de que hay que guardar como una vivencia "privada" la menstruación es, en diferentes grados, parte de muchas culturas, pero no es algo universal. Por ejemplo, en algunas culturas indígenas norteamericanas, africanas e hindúas, la primera menstruación incluía rituales de seclusión e instrucción de parte de las mujeres mayores, y después rituales de celebración que involucran a la familia y la comunidad (Delaney, Lupton & Toth, 1988, pp. 28-30). En varios mitos griegos, hindúes, asiáticos, egipcios, célticos e indígenas, la sangre menstrual es algo sagrado que da poderes divinos y buena suerte (Walker, 1983, pp. 636-37). En la historia cristiana, la sangre menstrual era vista como sagrada en algunos sectores de los cristianos gnósticos, como el tantrismo y el ofitismo en donde se veía esta sangre como la sangre de Cristo (Walker, 1983, pp. 640). Pero los primeros cristianos prohibieron esta práctica antes del siglo 600 AD al considerarla una herejía. De hecho, los judíos y los cristianos, entre otras religiones de aquella época, veían a la mujer como sucia cuando estaba con la menstruación, y dictaron un reglamento de lo que una mujer con la menstruación podía o no hacer, y cómo los hombres tenían que interactuar o no con ella (Walker, 1983, p. 643). La Biblia habla no sólo de la capacidad que tiene ella para contaminar toda cosa en donde ella se sienta y acuesta, la contaminación de los hombres que tocan estas cosas, y el ritual que ella tiene que seguir para limpiarse después, sino también del dolor que acompaña la menstruación como algo impuesto por Dios (Delaney, Lupton & Toth, 1988, p. 37).

Costa Rica, desde la llegada de los españoles, ha sido muy influenciada por el catolicismo. Aunque hay un porcentaje de la población que se considera como protestante o de otras religiones, muchos aspectos de la cultura siguen siendo muy influenciados por el catolicismo. Dice un estudio reciente sobre la sexualidad costarricense,

La mayoría de los costarricenses están impregnados de la visión cristiana del mundo y aún cuando pretenden ser "objetivos" y "científicos", repiten premisas cristianas. Resulta sorprendente ver cómo en los espacios "científicos" sobre la sexualidad, i.e. algunos programas de televisión de sexólogos, o revistas especializadas, se tratan los temas de acuerdo con los mandatos de la Iglesia. (Shifter Sikora & Madrigal Pana, 1996, p. x)

Aunque los sacerdotes y la Iglesia (católica) no predicán ni imponen los reglamentos estrictos de los primeros cristianos, la cultura de ver la menstruación, y a la mujer mientras menstrua, como sucia, y la sangre menstrual como algo desagradable, no ha sido modificada en gran medida. Lo que eso ha producido en la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación no es una sensación de desagrado, aunque algunas siguen sintiéndose así, sino más bien una idea de que la menstruación es algo "privado", no una situación sobre la cual se habla ni en público ni en la mayoría de las instancias privadas.

6.2. EL DISCURSO PERMITIDO: LA REPRODUCCIÓN Y EL DOLOR

Hay dos excepciones al silencio sobre la menstruación. La única manera en que muchas de las participantes habían escuchado o hablado sobre la menstruación es en el sentido "científico", o médico. O sea, las que tuvieron alguna información sobre el proceso antes que este se iniciara en sus vidas, sabían que esto significaba que podían reproducirse. Las que habían aprendido algo en la escuela o en el colegio sobre la menstruación contaron que les explicaron el sistema reproductivo y como funcionan los órganos reproductivos. Algunas habían visto videos, otras escucharon exposiciones de una maestra. Aunque varias dijeron que estaban agradecidas por haber tenido la oportunidad de aprender sobre el tema, también comentaron la falta de orientación de otro tipo (e.g., como viven las otras mujeres los aspectos cotidianos de sangrar mensualmente).

Susana cuenta que se sentía bastante preparada para la menstruación, dado que había visto un vídeo en la escuela y su madre (Sandra) le había hablado sobre los cuidados necesarios, pero que esta explicación "biológica" no abarcaba mucho los intereses y preocupaciones de ella: "Nunca nos unía el hecho de la parte biológica con la psicológica, sino que todo como si fuera aparte, otra cosa, cuando en realidad no es así, verdad." Entonces ella explica que lo que quería era información más holística, que combinara la ciencia con la psicología —o como la menstruación afecta y es parte de la vida de una muchacha y una mujer. Katerina se suma a esta perspectiva:

LA MENSTRUACIÓN

Nos pasaban [películas] sobre el aparato reproductivo. Pero era muy bióloga. Entonces, diay, de repente sabés y no sabés nada, verdad. Ves ahí una persona desnuda, un hombre, una mujer. Ves el aparato reproductor. No sabés cómo funciona. No sabés las sensaciones, verdad. Eso no te lo decían.

Lo permitido en áreas públicas, entonces, era explicar el sistema reproductivo y los órganos:

Recuerdo que yo sabía algo tenía que ver con las trompas de falopio y no sé que otras carajadas, pero nunca... De ahí no pasó el conocimiento... Entonces en las clases de hogar se hablaba sobre todo de la menstruación y sobre estos rollos. Era muy biológico. De conocimientos, algo que no me importaba.
(Andrea)

Varias de las participantes mencionaron que se enteraron en la escuela o en el colegio sobre el sistema reproductivo, pero que no significaba mucho para ellas. Pocas, de hecho, pueden ahora explicar exactamente como funciona el sistema.

Pero aunque el discurso médico está visto como adecuado en exposiciones públicas para las adolescentes, también el espacio para esto es limitado. Varias participantes contaron que escucharon información básica en grupos con otras muchachas, o con sus hermanas. Unas pocas vieron videos o exposiciones en situaciones más abiertas. Como explica Sandra,

En el colegio nos hablaron, y lo que era la menstruación y toda la parte biológica, siempre nos ponían por aparte. Sólo una vez, sólo cuando pasaron documentales, nos llevaban a ver un documental del auditorio, entonces ahí si estábamos juntos. Pero tenía que ser el Director para que nadie hiciera burla, porque si alguien hacía una broma, lo castigaban sábado o lo expulsaban... Y de hecho un compañero salió perdiendo por una simple bromita que hizo. Sí, lo tenían como... un tema tabú en ese momento.

“Ese momento” era hace tres o cuatro años, siendo Sandra una de las participantes más jóvenes. De hecho, ella usa la palabra “tabú” igual que Pamela, una de las mayores del estudio.

Regina y Katerina también dicen que vieron videos o exposiciones en grupos mixtos, pero que eran muy controlados e incómodos. Las experiencias, especialmente de Sandra y Katerina, muestran las dificultades inherentes de intentar a abrir al público un aspecto —aún un discurso aceptado y un poco abstracto— de un tema “privado” o tabú. Sandra muestra impaciencia con el control ejercido y la artificialidad que este provoca. Para ella, no debe ser tan estricto el control sino más abierto a las reacciones mixtas que los y las jóvenes van a tener. Por otro lado, Katerina recuerda estas experiencias como muy amenazantes por el hostigamiento que sufría de parte de un muchacho: “Yo recuerdo que cuando, por ejemplo, pasaban esas películas, y buscaba donde sentarme que no estuviera él, porque...

LA MENSTRUACIÓN

sino cuando salíamos entonces él me decía cosas.” Por falta de control de los adultos ella tenía que planear por sí misma como evitar el contacto con este muchacho, y dado que no siempre tuvo éxito, vivía con un constante temor a estas situaciones.*

Una parte de este discurso médico es el dolor que acompaña la menstruación. Casi todas las participantes mencionaron el dolor, desde una molestia hasta algo que las incapacitaba. Por ejemplo,

Cada vez que la menstruación me venía me daba muchos dolores, muchas molestias y me daba fiebre y el primer día me dolía mucho las piernas y toda esta cuestión. (Ana)

Toda mi vida mi menstruación casi fue de cama y cobijas. Fue cama y cobijas, verdad. Muy, muy fuerte los dolores de las piernas. (Silvia)

Hasta ahora me sigue doliendo tanates. Yo no puedo salir de la casa ni nada porque es un dolor insoportable... El problema es que me afecta todo el cuerpo. Me da dolor de cabeza. Me afecta la digestión. No puedo comer nada. Me siento pésima. (Susana)

El dolor que experimentan las participantes se ubica en las piernas, los ovarios, la cabeza, hasta en todo el cuerpo. El dolor asociado con la menstruación es algo reconocido por la medicina, y se ve especialmente durante la adolescencia (e.g., Healthanswers, 1999; Segal, 2000). Lo que es interesante en términos del discurso es la manera abierta que las participantes sienten que pueden hablar sobre esto, cuando otras vivencias de la menstruación son vistas como vergonzosas y privadas.

Lagarde ubica el dolor que acompaña la menstruación como parte del mandato que la mujer tiene que sufrir: “Las madres y las instituciones que imparten educación sexual directa, explican a la joven... que con la menstruación han de sufrir, o por lo menos han de estar limitadas en su proceder” (1990, p. 195). Ciertamente la Iglesia ve el dolor de la mujer como su carga y castigo y al mismo tiempo algo que la hace a ella una mujer. Pagar el precio de ser mujer con sufrimiento, la ayuda a ella a lograr ser mejor y más pura.

* Con relación al tema de hostigamiento sexual, un área para investigaciones futuras es el efecto del inicio de la menstruación en muchachas que han experimentado violencia sexual en su niñez. Tres de las participantes que contaron experiencias de violación o incesto como niñas cuentan que pasaron el inicio de la menstruación en una manera especialmente traumática. Por ejemplo, Katerina cuenta que “fue una época en la que yo no sé, me sentía muy mal con la menstruación, por lo general y... me sentía muy gorda”, lo que marcó un distanciamiento con su cuerpo. María explica que pasaba la regla con muchos dolores hasta que buscaba ayuda de alguien que la ayudó a hacer regresiones en donde una de las experiencias que trabajaba era una violación de su abuelo: “Me hice unas regresiones. Ahí terminaron los dolores para siempre... Era una de las cosas que siempre me había molestado, mis dolores y mis depresiones, en esa época...” La posibilidad de embarazo que significaba la menstruación también creó otro nivel de sufrimiento para ellas. Combinado con la falta de información y la mala calidad de ella, Katerina, por ejemplo, recuerda que “Durante muchos años yo pensé que estaba embarazada... No sabía cómo era la cuestión del embarazo, cuándo empezaba, cuándo terminaba... Sí tenía alguna información de cómo se hacía, eso sí... Eso siempre te sale, ¿no?”

Además, en una manera muy práctica, le permite a la mujer cuidarse ella misma en una sociedad donde su deber es cuidar a los/las otros/as. De “cama y cobijas” significa que una mujer que tiene presiones y exigencias por todos lados 24 horas al día, puede tomar, aunque sólo sea por un día al mes, un descanso merecido. También el intercambio de “pastillas” muestra como cuidan a las amigas y la oportunidad de recibir este cuidado de ellas. Katerina y Linda hablan específicamente del compartimiento que ocurre con sus amigas o con las compañeras de trabajo de pastillas y consejos para aliviar el dolor menstrual. Varias madres —pero no todas— y el padre de Katerina, incluyeron una mención del dolor en la información brindada a sus hijas. Dijeron que podrían experimentar dolores con la menstruación, y que también podían tomar una pastilla para aliviarlo.

También la “ciencia” es utilizada para reforzar algunas de las limitaciones impuestas en las actividades de la mujer menstruante. Susana comparte que “ahora que yo practico taek won do, si estoy con la regla, no puedo practicarlo porque es un deporte muy duro, y si uno está con la regla, por la pérdida de sangre y todo, no se lo recomiendan. Puede ser hasta peligroso.” Dado los fuertes dolores que ella sufre todos los meses, se puede comprender su descanso durante estos días, pero la experiencia de algunas está generalizada a todas las mujeres de su clase de taek won do. Susana dice que si falta una mujer es que una/o sabe que está con la regla, porque el instructor no permite que una muchacha con la menstruación participe en el curso.

6.3. RESISTENCIA AL DISCURSO DOMINANTE

Aunque la mayoría de las participantes aprendieron a guardar silencio y a esconder su menstruación, otras se han rebelado. Susana, por ejemplo, se niega a callarse sobre su regla. Aunque el contenido de lo que habla —en general sobre el dolor— siempre tiene relación con el discurso aceptado, ella dice que habla con todos sobre el tema:

Ay, todos mis amigos se enteran, hombres y mujeres, todos. Bueno, en la casa todos se enteran. Muy difícil que no se enteren. Y afuera, cuando estoy en la universidad, me dicen, “¡Diay! ¿Pero qué te pasa?” Y yo, “La bendita regla.” Pero todo el mundo se entera, sea de confianza o no, yo le digo “Ya no aguanto esa cochinada.” En esto si soy muy abierta.

Hablar con los miembros de la familia y todos sus amigos, sean hombres o mujeres, es un paso hacia el ámbito público. Aunque no cuestiona lo que se puede hablar, ella toma el poder de compartir una parte de su vida que le afecta mucho, y de no sentir vergüenza.

Algunas otras se niegan a limitar sus actividades, lo que sus padres u otros familiares habían recomendado. Por ejemplo, varios/as padres y madres y otras parientes habían explicado que una

muchacha no puede andar en bicicleta con la regla, o subirse a los árboles. Pero dice Pamela, "A mí me gustaba mucho jugar, y tener que ponerme lo de la regla para mí era incomodísimo. Yo siempre me lo quitaba para jugar y me daba un colerón tener que ponérmelo." Igual Ana, que cuenta que "hay gente que cuando tiene la menstruación nunca van a bañarse, no van al río, no van a esto. No, yo continuaba igual."

En relación con el contenido, dos de las participantes están tratando de crear otro discurso, uno que celebra la menstruación y como ellas la experimentan. María dice "Depende de como me pongo atención a la menstruación, de cómo es, cómo viene, cómo me siento... Entonces, cada vez que viene trato de sí, ser más positiva más bien." María, quien experimentaba su menstruación durante la adolescencia como muy dolorosa y vinculada con los recuerdos de la violencia sexual que ella sufrió, intenta volcar lo que inicialmente ella experimentaba en relación con su regla.

Andrea lo lleva un paso más allá. Ella ha leído, y ha asistido a talleres, sobre la menstruación y habla muy positivamente: "Los días de la menstruación, para mí son divinos. Es como sentirme mujer. Es como reafirmar mi feminidad... En esos días soy capaz de crear, de analizar, de escribir, sensible para desarrollar ideas, para todo, todo, todo lo que sea la capacidad intelectual." Ella habla mucho de su ciclo mensual y los cambios físicos y emocionales que siente en diversas partes del mes. Ella, en particular, más que todas las otras participantes, habló bastante sobre la sangre y como ella la ve. Su trayectoria empezó con un discurso "alternativo" dado por una monja, la primera persona que habló con ella sobre la menstruación. En lugar de repetir como la Iglesia posiciona la sangre menstrual en general, la monja le explicó la menstruación a Andrea en relación con la sangre de Cristo: "Me empezó a hablar sobre Cristo, sobre como había sangrado, lo que significaba la sangre... Me dijo Cristo sangró, vivió y no sé qué, y '¿Vos sabés que todas las muchachas sangran a cierta edad?'" Con esta base, y su búsqueda de información sobre la menstruación y la sexualidad, Andrea ha redefinido lo que para la mayoría de la gente en su cultura creen de la sangre: ve en la sangre el poder de dar vida. "Siempre me recuerda mucho la menstruación como cuando nace un bebé. No sé por qué lo relaciono cuando nace y nace todo lleno de sangre. Esa posibilidad de vida y eso me encanta."

Estas resistencias al discurso dominante de sentir vergüenza sobre la menstruación y esconderla muestran que las participantes no sólo reciben los mensajes del discurso, sino también los procesan y son capaces de aceptar, modificar y rechazarlos.

6.4. LOS DERECHOS

Las únicas participantes que abordaron la menstruación específicamente en relación con los derechos fueron María y Andrea, las que han trabajado en crear otros discursos. María escribió lo siguiente como derecho:

El derecho a investigar y tratar de entender nuestro ciclo menstrual, sentimientos y emociones. (María)

De manera más general, varias de las participantes, según la manera que hablaron, parecen sentir que el acceso a información de buena calidad sobre la menstruación debe ser un derecho. Implícito en el entendimiento de María de la salud en la menstruación está el rol de lo psicológico —“sentimientos y emociones”. Surgiendo de su experiencia directa con la menstruación, ella dice, “En la parte de menstruación yo... he trabajado un poquito más esto con... psicólogos, con personas que sí me han ayudado más a entender... qué estaba pasando... en mis cosas de, de por qué dolores y por qué me deprimó tanto a extremos y cosas así.” Esto es evidencia de una laguna en el tipo de información que en general las mujeres reciben en la actualidad. Recuerda Susana, quien se quejaba de que la información brindada en su escuela no combinó lo físico con lo psicológico: “Yo me siento muy mal y a uno nadie le habla nunca de eso y más bien uno lo esperaba como la mayor cosa. De haber sabido lo que era, pues hubiera estado muy tranquila.”

Relacionado con esta observación, en su lista de derechos Andrea reclama los siguientes:

El derecho a ser entendida por los cambios vividos con la menstruación. (Andrea)

El derecho a ser chineada durante la menstruación. (Andrea)

En estos derechos enunciados por las participantes hay un llamado a que se reconozca que, para algunas mujeres en esta cultura, los ciclos menstruales implican cambios que las incomodan hasta cierto punto. Andrea, por los talleres a los que ha asistido y otra información que ella logró recopilar sobre la menstruación, ha pensado mucho en los cambios físicos y emocionales que ella experimenta a través de su ciclo. Aunque las otras mujeres no compartieron tantos detalles sobre los cambios como Andrea, muchas notan sentimientos de tristeza o cólera antes o durante su menstruación. Por ejemplo María cuenta que desearía que su compañero le ayudara un poco más, y le chineara un poco durante la regla, “pero normalmente no pasa. [Rie.] No, más bien creo que, que no hace mucho caso...” Para ella, ser chineada es un deseo, pero no era articulado como derecho.

Más que una lista de derechos humanos específicos acerca de la menstruación, lo que surge a través de las entrevistas es el reconocimiento de que esta experiencia las afecta a ellas, en un grado menor o mayor, y varias piden entendimiento y reconocimiento. Sólo Susana hablaba de la falta de capacidad de seguir con sus actividades normales durante estos días, y nadie siente que pierde el control (como sugiere el síndrome PMS), pero varias comentaron que les gustaría que sus compañeros/as tomaran en cuenta su menstruación. Las dos mujeres con compañeras —Andrea y Katerina— mencionan que hay un cuidado mutuo durante

LA MENSTRUACIÓN

estos días. También es claro que estas mujeres ven que la menstruación no es sólo biológica, que implica efectos emocionales y que la información que se debe compartir sobre la regla debe cubrir este punto además de la información biológica.

EL EMBARAZO Y EL PARTO

El embarazo y el parto son los próximos “momentos” que se van a examinar en el proceso de acercarse a la vida reproductiva y sexual de las participantes. Cómo ellas viven y perciben estas experiencias, y los derechos que ellas conciben, es el tema de este capítulo. Seis de las diez participantes han estado embarazadas, y una, Ana, estaba embarazada durante el proceso de las entrevistas. El embarazo ha sido parte de la vida de Katerina y Andrea, pero en forma de amenaza y sufrimiento debido a la violencia sexual cuando fueron niñas y adolescentes.*

7.1. EL DISCURSO DE LA REPRODUCCIÓN: LA MATERNIDAD ES EL ESTADO NATURAL DE UNA MUJER

No se debe hablar sobre el embarazo sin tomar en cuenta que quedar embarazada en general significa para las mujeres que van a ser madres, y todo lo que eso implica para una persona. La cultura religiosa y social habla mucho sobre la maternidad, y este discurso también ejerce mucho control sobre las mujeres. Ser una “mala madre” es ser un fracaso como mujer y un ser odiado por la sociedad.

Dado que ser mujer es ser madre, el discurso dice que estar embarazada y después ejercer la maternidad debe ser la función primordial de la mujer, y ejercerla debe llenarla —ella debe sentirse realizada: “Es característico observar que la maternidad ha sido siempre considerada como el último refugio de la felicidad de la mujer” (Kolontay, 1918, en Lagarde, 1991, p. 357). De hecho, muchas mujeres, incluso la mayoría de las participantes en el estudio, dicen que parir y criar a un/a hijo/a ha sido uno de los mejores y más valiosos aspectos de su vida. Ellas lo ven y lo asumen con seriedad y alegría. Es parte de su identidad como mujer.

Sin embargo, un aspecto de esta responsabilidad maternal relevante al embarazo es que es un rol que deben y tienen que ejercer exclusivamente las mujeres. Se espera en ciertos círculos de mujeres que los compañeros y maridos “ayuden” en algunas tareas, pero eso es una ayuda, no un compartimiento de responsabilidad. Si los hombres ayudan o no es otro tema diferente. Las participantes madres ven la crianza de las/los niñas/os como una responsabilidad de las mujeres principalmente, con ayudas del

* Por falta de información y comunicación básica sobre la sexualidad y su experiencia con el incesto Katerina vivió unos años guardando el secreto de que pensaba que estaba embarazada. Andrea también pasaba ratos temiendo que estuviera embarazada durante los años en que unos primos abusaron de ella sexualmente. Dice ella, “Yo vivía un embarazo de miedo, la posibilidad de [tener que] contarlo, bueno, eso fue una cosa terrible.”

compañero de vez en cuando. Ahora se pasará a las experiencias del embarazo y parto de las participantes.

7.2. EL EMBARAZO VIVIDO: CAMBIOS SIGNIFICATIVOS Y SENTIMIENTOS ENCONTRADOS

Un aspecto del discurso religioso sobre el embarazo es que el matrimonio tiene que existir antes de un embarazo, aún más, que la mujer y el hombre deben llegar vírgenes al matrimonio. Aún así, se piensa comúnmente que el hombre tiene más libertad de tener experiencias sexuales antes del matrimonio, y en la práctica los hombres tienen su primera relación sexual a una edad más temprana que las mujeres (16 años de edad para los hombres vs. 19 años de edad para las mujeres; Schifter Sikora & Madrigal Pana, 1996, p. 6).

Los primeros meses de embarazo fueron, para las seis mujeres que lo han experimentado, un gran ajuste psicológicamente a la idea de estar embarazada. No hubo mucha diferencia entre las que lo planearon (Ana y Linda) y las que no lo planearon (María, Sandra, Pamela y Silvia). En realidad, es difícil decir si lo planearon o no en el caso de la mayoría de ellas. Ninguna utilizaba anticonceptivos antes de su primer niño/a (ni del/de la segundo/a). Ana es la única que reconoce que llamó a su compañero a su casa con la idea de que ella quería embarazarse, y ella contó esto sólo en la segunda entrevista. Las otras lo ven más como el "destino" o algo que Dios les mandó. Utilizar un anticonceptivo primero significaba que una tiene que pensar desde antes que hay una posibilidad de tener relaciones sexuales. Sería planear un pecado en lugar de simplemente dejarlo venir en un momento emocional. También significa que una tiene que tener los recursos, saber donde conseguirlo y arriesgar que alguien se entere de que una está comprando algo prohibido. Nacionalmente, sólo el 18% de las mujeres usan un anticonceptivo en su primera relación sexual (Schifter Sikora & Madrigal Pana, 1996, p. 6). Esto se asemeja a un estudio de caso realizado en México, en el cual las mujeres dijeron que antes de convertirse en madres, rara vez tomaron decisiones acerca de su salud reproductiva (Ortiz Ortega, Amuchástegui & Rivas, 1998, p. 159).

Entonces para cuatro de las seis mujeres, quedar embarazada era una "sorpresa" pero también un hecho al que uno tiene que acomodarse. En el momento de darse cuenta del embarazo, sólo Pamela y Linda estaban casadas. Silvia tuvo su matrimonio ya planeado, y María y Sandra se casaron después de que se enteraron del embarazo. Aún cuando un 42% de los nacimientos se da fuera del matrimonio en Costa Rica (Schifter Sikora & Madrigal Pana, 1996, p. 3), para algunas esto es un hecho difícil de aceptar. Especialmente Silvia sufrió mucho por haberse embarazado antes de su boda, lo que se tradujo en temor: "Los dos estuvimos asustados, verdad... Todo el susto, y fue un susto porque yo me sentía más tonta de la cuenta, verdad." Pamela, que definitivamente no quería un/a hijo/a cuando se embarazó por primera vez, aclaró, cuando se le preguntó si estaba casada o no, que sí estuvo casada: "Dios libre, yo era una

chiquita buena. Yo me casé y ya después me embaracé. Escondidas no.” Pero este mandato no es tan fuerte como antes tal vez. Por ejemplo, Ana, de 26 años de edad, se embarazó a propósito sin estar casada, y ahora dice que el padre del bebé “me está ofreciendo ofertas matrimoniales pero yo no quiero. No, para nada.”

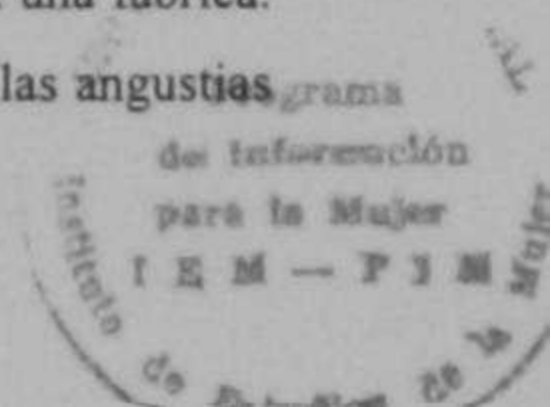
7.2.1. EL AISLAMIENTO Y EL TEMOR

Casi todas las participantes que estuvieron embarazadas en un momento dijeron que hubo muchos aspectos positivos de este estado. Pero en general, lo describen como un período de muchas emociones y cambios, y perspectivas conflictivas. Por ejemplo, Ana planeaba su hijo. Pensaba que aún cuando no estuviera casada, estaba en un punto ideal en su vida para tener un/a hijo/a, y lista para asumir esta responsabilidad. Hizo su plan y, de hecho, quedó embarazada. Sin embargo, cuando recibió los resultados de la prueba de embarazo, empezó una crisis emocional:

Me asusté tanto, pero tanto tanto que me desmayé. Yo me desmayé. Cuando me desperté todo mundo me estaba dando agua. Yo estaba llorando. Lloré quizá tres horas sin poder parar... De repente, yo estaba asustada y me pregunté, ¿pero por qué estoy asustada si yo quería esto?... Ya yo empecé, pero ¿qué hice? ¿Pero por qué? ¿Iré yo a tener la suficiente capacidad para guiar a este niño? ¿Iré a tener la suficiente capacidad económica para comprar lo que él necesita? ¿Iré a tener suficiente amor para cuidarlo?

Por el hecho de que las/os hijas/os quedan como responsabilidad de la mujer, ocurren cambios radicales en su vida pero no necesariamente en la de sus compañeros. Ella tiene que asumir el cuidado del bebé, levantarse para darle de comer, decidir si sigue trabajando fuera de la casa o coordinar el cuidado del niño/a si tiene que, o quiere, laborar fuera. Esto resulta especialmente pesado para las mujeres sin muchos recursos económicos. Después de su segundo bebé, Silvia tuvo muchos problemas médicos que implicaban que tenía que ir mucho al hospital y cuando estaba en casa, quedarse acostada y tranquila. Aún en este estado, los arreglos del cuidado de los niños le tocaron solamente a ella.

Para mí era, era como, como muy triste, porque no tenía quien me los cuidara... [Mi marido] tuvo que trabajar todos los días... Él ni siquiera pensaba a quién se queda con los chiquitos... Yo quisiera saber qué él pensaba. Nunca he podido que él me diga, si él pensaba, “¿Cómo iría Silvia hoy?” Mi mamá tenía que llevar los dos chiquitos para arriba... Mi suegra por un tiempo me ayudó, pero ella era muy mayor, entonces ella no podía. Me ayudaban, pero, pero yo no... Entonces yo tenía que saber, ver yo en el hospital, y ver cómo. Porque mi mamá trabajaba tiempo completo, y mi hermana también, en una fábrica. Y yo no tenía más recursos. Y todo el mundo en su trabajo. No tenía más recursos... Aquellas angustias para ver que, que...



Silvia intentó manejar la situación con la ayuda de la red de parientes femeninas que ella tenía, y logró el apoyo de su madre, que trabajaba como empleada doméstica y podía llevarlos a la casa donde laboraba. Si aún en situaciones así la mujer no puede contar con ayuda, menos todavía cuando la situación es menos grave. Linda, por ejemplo, parece decir al principio que su marido ayudaba, pero termina explicando que él, por su trabajo de agente vendedor, tuvo que pasar mucho tiempo fuera de San José, “entonces yo pasaba muy sola.” Aún si las participantes suenan como que tienen un socio en esta tarea, al fin y al cabo, la responsabilidad de el/la niño/a va a ser suya. Como María sintetiza, “Yo siento que las mujeres somos las... realmente somos las únicas con tu niño.”

Estos ejemplos son sólo algunos de los que las participantes compartieron sobre responsabilidades familiares relacionadas con la crianza de niñas/os. La relación entre esto y el tema de este capítulo es el nivel de responsabilidad que la mujer siente, y lo que eso implica cuando ven que están embarazadas. Los sentimientos más identificados por ellas, por lo menos al principio del embarazo son el temor y la soledad. Linda y Pamela pasaron estos momentos en lugares, de hecho, muy aislados físicamente, y otras expresaron lo mismo pero en términos de sentir una inmensa carga de responsabilidad. Pamela se refiere a los dos tipos de soledad cuando recuerda su primer embarazo:

Aquí me sentía tremendamente sola y entonces no tenía con quien conversar eso. En el trabajo era trabajo, y las mujeres que estaban eran gente también como la mayoría no estaba casada sino que eran muchachas y ellas, todavía, teóricamente, sabían muchas cosas, pero no sabían lo que era estar embarazada, y todo lo que uno se siente... Sufrí muchísimo la soledad en el embarazo. (Pamela)

La soledad física y emocional que ella sentía aumentaba al sentir que el embarazo significaba el fin de sus sueños de trabajar como secretaria en una embajada y otras cosas en el ámbito público. Su vida cambió totalmente, mientras que la de su marido no. Por momentos, vio el embarazo como una agresión contra ella: “Yo me sentía completamente, como decía, alguien me invadió, me invadieron sin mi permiso, verdad, y estaba furiosa.”

Cuando María habla del temor y la tristeza que experimentó con el embarazo y después, lo relaciona, entre otras cosas, con esto: “Recuerdo que siempre, como al principio, como, no sé, me costaba entender todo ese montón de responsabilidad que me tiraba encima.” Ana habla en términos semejantes. Eso no es decir que no identificaron otras fuentes de temor –no saber qué iba a pasar durante el parto, o de la reacción del compañero o la familia ante el embarazo, pero todas ven “la responsabilidad” como un factor en sus momentos de temor.

7.2.2. EL EMBARAZO COMO ESPACIO DE TOMA DE PODER

Los comentarios anteriores, sin embargo, no significan que el embarazo era experimentado como algo negativo. Ciertamente hubo sensaciones mixtas, pero todas las participantes expresaron sentimientos positivos sobre este estado también. Como resume Sandra, “Se siente muy ilusionada sobre todo si son hijos deseados... Para uno es una felicidad todo el período del embarazo, como fue de alegría en todo el período.” Linda y Pamela también comentaron que se sentían bonitas y a gusto.

Aunque María vivía el embarazo como algo que tenía que aguantar —“Era como estar con la menstruación mucho tiempo porque estaba muy irritable y me sentía mal”— menciona el primer momento que sintió al bebé moviéndose como algo único y lindo. Dice que después, cada vez que se movía el bebé le encantaba pensar en el ser que estaba adentro.

Ana, quien estaba embarazada durante las entrevistas, superó los primeros temores y lo tomó como un espacio suyo para cuidarse a ella misma y al bebé que estaba dentro de su cuerpo. Veía que era importante vivir una vida más tranquila, y no salir a bailar tanto —eso lo siente no como un límite sino como la necesidad de cuidarse ella misma, que dice que no lo hacía antes de estar embarazada. También siente mucho control sobre lo que pasa con su bebé. Habla con él, le toca música instrumental tranquila y está asistiendo a un curso de respiración y otros aspectos del parto “para que nazca sin tanto maltrato.” Ella sigue haciendo yoga y meditación para comunicarse con el bebé y para sentirse tranquila y relajada.

Los aspectos de poder que ellas identifican son en el ámbito privado, en donde ella siente poder y conocimiento sobre el proceso. Ana y María buscaron libros sobre el embarazo y los estudiaron. Sentían que podían comunicarse con el feto en una manera que nadie más podía. Podían hacer cosas para cuidarlo —dejar de fumar y tomar, comer bien, crear un ambiente tranquilo, etcétera— que nadie más podía. Sabían lo que debían y querían hacer y lo hacían.

7.3. EL PARTO VIVIDO: EL LUGAR DE “ELLOS” Y EL “EXPERTISMO”

Hay un cambio en como las participantes hablan sobre sus sentimientos y experiencias durante el embarazo y el parto. Cuando hablan del parto, se escuchan más “Me hicieron...” y “Tuvieron que hacer...” y otras expresiones que describen a la mujer como ser pasiva y objeto de las acciones de otros. Los comentarios de ellas, aún cuando pasaron el parto relativamente bien, muestran una diferencia notable entre el nivel de poder sobre la situación que ellas sentían durante estos procesos. También hay un cambio a nivel de la ubicación de la experiencia. Hasta el parto, la mayoría de la experiencia ha sido en su ámbito privado, incluyendo la casa, sus vecinos, su familia, etcétera. El parto, sin embargo, mueve la experiencia al ámbito público.

Hablar de este cambio de lo privado a lo público no quiere decir que el embarazo es exclusivamente privado. De hecho, todas las participantes fueron a hacerse controles prenatales. Muchas

mujeres embarazadas también comentan que todo el mundo se siente libre de tocarles la panza o comentar sobre ella, volviéndose en alguna manera un espectáculo público. Tampoco quiere decir que las participantes experimentaron el embarazo “privado” como algo positivo y el parto “público” como algo negativo —no fue así. Sólo que hay un traslado físico y psicológico, y que hay una tendencia entre estas mujeres a sentirse incómodas en un lugar que no es “de ellas” cuando empiezan el proceso de parir. Esto último nos puede ayudar a entender esas situaciones en que se sabe que el parto va más fluidamente y hay menos necesidad de intervenir médicamente cuando la mujer pariendo está relajada y tranquila (Martin, 1992, p. 61).

Marcela Lagarde toca este tema cuando dice que “[l]as instituciones de salud atienden a las mujeres en un espacio extradoméstico, ajeno. El parto y el nacimiento dejan la intimidad de la casa y de la propia cultura para convertirse en espacio estatal” (1990, p. 228). Como ella reconoce, el espacio físico y psíquico cambia. Es el lugar donde vienen los “expertos” —el/la médico/a y las/los enfermeras— y la institucionalidad de reglas, control sobre el proceso y personas que te mandan. La cesárea representa el colmo de perder control y tener que dejar el proceso en manos de otros, dado que es el médico quien decide lo que se va a hacer y lo hace. El lado “médico”, los efectos de tratamientos en las participantes va a ser tratado en la próxima sección. Aquí se va a enfocar en el cambio de ambiente y poder que ellas sentían y como esto afecta su experiencia.

El rol del/de la médico/a no empieza durante el parto. Durante los controles prenatales —que varían un poco entre las participantes según la época y área en donde los hicieron— el/la médico/a siempre hacía algún tipo de examen. Para Pamela, que tuvo sus embarazos en una zona rural durante la década de los sesentas, eso consistía en pesarla y medir el estómago. En el caso de Linda, que tuvo sus hijos durante los sesentas y al principio de los setentas, hicieron exámenes internos además: “Pues, no eran bonitos. Sabe que una siente la pena y todo, verdad. Yo creo que toda mujer sentimos pena cuando vamos a donde el ginecólogo y de todo, verdad. Pero hay que pasarlo, porque tenemos toda mujer pasar por eso, verdad.” Entonces aunque los exámenes no fueran agradables, tampoco eran traumáticos. De los comentarios de ellas y las otras tres se deduce que los controles prenatales fueron, para ellas, parte de empezar a cuidar al bebé.

Pamela, que describió uno de los partos más traumáticos, sentía la impersonalidad de la situación y la invasión personal de su cuerpo más que las otras. Recordando, ella dice,

Allí nadie dice nada. Allí es una cuestión muy impersonal. Cómo llega usted, cómo vamos a hacer una comparación analógica, digamos. Ahí usted se siente como en un gallinero donde cada uno pasa y le mete el dedo. No le importa si te está infectando, si le está provocando contracciones... Vos sólo no sos persona para nada.

Los comentarios de ella describen su enojo al sentirse como un cuerpo sin identidad individual y sin el derecho de controlar quien y cuantas personas ajenas podían tocar y manipular las partes más íntimas de su cuerpo. Su cuerpo se convirtió en propiedad pública sin su permiso. Linda lo describe como la falta de humanidad: “Muchas veces no tienen como la amabilidad y mucha cosa así. De dar una más positividad a la persona que va a tener un bebé.”

La impersonalidad está directamente ligada a la diferencia de poder que existe entre una mujer y el/la médico/a en este tipo de situación. El/la médico/a es el experto sobre el parto, y la mujer su “estudiante”. Muchas partes de la situación enfatizan esta diferencia de autoridad —por ejemplo, generalmente (1) el lugar del parto, el hospital, es de “ellos” y no de la mujer; (2) la mujer generalmente siente algo de temor y dolor y uno de los roles del médico/a es tranquilizarla; (3) sacan la ropa personal de la mujer y ponen ropa que facilita que el/la médico/a y las/los enfermeras vean y toquen su cuerpo; (4) acuesta a la mujer, boca arriba, para que el médico pueda observar y manipular el cuerpo de la mujer más fácilmente; (5) él/ella es una/una “profesional” en embarazos y partos, y el conocimiento de la mujer que está dando a luz no se toma en cuenta (Martin, 1992; Code, 1991); etcétera. La enseñanza de los/las médicos/as —especialmente en términos de los textos utilizados— también tiende a subrayar la autoridad de él/ella y la dependencia de la mujer pariendo (Flansburg, 1999).

La autoridad que los/las médicos/as y enfermeras sienten está presente en algunos de los comentarios de las participantes. Por ejemplo, María cuenta lo siguiente sobre su experiencia cuando tuvo un aborto:

Me fui para el hospital, San Juan de Dios... Y llegué así, con un dolor terrible, terrible, y todo... Y cuando me monté en una camilla, y levanté mis pies y me puse en posición fetal, y el tipo, el enfermero, me dijo, “¡Baja los pies de ahí! ¡Está ensuciándolo!” Y yo dije, “Tengo mucho dolor, tengo mucho dolor, por favor haga algo. Ayúdame.” “Que está ensuciando eso. Si le gustó hacerlo, ahora aguántese.” Así. Y yo dije, “Mira, váyase para la mierda. Yo voy para otro lugar.” Y fui a otro lugar.

Una de las diversas maneras interesantes de analizar esta interacción es desde la perspectiva de poder que el enfermero intenta ejercer. Él tomó una acción insignificativa por parte de María para mostrarle quien tiene el poder de decir quien hace qué. María describió todavía otra situación semejante desde este perspectiva: “Me pusieron... la cosita, la mangarita para orinar sin estar dormida. Y eso dolió tanto también... Yo dije, ‘¿Por qué no cuando estoy dormida?... Son solamente diez minutos más.’ ‘¡No, no, hay que hacerlo ahora!’ Porque tal vez tenía que salir, no sé.” Estas son algunas de las maneras en que las mujeres experimentan continuos intentos de cuestionar su capacidad de actuar y decidir durante el

parto (o el aborto). Pamela también identifica este proceso en las interacciones que ella tenía con el médico: “[Dice el ginecólogo,] ‘Decímela, cuando tuviste el último niño y ¿cómo te fue en la amamantada, en el destete?’ Todavía da cólera, de cólera que alguien te recete algo que es tuyo.” Ella ve esta interacción como algo desigual, que ella le está reportando a él, para que el experto la instruya a ella. Como es de esperar, ella tiene una reacción negativa a este intento de tomar control sobre un proceso que su cuerpo y mente están pasando.

Las participantes en general eran informadas, en lugar de consultadas, sobre qué iba a hacer el/la médico/a o no. Y en algunos casos cuando la mujer tuvo una opción de cómo proceder, era manipulada por parte del/de la médico/a.

A principio, no quería [una cesárea]. Tenía mucho miedo. Pero después la doctora dijo, “Bueno. Yo me voy a ir, y voy a dejar con el suerito, me voy para la casa. Cualquier cosa que me llame.” Y yo dije, “No. Si Ud. se va, mejor opérame una vez, y hágalo ya, porque tengo mucho miedo, salir de esto ya.” *¿Entonces vos escogiste?* Hasta cierto punto, sí. Pero había que hacer algo ese día, porque él tenía que nacer el 10 de enero, y estaba el 15 ya, y no nacía. Estaba atrasándose. Había que hacerla, entonces. (María)

Sabiendo que María sentía miedo, la médica le dio la opción de hacerlo como ella —la médica— quería o dejarla sin “la experta”. No es sorprendente que María “escogiera” hacer lo que la médica quiso hacer.

En resumen, del embarazo al parto la experiencia de las participantes que habían experimentado el nacimiento de un niño era de pasar una transición entre lo privado, donde sentían un cierto nivel de control sobre su cuerpo y el proceso a lo público, donde en la mayoría de los casos este terminó en una situación de poco control personal y en un ambiente ajeno. El rol del “experto” por un lado las consolaba y por otro lado, en algunos casos, chocó con sus expectativas.

7.4. LA INTERVENCIÓN MÉDICA EN LA DEFINICIÓN DE LA REPRODUCCIÓN

Muy relacionada con la pericia y la zona pública del parto está la experiencia de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos que todas las participantes que han dado luz experimentaron. De las cinco que han vivido el nacimiento de un bebé, dos tuvieron cesáreas, y las otras recibieron algún tipo de tratamiento médico relacionado con el parto que les llevó a tener complicaciones de algún tipo después. Ninguna mujer en este estudio que había dado a luz logró pasar esta parte de su vida sin ningún “problema”.

Se empieza esta discusión con el supuesto de que el embarazo y el parto son procesos “naturales”. Desde la prehistoria las mujeres se han embarazado y parido en diferentes contextos ciertamente, pero los han vivido. Por milenios, la cirugía y las drogas no formaron parte de esta experiencia. Actualmente, la

EL EMBARAZO Y PARTO

cirugía es considerada muy normal en este proceso. Esto se ve desde el “piquete”, que hasta hace muy poco ha sido un procedimiento rutinario (y lo sigue siendo para muchos/as ginecólogos/as), hasta la cesárea, que es una cirugía que se practica en un 21% de los nacimientos en los hospitales públicos en Costa Rica, y que va en crecimiento (Solis R., 1995). El manejo médico del parto también incluye mucho uso de la anestesia, lo que muchas mujeres agradecen, pero que también implica ciertos resultados y riesgos en términos de efectos durante y después del parto.

El propósito de esta discusión no es juzgar la necesidad o calidad de las cirugías que las participantes han tenido. Más bien, en esta sección se va a abordar el tema de cómo estas experiencias influyen en la manera en que estas participantes conceptualizan la reproducción y los derechos reproductivos. El Cuadro 7.1 muestra un resumen de las intervenciones y algunos tratamientos médicos que estas cinco mujeres recibieron.

Cuadro 7.1. Resumen de intervenciones y tratamientos relacionados con el parto.

Nombre	Intervención o tratamiento (número de veces)	Complicación
María	Cesáreas (4)	Después de la primera, fiebre puerperal y fue internada una semana; perdió la leche.
Sandra	Piquetes (2) Anestesia durante un parto (2)	Se inflamó con el último y tuvo que recibir tratamientos. Se durmió en la sala y tuvieron que “estripar la panza” para que naciera el primer bebé.
Pamela	Durante el primer parto “me quebraron la pelvis” y rasparon el útero 3 veces	Fue internada 3 meses con infección y duró 2 años recuperándose. Sufrió hemorragias durante 3 meses. No podía cuidar al bebé durante este tiempo. Estuvo 6 meses en cama durante el segundo embarazo por la mala condición del útero y complicaciones relacionadas con la quiebra de la pelvis. Sufrió hemorragia durante el parto.
Silvia	Cesáreas (2)	La primera fue de emergencia —después de casi un día de dolores de parto. Ella fue internada 7 días y el bebé 15 días (con neumonía). Se le infectaron las mamas por no poder amamantar (y no haber sacado la leche). Se “encarnaron” 2 grapas y se tuvo que reabrir y cerrarla.
Linda	Anestesia durante un parto (en EE.UU.)	Duró casi 2 años recuperándose de los efectos —“me quedé con como tipo vértigos y cansancio cerebral, un agotamiento muy grande” y tuvo que regresar a Costa Rica.

¿Cómo es que estas intervenciones y tratamientos afectaron la experiencia de estas mujeres? Una manera que se ve es que se destacó la separación entre el “experto” y la mujer “objeta”, el/la médico/a conocedor/a y la mujer objeta de conocimiento. María, que dice que se preparó para el parto informándose sobre el proceso y los cuidados, descubrió que como resultado de la cesárea, esta preparación no sirvió. “Había leído bastante. Había oído dos charlas, y cosas, pero... En realidad eso era para un

parto normal. Lo mío fue cesárea.” Su proceso de sentirse con poder durante el embarazo no se tradujo a un momento en donde pudo poner en práctica sus conocimientos.

Especialmente para María, Pamela y Silvia, la experiencia de tener cirugías también enfatiza la sensación de dependencia. Para María, que nunca había tenido una cirugía, fue causa de mucho temor la primera vez. Las tres experimentaron efectos físicos, que es de esperar. Silvia y Pamela dicen que duraron uno y dos años recuperándose después del nacimiento, respectivamente. Para Pamela, nunca se recuperó de algunos efectos y estos provocaron muchos problemas con su segundo embarazo. Pero no eran efectos sólo físicos. Como explica María, “Yo no sé si es por las cesáreas en sí, pero me sentía como, como indefensa, como muy débil, como muy frágil... Pero era también emocional. Era una cuestión de... No era sólo física sino emocional también.” Ella no divide individualmente las causas y los efectos, pero ella, que en general es bastante independiente, sentía una debilidad y necesidad de ayuda no sólo por estar recuperándose de la cesárea, sino por la combinación de eso con el sentido de responsabilidad que le había caído encima. En otras palabras, Silvia cuenta la misma reacción: “Yo sentía bastante denigrada por lo que me había pasado, verdad, de que me habían dejado tanto tiempo.” En estos comentarios, se escucha una sensación de estar sin poder o control sobre la situación en que los/las expertos/as la pusieron “a ella”. Para María, esto pasó más o menos rápido después que volvió a su vida cotidiana, pero para Silvia y especialmente para Pamela, que sufrieron problemas físicos después, este aspecto de su parto —de dolor, lucha y entrega de control en el proceso— seguía siendo un factor central en como recuerdan el nacimiento de sus niñas/os. En las palabras de Pamela, “Pues, de alguna manera vas viendo un hijo y representa muerte.”

7.5. EL SILENCIO EN TORNO AL ABORTO ESPONTÁNEO

Dos de las cinco participantes que habían dado a luz también habían experimentado abortos. Silvia y María ofrecieron comentarios acerca de esta experiencia que les afectó tanto emocionalmente. También comentaron sobre la dificultad de encontrar un espacio para hablar sobre sus sentimientos de tristeza y culpa. Los sentimientos de culpa eran algo que las dos mujeres dijeron que experimentaron. Dice María, “Además de que ya uno se había hecho mucha ilusión, mucho... A veces también sentir culpable de que ¿sería que hice algo indebido?... siempre me quedaba un poco dando vuelta en mi cabeza... ¿Qué pasó?” Silvia también pasó un tiempo sufriendo los efectos del aborto:

Si tuve problemitas cuando tuve la pérdida porque yo no sabía que estaba embarazada. Y después yo dije, "¿Por qué yo no tuve esa chiquita? ¿Por qué si tuve estos dos, no tuve ese otro?"... Como tres meses después, como un tiempo después, yo comencé a llorar y hacer un montón de cosas porque, porque diay, yo sentía muy mal de que yo no pudiera, diay, darle la vida... Pero sí, sí tuve como una cólera conmigo misma, verdad. De no haber podido... De que yo lo abortara, verdad, y sin darme cuenta.

Cuando María tuvo su segundo aborto recuerda que era difícil encontrar alguien con quien hablar sobre él. Con su primer esposo, los dos comentaron y lloraron juntos, lo que fue un alivio para ella. Pero con su segundo esposo, él no tuvo mucha paciencia con su tristeza y sentimientos de culpa. Dice,

Creo que [él] estaba un poco bravo conmigo porque yo estuve con mucho dolores y yo estuve llorando y gritando mucho. Y yo creo que el día después estaba "OK María, más pendeja." Yo creo que estuvo así... [Él] fue como "María, era normal. Mejor ni diga antes que tres meses que está embarazada. Esas cosas pasan." Él quiso dar fuerza en esa forma porque es su forma de ser.

Entonces su segundo marido hasta sugiere que no mencione el embarazo a nadie hasta el cuarto mes para no tener que comentar el hecho si aborta.

¿Por qué la culpa y un silencio relativo? Esto podría estar relacionado con el hecho de que la mujer es definida como madre y vinculada con la maternidad, la cual en el fondo significa dar vida. Como dice Marcela Lagarde, "La maternidad es el conjunto de procesos que mantiene a los sujetos en la vida e impide su muerte... Por la división genérica de la sociedad y del mundo, la mujer es la encargada de mantener a los sujetos y a la humanidad del lado de la vida, y lo hace con sus cuidados en el ámbito cultural de la maternidad" (1990, p. 225). "Perder" el bebé significa un fracaso en esta responsabilidad.

Es interesante comparar algunos comentarios que las participantes aportaron sobre amamantar al bebé, algo que fue visto en general como una actividad que trae mucho placer y satisfacción. María comentaba "Me sentía bien eso porque sabía que esto los ayuda, los hacía fuerte..." Sandra explicaba como que "Uno se siente como muy ligado a la bebé y la satisfacción de darle." Estos comentarios enfocan que lo que ellas pueden dar al bebé y, María especialmente, la "vida" que eso les da. No poder "lograr" eso no sólo significa que el bebé no podía desarrollarse y crecer, pero que en alguna manera, en sus perspectivas, no podían cumplir con su rol de dar vida.

7.6. LAS RESISTENCIAS AL DISCURSO

Ninguna participante cuestiona el rol social de la madre, ni el hecho de que las responsabilidades de este rol caen principalmente sobre ellas. Sin embargo, se resisten a otros aspectos de la vida reproductiva. Ana cuestiona directamente la necesidad de estar casada antes de tener un bebé. Aunque

varias de las participantes se embarazaron antes del matrimonio, vieron eso como una "torta" o error y algunas sentían mucha culpa acerca. En cambio, Ana dice,

Yo siempre quise un bebé aun cuando fuera en contra de los estatutos sociales, familiares y todo lo demás. A mí no me importaba que estaba casada o no... pues siempre he pensado he luchado muy fuerte para terminar mi universidad, he luchado muy fuerte para definirme quien soy yo... He luchado para acomodarme, para tener un campo en un mundo donde puedes ayudar un poco a los demás... ¿Por qué no tendrías derecho de tener lo que tú deseas y crees que puedes manejar?

Hasta planeó su embarazo sin estar muy segura de que el padre del bebé iba a querer ser novio, y mucho menos padre. En el momento de las entrevistas estuvo muy contenta con su decisión, aunque tuvo que pagar un precio alto por culpa de su familia.

Nunca he tenido el apoyo por parte de mis papás. Hasta este momento, ya con mis seis meses de embarazo, mi mamá no le gusta mi bebé, mi estado, todavía. Pero a mí, tal vez, de repente me duele. Allá muy adentro en una parte escondida, que quizá he querido tapar, me duele. Pero creo que no me importa tanto, no me interesa... Y lo más importante es que a mí me gusta mucho.

Menciona la importancia de que las personas importantes para ella le apoyaran cuando tomó su decisión.

Varias de las participantes cuestionaron aspectos del discurso sobre la pericia, pero en general no hubo confrontaciones directas. Sandra, por ejemplo, habiendo experimentado una infección dolorosa del "piquete" en su segundo parto, definitivamente no quería este procedimiento con su tercer parto. Su manera de resistir no era insistiendo en que no lo haría, sino negociarlo, explicando las complicaciones que había tenido antes. Aunque él intentó convencerla que "era recomendable", al final dijo que si no era "necesario" no lo haría. Su autoridad, en este caso, no fue cuestionada porque siempre se le dejó la decisión final a él. Sólo que Sandra lo presionó para que tomara en cuenta sus deseos. La historia previamente mencionada, en la que María contó su experiencia con el enfermero que insistía en que ella bajara los pies de la camilla, muestra una confrontación más directa con el poder institucional, pero con una persona con menos poder que el que tienen los médicos. Pero ella expresó su inconformidad con la autoridad medio arbitraria y se fue del hospital. Sin embargo, esto no es una opción real en la mayoría de las situaciones, cuando un médico con mucha autoridad institucional está dictando las opciones y la mujer está en una posición de necesitar sus servicios.

Es sólo después de haber sufrido muchos problemas que Pamela ahora ha podido procesar todo lo que ha pasado en su vida con su sistema reproductivo y puede criticar duramente la atención que recibió.

Su resistencia es, entonces, cuestionar la autoridad que los doctores ejercieron sobre su cuerpo. Ella sabe y articula que toda mujer merece ser tratada humanamente y como individuo.

7.7. LOS DERECHOS

Es en la experiencia del embarazo y el parto donde varias de las participantes tienen una visión más clara de sus derechos reproductivos. Sin embargo, los derechos que conceptualizan están casi en su totalidad relacionados con el sistema de salud. Desde la relación y el trato general hasta los aspectos específicos, ellas ven que merecen ciertas consideraciones de parte de los/las médicos/as y del sistema. Dado que fueron las mujeres que recibieron atención médica durante el embarazo y el parto quienes hablaron más sobre sus derechos a un trato humano por parte de las/los médicas/os, por motivos de mejor organización todos los comentarios sobre los derechos a una buena atención médica serán discutidos aquí. Entonces, por ejemplo, aunque los comentarios de Susana sobre la atención médica surjan de una experiencia con un examen interno no relacionado con el embarazo, han sido incluidos en este capítulo dado que están relacionados con, y complementan, los de varias participantes que han estado embarazadas. Además, también Andrea tiene opiniones fuertes acerca de la relación médico/a-paciente, y aunque estas también surgen de experiencias con médicas/os por asuntos no relacionados con el embarazo se incluyen en esta sección.

Sobre la relación médico/a-paciente, Pamela destaca lo siguiente:

Tenemos derecho a sernos personas en frente del médico, que también es persona, en frente de cualquiera, del médico y de cualquiera. (Pamela)

Este frase aborda mucho —la dignidad de la mujer y el reconocimiento que el/la médico/a es humano/a. Muestra la insistencia de Pamela de que aunque un/a médico/a o enfermera represente un sistema, y tiene ciertos conocimientos, las mujeres también tienen conocimientos y al final de cuentas ella y el/la médico/a son dos personas. La parte humana de los/las médicos/as es algo que Andrea comenta, insistiendo en que tanto ella como la/el médica/o tienen conocimientos se deben respetar:

Yo sé que él tiene un conocimiento físico, biológico, médico y todo lo que quieras, pero yo conozco la reacción de mi cuerpo... Un médico debe escuchar lo que yo tenga que decir sobre mi cuerpo. El problema es que ellos se adjudican un poder y lo asumen como que es de ellos el cuerpo y todos los cuerpos... Lo que pasa es que cuando uno se enferma está muy expuesto, o sea, estás vulnerable.

Es tan importante para los médicos tener una buena capacitación, como saber que este conocimiento no es ilimitado y y ellos/as no son infalibles. Andrea destaca la responsabilidad de los profesionales en reconocer sus limitaciones:

El derecho de [esperar que el médico sea] sincero, o sea, que le diga a uno lo que tienes o que te diga no puedo. (Andrea)

De hecho, varias de las participantes reaccionan en contra de lo que ellas interpretan como omnipotencia y arrogancia de los/las médicos/as, defendiendo el conocimiento importante que trae la mujer a estas situaciones.

Andrea describe la consulta ideal en términos de una negociación, o un diálogo:

Yo tengo el poder y el conocimiento sobre mi cuerpo... El tiene el poder de lo biológico propiamente porque es cierto él sabe si hay un tumor qué hacer. O darle el giro mínimamente sabrá qué hacer digamos en ese momento. Entonces, yo creo que es una cuestión de diálogo, de que se muestre humano, de que sea sincero, de que plantee las cosas reales, de que te digan en realidad qué es lo que hay que hacer... Que sea más una cuestión de poder de negociación, interactuar el conocimiento de él y el mío.

Griffin (1999) también habla de la "colaboración" que debe existir entre la/el médica/o y la paciente para diagnosticar una condición: "En el ámbito de curación, la percepción es lograda a través de una colaboración. Es un proceso tipo democrático" (p. 284).^{*} Tanto ella como Andrea, mencionada anteriormente, reconocen que en general uno va a un/a médico/a porque está enferma o necesita ayuda, y por eso hay una tentación real de "entregarles" el poder a ellos/as. Plantea Griffin:

En la brecha entre el conocimiento de uno y la capacidad de la medicina de comprenderlo, deja uno de confiar en el conocimiento de su cuerpo. Al entregar su autoridad a otros, sea médico/a, enfermera, un laboratorio u hospital, ni tan siquiera está conciente de la pérdida.

Y esto también es un esfuerzo colaborativo. Puede ser que tenga mucha voluntad de ceder su autoridad. Se cansa uno de estar enferma. Contar con otra persona que tome control, alguien que sepa más que uno, puede ser un alivio. (1999, p. 288)[†]

^{*} "In the realm of healing, perception is achieved through collaboration. It is a democratic process of a kind."

[†] "Somewhere in the breach between your own knowledge and medicine's ability to apprehend it, you cease to trust the knowledge of the body. As you pass your authority to others, whether it is a doctor, a nurse, a laboratory, or hospital, you are hardly aware of the loss. And this too is a collaborative effort. You may be very willing to forfeit your authority. Illness is wearying. To have someone else take charge, someone who knows more than you, can be a relief."

Aunque estar embarazada o pariendo no es estar enferma, hay paralelos. Entonces es importante que el/la médico/a tenga mucho cuidado de no abusar durante esa situación. Saber que las personas en general llegan más débiles física y emocionalmente, debe tener como resultado el solicitar activamente el conocimiento y perspectiva de la persona y buscar una interacción respetuosa y productiva entre las dos personas.

Para Pamela, el derecho a ser una persona frente a la/al médica/o implica el derecho a ser reconocida como individuo, y no sólo como cuerpo definido por un tipo de enfermedad o condición, o por ser mujer solamente. Dice ella,

No se puede generalizar con todas las mujeres. (Pamela)

Añade, "Cada individuo para mí es diferente. ¿Cómo es posible que te metan en un molde y te chorreen lo mismo que todo mundo, y que te den además... te digan como es y como no es, sin ver tu individualidad?" Este derecho enfatiza la humanidad que Pamela reconoce en cada mujer, incluyéndose a si misma. Ella insiste en que eso no se debe perder en la relación entre profesionales en la medicina y las mujeres que acuden a ellos en busca de ayuda.

Varias participantes comentaron sobre el tema de la relación con el/la médico/a, hablando del "trato humano" o "buen trato". Por ejemplo, Andrea dice,

El derecho del trato humano, [de ser] mujer con tus miedos, con tus inseguridades.
(Andrea)

¿Qué es el trato humano? Mencionan varios aspectos, incluyendo respetar el conocimiento y poder de decisión que tiene la mujer. María dice que actualmente las/los médicas/os no están "tomando en cuenta los sentimientos de las personas... Son humanos." Linda cree que los/las médicos/as deben tratar a la gente con más cariño. Andrea enfatiza los límites del conocimiento de la medicina: "Te habla sólo de lo médico, sin entrar en la parte emocional." No es que esperen que los/las médicos/as sean expertos/as en salud mental, sólo que deben tomar en cuenta la persona entera en el momento de interactuar con ella. Linda lo dice así, que a ella le "gustaría digamos, en dále más confianza a la mujer... De dar una más positividad a la persona que va a tener un bebé, verdad. Porque es una experiencia muy dura."

La buena comunicación es otro aspecto del trato humano. Pensando sobre su relación con los/las médicos/as, Katerina dice que en general no les pregunta mucho, porque prefiere buscar en un libro: "Son como muy a lo concreto, y te responden con términos médicos que no entendés nada." Andrea está

de acuerdo: "Ellos no te explican, porque si uno le pide entonces te echan todo el rollo en términos muy técnicos y uno no entiende a veces ni papa... Si no sos médica no entendés nada." Para ellas y algunas otras de las participantes, un/a médico/a debe explicar bien los tratamientos y exámenes, reconociendo que la información no es la educación," como plantea Arroba (1999, p. 21). Dice María, "que me explique exactamente qué es lo que pasa... Me parece que se necesita. Espero que, ojalá que estén muy diciéndome las cosas, porque una tiene miedo. Es mejor." Y aparte de explicar lo que va a hacer, Andrea destaca lo siguiente:

El derecho a [que me pida] permiso para tocar el cuerpo. (Andrea)

Ella enfatiza la importancia de que el médico no suponga que puede hacer lo que se le ocurra sin pedir el permiso de ella. Ella cuenta una historia como ejemplo de la necesidad de explicación y permiso:

Un especialista, le hizo un pap a una mujer, una señora y le hizo el tacto vaginal después del pap. La señora lo agarró y lo abofeteó y todo. Y tiene razón. Después tuvo que ir, hablar con la señora y todo el asunto... El soncho de ese no le había explicado que era parte del examen... entonces claro la señora pensó que la estaba violando. Y está bien, está correcto [lo que ella hizo].

El trato humano también incluye la privacidad, según Andrea, y el espacio en donde la mujer debe sentirse segura de que va a ser escuchada y respetada. Ella destaca el derecho que tienen las mujeres a no sufrir ningún tipo de agresión por parte de los profesionales. Susana también reconoce esto, en el aspecto psicológico:

Derecho a no ser violentada ni en lo mínimo. (Andrea)

Nunca [debe] hacer bromas o hacer insinuaciones en el momento en que se está realizando [un examen], ni antes ni después. (Susana)

Contando eso, Susana explica que un médico hizo exactamente eso cuando ella fue para hacerse su primer ultrasonido vaginal: "Uno ahí todo incómodo y el maje, el hombre diciéndome que qué linda que era yo, que qué piernotas,... que qué dicha que había ido a una cita privada con él, que no fuera al Seguro porque a como era yo de linda, todos iban a querer hacerme exámenes ginecológicos... Yo quería matar a ese hombre." Este tipo de trato convierte el espacio de seguro a inseguro por introducir lo sexual, especialmente inadecuado cuando la mujer está en una situación muy vulnerable.

Aparte de los derechos vinculados a la atención médica, hubo otros relacionados a otros aspectos de la reproducción. María, aunque no ha utilizado los anticonceptivos mucho, o planeado sus primeros tres embarazos, escribe que este es un derecho de las mujeres. Ella destaca lo siguiente acerca de la planificación familiar:

Derecho a información de anticonceptivos. (María)

Derecho a la decisión de número de hijos. (María)

Es interesante que dado que a nivel internacional estos derechos son unos de los más conocidos y compartidos, que sólo María los menciona. Es probable que esto se relacione con dos asuntos: (1) Para estas participantes esos derechos son asumidos como parte de la vida y no piensan en la posibilidad de no tenerlos. Como se discutirá en el Capítulo 9, los derechos articulados por las participantes en general eran derechos por los que ellas han tenido que luchar. (2) Aunque dos de las mujeres por algún período de sus vidas han utilizado anticonceptivos (Sandra y Ana), no ha sido una parte muy importante para ellas. Aunque no ha sido madre todavía, Andrea está clara que es ella y nadie más quien tiene la palabra final sobre cuando tener hijas/os y cuantos tener:

Yo creo que yo tengo el derecho. Yo los estoy pariendo. O sea, yo estoy quedando embarazada, no la otra mujer o la otra compañera, o la otra persona. Soy yo la que estoy pariendo, no es nadie más. Soy yo la que tengo que amamantar. Soy yo la que tengo que dar mucho, mi cariño, mi afecto, muchísimas cosas.

Preferiría negociar estas decisiones, pero al final de cuentas, ella justifica tener y ejercitar este derecho por ser la más afectada por sus consecuencias. También, ella era la única en mencionar el aborto:

El aborto como posibilidad para vivirlo. Pero no como posibilidad con culpa después. (Andrea)

Reconoce no sólo el derecho legal sobre eso, sino también los límites sociales acerca de eso. Ninguno de las participantes menciona haber buscado un aborto. El vínculo entre las experiencias y la conceptualización de los derechos se evidencia aquí otra vez, dado que Andrea es la única que cuenta que había una vez pensado en la posibilidad de un aborto cuando temía que estaba embarazada por uno de los primos abusadores.

Andrea también dice que todas las mujeres tienen lo siguiente:

El derecho al embarazo. (Andrea)

Como es lesbiana, Andrea siente que tiene que defender su derecho a embarazarse y tener un hijo si quiere hacerlo. Una experiencia que para las mujeres heterosexuales es lo más normal y más bien tienen que planificar si quieren evitarla, para Andrea no es una cosa que vaya a pasar si no la planea. De hecho, las dos participantes lesbianas tuvieron perspectivas interesantes sobre los derechos reproductivos que eran un poco diferentes a las de las heterosexuales. Katerina comentó que pasaron muchos años hasta que se dio cuenta de que la salud reproductiva no es sólo aplicable a las mujeres heterosexuales, y es hasta ahora que siente que la menstruación es parte de la salud reproductiva y ella quiere cuidarse en este aspecto. Andrea, que tiene pensado tener una hija en el futuro, siente que es algo que tiene que planear bien.

La separación entre la experiencia generalmente privada del embarazo y la experiencia generalmente pública del parto marca una división interesante en la conceptualización de los derechos reproductivos. Esto se discutirá con más detalle en el Capítulo 9. Pero uno de los aspectos importantes de los derechos que las participantes articularon es la cantidad de atención médica y sobre todo el trato de los/las prestatarios/as de servicios de salud. Y es claro que muchos de estos derechos son conceptualizados basándose en experiencias pasadas en las que las participantes sienten que fueron violentadas.

LA MENOPAUSIA

La menopausia es todavía una etapa de la vida de las mujeres que no ha sido muy estudiada. Entre las tres participantes que dicen que han experimentado la menopausia, las experiencias son muy distintas. Linda, que llegó a la menopausia naturalmente, dice que casi no experimentó ningún síntoma, y más bien está muy contenta con esta etapa. Por otro lado, Pamela, que experimentó la menopausia quirúrgica desde los 28 años de edad debido a varias cirugías relacionadas con quistes en los ovarios y un cáncer de matriz, sufrió heridas físicas y mentales que le tomaron muchos años curar. Entre estas dos experiencias está Silvia, que tuvo una histerectomía a los 41 años y también sufrió una menopausia quirúrgica.

Dada la variedad de las tres participantes, y lo pequeño del grupo, se van a presentar perfiles de las tres mujeres y sus experiencias con la menopausia. Antes, sin embargo, se discutirán algunos discursos de la menopausia.

8.1. LA VISIÓN CIENTÍFICA: LA MENOPAUSIA NATURAL Y LA MENOPAUSIA QUIRÚRGICA

La medicina llama la cesación natural de la menstruación y lo que ocurre después de la extracción de los ovarios con el mismo término: la menopausia. Pero aunque en los dos casos la menstruación termina, lo que ocurre es muy diferente. En el proceso natural, hay un proceso "climaterio," en donde una mujer normalmente pasa por unos años en un reajuste gradual de los niveles de hormonas. Los ovarios poco a poco dejan de producir el estrógeno, y otras partes del cuerpo (e.g., ciertas glándulas, la piel, los músculos, el cerebro, etc.) empiezan a producir más andrógenos. Los ovarios siguen produciendo la testosterona antes, durante y después de la menopausia (Northrup, 1998; Sheehy, 1991).

Cuando una mujer tiene una histerectomía, en donde sólo el útero y el cuello son removidos, usualmente los ovarios bajan temporalmente la producción de las hormonas, y el nivel de la progesterona baja. Cuando la cirugía incluye la extracción de los dos ovarios, hay una cesación abrupta y total de la producción de estrógeno, y del nivel de testosterona y otros andrógenos —hay un desequilibrio inmediato en el nivel de hormonas (Northrup, 1998). Entonces en los dos casos —natural y quirúrgicamente— la menstruación termina y los ovarios dejan de producir estrógeno. Pero en el caso de la cirugía, el efecto en la producción de una variedad de hormonas es inmediatamente afectado, sin tiempo para que el cuerpo

pueda reajustarse y experimentar el proceso gradualmente. Y hay ciertas hormonas que simplemente bajan drásticamente que en la menopausia natural siguen siendo producidas.

8.1.1. LA CRÍTICA DEL DISCURSO MÉDICO

Una crítica sobre la visión médica de la menopausia ha sido planteada por Christiane Northrup (1998). Ella destaca que muchos/as médicos/as ven el útero después que ha terminado su capacidad reproductiva como un órgano sin utilidad, y tienden a ver la menopausia como una enfermedad de deficiencia de estrógeno. El rol de la medicina es, entonces, "manejar la menopausia." Estas visiones, según ella, promueven la idea de que el sistema reproductivo de la mujer es una patología, no que esté integrado por etapas normales de cambios. Supone que el cuerpo "normal" de la mujer es el cuerpo con capacidad de reproducir. Las histerectomías innecesarias y el uso de la terapia de hormonas rutinariamente son un efecto de esta visión.

Agrega Northrup (1998) que la menopausia no es sólo un proceso físico, sino que normalmente ocurre durante los años en la mitad de la vida, cuando una mujer mira hacia atrás y analiza su vida. Muchas veces esto sucede después de que ella ha tenido hijas/os y ellos han crecido, y ella analiza qué ha hecho, dónde está y dónde quiere ir. Dependiendo de su situación, este proceso puede provocar mucha reflexión y a veces tristeza si se siente que no ha logrado sus sueños o no está donde quería estar, o alegría si está muy contenta con su vida. Entonces los efectos físicos del cambio de hormonas están combinados con cambios y procesos emocionales y a veces espirituales. Con una menopausia quirúrgica, sin embargo, el estado emocional es otra cosa. Muchas veces pasa a una edad mucho más temprana, y existen las implicaciones de haber sufrido una cirugía, especialmente en órganos que representan para muchos la feminidad.

8.2. LA VISIÓN CULTURAL: "LA LOCURA DE MUERTE"

Marcela Lagarde (1990) escribe sobre las "menopáusicas" en términos de los símbolos culturales, o sea que la mujer menopáusica experimenta "una locura de muerte." Ella define eso como una combinación de varias pequeñas muertes, que la llevan a una crisis de identidad genérica. Dado que la definición de una mujer buena es "cuerpo-para-otros" en relación con la reproducción (en su sentido amplio) y su rol social, no tener la posibilidad de embarazarse y perder su función central de la maternidad significa un muerte que deja un vacío en ella. También, con la sexualidad femenina tan involucrada con la reproducción, muchas la sienten también como la muerte de su vida sexual. La mujer que antes fue definida en términos de lo que podía hacer para su marido y sus hijos, ahora está doblemente devalorada: por ser mujer, y por no tener las cualidades que son consideradas como aquellas que forman a una mujer.

LA MENOPAUSIA

Lagarde enfoca mucho en los efectos de la menopausia y el cambio de su rol en la mujer misma. Sin embargo, detrás de todo esto está el discurso cultural, que dice que una "menopáusica" no es una mujer plena, que pierde su rol y capacidad para contribuir positivamente a la sociedad.

Los dos discursos tienen algo en común: la menopausia representa una "pérdida" de la mujer. Si ella era considerada como una mujer plena antes, después no lo es. Por el lado científico ella puede recuperar su feminidad regresando a la etapa previa con hormonas. Por el lado cultural, la pérdida es permanente; su valor estará buscando un espacio donde pueda reproducir el rol de ser-para-otros de otra forma—cuidando niños/as de otros/as, ancianos/as o otros/as.

8.3. LINDA: LA MENOPAUSIA NATURAL

Linda es la única mujer del grupo que ha tenido una menopausia natural. Dado que no significó gran cosa para ella, dice que "Yo creo que no me ha afectado." Para ella, simplemente le dejó de bajar la menstruación casi cinco años antes del momento de la entrevista. Cuenta ella, "Para mí, para la edad, creo que la acepté. La acepté no verla más... No he tenido que tomar todavía ni hormonas ni nada... Excepto que sí, me tomo mis calcios por ahí, por aquello de la osteoporosis." Más bien, ella siente que la menopausia le ha traído varias cosas buenas:

Ya no tengo ese problema de que las toallas, que todo, que fue mi vida activa, porque todavía tengo una vida sexual activa. Porque no tengo mi compañero, pero quedamos viéndonos. Y vivo una vida muy linda. No pienso en un nuevo embarazo, ni qué pastilla, ni que nada... Ni sangradas ni jaqueca. Más bien me curé de jaqueca.

Ella comparte que ha vivido su vida de embarazo y menstruación, y ahora está feliz de estar en otra etapa, libre de las molestias que acompañan la regla y la preocupación del embarazo. Entonces para ella, la menopausia no trajo problemas físicos notables, ni dificultades sociales/psicológicas. Más bien, dice que está muy contenta de haber vivido la reproducción y ahora no tener que vivir la menstruación y evitar embarazos.

8.4. SILVIA: "COMO SI SE ME VINIERA EL MUNDO ENCIMA"

Cuando Silvia tenía aproximadamente 41 años de edad, su médico le hizo una histerectomía por tener la matriz "muy crecida". Cuando decidió hacerse la cirugía, Silvia le advirtió que si estaba en medio de la cirugía y veía que los ovarios no estaban en buen estado, ella prefería que se los sacaran de una vez. De repente, el médico le informó a ella después de la cirugía que vio que los ovarios tenían úlceras, y los había extirpado durante el procedimiento. Silvia no parece haber tenido problemas ni

remordimientos sobre esta operación. Cuenta que la CCSS dio una charla sobre el tema antes de la cirugía: "En eso dijeron, 'Es mentira que dicen que las mujeres no sirven. Que ya eso se superó. Nada de eso. Mentira, no es cierto, ya.' Bueno, fue muy lindo en realidad. Quedamos muy claros con lo que iba a pasar." Entonces ella siente que ella y su marido estaban bien preparados sobre los cambios que implicaría en términos socioculturales, de lo que Lagarde mencionó antes sobre la identidad genérica. Silvia, de hecho, no parece estar muy preocupada sobre este aspecto.

Lo que no era bien preparada fue la parte médica. Dice Silvia que no tenía idea de lo que iba a pasar con las hormonas, ni tenía la más mínima idea que debería explorar la posibilidad de tomar hormonas por lo menos temporalmente:

Entonces, en este momento comenzó la, la menopausia. Casi el día siguiente. Entonces fue lo más desagradable, porque yo no sabía. O sea, no sabía... Ya estaba sin mis cosas, sin mis órganos. No sabía la reacción que iba a tener. Eso fue viernes. El sábado estaba con mucho frío. La doctora dijo es que estaba con temperatura... Yo entré lunes, martes, y ya me dieron la salida el miércoles en la mañana, creo que fue. Y entonces comenzó... el cuerpo ya con esta cosa que nos da a todas las mujeres. A unas las da peor y a otras les da mejor. Este... Es [calor] como que siente que le jalan los pelos, todos los del cuerpo, verdad... Siente como que se le cocina la cabeza... Y después que comienza a bajar por todo el cuerpo y aquel calor en las piernas, aquella cosa. Tan intenso era el calor como después venía el frío. En el momento ya bajaba... el sudor como agua por todo esto. Yo en este momento quería arrancarme, sacarme los pelos, como quitarme todo lo que tenía. Y al momento el cuerpo se enfriaba con la misma intensidad. Vieras... Es que a mí me tocó una cosa horrible.

No sólo sufrió secuelas físicas, sino también psicológicas. Recuerda Silvia que estas últimas se suscitaron en parte porque nadie más entendía las reacciones físicas que experimentaba, y en parte porque empezó a recordar y sentir muchas memorias difíciles de su niñez:

Yo estaba en la psicopatía casi... Ya me comenzó a dar, bueno, las cuestiones de la infancia, se me vino el mundo encima. En la casa me dijeron por qué yo tengo calor si hacía frío. Por qué tenía frío cuando hacía calor... Fue algo simplemente horrible... Estuve a punto de suicidarme... Fue ahí donde comenzó una terapia muy fuerte para mí de que se me venía el mundo encima. De por qué siempre he callado, callado, callado todo lo que me pasaba en el hogar. Y yo tenía mucho miedo de hablar y decir las cosas que me habían pasado en la casa. ¿Qué sé yo? Algún tipo de maltrato, algún tipo de cosas que me había sucedido ahí, yo nunca había querido hablar.

Silvia estaba pasando exactamente por lo que Northrup describió anteriormente, que además de los síntomas físicos de calores, experimentó fuertemente recuerdos de los abusos que había sufrido de niña, y su situación actual en la casa. Llegó a un punto en que ella sentía que tenía que escapar de alguna manera, hasta llegó a considerar el suicidio. Afortunadamente, fue a consultar una psicóloga y juntas trabajaron con su situación emocional.

Logró resolver su problema, pero tuvo que analizar su vida y tomar decisiones que no fueron fáciles. Habló con un médico pensionado en su pueblo, quien prácticamente la obligó a que le pidiera estrógeno al médico de la CCSS. Esto no fue fácil para Silvia, dado que ella siempre había confiado en que los/las médicos/as hicieran todo sin que ella tuviera que exigirlo. Ella habló varias veces con el médico pensionado, quien le aseguró que la CCSS realmente tendría que haberle dado las pastillas después de su cirugía, y finalmente ella fue y las pidió: "Diay, fui, se los pedí. Me vio así como si nada había pasado. Yo iba con ganas de matarlo... porque yo estaba muy mal ya... Y en realidad [el problema de los síntomas] desapareció. Se acabó... Se acabó." Con la psicóloga se dio cuenta de que no podía seguir callando sobre lo que había pasado y lo que estaba pasando: "Yo casi no podía describir lo que yo sentía, hasta que yo quería desaparecer de la faz de la tierra... Entonces... hablé con ellos en la casa. 'Estoy esto. Tal vez ustedes no sabían lo que me estaba pasando. Y esto y esto es lo que estaba pasando conmigo... Me está pasando. Por favor, ayúdenme.'" Para ella dar este paso enorme fue difícil, pero logró comunicarse con sus familiares y tener el apoyo de ellos para enfrentar la situación.

Reflexiona ella que aprendió mucho de esa experiencia, que duró aproximadamente seis meses pero que la sintió como si hubiera durado muchísimos años. Ahora ella trata de compartir sus aprendizajes con otras mujeres y habla con sus amigas y otras personas sobre la menopausia: "Entonces ya, gracias a Dios, esta época pasó hasta el extremo de tener yo que dar una charla al respecto... Sí, entonces, hasta eso se convirtió en un tema. Hasta esto se convirtió en Comité de Salud." Por lo que tuvo que luchar, ella quiere ayudar a las demás para que no tengan que experimentar ese problema. Se va a retomar este punto más adelante en la discusión de los derechos de la menopausia.

8.5. PAMELA: "VAS POCO A POCO MUTILÁNDOSE"

La experiencia de Pamela fue otra, y es más parecida a lo que Lagarde describe. Ella tuvo tres cirugías en las cuales primero le sacaron un ovario por quistes, después el otro, y finalmente le extirparon la matriz. El proceso duró aproximadamente siete años, empezando cuando tenía 28 años de edad. La última intervención quirúrgica fue cuando tenía 35 años.

La carga de este proceso no la sintió inmediatamente sino después, cuando empezó a entender lo que era perder sus órganos poco a poco y empezar a sentir los síntomas de la menopausia tan joven:

LA MENOPAUSIA

Todavía para mí en ese momento yo no sentía... sentía que eso era nada... Fue ya después, también tomar consciencia de lo que significa... Entonces cuando yo caí en la cuenta en lo que eso significaba, por supuesto me descompensé como persona y entonces caí en un estado, o sea, yo he padecido de muchas depresiones. Es una pérdida espantosa... Uno sabe que algo le está pasando. Ya no es lo mismo. Ya uno sabe que pierdas tu regla... Se siente mal, porque es como mutilarla... Vas poco a poco mutilándote... Para un hombre difícilmente le van a decir "Mira, te vuelo esto y el otro, o te vuelo el otro y ahora así al final te devolvemos este otro..."

Para Pamela, la realización de lo que había pasado llegó después. Lo que esto significó para ella fue un proceso que duró años:

Los ovarios... es un símbolo de protección, de renacer, de juventud... Porque cuando ya a una mujer le llega la menopausia ya no le están funcionando los ovarios igual, entonces ya viene la parte de la vejez. Pero cuando usted tiene 28 años y tiene que afrontar una menopausia verdad, precoz, digámoslo así, tener que vivir con eso... Es como enfrentar a una.

Enfrentarse es lo que tuvo que hacer, enfrentar la pérdida que ella sentía y los efectos de sus problemas médicos no sólo en ella sino también en la familia. Sus cirugías tuvieron lugar durante la etapa cuando sus hijas estaban entrando en la adolescencia, y Pamela se daba cuenta que por tener que sufrir y sobrevivir sus problemas, estaba dejándolas solas, como ella lo describe:

Y no está bien... Como mamá, como madre, como mujer, en toda la alimentación del ser humano, usted piensa que usted está fallando, y entonces se siente menos, y la autoestima por el suelo... Pues, es todo un proceso muy largo, de mucha culpa... No sé si me hizo mejor o peor, pero la pasamos. Yo digo pasamos porque no la pasé sola, la pasamos todos, toda la familia.

Para Pamela, la pérdida, o la "muerte" que Lagarde describe, fue doble porque no sólo tuvo que enfrentar lo que significaba perder los órganos que son vistos como el centro de lo que es la feminidad sino que le pasó a una edad muy temprana y mientras todavía ella sentía que necesitaba tener el papel de cuidadora de la vida de otras. No poder hacerlo por la magnitud de sus problemas de salud significaba un peso adicional con el que tenía que lidiar.

Como Silvia, ella luchó logró salir adelante. También buscó ayuda psicológica, la cual dice que utilizó por algunos años y la ayudó a "ser la persona que soy. Pero no es por la terapia en realidad, eso va a ser toda la vida." Ella dice que el proceso que ella pasó "me sensibilizó para poder escribir, para poder resumir un montón de cosas."

Lo que queda claro de estos tres perfiles es que las vivencias han sido muy diferentes para las tres participantes. Las experiencias han sido difíciles para dos de ellas por diferentes razones, y sugieren que se debe entender la menopausia "quirúrgica" como diferente a la menopausia que pasa naturalmente cuando la mujer termina el largo proceso de su capacidad reproductiva. También es importante entender que no es sólo un proceso físico de un cambio de hormonas sino que las hormonas afectan todo el ser, física y emocionalmente. Además, como Northrup y Lagarde plantean, afecta a algunas mujeres en diferentes maneras por todo lo que significa jugar con la identidad de la mujer como ser reproductor y un ser que se debe a otros.

Los datos recogidos sobre la menopausia muestran que en verdad se sabe muy poco sobre lo que significa este proceso para las mujeres—y se necesita investigar más sobre el proceso, reconociendo su complejidad y las diferentes maneras en que se vive. Parece que hay una gran variedad de respuestas, y puede ser tanto un proceso suave y tranquilo para algunas mujeres, como traumático y doloroso para otras.

8.6. LOS DERECHOS

La única participante que formula un derecho relacionado con la menopausia es Silvia, que siente que lo que ella aprendió sobre la disponibilidad de las hormonas debe ayudar a otras mujeres que se sienten mal:

Ninguna mujer tiene por qué estar soportando si sabe que hay un medicamento que la va a ayudar. Qué lo reclame; qué se lo tome. (Silvia)

Silvia reconoce que no todas las mujeres experimentan síntomas tan fuertes como los que ella tenía, pero también que hay otras que sí:

Lo digo así: que ninguna mujer tenga, tenga que pasar. Si es por la operación, en ese momento que se pellizque, y reclame todos sus derechos ante el médico y que le explique si los puede tomar, o no los puede tomar... No es para que la gente se asuste... Simplemente por lo que yo pasé. Que ninguna mujer tenga que sufrir una tontería de esas así.

Hay que reconocer que el discurso que Silvia reproduce es el de la patología de la menopausia, pero lo que le pasaba a ella era una patología debido a la cirugía que recibió. Sin embargo, aunque el tema del argumento es ese, otros aspectos del discurso quiebran el esquema. Principalmente, ella promueve el cuestionamiento de la relación tradicional entre el/la médico/a y la paciente, en donde la/el

médica/o define el marco de la conversación y la mujer simplemente acepta y hace lo le recitan. Plantear las hormonas como un derecho, que puede reclamar ante el/la médico/a si no se las ofrecen es ejercer un poder que la mayoría de las mujeres actualmente no ejercen. Silvia tuvo que luchar no sólo con el sistema médico sino con ella misma para hacer esto en su situación, pero ahora que lo ha vivido y ve que le resolvió mucho de su crisis, no lo va a perder otra vez.

Aunque Silvia no lo dice en forma de un derecho, también ella está reclamando esta vivencia de la menopausia y la información sobre la menopausia como parte de su trabajo en la comunidad. Arriba se mencionó como ella ha hablado públicamente sobre el tema en el comité de salud. También lo hace en una manera más informal con mujeres de la comunidad.

Con mujeres que yo veo en el bus... Se quieren quitar todo, y a la par mía, verdad. "Disculpe, ¿se siente algo? ¿No sé si quiere hablar?" Y gente conocida mía, verdad, de la comunidad. Y "Ay, sí, es que hace días, hace tiempo que estoy sintiendo cosas tan raras. Este... no sé, un dolor de cabeza, o sea, me duele mucho la cabeza. Me da mucho calor. Yo no sé si es que ya estoy vieja," me dicen. "Pero, ¿por qué? ¿Cuántos años tiene usted, si se puede saber?" "Bueno, tengo 45." "¿Usted se ha atrevido a ir al médico? Tal vez será, no sé, madurez. Tal vez está haciendo su cambio de vida y todo eso." O ya, para hablarlo así, yo, con la palabra, con la "menopausia" digo.

Simplemente hablar sobre la menopausia ha significado mucho para Silvia y las mujeres que ha conocido. En algunos casos ellas no habían hablado con nadie más. Nombrar la experiencia es poder compartirla y validar el conocimiento que ellas tienen. Esto tiene relación con la manera como Susan Griffin describe la experiencia de tener una enfermedad no reconocida por la ciencia, y, por lo tanto, la sociedad,

De hecho, el perfil de mi dilema era menos claro ante el vacío de reconocimiento público. Sin la presencia de una definición pública, no pude lidiar con mi propia realización por mucho tiempo, mucho menos prestar atención al dolor que experimentaba. (1999, p. 24)*

Griffin describe lo que significó para ella cuando alguien (en su caso una médica) le confirmó lo que ella estaba viviendo:

* "In fact, in a vacuum of public recognition, the outlines of my dilemma were less clear to me. Without the presence of public definition, I could not dwell with my own realization for very long, much less attend to the pain of it."

LA MENOPAUSIA

Las preguntas y sus comentarios eran como sondas a mi propio conocimiento corporal. Fue como si una prisionera encarcelada por mucho tiempo en confinamiento solitario fuera de pronto invitada a entrar en una conversación reveladora y resonante... Era testigo de mi experiencia. (1999, p. 33)*

Dado que para Griffin fue primero la ciencia la que le negó reconocer su enfermedad y fue una médica la persona que finalmente la escuchó y la validó, esta experiencia fue doblemente reveladora. Sin embargo, tener un espacio público para hablar sobre la menopausia —en una charla o en el bus— significa poder reconocer este proceso. Los síntomas que algunas mujeres experimentan, por ejemplo los escalofríos, son vistos como algo vergonzoso, y Silvia se los escondió a su familia por un tiempo. Confirmar que otras mujeres los han experimentado y poder hablar sobre la experiencia es un paso adelante hacia ver este proceso como una transición completamente normal y a las mujeres menopáusicas como mujeres valoradas por sus experiencias —no como mujeres locas.

* "The questions and her comments were like probes into my own bodily knowledge. It was as if a prisoner long held in solitude were suddenly invited to enter a brilliantly revealing conversation. . . . She had borne witness to my experience."

9

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES:

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como fue presentado en el estado de la cuestión de este trabajo, los derechos reproductivos en términos de acceso a atención médica reproductiva de buena calidad y el derecho a planear el número y el espacio entre los/las hijos/as han sido más fácilmente aceptados a nivel internacional que una visión amplia de los derechos sexuales. Tal vez por razones estratégicas políticas, la salud sexual y los derechos sexuales han sido considerados como un subcomponente de la salud y los derechos reproductivos. Partes del movimiento para la salud de las mujeres han continuado desarrollando el concepto y los acuerdos sobre la salud sexual. Sin embargo, los derechos sexuales, en términos del control individual que tiene una mujer sobre su cuerpo y la libertad de buscar y disfrutar una vida sexual satisfactoria y saludable ha provocado una fuerte oposición y aparentemente la preocupación de que si se da a las mujeres el derecho a expresarse sexualmente, posiblemente se convertirán en seres sexuales descontroladas o abusadoras de los derechos de otros.

¿Cómo están vinculados los derechos sexuales y reproductivos expresados por las participantes de este estudio, y cómo son diferentes? Las participantes en este estudio en general no ven una confusión entre estos dos grupos de derechos. No todas identificaron derechos de los dos tipos, pero para los que podían, no vieron los derechos sexuales como un subgrupo de los derechos reproductivos, ni como difícil de diferenciar. Eso es a diferencia de mucha de la literatura disponible sobre los temas, teórica y de convenciones internacionales. Los derechos reproductivos articulados por las participantes están enfocados en el acceso a información de buena calidad y holística acerca de la menstruación, el embarazo y la menopausia. Hablan de la salud y los derechos como si estuvieran incluidos la salud mental y física y varias de las participantes abordan el desequilibrio actual de poder entre los/las médicos/as y las mujeres. Exigen reconocimiento del poder de conocer y tomar decisiones sobre la atención médica, y ser tratadas con respeto y como un individuo por los profesionales y técnicos/as en medicina. Los derechos sexuales, por otro lado, están enfocados en temas relacionados con el acceso a una educación sobre la sexualidad que sea comprensiva y libre de culpas, la libertad de explorar y crecer sexualmente, el derecho de buscar y experimentar placer sexual y el derecho a experimentar una sexualidad libre de violencia, coacción y culpa.

Dado este contraste entre la literatura, y las perspectivas de las participantes, ahora se abordarán algunas de las semejanzas y diferencias entre los derechos sexuales y reproductivos en la manera en que son conceptualizados por las participantes. La distinción entre estos dos grupos de derechos humanos es importante porque para las mujeres, la sexualidad y la reproducción han sido históricamente vistas, hasta cierto punto, como la misma cosa, y esta confluencia se ha ubicado en el centro de la definición patriarcal de, y el control sobre, las mujeres. Aunque estratégicamente puede ser que sea más fácil negociar y llegar a un acuerdo sobre una forma de derechos sexuales que es considerada una parte de los derechos reproductivos, esta manera de enfocarlos es contraproducente a largo plazo porque enfatiza las construcciones tradicionales que han limitado a las mujeres y desvía la atención de las actividades para formar coaliciones y abogar por una definición de la sexualidad femenina que sea verdaderamente liberadora.

9.1. SEMEJANZAS ENTRE LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

El territorio físico de esta lucha política sobre lo que constituye los derechos humanos de las mujeres son los cuerpos de las mujeres. Se puede ver la importancia del control sobre las mujeres en la intensidad de la resistencia a leyes y cambios sociales que ponen el control de estos cuerpos en las manos de las mujeres: los derechos reproductivos, la libertad de sexualidad o heterosexual o lesbiana, las leyes que criminalizan la violación en el matrimonio, etcétera. El rechazo de los derechos reproductivos y la homofobia también son medios políticos de mantener el control sobre las mujeres y perpetuar papeles divididos por género, y eso tiene implicaciones para los derechos humanos.* (Bunch, 1999, p. 263)

Se ha dividido lo que las participantes expresaron como derechos sexuales y reproductivos según (1) sus respuestas a preguntas como ¿Puedes nombrar algunos derechos sexuales? o ¿reproductivos? y (2) los derechos expresados en torno a lo que la literatura llama los momentos claves en la vida reproductiva femenina. Por ejemplo, los que se han considerado como derechos reproductivos son los que están relacionados con la menstruación, el embarazo y parto y la menopausia. Aunque propongo que los derechos sexuales están separados de los derechos reproductivos de acuerdo con la teoría y los entendimientos de estos ámbitos de parte de estas mujeres, es importante reconocer que estos dos ámbitos son vinculados y comparten algunos aspectos básicos. En esta sección, se verán algunas de las

* "The physical territory of this political struggle over what constitutes women's human rights is women's bodies. The importance of control over women can be seen in the intensity of resistance to laws and social changes that put control of women's bodies in women's hands: reproductive rights, freedom of sexuality whether heterosexual or lesbian, laws that criminalize rape in marriage, etc. Denial of reproductive rights and homophobia are also political means of maintaining control over women and perpetuating sex roles and these have human rights implications."

semejanzas que existen en los dos grupos de derechos humanos. No representa todos los vínculos que existen, ni la complejidad de ellos, sino más bien algunos de los hilos y divergencias principales.

Primero, los derechos reproductivos y sexuales se centran en los cuerpos femeninos y en la habilidad que tienen las mujeres de tomar decisiones relacionadas con sus cuerpos. Ambos puntos, por las diferencias entre los cuerpos femeninos y masculinos y el contexto social en donde las mujeres tienen que relacionarse con sus cuerpos y funcionan con ellos, forman un caso útil en donde investigar una definición de los derechos humanos que debe, por lo menos en algunos aspectos, ser diferente para las mujeres y los hombres para responder igualmente a las necesidades de las mujeres. Por ejemplo, los servicios para la salud reproductiva son, o deben ser, diferentes en la manera en que responden a las necesidades diferentes. Específicamente, los derechos reproductivos incluyen el acceso a información comprensiva que nos ayude a entender las fases diferentes de nuestro ciclo reproductivo, un acceso amplio y fácil a las herramientas para controlar la reproducción y aliviar el sufrimiento relacionado con ella, y el respeto de los que nos brindan atención médica durante el proceso reproductivo. Esto último incluye el derecho a tomar decisiones sobre lo que pasa con la atención médica, e información amplia y de buena calidad que nos ayude a tomar estas decisiones. Los derechos sexuales se centran en el control y la libertad que tenemos para tomar decisiones en nuestras vidas sexuales. Varios de los derechos articulados tienen que ver con respetar nuestros cuerpos, y exigir este respeto de otros/as. Varios abordan el derecho que tenemos a tener acceso a nuestros propios cuerpos, por ejemplo cuando Andrea dice que tiene el “derecho a explorar mi cuerpo libre de culpas,” y el “derecho de buscar el placer dentro de mí.” Es un pilar del patriarcado que las mujeres actualmente no disfruten, ni ejerciten, este derecho, y los mandatos socioculturales limitan hasta lo que podemos hacer con nuestros cuerpos cuando estamos totalmente solas, por ejemplo la prohibición de la masturbación. Negar a las mujeres los derechos reproductivos y sexuales es negarles el acceso libre a sus propios cuerpos y el derecho a controlar y disfrutar libremente de ellos.

Segundo, la sexualidad y la reproducción están vinculadas por las mujeres heterosexuales, aunque no siempre tienen que serlo. La reproducción podría ser considerada como un subgrupo de la sexualidad más que al revés. Dado que para embarazarse en la mayoría de los casos las mujeres tienen que tener relaciones sexuales,* para la vasta mayoría de las mujeres el embarazo es una de las consecuencias del sexo. Sin embargo, frecuentemente se toma el hecho de que estos conceptos estén vinculados para dar a entender que son inseparables. Y algunas instituciones, por ejemplo la Iglesia católica, históricamente han establecido un dogma que enfatiza esta relación a través de prohibir los anticonceptivos, la

* Aunque la tecnología está cambiando lo que era un requisito. También se puede cuestionar si la violación realmente es sexo —desde la perspectiva masculina tal vez lo es, pero desde la perspectiva femenina es como decir que un golpe es igual que una caricia.

homosexualidad y la masturbación. Pero por milenios las mujeres han sabido sobre hierbas y prácticas que reducen la posibilidad del embarazo, o provocan abortos, y las han utilizado. En general, en una sociedad cuanto más se vinculan la sexualidad y la reproducción, más limitado el rol de las mujeres en otras esferas y su libertad. Dicho de otra manera, la prohibición de la sexualidad femenina aparte de la reproducción ha sido una de las bases del patriarcado (Lerner, 1986, p. 10). Las feministas, especialmente en los siglos veinte y veintiuno, han enfatizado la necesidad de otra vez separar la sexualidad y la reproducción. Por este motivo, algunos de los derechos reproductivos, por ejemplo el acceso a los anticonceptivos y el aborto seguro, están dirigidos a permitir a las mujeres controlar esta consecuencia de las relaciones sexuales. Sin embargo, se puede interpretar, por ejemplo, el derecho al acceso a un rango amplio de anticonceptivos seguros como un derecho reproductivo y un derecho sexual. El primero por permitir que se controle la reproducción, y el último por permitir la sexualidad sin preocupación de un embarazo no deseado y, en algunos casos, una protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

Otra semejanza es que la violencia permea las experiencias de las mujeres en estos ámbitos de la vida, y entonces influye en sus conceptualizaciones de estos derechos. Como se ha visto, dos de las participantes comentaron sobre haber experimentado la violencia sexual en su niñez, y otra muestra algunas indicaciones de haberla experimentado mientras otra ha pasado una experiencia de incesto. Sin embargo, otras mencionan cosas relacionadas con la seguridad, y Andrea y María mencionan específicamente que las mujeres tienen el derecho de experimentar una sexualidad libre de coacción u otro tipo de violencia. Andrea, reflexionando sobre como su prolongada experiencia con un hostigador sexual tal vez afectó su experiencia con la sexualidad, dice que tal vez la hace pensar en sus relaciones con otras mujeres primero en términos del sexo. Cuando empieza a conocer a alguien con quien ve una posibilidad de una relación, dice que ve el sexo casi como una necesidad en este proceso. Como se mencionó previamente, la experiencia de Andrea de la sexualidad fue traumática debido en parte a temores de que estuviera embarazada. Mientras podía esconder el abuso en gran parte, sabía que no iba a poder esconder un embarazo, y un/a niño/a no era una cosa que podía dejar atrás. La experiencia de María de haber sido violada también parece haber afectado su experiencia de la menstruación, teniendo un rol en su alto nivel de dolor durante los ciclos menstruales y las subidas y bajadas emocionales. Muchas de ellas marcan una línea clara entre lo que se considera mujeres "buenas" y "malas" según su comportamiento sexual. Por ejemplo, esto resulta evidente cuando Pamela comenta "O no, Dios mío, yo era una chiquita buena. Yo me casé y ya después me embaracé."

La reproducción y la sexualidad también son vistas en gran medida como asuntos privados, con una visibilidad limitada en el ámbito público. Aunque actualmente los dos conceptos son más hablados y vividos públicamente que en tiempos pasados, y partes de estas experiencias son más privadas que otras,

estos son temas y experiencias que son considerados como pertenecientes a la esfera privada. Este es uno de los temas con los que hay que lidiar cuando se habla de la necesidad de que las mujeres (y los hombres) tengan acceso a información comprensiva y de alta calidad sobre la sexualidad y la reproducción. Actualmente, la información tiende a ser altamente controlada, siendo la edad y hasta el estado civil factores determinantes en la consideración de la información adecuada (así la mención en la Plataforma de Beijing sobre el hecho de que las adolescentes en su mayoría no tienen el acceso adecuado a la información). Además, las organizaciones religiosas han luchado para limitar seriamente lo que es dicho en la educación sexual (ver, por ejemplo, Facio & Queralt, 1995, para un resumen de la lucha que la Iglesia ha armado en Costa Rica sobre la educación sexual).

Finalmente, los dos grupos de derechos enfatizan el reclamo de las mujeres del poder de tomar decisiones sobre estas experiencias. En parte, esto está relacionado con el poder sobre sus cuerpos, pero es mucho más que eso. Tiene que ver con el tipo de trato que esperan recibir de los profesionales en salud y de sus parejas, el derecho a la información que las ayude a tomar decisiones responsables en lugar de ser mandadas. Sobre todo, está su reclamo de que se le trate como individuo y no como parte de una categoría.

9.2. DIFERENCIAS ENTRE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

También existen diferencias claras entre los derechos reproductivos y sexuales expresados por las participantes. Debido a que la reproducción está tan medicalizada en ciertas sociedades, incluida la de Costa Rica, muchos de los derechos giran en torno a la atención médica y el derecho al trato humano y el respeto —el área de la negociación es en gran parte entre las mujeres y una institución o sistema, específicamente el campo médico. Así, aproximadamente la mitad de las participantes hablan sobre su derecho a ser respetadas por el/la médico/a, el derecho a un trato individual en lugar de como un “tipo”, y el derecho a un intercambio con el/la médico/a en lugar de ser mandada y su conocimiento sobre su cuerpo descartado. Esto pasa hasta cierto punto con los derechos sexuales también, especialmente en aspectos como el derecho a estar libre de enfermedades de transmisión sexual, pero con los derechos sexuales el énfasis es otro. Mientras muchos de los derechos reproductivos están relacionados directamente con la atención médica y el trato, muchos de los derechos sexuales están relacionados más con las restricciones y limitaciones sociales en general. Mientras la mayoría de las mujeres ven muchos de estos derechos como respaldados o limitados por sus compañeros/as, también están conscientes de que hay una infraestructura sociocultural que limita como pueden pensar y qué pueden hacer con sus vidas sexuales. Se ve una parte de esta amplia visión cuando las participantes hablan sobre las presiones sociales en términos de los efectos en ellas de los mandatos —en especial la culpa. Algunos de los derechos reproductivos tienen un aspecto semejante, por ejemplo la descripción de Andrea del derecho a

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

un aborto seguro, libre de culpas. Pero sobre los derechos sexuales, las limitaciones sociales es lo que más se toca, por ejemplo, en relación con el derecho a disfrutar y experimentar el placer corporal, el derecho a poder socializar sexualidades diferentes y el derecho a ser feliz por la orientación sexual.

Cuando se revisan las listas de los derechos reproductivos y sexuales, puede verse que los tipos de derechos sexuales cubren un rango más amplio que los de los derechos reproductivos. Más que ver los derechos sexuales como parte de los derechos reproductivos, se ve que están separados, y más bien algunos derechos reproductivos son parte de los derechos sexuales. Por ejemplo, si se pueden generalizar los derechos reproductivos articulados por las participantes, se encuentran los siguientes temas generales:

- El derecho al respeto y a un trato humano del personal médico, compañeros/as, amigos/as y colegas
- El derecho a la individualidad y a ser considerada como una persona en lugar de un "tipo"
- El derecho a servicios y productos de buena calidad para controlar la fertilidad
- El derecho a embarazarse y parir
- El derecho a información de buena calidad sobre la reproducción
- El derecho a los beneficios de la investigación y la tecnología

En resumen, esta lista cubre relaciones, las responsabilidades sociales de dar acceso a información y servicios y, en una manera limitada, las prohibiciones sociales (cuando Andrea habla de su derecho como lesbiana a embarazarse).

En cambio, los derechos sexuales tocan las siguientes áreas:

- El derecho a conocer, explorar y disfrutar de su propio cuerpo sin culpa
- El derecho a explorar, aprender y crecer sexualmente
- El derecho a sentir y experimentar orientaciones sexuales diferentes
- El derecho a sentirse feliz y socializar las orientaciones sexuales diferentes
- El derecho a la individualidad y a ser considerada como una persona en lugar de un "tipo"
- El derecho a comunicarse abiertamente, expresar libremente sus deseos y disgustos con el/la compañero/a sexual
- El derecho a información adecuada y la expresión adecuada de la sexualidad sin importar la edad
- El derecho a no ser víctima de violencia y coacción en el aprendizaje y toma de decisiones en el ámbito sexual

Estos derechos son inclusivos de las relaciones, las responsabilidades sociales de brindar información y servicios, acceso al cuerpo propio y, en una manera más profunda, los juicios y limitaciones sociales, por ejemplo el derecho a expresar abiertamente la diferencia libre de culpas, a explorar y crecer y al placer sexual.

En otras palabras, la sexualidad tiene todo un rango de temas que no tienen nada que ver con la reproducción: el placer, la libertad de explorar y crecer, maneras de interactuar con otros/as. La franqueza con que varias de las participantes plantean estos temas contrasta con la manera cuidadosa y conservadora en la cual los documentos de las Naciones Unidas abordan los mismos temas. Se ve que no es con una perspectiva médica que estas mujeres ven la sexualidad, ni es ese el obstáculo que más identifican. Como varias dijeron, es sobre sus cuerpos y va más allá de reclamar información y respeto de otros/as, lo que en general hacen los derechos reproductivos. Es la relación personal que tenemos con el cuerpo—conocerlo e internalizar el poder y la libertad de explorarlo, reconocer el poder de controlar el acceso a él y también disfrutar los placeres. Los derechos sexuales expresados pueden tener mucho que ver con el hecho de que estas mujeres son costarricenses de clase media y media-baja y en general tienen acceso o a una atención privada de buena calidad o los servicios públicos que cubren las necesidades básicas de los anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual y otros aspectos de la salud sexual.

Aunque las participantes heterosexuales y homosexuales muestran algunas diferencias en los derechos reproductivos que ellas consideran como importantes (e.g., que las lesbianas tienen que reclamar hasta el derecho de embarazarse y tener hijos/as), el área de los derechos sexuales muestra aún más diferencias, basadas en las prohibiciones sociales de la sexualidad lesbiana. Para las lesbianas, los derechos sexuales se mueven un poco a la esfera pública debido a las prohibiciones en el reconocimiento de su identidad sexual, sus deseos y sus experiencias (por ejemplo, el derecho a socializar sus sentimientos y experiencias, el derecho a controlar que tipo de información es apuntada en su archivo y cómo será utilizada). Además, debido a que en muchos casos la sexualidad lesbiana está vista como algo “malo”, se busca una causa, y así la psicología hace suposiciones equivocadas y plantea preguntas erróneas, según Andrea y Katerina. Nadie busca explicaciones de la heterosexualidad. Entonces, algo que Andrea y Katerina reclaman es la aceptación social de sus vidas sexuales.

9.3. CONDICIONES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD O NO DE IDENTIFICAR DERECHOS

¿De dónde vienen estas conceptualizaciones de los derechos? Algunos de ellos reflejan los derechos ya formulados por instituciones y acuerdos internacionales. Por ejemplo, Andrea menciona el derecho a un aborto seguro y casi todas las que están activas sexualmente, y una que todavía no lo está, insisten en el derecho a decidir cuantos niños/as tener y el espacio entre ellos/as. Parecería, según esto,

que el discurso de la planificación familiar es bien acogido y está bien establecido. En el área de la sexualidad, todas las mujeres parecen saber que el placer sexual es posible para ellas, y la mayoría dice que es algo que buscan y disfrutan, lo que podría significar que el discurso científico que describe Schifter y Madrigal (1996) esté ganando aceptación. Pero más que articular sus aprendizajes sobre derechos presentados en documentos internacionales, lo que ha hecho este grupo de mujeres es trasladar el concepto de derechos al ámbito de sus vidas sexuales y reproductivas y vincularlo a las luchas que han experimentado en esta parte de sus vidas.

Lo que encontré mientras hablaba con las participantes es que, lógicamente, aprenden y procesan los mandatos y perspectivas escuchadas en la familia, Iglesia, escuela y otros sitios, y todos influyen en la manera como viven y entienden sus vidas y derechos reproductivos y sexuales. Hay diferencias en el grupo en términos de los derechos específicos que articulan, según sus creencias en el uso de anticonceptivos, el aborto, la aceptación de la homosexualidad, etcétera, pero dado que no se busca la representatividad ni el nivel de consenso entre ellas sobre derechos específicos, lo interesante en todo esto es el rango de los derechos articulados. Estas mujeres parecen bastante tolerantes de las elecciones de otras/os, aún cuando no están de acuerdo, lo que refleja el respeto que piden de los/las prestatarios/as en sus decisiones.

Lo que se siente a través de las listas de derechos específicos es un reclamo de conocimiento compartido en una manera abierta y respetuosa, acceso a los servicios y productos disponibles y respeto en su capacidad de utilizar la información y tomar decisiones sobre su reproducción y sexualidad sin manipulación, coacción u otro tipo de violencia —ser dueñas de sus cuerpos y sus vidas. Estos derechos van más allá de lo que se ve actualmente en los documentos sobre derechos humanos. Así, algunas no han sólo aprendido de los derechos que otros/as articulan sino que han internalizado, por lo menos en teoría, un entendimiento de los derechos según sus experiencias y conceptualizaciones de la sexualidad y reproducción.

Es entonces lógico que más que derechos específicos, se pueden leer estos derechos como una reflexión de las luchas que varias de las participantes han tenido en sus vidas reproductivas y sexuales, una interpretación diferente de lo que originalmente había pensado. Al inicio me sorprendió que las mujeres articularan un rango tan amplio de derechos sexuales. Suponía que debido a que el discurso sobre la sexualidad es tan limitado y controlado, que las mujeres iban a tener dificultades en articular derechos, y que estos derechos iban a reflejar este control. De hecho reflejan las limitaciones actuales de los discursos, pero no en la manera que esperaba. Tuve que hacer un cambio mental, que ahora parece obvio: los derechos articulados reflejan los espacios en donde las participantes han experimentado luchas, y son áreas en donde se necesita mucho trabajo institucional y social. Eso significa que ellas sienten injusticias en sus vidas sexuales y reproductivas y ven otras posibilidades de trato mejor.

Entonces en lugar de tomar los derechos articulados por las participantes como una lista comprensiva, se deben combinar con los expresados en otros estudios semejantes en otras poblaciones de Costa Rica, y los derechos más genéricos ya existentes en documentos internacionales —juntos reflejan un enfoque de la salud reproductiva y sexual basado en los derechos que tendrá raíces en el contexto costarricense. Pero ya se pueden utilizar estos derechos para identificar áreas en donde enfocar esfuerzos para mejorar la salud reproductiva y sexual de algunas costarricenses.

Muchos de los derechos reproductivos conceptualizados surgen como reacción a la atención médica de mala calidad que han recibido, también experiencias con interacciones irrespetuosas, restricciones en el acceso a la información y tratamientos, etcétera. Por ejemplo, Pamela, que fue sometida a varias cirugías por tener complicaciones con tratamientos médicos en sus partos y por el cáncer, y que critica la falta de humanidad en las interacciones con el sistema público, insiste en que tiene el derecho de ser vista como persona e individuo por los/las prestatarios/as. Susana también dice que tiene un derecho directamente relacionado con la experiencia que tuvo con un médico que hizo insinuaciones sexuales en una cita ginecológica, cuando dice que los/las médicos/as tienen la responsabilidad de nunca hacer bromas sexuales en este tipo de ambiente. El derecho expresado por Silvia de que las mujeres deben tener acceso a las hormonas durante y después de la menopausia también está directamente relacionado con su lucha de aprender sobre ellas y conseguirlas. El estudio de IRRRAG también encontró en la mayoría de los países esta resistencia al mal trato de prestatarios/as: “Sobre todo se ofendieron por el trato irrespetuoso y abusivo que recibieron de los prestatarios/as de servicios para la salud” (Petchesky, 1998, p. 313).

Las buenas experiencias también influyeron a algunas de las mujeres, en un grado menor. Por ejemplo, Katerina comentó sobre el ambiente con su compañera que le ha ayudado mucho por varios años, por ejemplo en permitirle cuestionar algunas de sus creencias, explorar y desarrollarse sexualmente. Identifica esta libertad que ella ha tenido como un derecho sexual para todas.

Hay mucho ejemplos más que se pueden citar como las relaciones entre las experiencias de las participantes y las conceptualizaciones de sus derechos. Lo que es evidente es que hay algunos derechos que parecen ser aprendidos de otros/as como derechos —e.g. en el caso de estas mujeres, el derecho a anticonceptivos, el aborto, etcétera— y otros que surgen de experiencias de la vida que experimentan las mujeres. Las participantes parecen dar los primeros por sentados, y enfocarse en los últimos con más entusiasmo.

¿Qué es lo que lleva a algunas de las participantes a este otro nivel, de poder tomar sus luchas y traducirlas en derechos? Porque no todas lo han hecho. Regina, por ejemplo, la más joven de las

* “Above all they resented the disrespectful and abusive treatment they received from medical providers.”

participantes, no pudo pensar en derechos reproductivos o sexuales específicos. Después de pensarlo algunos minutos, dijo que sí, que las mujeres tienen estos derechos, pero no pudo articular uno. Imaginar derechos que sean diferentes a lo que alguien le ha enseñado implica que hay que poder ensimismarse en su experiencia particular e identificar una autorización más general —un derecho— algo que las mujeres (o humanos) en general deben tener. Si el derecho sexual o reproductivo surge de una experiencia negativa que ha experimentado, como la mayoría de las participantes expresaron, no sólo hay que ver una injusticia sino la posibilidad de otra experiencia diferente y mejor.

Pamela parece haber llegado a este punto como resultado de sus luchas y el tiempo para evaluarlas:

Cuando uno va creciendo, uno se va dando cuenta que uno está arrastrando patrones y esquemas, esquemas de comportamiento históricos, verdad, con todas las culpas, con todas las cadenas, con todo. Dignidad sería apropiarte de los derechos como persona... Eso significa estar rompiendo contigo mismo, y duele, porque duele, porque cree que lo que le enseñaron es lo correcto, entonces vas rompiendo... Entonces eso te desborona como persona porque de pronto, no calzas con nada. Entonces hay un momento en la vida que se le hace a uno como si uno estuviera luchando para vivir, o mejor dicho para sobrevivir, y es cuando usted empieza a darse cuenta que te estás apropiando... Es apropiarme de mi edad, apropiarme de mi situación como madre, de mujer, de abuela, de mi experiencia y ¿qué puedo hacer con eso? Es la mía y nadie puede decirme qué hacer o no hacer.

Entonces hay una cierta sabiduría que logran algunas mujeres con la edad y la experiencia.

Silvia, por otro lado, en una manera diferente ha aprendido de las luchas que ha experimentado y ha traducido esto a una conceptualización de ciertos derechos. Cuando reflexiona sobre como ella llegó a pensar en los derechos, lo cuenta como un proceso muy personal:

Yo tengo derecho de hablar... Tal vez ya no sabía como decirlo, pero sí lo hice. Entonces cada vez que me ha pasado algo, siempre he sentido la necesidad de hablar, verdad. *Parece que usted aprende de lo que ha pasado, por lo menos.* Sí, sí, sí. Definitivamente que sí. Definitivamente que sí... Y cada vez que he hecho algo de hablar así con alguna cosa que me ha sucedido, me siento feliz. Y eso lo digo a muchas mujeres, verdad. (Silvia)

Su derecho aprendido a hablar sobre sus necesidades y experiencias no es algo que sentía hace 20 años. Luchó por muchos años con los silencios que le impusieron, y es claro por la historia que comparte que se sentía muy sola en sus luchas, aún estando rodeada de mucha gente. Al preguntársele sobre el inicio del proceso de pensar en los derechos, recuerda hablar con sus vecinas cuando estaba recuperándose luego de

haber sido atropellada por un coche. Durante el más de un año y que estuvo batallando con problemas médicos serios debido al accidente, sus amigas la dijeron que tenía el "derecho" a denunciar el chofer por manejar borracho. Esta explicación puede estar basada más en el vocabulario que en el concepto. Sin embargo, parece que este incidente fue importante para que ella pudiera hacer este cambio mental y pensar en lo que merecía, lo cual se fue desarrollando a través de varias luchas, de la terapia que recibía por su crisis durante la menopausia y de su trabajo con los miembros de la comunidad en el área de la salud.

Trabajar en un grupo es algo que ha ayudado a algunas otras participantes a conceptualizar los derechos. En el caso de Silvia, habla con entusiasmo sobre como llegó a trabajar en el comité de salud de su comunidad, y se siente orgullosa del respeto que esto le ha ganado. Aparte de darle un espacio en donde es una "conocedora", se siente capaz de ayudar a otras mujeres. Ha llegado a creer que tiene algo que enseñar y compartir con otras, y este comité se ha convertido en parte de su identidad. Como ella cuenta, riendo, "Yo creo que no me iría [del comité] ni yéndome de la comunidad." Esta sensación de resolución le ha llevado a hablar públicamente sobre su experiencia con la menopausia, y su creencia de que las mujeres tienen derecho a recibir información sobre, y utilizar, el tratamiento de hormonas. Otros estudios también han identificado el rol que tiene la participación en grupos en la concientización de los derechos. En el estudio de IRRRAG se encontró esta influencia en algunos lugares. Por ejemplo en México,

la participación grupal brinda una sensación de pertenencia que permite a las mujeres reconocerse como sujetos de derechos en ciertas áreas de sus vida. En la mayoría de los lugares que estudiamos, encontramos que la participación grupal es una precondition vital para que las mujeres articulen públicamente sus derechos. Aún en grupos creados por curas o monjas, autoridades gubernamentales o líderes varones de base, se encontró que mientras se reúnen con regularidad, las mujeres se apropian del espacio del grupo para ellas mismas... La participación grupal es una actividad que vincula las esferas comunales, públicas y privadas; es el punto de partida para que ellas entren en la esfera pública.* (Ortiz Ortega, Amuchástigui & Rivas, 1998, p. 156)

Katerina también menciona su trabajo con grupos de mujeres como muy importante para ella. Este trabajo es diferente al que Silvia hace, en el sentido de que Katerina empezó a trabajar con estos

* "group participation provides a sense of belonging that enables women to recognize themselves as subjects of rights in certain areas of their lives. In most locations we studied we found that participation in a group is a vital precondition for women to voice their rights publicly. Even in groups created by priests or nuns, government authorities, or male grassroots leaders, it was found that as long as the women meet regularly, they appropriate the space provided for the group as their own. . . . Group participation is an activity that bridges the private, the public, and the communal realms; it is women's entry point into the public arena."

grupos entrando en la universidad, y lo hacía a través de un grupo feminista ya establecido que tenía proyectos montados. Lo explica así:

Yo, por ejemplo, siempre he trabajado con organizaciones sociales. Entonces, desde que entré a la universidad, entonces este proceso de trabajar con la gente te va poniendo a conocer muchas cosas de ti misma y de las personas. Entonces, tienes que buscar mucha información para estar bien. Entonces, pues, la llegada para mí de información sobre lo que era género, sobre lo que era eh... autoestima, sobre lo que era digamos todos esos procesos que aprende con la gente, verdad.

El proceso que Katerina llevó de aprender sobre su sexualidad y aceptarla ocurrió durante el mismo período que trabajaba con la organización social y con grupos de mujeres participantes en los proyectos. Andrea también identifica sus experiencias universitarias de conocer y reunirse con otras lesbianas como muy importante para aprender eventualmente a aceptar su orientación sexual y conocer sus derechos. Susana ha hablado con su familia más o menos abiertamente sobre estos temas, y habla libremente sobre sus experiencias y creencias, y articula derechos que cuestionan su iglesia y familia. Varias de las participantes que han articulado derechos, por sus experiencias de vida o de trabajo, tienen algún nivel de confort en hablar sobre la sexualidad o la reproducción. Susana habla sobre la sexualidad con el grupo de jóvenes de su iglesia, y cuestiona al líder. Así, en grupos formales o informales, la experiencia de estar con otras mujeres y tener un espacio seguro en donde se puede hablar sobre estos temas apoya, para algunas de las participantes, el desarrollo de una sensación compartida de derechos. Puede ser que esto sea especialmente importante para los derechos sexuales y reproductivos debido a que el área pública para explorarlos es muy limitada y controlada.

Otro aspecto que ha influido en la capacidad de Andrea y Katerina de conceptualizar derechos sexuales en especial, pero también derechos reproductivos, es su orientación sexual, no por ser lesbianas en sí, sino por las diferentes experiencias que han pasado. El valor de estas diferencias es algo que es visto en otras situaciones, por ejemplo cuando las mujeres del "Tercer Mundo" han llevado perspectivas nuevas y necesarias a discusiones dominadas originalmente por mujeres de países industrializados. Es una capacidad de ver aspectos y cuestionar suposiciones que otras no ven por sus experiencias. Katerina y Andrea hablan sobre el rumbo que tuvieron que seguir para aprender sobre su sexualidad, y las luchas que experimentaron para poder encontrar buena información y saber que no estaban solas. Aparte de esta experiencia de lucha y aprendizaje, también están muy conscientes de los derechos que algunas mujeres (heterosexuales) suponen pero que ellas, como lesbianas, no experimentan, por ejemplo el derecho a embarazarse y parir, el derecho a socializar información sobre su estilo de vida y compañera, etcétera. La

habilidad de Katerina y Andrea de identificar las expectativas que tienen las mujeres heterosexuales, pero que ellas no tienen, les permite conceptualizar derechos que no les competen a las otras.

Finalmente, hay algunos derechos reproductivos y sexuales que no fueron articulados por las participantes. Esto puede estar relacionado con el hecho de que como costarricenses de clase media y media-baja tienen acceso a la educación básica y atención médica básica (por ejemplo, el acceso a controles prenatales, personas calificadas para atenderlas durante el parto, un rango de anticonceptivos seguros, etcétera), y también tienen suficiente alimento, vivienda, etcétera. Todo eso está dado por sentado para estas mujeres. Debido a esto, en sus conceptualizaciones de los derechos ellas se enfocan principalmente en la calidad de los servicios y las limitaciones sociales que enfrentan.

9.4. EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS:

LAS CONDICIONES HABILITANTES

Existe una brecha entre la conceptualización y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Como dice Pamela, "Cuando hablamos de derechos es... un ideal que hay que buscar siempre." La realización de que los derechos articulados representan las luchas que las participantes han pasado también me hizo pensar de manera diferente sobre el objetivo inicial de aprender si las participantes ejercitan o no estos derechos. Rápidamente fue evidente que sus percepciones sobre si ejercitan o no los derechos sexuales y reproductivos articulados varía mucho, y no necesariamente está muy relacionado con lo que otros/as podrían interpretar como acciones concretas. O sea, fueron las participantes más meditativas, y las que articularon más derechos, las que plantearon que el ejercicio de ellos es problemático y que no siempre han podido ejercitarlos. Por otro lado, varias de las participantes que, por ejemplo, parecen estar en relaciones de poder más tradicionales con sus compañeros dijeron que sí, que ejercitan sus derechos sexuales sin restricción. La percepción del ejercicio de los derechos es obviamente un problema aparte que merece un estudio a profundidad aparte. Además, dado que estos derechos en su mayoría representan áreas de lucha actual o pasada, se puede suponer que es exactamente en estas áreas en donde no han podido ejercitarlos, o por lo menos han experimentado dificultades.

Sin embargo, varias de las participantes hablaron sobre asuntos que están relacionados con su ejercicio de estos derechos, los cuales podemos interpretar como condiciones habilitantes. Pamela comenta sobre algunas condiciones generales, expresándolas como derechos reproductivos, pero se puede pensar en ellos como derechos sociales que son condiciones habilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Dice, "Mi derecho a tener una educación. Mi derecho a tener una vida, ehh, una vida donde tenga los medios para ver a un médico, para cuidarme sexualmente, los medios para tener una casa donde vivir." Así, Pamela propone derechos y condiciones básicas como acceso a una educación, la atención médica en general y una vivienda digna. Por muchos años ha existido un acuerdo

en el movimiento para la salud de las mujeres de que no se puede tener una salud sexual y reproductiva buena si no existe una salud buena en general. Basado en eso, la Plataforma para la Acción de Beijing plantea que "La falta de alimentos para las niñas y mujeres y la distribución desigual de los alimentos en el hogar, el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento y al combustible... y las condiciones de vivienda deficientes pesan en exceso sobre las mujeres y sus familias y repercuten negativamente en su salud" (*Declaración de Beijing*, 1995, p. 91). La percepción de Pamela refleja un entendimiento mayor de la relación entre la salud y las condiciones sociales.

Aparte de eso, ¿cuáles son algunas de las condiciones habilitantes que responden a la situación de este grupo de costarricenses? Una de las condiciones que mencionan varias de las participantes en diferentes maneras tiene que ver con la toma de poder por parte de las mujeres. Por ejemplo, Katerina dice que las mujeres necesitan ver y sentir el poder que ejercitan dentro de las relaciones y reconocer que la mayoría no son simplemente controladas por otros:

Yo he tratado de apoyar [a mi madre] mucho en eso y decirle, "Bueno, mamá, pero también usted tiene derecho." También hacerla que ella reconozca el poder que tiene dentro de la relación. Porque esa es otra cosa. Somos muy desposeídas. Nadie nos dice que en realidad también manejamos poder. Porque sí se maneja poder de parte de las mujeres en la relación, verdad.

Así, sin alguna concepción de poder personal, las mujeres no pueden experimentar el espacio que necesitan para empezar a poner en práctica los conceptos más o menos abstractos de los derechos sexuales y reproductivos. Sin la sensación de que uno tenga la posibilidad de influir o controlar una situación, no se puede ni tan siquiera intentar reclamar derechos.

Pamela y Katerina comentan también sobre otro aspecto de esta toma de poder que está relacionado directamente con los derechos reproductivos y sexuales: la necesidad de apropiarse de su propio cuerpo. Pamela habla de esto en el sentido de que debe ser el centro de los derechos sexuales, y Katerina lo menciona como una necesidad para el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales. Según Katerina, va mano a mano con la capacidad y deber de comunicarse con otros/as.

Bueno, primero sobre la apropiación del cuerpo, verdad, y después de comunicar, de tener la confianza para comunicarle a tu pareja... Por ejemplo, yo tengo una compañera de trabajo que me cuenta que su esposo cada vez que toma licor quiere tener relaciones con ella y ella no le molesta tener relaciones con él pero no le gusta como huele, verdad. Entonces yo le dije "¿Y por qué no se lo decís?" "No, porque es que no, no quiero." ¿Me entendés? Yo creo que es esa cuestión de la comunicación.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Así, con el reconocimiento del poder personal y la apropiación del cuerpo propio, es una necesidad también, según Katerina, la voluntad y capacidad de comunicarse con los/las otros/as. Quebrar los silencios que rodean las vivencias cotidianas de la reproducción y la sexualidad es, por lo tanto, algo que es necesario para la negociación de los derechos sexuales con un/a compañero/a.

Andrea también habla sobre este tema, pero en términos de las responsabilidades que acompañan el tener derechos:

Yo creo que nosotras, yo hablo de una autorresponsabilidad. Es una cosa que bueno, primero que has crecido desarmada. Has crecido hacia lo negativo, hacia la vulnerabilidad, y muchísimas cosas, verdad. Pero además de eso, creo que nosotras somos personas y pensamos y sentimos y tenemos autorresponsabilidades, y dejar ya de estar pensando en tanto en la responsabilidad y las carajadas de las otras personas y pensar un poco más en mí... Tengo derecho y responsabilidad a buscar información y a conocer sobre [el cuerpo] por ejemplo... Yo creo que nosotras las mujeres tenemos que asumir la responsabilidad de nosotras y no esperamos a que otros... O sea, es riquísimo saber que uno tiene una pareja y... te busca información o... La cosa es que eso es un sueño...

Aclarando, cuando se le preguntó sobre los derechos, Pamela también menciona las responsabilidades: "Es que derechos, y deberes también. Está lo que es la responsabilidad con uno mismo por supuesto, con sus capacidades." Cuando identifica los obstáculos que enfrentan las mujeres en el ejercicio de sus derechos, Andrea agrega,

Primero los internos, o sea el hecho primero que nunca se les ha dicho de autorresponsabilidad. Nosotras no sabemos, se supone que el marido es él que lo sabe todo, o la persona que está a la orilla es la que se va a interesar en las relaciones ideales... Primero es la educación, la información. Es fácil educar a las mujeres en ese sentido. El tener yo una educación orientada a poder yo apoderarme, a poder yo decidir, a poder ser autónoma en la toma de decisiones, en lo que me conviene y no me conviene... O sea, tomar conciencia de que tenemos una responsabilidad con nosotras.

Así, Andrea ve el ejercicio de estos derechos como reflejo de una responsabilidad hacia una misma. Lo explica en términos de tener que hacer eso porque nadie les va a regalar los derechos, pero también identifica la necesidad de reconocer la responsabilidad como una parte de trabajar con las mujeres en el área de los derechos. Por eso, hay que tener un acceso a una educación que fomente esto.

Varias de las participantes dicen que es más fácil ejercitar lo que perciben como derechos reproductivos que los derechos sexuales, en gran parte porque mientras no es fácil cuestionar la autoridad de un/a médico/a, por ejemplo, es más fácil eso que hacerlo con sus compañeros/as. Por ejemplo, Andrea

dice que el hecho de que no le preocupe demasiado como se va a sentir un/a médico/a o un/a enfermera le ayuda a insistir en ser tratada respetuosamente, mientras este proceso de negociación con una pareja es más complicado. En el último, siente que tiene que ser mucho más cuidadosa en como aborda los temas, y tiene que preocuparse por como va a recibir los comentarios la compañera. María cuenta una situación semejante cuando habla sobre la necesidad de escoger un buen momento y de presentar su opinión en una manera apoyadora con su compañero, para no lastimarlo. Esto va a variar según el nivel de comodidad que una mujer tenga en interactuar con "expertos" u otras figuras de autoridad, pero sugiere la necesidad de no sólo trabajar con las mujeres y su capacidad de comunicarse sobre sus derechos sino también que se necesitan habilidades diferentes según el tipo de situación. Esta percepción de habilidades variantes en ejercitar los derechos también se encuentra en el estudio de IRRRAG:

Encuentros públicos negativos tal vez intensifican el sentido de autorización de las mujeres, y para muchas, los reclamos institucionales pueden ser más fáciles de articular que los personales... Sin embargo, muchas de nuestras participantes, organizadas o no, parecen encontrar más fácil articular una sensación de injusticia y autorización hacia las instituciones públicas que hacia los compañeros y familiares, con los cuales tienen que vivir. Tal vez negociar los conflictos públicos de los derechos sexuales y reproductivos haría más posible negociar los conflictos privados en la casa.* (Petchesky, 1998, pp. 313, 316)

Esto tal vez sería un adelanto posible, y parece que ha sido así en un caso como el de Siliva, pero seguramente hay otras posibilidades. Por ejemplo, un reconocimiento económico del trabajo de muchas mujeres en la esfera reproductiva (por ejemplo el trabajo en casa), y relaciones de pareja más igualitarias económicamente, también podría ayudar en este proceso de negociación en la casa, lo cual estaría de acuerdo con el resultado de IRRRAG de que cuando las mujeres ganan un ingreso propio de un trabajo fuera de la casa es más probable que ejerciten los derechos reproductivos. Hay otras consecuencias de ganar un ingreso, pero ciertamente una es menos dependiente económicamente de un compañero por cumplir con las necesidades básicas. Si uno está exigiendo cambios, es más fácil si ella puede tomar la decisión de salir y vivir aparte si el compañero no está de acuerdo. Finalmente, contar con más reconocimiento social de que las mujeres tienen estos derechos —lo cual mueve el foco de la discusión de

* "Negative public encounters may enhance women's sense of entitlement, and for many women institutional claims may be easier to articulate than personal ones... Yet many of our respondents, whether organized or not, seemed to find it easier to articulate a sense of injustice and entitlement toward public institutions than toward partners and kin, those with whom they have to live. Perhaps negotiating public conflicts over reproductive and sexual rights will make it more possible for women to negotiate the private conflicts at home."

ser individual y privada a estar en una esfera más pública y crítica del desequilibrio actual del poder social— y con más apoyo social para las mujeres que exigen estos derechos, les dará poder a las mujeres para que den el gran paso de reclamar y ejercitar sus derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos son una respuesta de fondo al tema de los derechos humanos y al tema de la igualdad de género. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género.

12.1.1. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género.

12.1.2. LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCTIVIDAD COMO PARTE DE LA DIGNIDAD HUMANA

La sexualidad y la reproductividad son una parte esencial de la dignidad humana. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son una parte esencial de los derechos humanos y de la igualdad de género.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los derechos sexuales y reproductivos han sido una manera de tomar el marco de los derechos humanos y aplicarlo a áreas de interés especial para las mujeres. Sin embargo, una de las preocupaciones de algunas feministas ha sido que una vez más se está hablando sobre las mujeres principalmente en términos de la reproducción y los cuerpos cuando las mujeres experimentan muchas cosas más que eso. Aunque hay que reconocer esta preocupación, los resultados de este estudio muestran que estos temas no sólo tienen mucha relevancia para la vida cotidiana de las mujeres sino que el uso de este enfoque de derechos puede ser radical y transformador, y las participantes de este estudio tienen mucho que pueden contribuir a las discusiones teóricas sobre la sexualidad y la reproducción.

10.1. LAS CONCLUSIONES PRINCIPALES

Primero se presentan las conclusiones principales del estudio, y en la próxima sección se presentan unas recomendaciones para la acción y políticas en este área.

10.1.1. LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN ADEMÁS DE SER CONCEPTOS DIFERENTES, EVIDENCIAN REALIDADES Y DERECHOS DIFERENTES

En lugar de entender los derechos sexuales como parte de los derechos reproductivos, como hace la mayor parte de las convenciones internacionales, se debe verlos como áreas vinculadas pero separadas. Aunque tal vez estratégicamente es más fácil que lleguemos a acuerdos sobre los derechos reproductivos, y meter la sexualidad en este saco sería más fácil políticamente, eso reforzará la perspectiva problemática de ver la reproducción y sexualidad femenina como inseparables. Además, innecesariamente limita la manera en que se puede abordar la sexualidad. Es claro que los enfoques principales de los derechos sexuales y derechos reproductivos deben de ser distintos.

Hasta ahora, los derechos reproductivos, como la salud reproductiva, han sido definidos principalmente en relación con la medicina. Las activistas del movimiento para la salud de las mujeres y otros han intentado definir la salud en una manera más amplia, tomando en cuenta que la salud es más que la ausencia de enfermedad. Sin embargo, los derechos reproductivos articulados de parte de las participantes aunque tocan otras áreas se concentran en el ámbito de la medicina: las relaciones entre

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

paciente y prestatarios, el trato recibido, acceso a servicios y productos médicos y información y acceso a la planificación familiar.

Lo poco que se ha podido acordar en convenios en cuanto a los derechos sexuales también se enfoque principalmente a la medicina, por ejemplo el derecho de estar libre de enfermedades de transmisión sexual. También algunos documentos mencionan el derecho de estar libre de violencia y coacción acerca de la sexualidad. En cambio, las participantes en este estudio nombran derechos más amplios de eso. No sólo quieren ser libres de prohibiciones y limitaciones acerca de la expresión y exploración de su sexualidad sino que además quieren un sistema que apoye y promueva eso para ellas. La libertad de informarse y acceder información de alta calidad sobre la variedad de expresiones sexuales es un aspecto. Entonces en lugar de empezar con un enfoque médico, ellas empiezan desde una crítica sobre los controles sociales acerca de la sexualidad. Este aspecto de la sexualidad es lo que más ha afectado a las mujeres, y para hablar de una sexualidad femenina saludable hay que abordarlo desde perspectivas diferentes de las de la reproducción.

10.1.2. LA SALUD REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS SON VISTOS PRINCIPALMENTE EN RELACIÓN CON LA MEDICINA Y LOS DERECHOS VINCULADOS A ELLA

Se ha visto que por el desarrollo histórico de los derechos reproductivos, estos han sido contruidos con base en la reacción en contra de las políticas acerca de control de población. Se agregó áreas como atención y recursos para un embarazo seguro y acceso a la atención médica más amplia. También se ha visto como la salud está definida en general como producto de la medicina. Es lógico, entonces, que las participantes en general definen su salud reproductiva en términos de la medicina, y los derechos más que nada en relación con el sistema médico. El discurso principal sobre la salud reproductiva tanto en Costa Rica como en otros países occidentales es el científico/médico. Un ejemplo de eso es la información recibida por las participantes del estudio en tanto a la menstruación y la menopausia, lo que ha sido en general el funcionamiento del sistema reproductor, una versión biológica del proceso mensual y los efectos de la cesación de la menstruación y cambios en la producción de las hormonas.

Los tres momentos en la vida reproductiva estudiados para esta tesis también muestran diferentes tipos de "medicalización". Por ejemplo, por la manera en como la participantes explican sus vivencias acerca de esos, se puede decir que aunque el entendimiento de la menstruación es en general biológico, la vivencia es menos limitada a la medicina que la del parto y la menopausia. Como las mujeres experimentan (o han experimentado) la menstruación todos los meses, y las afecta emocionalmente y en maneras prácticas, ellas logran tener una visión más amplia sobre el proceso. En cambio, las vivencias de los partos reflejan la visión totalmente medicalizada que ellas recibieron y vivieron. Mientras el

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

embarazo ha sido para ellas un área de tomar poder y decisiones, el parto se convirtió en la imposición de las reglas y controles médicos, y pasó el control de ellas a los profesionales en la medicina. En términos de la menopausia, es notable que el único derecho articulado es acerca del derecho a acceder al tratamiento de hormonas.

Dado que en muchos casos las percepciones de los derechos reproductivos y sexuales salieron de experiencias negativas en relación con sus vivencias, es lógico que muchos están enfocados sobre el sistema médico. Ciertamente hay un grupo de derechos acerca de la atención e información médica, y es un área en donde las instituciones en el sector de salud deben ponerse a trabajar. Pero también hay que reconocer que la medicina y el sistema médico sólo son una parte de lo que es la salud reproductiva, y se necesita más esfuerzo y colaboración acerca del tema. Por ejemplo, hay que abrir el entendimiento sobre la reproducción para incluir el apoyo social y político que las mujeres reciben y necesitan.

10.1.3. LAS POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL PARA LAS MUJERES SÓLO SON CONSIDERADAS DESDE LA PERSPECTIVA REPRODUCTIVA

A nivel internacional hablar sobre la sexualidad en términos de los derechos humanos ha producido mucha oposición. Por ejemplo, aunque hubo intentos en la preparación para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo a hablar sobre la sexualidad femenina como aspecto aparte, en el documento final es completamente vinculada con, y subordinada a, la salud reproductiva y la reproducción en general (Tambiah, 1995). La manera en que las entidades públicas costarricenses abordan el tema de la salud reproductiva y sexual refleja una perspectiva principalmente reproductiva. Algunas acciones importantes sobre el tema han sido realizadas por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social acerca de información sobre la planificación familiar, prevención de cáncer cérvico y de mama y la salud integral de las mujeres. El Ministerio de Educación Pública desarrolló un programa para la educación sexual, con lo que pretendió abordar la sexualidad en una manera más amplia. Se encontró tanta resistencia de parte de la Iglesia, que implicó el desarrollo de múltiples versiones del material, que se tardó años en el proceso y los fondos para capacitar a las/los maestras/os acerca del currículo y apoyar la implementación se acabaron (Facio & Queralt, 1995).

En lugar de fomentar más tolerancia y aceptación de las sexualidades, en general las políticas evitan enfrentarse con los discursos limitantes sobre la sexualidad femenina. Una manera de hacer eso es aferrarse a la perspectiva biológica y enfocar sobre la reproducción. Como ejemplo, el fascículo publicado por *La Nación* (1997, 8 de octubre) sobre la sexualidad femenina describe los órganos sexuales, el desarrollo del sistema reproductivo, incluido la menstruación, todo desde el punto de vista biológico. Donde se intenta hablar sobre la sexualidad durante la niñez y adolescencia e incorporar aspectos psicológicos y emocionales, se enfoca en la perspectiva freudiana y los peligros de tener relaciones

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

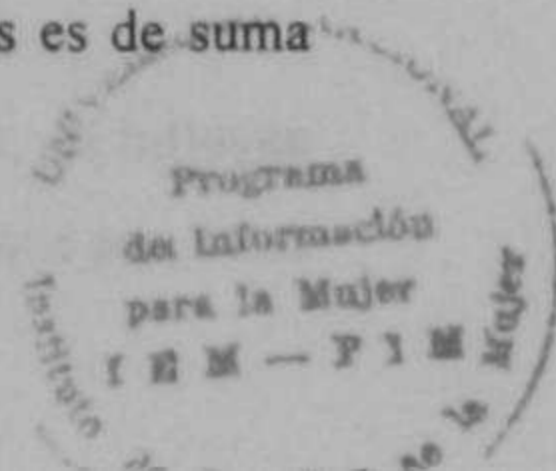
sexuales tempranos. En cambio, el fascículo dedicado a la sexualidad masculina (1997, 15 de octubre) toca la masturbación y la homosexualidad (curiosamente se menciona en este documento sobre los hombres que las mujeres también se masturban y existen las "mujeres homosexuales"). La manera "segura" de abordar a la sexualidad de los adolescentes, entonces, es comunicar sobre el discurso biológico y enfocar principalmente sobre los peligros de la sexualidad precoz o irresponsable.

Las instituciones públicas—como otros sectores sociales—en general evitan hablar de, o promover, la autonomía sexual de las mujeres. Tienden a escoger lo menos controversial, y en este contexto social la sexualidad no cabe, aparte de hablar sobre peligros en parte porque si se puede asustar a las/los jóvenes o solteras/os para no tener relaciones sexuales, apoyará el programa de la Iglesia. Un aspecto de los efectos de un enfoque limitado es la dificultad con que las participantes podrían acceder a información acerca de su sexualidad y reproducción excepto en términos de explicaciones biológicas. Sin información las muchachas y mujeres no pueden tomar buenas decisiones ni sentirse dueñas de este aspecto de su vida. Como varias de la participantes lo ven, la sexualidad adolescente y aún adulta es más bien un ámbito de miedos e inseguridades, lleno de peligros.

10.1.4. LA SEXUALIDAD PARA LAS PARTICIPANTES ES ALGO MÁS QUE EL SEXO: REPRESENTA EL PLACER CON EL CUERPO, RELACIONES CON ELLAS MISMAS Y CON OTROS/AS, Y ES UN PROCESO DE CRECIMIENTO Y REALIZACIÓN PERSONAL

Afortunadamente varias de las participantes de este estudio logran superar los discursos limitantes y llegar a un entendimiento más amplio de su sexualidad. Esas han sido principalmente las que han podido socializar sus experiencias y vivencias sexuales y seguir un proceso de desarrollo basado en estos aprendizajes. Las participantes ven el derecho a la libertad de informarse, conocer el cuerpo, expresar su sexualidad y desarrollarse en el conocimiento y experiencia sexual. En términos de relaciones de pareja, algunos derechos son no ser víctimas de la violencia y la coerción y poder expresar sus gustos y disgustos y actuar según estos. Contrario a la discusión de la reproducción, nadie mencionó un derecho vinculado a la atención médica, aparte del acceso a la información, que tiene una parte biológica.

La sexualidad para casi todas representa interacciones y relaciones con otras personas. Eso no ignora la importancia de trabajo personal. Andrea especialmente comentaba la importancia de conocer su cuerpo y tener un espacio para experimentar la sexualidad con ella misma. Pero ella también hace el vínculo en trasladarla a relaciones con otras personas y querer relaciones sexuales construido sobre esta base. Dado la importancia de las relaciones con otras personas, eso implica que las controles y limitaciones sociales sobre estas relaciones y la expresión de la sexualidad dentro de ellas es de suma importancia en el desarrollo de su sexualidad.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Un aspecto importante acerca de la visión de varias de las participantes es que la sexualidad es un proceso que implica crecimiento a través de las experiencias de la vida. Casi todas las participantes sexualmente activas comentaron sobre su necesidad de aprender a través de experiencias con ellas mismas y con compañeras/os. Pocas recuerdan con mucha gracia sus primeras experiencias (aún aparte de las que sufrieron violencia). Más bien hablan del desarrollo que han podido tener en conocer sus cuerpos y sus gustos y, en algunos casos, en desarrollar una comunicación sobre la sexualidad con sus parejas. Esta perspectiva refleja mucho de la literatura acerca del tema, en especial Leroy (1993), que encuentra que en general son las mujeres mayores las que han podido lograr disfrutar del placer sexual más que las jóvenes que sienten más las presiones y limitaciones. Katerina menciona la importancia de poder experimentar sexualmente para poder realizar su deseo sexual y desarrollar una sexualidad que refleja su vivencia como individuo y como parte de una pareja y comunidad.

10.1.5. LA IGLESIA, LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y LAS CAMPAÑAS EDUCATIVAS INCIDEN DIRECTAMENTE SOBRE LA VIVENCIA Y PERCEPCIÓN DE LA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA FEMENINA, PERO REPRESENTAN SOLAMENTE UNA PARTE DE ESO

Se ha visto que la información acerca del sistema reproductivo y la sexualidad es altamente controlada y hay grandes brechas en la información y la comunicación. Esto se debe en parte al ámbito privado donde se mantiene la discusión de la vida reproductiva y sexual. Limita mucho la posibilidad de compartir información de buena calidad que no venga de los “expertos” pero sin embargo es importante en la vivencia cotidiana de las mujeres. Aunque hay aspectos que son hablados públicamente en lugares como la Iglesia, las escuelas y colegios y en campañas educativas —por ejemplo la importancia de la virginidad antes del matrimonio, la visión científica de la reproducción y la planificación familiar— esos aspectos son sólo una parte de la vivencia y conceptualización de la vida sexual y reproductiva femenina.

La mayoría de las participantes podrían hablar, por ejemplo, sobre los “hechos científicos” acerca de la reproducción y la planificación familiar, y sobre la moralidad o no de tener relaciones antes del matrimonio, etcétera —temas que los discursos públicos tocan. Podrían estar de acuerdo o no con lo que habían escuchado de la Iglesia o su colegio, pero con el hecho de abrir el espacio público, sentían la posibilidad de pensar y opinar. Experimentaron mucho más dificultad al hablar sobre la sexualidad y los aspectos reproductivos (aparte del embarazo), aún en situaciones muy privadas con una hermana o la madre, por ejemplo. Las áreas donde hubo más silencio de parte de las participantes refleja las áreas del silencio social: la menstruación, la menopausia, vivencias femeninas de la sexualidad en general y cuestionamientos acerca de las relaciones de poder entre las parejas en cuanto a la sexualidad.

Entonces no es que las instituciones sociales dictan las creencias de las participantes. Sí influyen con el tipo de información que brindan y la manera en que montan su argumento. Pero más que eso, estas

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

instituciones definen las áreas abiertas y las posibilidades de discusión y oír diferencias. Invisibilizar aspectos de la sexualidad femenina, por ejemplo, lo hace muy difícil de poder comunicar en privado o en público, dado que, como Andrea lo describía, no hay vocabulario.

10.1.6. HABLAR SOBRE LA SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN ES FUNDAMENTAL PARA SALIR DEL MUNDO PRIVADO Y COMPRENDER QUE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS IMPLICAN UNA OPCIÓN POLÍTICA ACOMPAÑADA

Se ve que en el proceso de empezar a hablar sobre los temas no hablados, varias de las participantes podrían trasladar este aprendizaje a otros aspectos de sus vidas reproductivas y sexuales. Eso apoya la idea, propuesta por el estudio de IRRRAG (Petchesky, 1998), de que tal vez en la práctica de negociar derechos con prestatarios/as de salud se puede mejorar la capacidad de negociar los derechos sexuales en casa. Esta capacidad es una manera en que las participantes empiezan a construir un vínculo entre la vida privada y la vida pública. De hecho, son las que han podido hablar con otras personas sobre sus experiencias y ver los aspectos sociales de la vida sexual y reproductiva, además de los aspectos personales, las que también pueden conceptualizar derechos en este campo y tener una idea más clara de los derechos específicos.

Una manera de crear (o tomar) este espacio es el trabajo en grupo. Eso ha sido de suma importancia dentro de los movimientos de mujeres, por ejemplo la formación de grupos de apoyo alrededor de diversas temas. Se ve que para Katerina y Silvia, sus experiencias diversas con grupos ha contribuido mucho a sus percepciones de la reproducción o sexualidad, y hasta cierto punto ayudado en el proceso de conceptualizar derechos relacionados.

El efecto de no poder hablar y compartir historias es en gran medida relegar al concepto como algo individual (recuerda el ejemplo de Silvia cuando dijo que dado su aislamiento y la prohibición sobre socializar acerca de la menstruación que ella llegó a olvidar que era una experiencia compartida entre todas las mujeres). El proceso de socializar y confirmar con otras/os las vivencias y opiniones acerca de la sexualidad y reproducción ayuda a que las mujeres no se sientan solas en el camino y puedan reconocer derechos individuales y sociales relacionados.

10.1.7. DESDE SUS EXPERIENCIAS COTIDIANAS LAS MUJERES APRENDEN SOBRE SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Es claro que algunos derechos son aprendidos de discursos y campañas educativas, como es el caso de los que están vinculados con la planificación familiar. Pero algunas de las participantes también han logrado trasladar este concepto abstracto a otros aspectos de su vida, como los que están relacionados con su orientación sexual, en su relación con su compañero sexual, etcétera. Era sobre este tipo de

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

que muchas instituciones y organizaciones han desarrollado, el hecho de que las percepciones de las mujeres reflejan áreas especialmente problemáticas tiene mucho que ver con la necesidad de montar planes diversos sobre la implementación de sistemas que protejan los derechos. Más que educar a las mujeres sobre sus derechos, que sin embargo es importante, existe una gran tarea acerca de re-capacitar a las instituciones públicas y poner en práctica reglamentos, campañas educativas y otros mecanismos que educan sobre las limitaciones y prohibiciones existentes y maneras de mejorar la actualidad.

10.1.9. SE RECLAMAN MÁS FÁCILMENTE LOS DERECHOS QUE TIENEN QUE VER CON EXIGIR SERVICIOS Y TRATOS DE INSTITUCIONES Y PROFESIONALES DE ESTAS INSTITUCIONES

Mientras la mayoría de las participantes han logrado reconocer que merecen un buen trato o por lo menos respuestas de problemas concretos con instituciones o sistemas, es otra cosa para las participantes tener que negociar con un/a compañero/a y es más difícil que lo hagan. No todas las participantes se sienten capaces de pedir cosas o exigir un buen trato de profesionales, pero la mayoría parecen estar claras en pensar que es un derecho y ellas deben ejercitarlo. Con los compañeros o compañeras este proceso es más complicado, y tiene repercusiones más duraderas si la experiencia no resulta positiva. Por ejemplo, si una mujer depende económica o psicológicamente de su compañero/a, provocar posibles conflictos en esta relación tiene serias consecuencias para ella, entonces tienen más cuidado en abordar el asunto. Aún si no es cuestión de violencia o maltrato como reacción, negociar o reclamar los derechos con un ser querido es más complicado porque por definición le importa a uno como reacciona la persona a los reclamos.

El estudio de IRRRAG (Petchesky, 1998) propone que hay una posibilidad de que aprender a reclamar derechos con las instituciones públicas puede ayudar a las mujeres a negociarlos en la casa. Sin embargo, como era discutido en el Capítulo 9, estos contextos son muy diferentes. Es probable que muchas mujeres siempre van a tener muchas dificultades en negociar con las parejas si se las dejan sin otras herramientas. Más bien, los contextos diferentes y las experiencias distintas que han tenido las mujeres con ellos significa que urgentemente se necesitan compartir estrategias y herramientas que las mujeres utilizan eficazmente en sus relaciones.

10.2. LAS RECOMENDACIONES

La reproducción y la sexualidad femenina sigue siendo temas especialmente controversiales en relación con los derechos humanos, y por eso bastante problemático para las mujeres y muchachas. Partiendo de las conclusiones de este estudio, las siguientes son algunas recomendaciones para la acción futura y políticas relacionadas con la salud reproductiva y sexual y los derechos sexuales y reproductivos. No representan todas las posibilidades, pero son las principales que surgen de los resultados.

1. **Abrir más espacios públicos para hablar y explorar la sexualidad femenina y la vida reproductiva femenina.** Estos espacios —en la radio y la televisión, en grupos sociales y espirituales, en las escuelas y colegios— deben en lo posible tratar no sólo con los peligros del sexo inseguro (e.g., VIH y SIDA, embarazo no deseado) sino más bien enfocarse en sus aspectos de placer y relaciones de mutuo respeto y apoyo. Aún cuando los/las “expertos/as” son útiles en ciertos momentos, se debe promover la participación activa e igualitaria de jóvenes, mujeres y hombres en espacios en donde se puede explorar temas sin ser controlados o dirigidos por profesionales dado que un aspecto necesario de estos espacios es la posibilidad de hablar sobre temas desde una variedad de perspectivas. El rol de las/los profesionales puede ser de asegurar un espacio abierto a diferencias acerca de opiniones y experiencias, y el tiempo suficiente para entrar a los temas sin sentir presionadas/os.

La manera actual de “manejar” la sexualidad deja a la Iglesia y la familia la parte de las prohibiciones y las consecuencias negativas de la sexualidad irresponsable, y los/las sexólogos/as para abordar los aspectos “científicos” del sexo, con poco o ningún espacio para aprender sobre los aspectos positivos de la sexualidad. Cuando se deja a la calle el aprendizaje de lo bueno del sexo, sin foros para desarrollar y crecer en el entendimiento de las relaciones sexuales, en muchos casos lo que se obtiene es información de mala calidad y/o intolerancia hacia las diferencias (fomentada por ciertos discursos de intolerancia). Hay que desarrollar un espacio seguro para cuestionar los aspectos no productivos de las identidades de género, femenina y masculino, y tomar en cuenta las repercusiones positivas y negativas que esto puede tener en las relaciones privadas y la sociedad.

El concepto público de la sexualidad masculina también debe cambiarse, y muchos sectores necesitan colaborar en promocionar una sexualidad que sea construida con base en un respeto mutuo entre los hombres y las mujeres, o entre los hombres, según la orientación. Se ve que la homosexualidad, cuando no es respetada ni valorada, acarrea consecuencias para toda la sociedad. Hasta cierto punto la sexualidad masculina actualmente está definida en lo que no es la homosexualidad ni la sexualidad femenina. Este es un problema complejo que no se va a explorar aquí, pero que influye en cómo los hombres se permiten relacionarse con las mujeres en relaciones heterosexuales.

2. **Aparte de educar a las mujeres sobre sus derechos, y darles espacio para que ellas puedan articularlos desde sus perspectivas, hay que ir más allá e intercambiar ideas y experiencias sobre cómo poner en práctica estos derechos.** Esto puede lograrse mediante espacios en donde las parejas puedan explorar juntas. La comunicación es clave y es uno de los aspectos más

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

difíciles de lograr dado el silencio que existe en muchos aspectos de la sexualidad y la reproducción. Se puede aprender mucho al practicar y hablar entre mujeres, y hay que apoyarlas en el proceso de hacerlo en la casa o en la consulta. Esta necesidad de espacios para hablar fue planteada por Silvia, que sugiere que la CCSS brinda talleres o seminarios para novios/as que promocionan establecer un diálogo sobre la sexualidad: "Poner la gente a... a... hablar, incluso, a las mujeres antes de su matrimonio, no después de su matrimonio... Yo nunca dije a él si alguien me había intentado violarme pequeña... o un montón de cosas, verdad. Entonces una se casa y después viene el laberinto." Entonces hay dos configuraciones: una es que las mujeres se sientan tranquilas compartiendo y aprendiendo entre ellas, y otra mixta para las que quieren empezar a trabajar con parejas.

3. **Las mujeres tienen que aprender sobre su ser y su cuerpo para desarrollar una sexualidad positiva y placentera.** Delegar su placer a su compañero o compañera no ha servido para estas participantes, por lo menos para las que querían compartir esto a profundidad. Conocer cómo ellas pueden sentir placer y sentirse bien con sus cuerpos es básico. Pero poder expresárselo a otra persona y mostrarlo ha sido vital para las que realmente disfrutaban la sexualidad, según ellas. Poder comunicar sus gustos parece ser más difícil para muchas, pero ha tenido buenos resultados en los casos en los cuales se ha hecho. Este buen resultado no será el caso para todas en una población más grande, y hay que reconocer el rol que tiene la violencia, pero es parte del camino hacia una sexualidad saludable y placentera
4. **La violencia contra las mujeres es un área que está siendo trabajada por el gobierno y algunas ONG, pero que siempre necesita mucho más esfuerzo.** No sólo hay que tener servicios y programas para las mujeres, que son de primera importancia, sino que también hay que empezar a cambiar la aceptación de la violencia entre muchos hombres. En gran parte la violencia sigue siendo un problema de una magnitud inmensa en muchos países porque es tolerada entre los hombres. Hay que trabajar con los hombres para enseñarles la manera en que la violencia permea las interacciones entre mujeres y hombres (y hombres y hombres) en diferentes niveles, especialmente con la sexualidad, y cambiar esto. Se deben ir construyendo algunos modelos positivos de la sexualidad que no sólo no estén basados en la violencia sino que se basen en relaciones de mutuo respeto. Hay que dar un mensaje claro de que nunca se puede justificar el uso de la fuerza y también, especialmente en la población heterosexual, promover modelos en donde el hombre no sólo disfrute de relaciones positivas e igualitarias sexualmente, pero las disfrute más que aquellas en donde la mujer no puede participar plenamente.
5. **Hay que escuchar a las mujeres e incorporarlas en programas y proyectos que pretenden trabajar con ellas.** Por eso, se puede aprender mucho de las ONG y grupos de base de mujeres,

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

muchos de los cuales han utilizado y perfeccionado esta técnica. No sólo es invitarlas a una reunión por sus opiniones, sino que la representación en personal debe ser representativa de la población e incorporarlas en posiciones de toma de decisión. Mujeres de todas las edades, desde las más jóvenes hasta las mujeres mayores, todas tienen experiencias y aprendizajes que son esenciales para no sólo construir buenos programas sino también para lograr verdaderamente en ellos y efectuar cambios. Está claro para las participantes en este estudio que las mujeres tienen un vasto conocimiento y disponibilidad de colaborar cuando se les da la oportunidad. La técnica de trabajar con percepciones sobre los derechos puede servir para identificar nuevas áreas de trabajo, el desarrollo de nuevos programas, y el mejoramiento de programas existentes.

6. **Se debe promover una educación sexual en las escuelas y los colegios que apoye una redefinición de los roles de género, el mutuo entendimiento y el respeto entre los seres humanos y un conocimiento de la sexualidad que incluya los aspectos cotidianos y sociales.** El sistema educativo no debe servir sólo como la boca de la Iglesia, y debe promocionar también el estudio y el pensamiento crítico de las/los jóvenes de otras perspectivas. Más allá de lo científico y las prohibiciones, la educación sexual debe incorporar a las/los jóvenes en definir sus intereses y la relevancia de la presentación. También hay que hacer buen uso de espacios diferenciados por género y espacios mixtos. En la enseñanza de estos conceptos, hay que tomar en cuenta las limitaciones sociales y la probabilidad de que algunas maestras también hayan sufrido (o estén sufriendo) la violencia sexual, y también las estudiantes. La violencia sexual debe recibir atención en el colegio, y en una manera adecuada en la escuela, con el apoyo individual y la provisión de información sobre los recursos para las jóvenes y las maestras que necesitan ayuda.
7. **Transformar la definición del "experto/a" y promocionar relaciones diferentes entre los/las prestatarios/as y las/los usuarias/os en el campo de la medicina.** Actualmente se tiende a ver a los/las prestatarios/as como expertos/as que tienen el conocimiento y que saben lo que hay que hacer y cómo. Sin embargo, esta definición no sirve en todas las situaciones, especialmente cuando ellos/as tienen que interactuar con el público. En el contexto de la atención médica han habido problemas en relación con la promoción del respeto y entendimiento entre, por ejemplo, los/las prestatarios/as y las/los usuarias/os (Arroba, 1999). Hay que incorporar un entendimiento diferente y más respetuoso en la educación, desarrollo profesional, y la evaluación profesional que reciben los/las médicos/as, las/los enfermeras, y otros trabajadores de la salud. Hay que educar a los/las profesionales sobre los derechos de las/los usuarias/os e, incluso más importante, llegar a un nuevo entendimiento de su rol en la provisión de servicios; por ejemplo, su rol en la

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

salud es importante pero es sólo una parte del desarrollo de una buena salud reproductiva y sexual.

Además, se necesita entender que aún cuando las instituciones y sistemas están formados por personas, son más que eso: existe una cultura organizacional. No se puede quedar con unas capacitaciones y esperar un cambio verdadero en las instituciones públicas. El tema tiene que ser trabajado desde múltiples "entradas" y sobre un período de tiempo que permite un cambio de real en la manera de ver y interactuar con las mujeres.

8. **Evaluar, documentar y mantener información sobre los proyectos realizados en la salud reproductiva y sexual.** Las diversas ONG como las de planificación familiar y con perspectiva de género, universidades, ministerios e institutos, la presidencia —todos han trabajado en este área. Se sabe que la evaluación no tiene que ser complicada y sirve no sólo para ver si un proyecto hizo lo que se propuso hacer, sino que la evaluación formativa puede mejorar un proyecto si es incorporado a través de la experiencia. El mismo personal puede evaluar sus esfuerzos y tiene la responsabilidad con las/los participantes y sus colegas de hacerlo. También se puede involucrar a estudiantes universitarios para ayudar y colaborar. El gobierno, más específicamente el Ministerio de Salud o el Ministerio de la Condición de la Mujer, puede servir como coordinador de una base de datos en donde se mantenga información esencial sobre los proyectos que diferentes entidades realizan sobre la salud reproductiva y sexual, y las lecciones aprendidas de ellos. Actualmente se pierde mucho conocimiento porque esta información se queda en un ministerio o instituto gubernamental, y hasta con una persona que se va de su puesto. Debe ser un requisito de los programas gubernamentales que se evalúen y apunten los aprendizajes y recomendaciones para trabajos futuros.
9. **Se necesita más investigación a profundidad sobre temas relacionados con este tema.** Por ejemplo, estudios de este tipo serían útiles con diferentes poblaciones de mujeres, por ejemplo las indígenas, las negras, las mujeres en extrema pobreza, las mujeres con incapacidades, las nigaragüenses viviendo en Costa Rica, etcétera. Los resultados de estos estudios podrían servir para entender mejor el contexto costarricense y mostrar áreas en donde se necesita más trabajo y acción. Otras áreas de investigación serían los efectos de la violencia sexual o el incesto en la vivencia de la sexualidad y la vida reproductiva, las vivencias de la menopausia, las estrategias y necesidades relacionadas con el poner en práctica los derechos sexuales y reproductivos y los efectos para los profesionales y compañeros/as de darles poder a las mujeres para que exijan sus derechos.

APÉNDICE

RESUMEN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y

DERECHOS REPRODUCTIVOS

LOS DERECHOS SEXUALES

El derecho a cuidar el cuerpo, a divertirlo, a vestirlo bien a que se sienta en placer y a gusto. (Andrea)

Derecho a disfrutar todo mi cuerpo. (Andrea)

Para mí el fundamental es el de proteger, disfrutar, conocer mi cuerpo y a partir de ahí todos los otros. (Katerina)

Derecho a explorar mi cuerpo libre de culpas y siempre en busca del placer. (Andrea)

El derecho de buscar el placer dentro de mí. (Andrea)

Derecho a la soledad sexual con relación a mí misma. (Andrea)

El derecho a vivir plenamente lo que son las emociones dentro de la misma vivencia sexual. (Andrea)

El derecho a erotismo y a la sensualidad. (Andrea)

El derecho de placer propiamente... El derecho propiamente a tener el placer del orgasmo. (Andrea)

El derecho de que ambas personas sientan placer. (Susana)

El derecho a la intimidad. (Katerina)

Derecho a crecer sexualmente, individual y a nivel de pareja. (Andrea)

Derecho a vivir una sexualidad plenamente femenina con otra mujer. (Andrea)

Derecho a expresar libremente mi sexualidad frente al mundo. Derecho a vivir mi orientación sexual plena y libremente. (Andrea)

El derecho que yo tengo a vivir mi sexualidad como una parte mía, como una parte que puedo socializar también. Porque me pongo a pensar que no es sólo en ejercerlos en privado. (Katerina)

El derecho... a que ponga en su expediente lo que yo quiero que se ponga. (Andrea)

El respeto a la diferencia, siempre y cuando se salvaguarde la seguridad personal y de quienes me rodean. (Katerina)

Derecho a ser feliz por la inclinación sexual (heterosexual o homosexual). (María)

El derecho de poder decir lo que yo siento y lo que yo quiero o sea que eso es lo real, no lo que me dice un libro... El tener derecho también a rechazar ese montón de estupideces que dicen sobre nuestra sexualidad en la psicología tradicional... Eso es una raíz espantosa cuando uno se encuentra con teóricas y teorías y te clasifican en ella. O sea, es una de las violencias más brutales. (Andrea)

Yo soy una persona diferente a vos, entonces merezco un trato diferente... Yo pienso que eso de generalizar no es muy correcto en todo sentido, pero sobre todo en la sexualidad. (Katerina)

APÉNDICE

- El derecho por la posibilidad de poder pedir lo que yo quiero. (Andrea)
- Uno tiene el derecho de hablar y de expresar lo que quiere y como lo quiere. (Susana)
- Mi derecho de decir lo que me gusta y lo que no me gusta. (Pamela)
- Negociar y pactar lo que deseo hacer y que me hagan y sobre todo el poder comunicarlo con la pareja y quienes me rodean. (Katerina)
- Derecho de que... si quiere puede pedirlo y si no tiene ganas también puede decir que no quiere. (María)
- Como el hombre dice "Quiero estar con vos", también al igual la mujer como un ser igualmente creada por Dios tiene el mismo derecho a decir sí o no, siempre y cuando no lo haga por capricho. (Silvia)
- La libertad para elegir con quien quiero estar, en el momento que desee y haciéndolo, que sea cómodo para mí y para los demás. (Katerina)
- Derecho a no sentirme incómoda al decidir si quiere uno sexo. (Sandra)
- Derecho a no ser culpada en función del ejercicio de mi sexualidad. (Andrea)
- Derecho a vivir plenamente mis fantasías sexuales sin culpa. (Andrea)
- Derecho a no sentirme acosada por otros. (María)
- Que ninguno se sienta forzado a hacer lo que no quiera. (Susana)
- Derecho a no ser violentada ni en lo mínimo. (Andrea)
- Derecho a que cada día se investigue más sobre el cuerpo de las mujeres. (Andrea)
- El derecho de que [el médico y la médica] tenga un conocimiento más amplio de como abordarlo a uno a nivel sexual que no sea sólo una cosa biológica, verdad, sino yo creo que eso tendría que ser más sexólogo y tener especialidad y todo. (Andrea)
- Entonces yo creo la educación, el conocimiento como el arma... Yo creo que el asunto es, por ejemplo, es en el educarme, en leer, en compartir con amigas. (Andrea)
- Desde que van a un kínder se debe empezar con la educación sexual, desde chiquititos se debe empezar. (Pamela)
- El derecho de que la persona tome la decisión de a partir de qué edad quiere tener relaciones sexuales o no, sin importar si la Iglesia diga o no diga una cosa. Que cada uno tenga el derecho sin que se lo juzgue. (Susana)
- Lo que creo es que tenés que proporcionar [a los y las jóvenes] información de cuáles son los métodos seguros para que no queden embarazadas, para que no puedan desarrollar su sexualidad si así lo deciden está bien. (Katerina)
- Que tengo derecho y responsabilidad a buscar información y a conocer sobre [el cuerpo]. (Andrea)
- Información y atención en salud sexual y reproductiva para mi caso individual. (Katerina)

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

- El derecho a investigar y tratar de entender nuestro ciclo menstrual, sentimientos y emociones. (María)
- El derecho a ser entendida por los cambios vividos con la menstruación. (Andrea)
- El derecho a ser chineada durante la menstruación. (Andrea)

APÉNDICE

Tenemos derecho a ser personas en frente del médico, que también es persona, en frente de cualquiera, del médico y de cualquiera. (Pamela)

Andrea y Katerina hablan del derecho de intercambiar información con el/la médico/a. No les gusta que la gente vaya y que sencillamente el médico les diga lo que hay que hacer, como si no conocieras tu cuerpo.

El derecho de [que el médico sea] sincero, o sea, que le diga a uno qué tienes o que te diga no puedo. (Andrea)

No se puede generalizar con todas las mujeres. (Pamela)

El derecho del trato humano, [de ser] mujer con tus miedos, con tus inseguridades. (Andrea)

El derecho a [que me pida] permiso para tocar el cuerpo. (Andrea)

Nunca [debe] hacer bromas o hacer insinuaciones en el momento en que se está realizando [un examen], ni antes ni después. (Susana)

Derecho a información de anticonceptivos. (María)

El aborto como una posibilidad para vivirlo. Pero no como una posibilidad con culpa después. (Andrea)

Derecho a la decisión de número de hijos. (María)

La mujer tiene todo el derecho a decidir cuántos hijos desea tener. (Silvia)

Derecho a embarazo. (Andrea)

Ninguna mujer tiene por qué estar soportando si sabe que hay un medicamento que la va a ayudar. Qué lo reclama; qué se lo tome. (Silvia)

BIBLIOGRAFÍA

- Achío, Mayra; DeVries, Henry; García, Cathalina; et al. (1994). *Fecundidad y formación de la familia: encuesta nacional de salud reproductiva de 1993*. San José: CCSS.
- Arroba, Anna. (1999). *Mejorando la calidad de los servicios públicos de salud para las mujeres con énfasis en la salud sexual y reproductiva*. San José: Asociación Demográfica Costarricense y la Asociación de Mujeres en Salud.
- Avalos Rodríguez, Angela. (2000, 12 de abril). Más costarricenses planifican familia. *La Nación*, sección El país.
- . (1999, 18 de agosto). CCSS compra más servicios. *La Nación*, sección El país.
- . (1997, 21 de setiembre). Rezago en la reforma. *La Nación*, p. 4A.
- Balsamo, Anne. (1996). Public pregnancies and cultural narratives of surveillance. En *Technologies of the gendered body: Reading cyborg women*. Durham: Duke Univ. Press.
- Barroso, Carmen, y Bruschini, Cristina. (1991). Building politics from personal lives: discussions on sexuality among poor women in Brazil. En Chandra Talpade Mohanty, Ann Russo y Lourdes Torres (Eds.), *Third world women and the politics of feminism*. Bloomington, Ind.: Indiana University Press.
- Bauzá, Vanessa. (1994). Puerto Rico: the covert campaign to sterilize women. *Ms.*, 5(2), 14.
- Brownmiller, Susan. (1975). *Against our will: men, women and rape*. New York: Fawcett Columbine.
- Bunch, Charlotte. (1999). Women's rights as human rights: toward a re-vision of human rights. En The Belgrade Circle (eds.), *The politics of human rights*. London: Verso.
- Caplan, Pat. (1987). Introduction. En Pat Caplan (Ed.), *The cultural construction of sexuality*. London: Tavistock Publications.
- Carcedo, Ana. (1997). Never to cry alone again: women and violence in Costa Rica. En Ilse Abshagen Leitinger (ed. and trans.), *The Costa Rican women's movement: a reader* (pp. 160-69). Pittsburgh, PA: Univ. of Pittsburgh Press.
- CEFEMINA. (s.f.). *Del MLM (Movimiento de Liberación de la Mujer) a CEFEMINA (Centro Feminista de Información y Acción): (algunos recuerdos de nuestros orígenes e infancia ...)*. San José: s.l.

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL. (1994). Salud, equidad y capital humano en Centroamérica. *Cuaderno de Ciencias Sociales* 72. San José: Programa Costa Rica, FLACSO.
- Code, Lorraine. (1991). *What can she know? Feminist theory and the construction of knowledge*. Ithaca, NY: Cornell Univ. Press.
- Colin, Marie-Odette. (1976). *El programa de planificación familiar en Costa Rica*. En la serie Avances de investigación (Instituto de Investigaciones Sociales). San José: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica.
- Collins, Carole J. L. (1992). Women as hidden casualties of the Cold War. *Ms.* 3(3), 14.
- Cook, Rebecca J. (1993, marzo/abril). International Human Rights and Women's Reproductive Health. *Studies in Family Planning* 24(2), 73-86.
- Corrêa, Sonia [con Reichmann, Rebecca]. (1994). *Population and reproductive rights: feminist perspectives from the South*. Londres: Zed Books.
- Corrêa, Sonia, y Petchesky, Rosalind. (1994). Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. En Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen (Eds.), *Population policies reconsidered: health, empowerment, and rights*. Boston: Harvard University Press.
- Declaración de Beijing y Plataforma para la acción: IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres*. (1995, septiembre). Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer (trans.). Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Delaney, Janice; Mary Jane Lupton y Emily Toth. (1988). *The curse: A cultural history of menstruation*. Edición revisada. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Dierckxsens, Wim. (1994). Costa Rica—the unfinished demographic transition. En Bertil Egerö y Mikael Hammarskjöld (Eds.), *Understanding reproductive change: Kenya, Tamil Nadu, Punjab, Costa Rica*. Lund, Suecia: Lund University Press.
- Dixon-Mueller, Ruth. (1996). The sexuality connection in reproductive health. En Sondra Zeidenstein and Kirsten Moore (eds.), *Learning about sexuality: a practical beginning*. New York: The Population Council y International Women's Health Coalition.
- Doyal, Lesley. (1995). *What makes women sick: gender and the political economy of health*. Houndmills, England: Macmillan.
- Ehrenreich, Barbara, y English, Deirdre. (1978). *For her own good: 150 years of the experts' advice to women*. New York: Anchor Books, Doubleday.
- Eisler, Riane. (1993, otoño). The partnership society: a challenge for human rights. *Women's International Network News*, 19(4): 1-3.
- Encuentros y conferencias. (1995, enero-marzo). *Boletín del Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, 49, 38.

BIBLIOGRAFÍA

- Facio, Alda, y Queralt, Laura. (1995). Sex education and the religious hierarchy in Costa Rica. En Margaret A. Schuler (ed.), *From basic needs to basic rights: women's claim to human rights* (pp. 433-41). Washington, DC: Women, Law & Development International.
- Faludi, Susan. (1991). *Backlash: the undeclared war against American women*. New York: Anchor Books.
- Family Care International. (1994, septiembre). *Acción para el siglo XXI: salud y derechos reproductivos para todos*. New York: Family Care International.
- Flansburg, Sundra. (1999). El poder de conocer: ciencia, conocimiento y el cuerpo femenino durante el proceso del parto. *Praxis 53*: 39-55.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994). San José: Naciones Unidas.
- Foucault, Michel. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza Editorial.
- . (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings, 1972-1977*. (Colin Gordon, ed.). New York: Pantheon Books.
- García-Moreno, Claudia, y Claro, Amparo. (1994). Challenges from the women's health movement: women's rights versus population control. En Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen (Eds.), *Population policies reconsidered: health, empowerment, and rights*. Boston: Harvard University Press.
- Germain, Adrienne; Nowrojee, Sia; y Pyne, Hnin Hnin. (1994). Setting a new agenda: sexual and reproductive health and rights. En Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen (Eds.), *Population policies reconsidered: health, empowerment, and rights*. Boston: Harvard University Press.
- Germain, Adrienne, y Ordway, Jane. (1989, junio). *Population control and women's health: balancing the scales*. New York: International Women's Health Coalition.
- González Gómez, Mary Lisbeth. (1985). Planificación familiar y el estado: el caso de Costa Rica. Tesis de licenciatura no publicada (ciencias políticas), Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.
- Griffin, Susan. (1999). *What her body thought: a journey into the shadows*. San Francisco: HarperCollins.
- Hartmann, Betsy. (1995). *Reproductive rights & wrongs: the global politics of population control*. Edición revisada. Boston: South End Press.
- . (1994). Reproductive rights and wrongs. En Alison M. Jagger (Ed.), *Living with controversies in feminist social ethics* (pp. 330-340). Boulder: Westview Press.

BIBLIOGRAFÍA

- Healthanswers. (1999). *Menstruation, painful*. [on-line]. Disponible: <http://galaxy.tradewave.com/galaxy/Community/Health/Sexual-Health/>
- Hite, Shere. (1976). *The Hite report: a nationwide study of female sexuality*. New York: Dell Publishing.
- Hoskins, Fran. (1994). Genital and sexual mutilation of females. *WIN News* 20(3), 24-25.
- . (1995). Women and health. *WIN News* 21(1), 28-29.
- IPPF. (1997). The need for family planning. [on-line]. Disponible: http://www.oneworld.org/ippf/family_plan.html.
- . (1996). Informe anual, 1995-1996. Londres: IPPF.
- . (1995). The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. [on-line]. Disponible: <http://www.oneworld.org/ippf>.
- Jackson, Margaret. (1987). 'Facts of life' or the eroticization of women's oppression? Sexology and the social construction of heterosexuality. En Pat Caplan (Ed.), *The cultural construction of sexuality*. London: Tavistock Publications.
- Keyzers, Loes. (1995, abril-junio). Derechos sexuales y reproductivos en vez de fijación biomédica. *Boletín de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*. 50, vi-x.
- . (1994). Ideologies and realities of female sexuality in current population and development policy making. Is there room for women's sexual and reproductive rights? En *Terra Femina. Population: the human factor on life, love, death and exile*. Río de Janeiro: Institute of Cultural Action.
- Lagarde, Marcela. (1990). *Cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lamas, Marta. (1993, julio-septiembre). La lucha por los derechos reproductivos. *Boletín de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*. 44, 38-39.
- Lerner, Gerda. (1986). *The creation of patriarchy*. New York: Oxford University Press.
- Leroy, Margaret. (1993). *El placer femenino: qué piensan las mujeres sobre el sexo*. Traducido por Olga Domínguez Sheidereiter. Barcelona: Paidós.
- Martin, Emily. (1987). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Montaño, Sonia. (1996). Los derechos reproductivos de la mujer. En Laura Guzmán Stein y Gilda Pacheco Oreamuno (Eds.), *Estudios básicos de derechos humanos, tomo IV*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Myss, Caroline. (1996). *Anatomy of the spirit: the seven stages of power and healing*. New York: Three Rivers Press.

BIBLIOGRAFÍA

- Nación, La. (1997, 15 de octubre). *Fascículo 4: Sexualidad masculina*. Sexualidad joven. San José: La Nación.
- . (1997, 8 de octubre). *Fascículo 3: Sexualidad femenina*. Sexualidad joven. San José: La Nación.
- Nemenzo, Ana María. (1996). Exposición en panel. 8° Encuentro Internacional Mujer y Salud (Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos, Río de Janeiro, Brasil).
- Northrup, Christiane. (1994). *Women's bodies, women's wisdom: creating physical and emotional health and healing*. New York: Bantam Books.
- Oakley, Ann. (1992). *Social support and motherhood: the natural history of a research project*. Oxford: Blackwell.
- Oliviera, Rosiska Darcy. (1994, enero-marzo). Responsabilidad en los derechos reproductivos. *Boletín de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*, 45.
- OPS/OMS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. (1994). *La salud-enfermedad de las mujeres centroamericanas a inicios de la década de los noventa: un enfoque de género*. S.l.: OPS/OMS.
- Ortiz Ortega, Adriana, Ana Amuchástegui & Marta Rivas. (1998). 'Because they were born from me': negotiating women's rights in Mexico. En Rosalind P. Petchesky & Karen Judd (eds.), *Negotiating reproductive rights: women's perspectives across countries and cultures* (pp. 145-79). London: Zed Books.
- Petchesky, Rosalind. (1998). Cross-country comparisons and political visions. En Rosalind P. Petchesky & Karen Judd (eds.), *Negotiating reproductive rights: women's perspectives across countries and cultures* (pp. 295-323). London: Zed Books.
- . (1993, julio-septiembre). Salud y justicia reproductiva. *Boletín de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos*. 44, 3-5.
- Population Action International. (1994). *Fondos para el futuro: cómo satisfacer la demanda de planificación familiar*. Washington, D.C.: Autores.
- Portugal, Ana María, y Matamala, María Isabel. (1993). Movimiento de salud de las mujeres: una visión de la década. En Elsa Gómez Gómez (Ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*. Publicación científica no. 541. Washington, D.C.: OPS y OMS.
- Prado R., Gabriela. (1996, febrero). *Resultados: consulta reflexión y análisis de la salud integral de la mujer de los sectores populares*. San José: Alianza de Mujeres Costarricenses.
- Preinfalk Fernandez, María Luisa. (1998). *Vivencias y prácticas sexuales de las mujeres jóvenes residentes en Rincón Grande de Pavas*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional y Universidad de Costa Rica.
- Programa de Investigación en Políticas de Salud. (1997). Utilización de los sistemas de información en la gerencia del programa de salud reproductiva: estudio de caso a nivel local. No publicado.

BIBLIOGRAFÍA

- Puleo, Alicia. (1994). *Conceptualizaciones de la sexualidad e identidad femenina: voces de mujeres en la comunidad autónoma de Madrid*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense de Madrid.
- Rahman, Anika. (1994). A view towards women's reproductive rights perspective on selected laws and policies in Pakistan, *Whittier Law Review* 15:4, 981-1001.
- Rahman, Anika, & Pine, Rachael. (s.f.) An international human right to reproductive health care: toward definition and accountability. *Health and Human Rights: An International Quarterly Journal*. 1:4, 400-427.
- Reproductive choice in jeopardy: international policy perspectives*. Presentations at the Biennial Conference of the Association for Women in Development, Washington, D.C., April 1987. (1987). New York: International Women's Health Coalition.
- Rich, Adrienne. (1986). *Of woman born: motherhood as experience and institution*. New York: W. W. Norton & Co.
- Rubin, Gayle. (1984). Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. En Carole S. Vance (Ed.), *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Ruiz Rojas, Ana Isabel. (1991, setiembre). Salud pública y trabajo social. *Revista de Ciencias Sociales* 53:25-33.
- Schifter Sikora, Jacoba, y Madrigal Pana, Johnny. (1996). *Las gavetas sexuales del costarricense y el riesgo de infección con el VIH*. San José: Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud.
- Segal, Marlan. (2000). *On the teen scene: A balanced look at the menstrual cycle*. [on-line]. Disponible: http://www.fda.gov/opacom/catalog/ots_mens.html
- Seidler, Victor J. (1987). Reason, desire, and male sexuality. En Pat Caplan (Ed.), *The cultural construction of sexuality*. London: Tavistock Publications.
- Sen, Gita; Germain, Adrienne; y Chen, Lincoln C. (Eds.). (1994). *Population policies reconsidered: health, empowerment, and rights*. Boston: Harvard University Press.
- Sen, Gita; y Grown, Caren. (1987). *Development, crises, and alternative visions: Third World women's perspectives*. New York: Monthly Review Press.
- Sheehy, Gail. (1991). *The silent passage: menopause*. New York: Simon & Schuster.
- Stewart, Sheelagh. (1996). Changing attitudes toward violence against women: the Musasa project. En Sondra Zeidenstein y Kirsten Moore (eds.), *Learning about sexuality: a practical beginning* (pp. 343-62). New York: The Population Council y International Women's Health Coalition.

BIBLIOGRAFÍA

- Tambiah, Yasmin. (1995). Sexuality and human rights. En Margaret A. Schuler (ed.), *From basic needs to basic rights: women's claim to human rights* (pp. 369-90). Washington, D.C.: Women, Law & Development International.
- Thornhill, Randy, y Palmer, Craig. (2000) *A natural history of rape: biological bases of sexual coercion*. Boston: MIT Press.
- UNFPA. (1997). *The State of World Population. The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York: UNFPA.
- United Nations. (1991). *Women: challenges to the year 2000*. New York: United Nations.
- Vance, Carole S. (1984). Pleasure and danger: toward a politics of sexuality. En Carole S. Vance (Ed.), *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Villalobos Solano, Luis Bernardo. (1997, marzo). El concepto de salud en la reforma: implicaciones operativas para una atención integral. No publicado.
- Walker, Barbara G. (1983). *The woman's encyclopedia of myths and secrets*. New York: HarperCollins.
- Weeks, Jeffrey. (1985). *Sexuality and its discontents: meanings, myths & modern sexualities*. London: Routledge & Kegan Paul.
- World Bank. (1995). *Advancing social development: a World Bank contribution to the Social Summit*. Washington, D.C.: World Bank.
- . (1994). *A new agenda for women's health and nutrition*. Washington, D.C.: World Bank.