**Colombia**

**Autonomía desigual**

**La irrupción del zika en América Latina y las respuestas gubernamentales para contener la epidemia ponen de relieve el lugar que ocupa la autonomía de las mujeres en un campo altamente politizado como la reproducción.**

**Autonomia desigual**

**A irrupção da zika na América Latina e as respostas governamentais para conter a epidemia colocam em relevo o lugar que ocupa a autonomia das mulheres em um campo altamente politizado como a reprodução.<i>(Texto em espanhol)</i>**

**Autonomía desigual**

<i>por Manuel Alejandro Rodríguez Rondón</i><p>

Colombia es el segundo país en América Latina, después de Brasil, con mayores tasas de transmisión del virus del zika. En la primera semana epidemiológica del año registró 13.531 casos, cifra que ascendió a los 88.945 a mediados de mayo. El alto número de contagios estimado para este año (650.000) y el temor frente a un incremento sustancial en los casos de microcefalia encendió las alarmas del Ministerio de Salud colombiano, que en rueda de prensa en enero de este año declaró que todos los embarazos serían considerados de <i>*“alto riesgo”</i>*. Sumándose a otros países de la región, entre ellos Jamaica, Ecuador y El Salvador, el gobierno colombiano puso parte de sus esperanzas en controlar la epidemia mediante la reducción de la reproducción durante la fase epidémica. <p>

Luego de señalar que el combate del zika involucraba no sólo al estado sino también a las comunidades, las familias y los individuos, Alejandro Gaviria, ministro de salud, dirigió a todas las mujeres del país lo que denominó una ‘recomendación más compleja’: <i>*“deberían considerar posponer el embarazo seis meses, ocho meses”*.</i> Aunque Gaviria aclaró que en ningún momento pretendía decirle a las mujeres que se abstuvieran de tener relaciones sexuales y que la recomendación la hacía <i>*“respetando su autonomía individual y sus libertades individuales”*,</i> las reacciones no se hicieron esperar. <p>

Las críticas apuntaron a la falta de principio de realidad de las recomendaciones, en tanto asumían que el embarazo constituía una elección libre de las mujeres e ignoraban las profundas desigualdades sociales del país. Mónica Roa –una de las figuras más visibles en el proceso que llevó a la despenalización del aborto por causales en el país– señaló a diversos medios de comunicación que el Ministerio había pasado por alto que en Colombia el 52% de los embarazos no son planeados, en parte por el precario acceso a métodos anticonceptivos, y que el 60% de las mujeres del país que viven por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar, que es donde existe mayor riesgo de infección, habitan las zonas más pobres. <p>

El limitado control de las mujeres sobre sus cuerpos también es amenazado por los altos índices de violencia sexual y los embates conservadores frente al ya precario acceso a la educación sexual en el país. Recientemente la Corte Constitucional rechazó una demanda que buscaba extender la cátedra de educación sexual a los grados de preescolar y primaria. El fallo hizo eco a voces reaccionarias respecto de que esto suscitaría inquietudes prematuras con respecto a las relaciones sexuales. <p>

La conexión del zika con casos de microcefalia situó asimismo al aborto en el centro del debate. La polémica en la que se escucharon voces del gobierno, así como otras conservadoras y progresistas en torno a la producción de nuevos embarazos y a la interrupción de los mismos mostró, una vez más, que la reproducción constituye un campo de disputa altamente politizado. <p>

A diferencia de otros países de la región, el marco normativo colombiano no representa un impedimento para que las mujeres embarazadas e infectadas con zika, o con sospecha de estarlo, puedan interrumpir la gestación. Como explica Ana Cristina González Vélez, médica fundadora e integrante de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, <i>*“en estos casos la mujer puede presentar una alteración de su propia salud entendida de manera integral: puede ser una afección física, pero también una mental frente a la expectativa de una gestación que pueda implicar una malformación fetal severa y todo lo que eso conlleva para la mujer. Esto está confirmado por el protocolo del Ministerio de Salud para el manejo de la salud reproductiva en los casos de zika”*.</i><p>

No obstante, González aclara que en tanto el aborto sigue siendo tratado como un delito frente al cual existen excepciones, persiste un manto de ilegalidad en las causales despenalizadas por la Corte. <i>*“Hay siempre una pregunta sobre el límite de lo que es legal y cuándo se está incurriendo en un delito. Y aunque las causales son explícitas, después de 10 años de despenalización parcial del aborto en Colombia está claro que la ilegalidad sigue estigmatizando a los prestadores de servicios de salud y a las mujeres. Este es un peso que sólo va a desaparecer con la legalización completa del aborto, ya que los servicios de salud no deben discutirse en el Código Penal”*,</i> afirma. <p>

Cristina Villarreal, directora ejecutiva de la Fundación Oriéntame, que presta servicios de interrupción legal del embarazo, señala que en los últimos 10 años ha habido importantes avances en materia de aborto legal. <i>“*Mi visión de estos diez años es bastante optimista. Yo creo que ha habido un gran avance en términos del conocimiento por parte de las mujeres del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y del acceso a servicios legales. En 2006, cuando el aborto fue despenalizado, atendimos 7 mujeres por IVE. El año pasado atendimos casi 9000. La demanda ha ido creciendo y eso me permite decir que las mujeres conocen y tienen acceso”*,</i> señala*.* <p>

Para Villarreal, el incremento en la cobertura de la IVE por parte de las Entidades Promotoras de Salud en el país da cuenta de estos avances. Cerca del 18% de las mujeres atendidas por Oriéntame en lo corrido del año han abortado amparadas por dichas entidades, sin tener que pagar por el procedimiento. Asimismo, junto al Ministerio de Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas se han llevado a cabo capacitaciones en todo el país a profesionales de salud en servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo. <i>*“Todo eso me hace pensar que las cosas han mejorado, pero obviamente sé que incluso en Bogotá existen barreras. La situación es peor en ciudades más pequeñas y en zonas rurales, sobre todo en este país tan inequitativo. En el acceso al aborto también se expresan las desigualdades sociales”*,</i> asevera*.* <p>

Estimar las desigualdades en el acceso al aborto legal en el país resulta difícil debido a que el último estudio realizado en Colombia data de 2008, es decir, sólo dos años después de la despenalización parcial del aborto. Sin embargo, Villarreal considera que las tendencias identificadas en ese momento no han cambiado mucho, de ahí que sean la Costa Pacífica y la Costa Atlántica <i>*“las regiones con los efectos más lesivos del aborto”*.</i> La investigación realiza por el Instituto Guttmacher y en la que participó Villarreal, señala que, excluyendo a Bogotá, la Costa Pacífica y la Costa Atlántica son las regiones con más altas tasas de aborto clandestino en el país. La Costa Pacífica, que concentra además una alta población afrocolombiana, es una de las regiones más afectadas por la violencia de grupos paramilitares y guerrilleros en el país y allí se registran grandes desplazamientos forzados por causa del conflicto armado. Según la investigación, las mujeres desplazadas son especialmente vulnerables a embarazos no deseados y a la violencia sexual. La pobreza y el aislamiento en que viven limita además su acceso a servicios de salud sexual, salud reproductiva y anticoncepción. <p>

En este sentido, Ana Cristina González destaca la centralidad de las desigualdades sociales en el manejo del zika, sobre todo en lo relacionado con salud reproductiva y aborto.<i>*“Ésta, como casi todas las epidemias, afecta particularmente a grupos poblacionales que suelen ser los que tienen mayores desventajas en sus vidas. Por eso, creo que hay que aprovechar el sentido de inminencia de la epidemia, que suscita mayor atención de las autoridades sanitarias y mayores recursos, para decir que lo que está en el centro es la posibilidad de revisar las desigualdades persistentes en materia de salud reproductiva. Porque las mujeres infectadas con zika son en general las mismas mujeres que tienen indicadores más desiguales en materia de salud reproductiva. Las más pobres, las que tienen menos educación, las que viven en zonas aisladas, urbanas o rurales, que tienen más hijos no deseados, menos acceso a los métodos y al aborto legal. Y eso no les pasa a las mujeres por el zika. El zika es una carga adicional. Tenemos la oportunidad de usar la epidemia para mantener el foco en las desigualdades sociales”*,</i> puntualiza*.* <p>

Relacionada con las desiguales condiciones sociales en las que las mujeres acceden a servicios de salud reproductiva y aborto, otra cuestión que ha adquirido gran relevancia es la autonomía de las mujeres, especialmente, en lo relativo a las prácticas de autocuidado. El sentido y la práctica de la autonomía, que en principio refieren a la posibilidad de vivir según un orden propio y no uno impuesto, parecen haberse desplazado en una dirección que apunta a la responsabilidad, en este caso por la epidemia y los casos de microcefalia. <p>

Como señala Manuel Ramón Castillo, desde la década de 1980, la OMS ha promovido el autocuidado como una estrategia sanitaria central en los sistemas nacionales de salud. El autocuidado, señala el investigador, fue definido por dicha organización internacional como <i>*“las actividades de salud no organizadas y las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.”*, que comprenden, entre otras cosas, *“el autotratamiento [y] el respaldo social en la enfermedad […] en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas”*.</i> <p>

Las recomendaciones de los gobiernos de la región que sugirieron a las mujeres postergar sus embarazos obedecerían a dicho interés. Se trataría de una estrategia para combatir el zika y sus efectos que, como señaló Alejandro Gaviria en la rueda de prensa, no descansa únicamente en el estado, sino que involucraba a familias e individuos. Sin embargo, para muchas voces, dichas recomendaciones tuvieron un marcado sesgo de género, en tanto interpelaron principalmente a las mujeres. El énfasis en el autocuidado no sólo parece reñirse con la autonomía corporal y reproductiva de las mujeres, sino que además las hace responsables por los posibles casos de microcefalia relacionados con el zika. <p>

Sobre este punto, Cristina Villarreal señala que si bien las prácticas de autocuidado forman parte de una estrategia fundamental en salud cuyo centro debe ser la pedagogía, en el caso del zika hubo un énfasis en la responsabilidad. La responsabilidad por el manejo de la epidemia se habría desplazado del estado hacia las mujeres, interfiriendo además en sus decisiones respecto del momento más apropiado para tener o no un hijo. <i>*“Yo creo que las declaraciones del ministro fueron desafortunadas. El llamado debió hacerse a los prestadores de servicios de salud para que informaran a las mujeres sobre los riesgos del zika y no a las mujeres para que postergaran sus embarazos. Es una línea muy delicada que toca la autonomía. Ahora son ellas las responsables de evitar las consecuencias del riesgo, cuando hay unas medidas sanitarias que el Ministerio debe tomar para controlar el vector. Además, es ingenuo pensar que de esa manera se pueda controlar la epidemia”*,</i> afirma*.* <p>

Frente a la polémica, Ana Cristina González, que realiza estudios de doctorado en el Programa de Posgrado en Bioética, Ética aplicada y Salud Colectiva (PPGBIOS/FIOCRUZ), señala la importancia de distinguir ciertos matices en las recomendaciones de los gobiernos de la región. La investigadora afirma que, a diferencia de otros países, en Colombia el Ministerio elaboró un protocolo que abarca distintas dimensiones de la epidemia y no deja en las mujeres la plena responsabilidad por los efectos de la misma. Pese a ello, considera que las declaraciones del ministro colombiano dejaron dudas respecto de si había o no una responsabilidad en el manejo de la epidemia que le correspondía a las mujeres. <p>

Para González, la postergación del embarazo puede tener sentido en el marco de una política más integral, que tenga como pilares fundamentales la educación y el acceso a servicios de salud reproductiva. <i>*“Desde una perspectiva de salud pública entiendo la recomendación general de dilatar una gestación en un contexto de extremo riesgo de epidemia. Lo que no entiendo es que una recomendación de esta naturaleza no se articule a una política integral que asegure a las mujeres el acceso a un manejo comprensivo de su salud reproductiva. Así sea en el contexto de una epidemia como esta, nadie puede salir a hacer una prohibición de esa naturaleza. A mi modo de ver, el ministro de salud colombiano hizo una recomendación que por lo menos no fue tan burda como la que hicieron en países como El Salvador, donde le pidieron a las mujeres no embarazarse por los próximos dos años. Aunque se puedan hacer gradaciones en esa recomendación y sea justificable desde una perspectiva sanitaria, ella sigue siendo reduccionista. No considera una medida más comprensiva en términos de salud reproductiva que abarque educación, acceso a servicios, a todos los métodos anticonceptivos, incluido el aborto legal o la anticoncepción de emergencia”*,</i> explica. <p>

La tensión entre autonomía y responsabilidad, que emerge de forma ostensible en el manejo del zika, ha estado en el centro de debates relacionados con la implementación de reformas neoliberales en varios países. Ejemplo de ello son las transformaciones al sistema educativo neozelandés durante las décadas de 1980 y 1990, que transfirieron responsabilidades estatales a organizaciones maoríes. Linda Tuhiwai Smith, investigadora neozelandesa, explica que inicialmente dicho proceso fue celebrado por los maoríes, en tanto prometía una mayor autonomía frente a su propia educación, que era uno de los ejes en torno a los cuales articularon su renacimiento político y cultural en la década de 1970. Sin embargo, al no garantizar las condiciones necesarias para que los nuevos proyectos fueran exitosos, los gobiernos de turno promovieron la competencia por recursos públicos entre organizaciones maoríes y las culparon por sus propios fracasos. <p>

Varios investigadores han señalado el modo como las demandas de autonomía de distintos movimientos sociales han sido aprovechadas a favor de las reformas neoliberales que, como explica el antropólogo estadounidense Charles Hale, no sólo obedecen a un proyecto económico sino también a uno cultural. Uno que apunta a la producción de sujetos responsables de sí. Sujetos que, como señala el sociólogo británico Nikolas Rose, encuentran en la posibilidad de hacerse cargo de sus vidas un modo de realización personal. Dicho proceso, afirma Rose, es concomitante con la “desgubernamentalización del estado” y la “desestatalización del gobierno”. En este panorama, la autonomía es redefinida en términos de la responsabilidad que asumen las personas respecto de distintos aspectos de su vida, como la salud, con la consecuente carga por todo aquello que haya salido mal. <p>

En políticas de la vida como aquellas referidas a la salud de las personas, Rose observa que en la actualidad <i>*“la vida es uniformada y juzgada según cierto tipo de norma corpórea”*, en la que se establece una relación de responsabilidad personal, sobre *“cómo manejar la propia existencia somática”*. *“Si somos ciudadanos responsables debemos hacer ese trabajo sobre nuestros cuerpos informados por los lenguajes de expertos biomédicos”*,</i> concluye. Este es uno de los peligros que advierten algunas voces críticas de ciertas perspectivas en salud, donde las personas se convierten en culpables de su propia enfermedad. En el caso del zika, las mujeres podrían cargar con la doble responsabilidad de enfermarse y tener un hijo con microcefalia, que se convertirá a su vez en un peso para el sistema de salud. <p>

Junto con dicha responsabilidazación, señala Rose, suele tener lugar una moralización de los comportamientos, donde prácticas que resultan nocivas para la salud, como fumar o consumir alcohol, se convierten en objeto de sanción social. En el caso del zika, ya se pueden leer comentarios en las ediciones digitales de periódicos locales en los que se juzga moralmente a mujeres que han dado a luz bebés con microcefalia, que son acusadas de irresponsables por no haberse abstenido de tener relaciones sexuales durante la fase epidémica. <p>

Pero más que etiquetar una política o un gobierno de ‘neoliberal’, lo central aquí es problematizar el lugar de la autonomía de las mujeres en la lucha contra el zika. Dependiendo del modo como sea entendida y de los usos políticos que se le dé, ese modo de entender la autonomía no es necesariamente antagónico del autocuidado. <p>

Villarreal y González coinciden al respecto. Para la directora de Oriéntame, <i>“*promover prácticas de autocuidado no implica obligar. Se trata de decir cuáles son. El autocuidado es posible si cuento con las herramientas para hacerlo. Yo puedo estar muy educada en autocuidado, saber que es riesgoso quedar embarazada si vivo por debajo de los 2.200 metros sobre el nivel del mar, etcétera. Pero ¿cómo hago para evitar quedar embarazada si no me dan las herramientas a las que por ley tengo derecho?”*.</i> <p>

Por su parte, González explica que en el contexto de una política comprensiva en salud es entendible la referencia a la postergación de los embarazos en términos de información, más que de recomendación, para que las mujeres puedan tomar decisiones. En ese caso, aclara, el aspecto central de la política no puede ser la postergación del embarazo, sino la transformación de las condiciones que limitan la toma de decisiones reproductivas por parte de las mujeres. <i>*“¿Quién le asegura a una mujer que puede postergar su gestación si ni siquiera puede negociar con su pareja una relación sexual consentida? No es por mandato presidencial que se posterga la gestación. Yo creo que este contexto brinda una oportunidad para decirle a las autoridades que cumplir con esas recomendaciones requiere la creación de un conjunto de condiciones que van desde la transformación de aspectos socioculturales, como el que acabo de mencionar, hasta el acceso real a servicios de salud reproductiva. Eso implica enfrentar barreras geográficas y económicas, entre otras”*,</i> puntualiza*.* <p>

Asimismo, es importante distinguir modalidades de autocuidado orientadas al empoderamiento de las mujeres –que permitan hacer una crítica de las desiguales relaciones de género– de aquellas formas de autonomía despolitizada que se traducen en responsabilidades sin recursos. Una pista en esta dirección la da Sara Ahmed, profesora del Centro de Investigación Feminista del Goldsmiths College de la Universidad de Londres. En su blog <i>*Feminist Killjoys*,</i> Ahmed señala que el autocuidado no tiene por qué ser una forma de auto indulgencia, sino un acto de auto preservación y de lucha política. Pero cuando el autocuidado se convierte en una forma de eludir la crítica de las desigualdades estructurales en lugar de transformar las condiciones que generan desigualdad, cuando exige la adaptación a las mismas o demanda de las personas ser recursivas sin cambiar las condiciones del sistema, nos encontramos ante una forma neoliberal de autocuidado, concluye. Una insidiosa forma de responsabilización.