

# SALUD Y SEXUALIDAD

Miradas y experiencias de jóvenes indígenas y afrobolivianos de Santa Cruz de la Sierra





# SALUD Y SEXUALIDAD

Miradas y experiencias de jóvenes indígenas y afrobolivianos de Santa Cruz de la Sierra

Santa Cruz, 2020



**APCOB, JIASC e INIFH**

Salud y sexualidad. Miradas y experiencias de jóvenes indígenas y afrobolivianos de Santa Cruz de la Sierra / APCOB; JIASC; INIFH: Santa Cruz de la Sierra, 2020.

154 p.: 1° ed.

Depósito Legal: 8-1-826-20

ISBN: 978-99974-800-5-7

1. Pueblos indígenas, 2. Pueblo afroboliviano, 3. Jóvenes indígenas urbanos, 4. Salud sexual y reproductiva, 5. Salud intercultural.

Es una publicación de:

**Apoyo Para el Campesino-indígena del Oriente Boliviano (APCOB)**

En alianza con:

Jóvenes Indígenas y Afrobolivianos de Santa Cruz (JIASC), el Instituto de Investigación de la Facultad de Humanidades (INIFH), el Observatorio Infante Juvenil y el Departamento de Psicología Comunitaria (DEPSICOM) de la Universidad Autónoma Gabriel René Moreno (UAGRM).

Primera edición, septiembre 2020

© APCOB

Depósito Legal: 8-1-826-20

ISBN: 978-99974-800-5-7

apcob@apcob.org.bo

C. Alfredo Jordán No. 79

(591-3) 358-2669

Casilla postal 4213

Coordinación: Erick Ybáñez Rodríguez y Lenny Rodríguez Espinoza

Cuidado de edición: Lenny Rodríguez Espinoza

Corrección de estilo: Oscar Gutiérrez Peña

Diseño y diagramación: Fabiola Beltrán Díaz

Imprenta Ingavi

Santa Cruz de la Sierra – Bolivia

Esta publicación se realizó con financiamiento de Manos Unidas, en el marco del proyecto “Los adolescentes y jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos nos movilizamos por nuestros Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos”.

Las opiniones expresadas reflejan los resultados de la investigación y del equipo de investigadores; y no representan, necesariamente, el punto de vista de Manos Unidas.

# SALUD Y SEXUALIDAD

Miradas y experiencias de jóvenes indígenas y afrobolivianos de Santa Cruz de la Sierra

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

Apoyo Para el Campesino – indígena del Oriente Boliviano (APCOB)

Investigadora

Carmen Elena Sanabria Salmón

Asesora metodológica

Graciela Zolezzi Chocano

## Jóvenes Indígenas y Afrobolivianos de Santa Cruz (JIASC)

Co - investigadores

Julia Chiquenoy Picaneray (ayorea)	Tabita Méndez Flores (guaraní)
Alvaro Chuvé Chuvé (monkox chiquitano)	Carla Fabiola Vila Fernández (guaraní)
Nely Cuasace Choré (monkox chiquitano)	Maicol Gemio Calle (afroboliviano)
José Chuvé Mengarí (monkox chiquitano)	Alejandra Guzmán Pérez (afroboliviana)
Ancelmo Urapuca Apirezai (guarayo)	Bruno Elías Domínguez Molina
Jasmín Michel Zaiguer (guaraya)	

## Instituto de Investigación de la Facultad de Humanidades (INIFH)

Observatorio Infanto Juvenil

Asesora general y metodológica

Mercedes Nostas Ardaya

Co-investigadoras

Gladis Morón Torrico	Cindy Carolina Ramos Terrazas
Rocío Picaneré Chiqueno (ayorea)	Galy Claros Orellana
Mónica Guzmán Ruiz (guaraní)	

## Departamento de Psicología Social y Comunitaria (DEPSICOM)

Asesora psicología comunitaria

Aura Nelly Garzón Cárdenas

Co-investigadoras

Margarita Paredes Rojas | Karla Guerra Claros



# CONTENIDO

<b>Introducción</b> .....	11
<b>Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico</b> .....	15
1.1 Abordaje conceptual.....	15
1.2 Diseño metodológico.....	19
<b>Capítulo 2. Jóvenes indígenas y afrobolivianos en la ciudad</b> .....	33
2.1 Condiciones de migración e inserción .....	33
2.2 Autoidentificación y sentido de pertenencia.....	40
2.3 Construcción identitaria y discriminación.....	47
<b>Capítulo 3. Sexualidad</b> .....	55
3.1 Cuerpo: cambios y cuidados .....	55
3.2 Normas y reglas sobre las prácticas sexuales.....	62
3.3 Coerción y violencia en las prácticas sexuales.....	75
<b>Capítulo 4. Percepciones sobre las prácticas de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)</b> .....	83
4.1 Anticoncepción .....	83
4.2 ITS/VIH/Sida .....	95
4.3 Cáncer cérvico uterino (CCU) .....	106
<b>Capítulo 5. Acceso a Salud Sexual y Reproductiva (SSR)</b> .....	113
5.1 Servicios de atención SSR, anticoncepción, ITS y VIH/Sida y CCU.....	113
5.2 Medicina tradicional y SSR.....	127
5.3 Acceso a servicios de SSR.....	129
<b>Capítulo 6. A modo de conclusiones</b> .....	137
<b>Bibliografía</b> .....	145
<b>Anexos</b> .....	148



## ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>AE</b>	Anticoncepción de Emergencia
<b>APCOB</b>	Apoyo para el Campesino-indígena del Oriente Boliviano
<b>APISACS</b>	Asociación de Pueblos Indígenas y Afrobolivianos de Santa Cruz de la Sierra
<b>CANOB</b>	Central Ayorea Nativa del Oriente Boliviano
<b>CCU</b>	Cáncer cérvico uterino
<b>CDVIR</b>	Centro Departamental de Vigilancia y Referencia
<b>CPESC</b>	Coordinadora de Pueblos Étnicos de Santa Cruz
<b>CPE</b>	Constitución Política del Estado
<b>DEPSICOM</b>	Departamento de Psicología Comunitaria
<b>DIU</b>	Dispositivo intrauterino
<b>ENDSA</b>	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
<b>IEC</b>	Información, Educación y Comunicación
<b>ILE</b>	Interrupción Legal del Embarazo
<b>INIFH</b>	Instituto de Investigación de la Facultad de Humanidades
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>JIASC</b>	Jóvenes Indígenas y Afrobolivianos de Santa Cruz
<b>MAC</b>	Métodos anticonceptivos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de Salud
<b>PAE</b>	Píldora Anticonceptiva de Emergencia
<b>PAP</b>	Papanicolaou
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>SEDES</b>	Servicio Departamental de Salud
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SUMI</b>	Seguro Universal Materno Infantil
<b>SUS</b>	Sistema Único de Salud
<b>UAGRM</b>	Universidad Autónoma Gabriel René Moreno
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de Naciones Unidas
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana



# INTRODUCCIÓN

La presente investigación responde al objetivo de construir, de forma colaborativa, una argumentación basada en conocimientos para coadyuvar en la demanda de atención de los derechos de los jóvenes indígenas y afrobolivianos del municipio de Santa Cruz de la Sierra; entre ellos, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, ante instancias del Estado en sus diferentes niveles e instituciones privadas especializadas en salud sexual y reproductiva.

El estudio se realizó en el marco de una alianza entre la organización de Jóvenes Indígenas y Afrobolivianos de Santa Cruz (JIASC), Apoyo para el Campesino-indígena del Oriente Boliviano (APCOB) y el Instituto de Investigación de la Facultad de Humanidades (INIFH-UAGRM). El acuerdo de trabajo logrado estableció el desafío de encarar una investigación que vincule la reflexión colaborativa y la generación de conocimientos, como una apuesta para avanzar hacia el ejercicio de derechos y la transformación de las políticas públicas.

Uno de los objetivos centrales del estudio fue abordar de manera integral los aspectos socioculturales y las experiencias de vida urbana de jóvenes indígenas y afrobolivianos, como elementos fundamentales para orientar las políticas y los servicios de salud sexual y reproductiva con poblaciones indígenas y afrobolivianas en el contexto urbano.

Dada la complejidad de la temática planteada, el estudio –en tanto documento de trabajo– está aportando una mirada inicial y cualitativa desde las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos a la problemática de la sexualidad, el embarazo en adolescentes, la violencia sexual, el acceso a anticoncepción,

las ITS y el VIH/Sida y el cáncer cérvico uterino. Abordamos, de igual manera, experiencias sobre desencuentros culturales, estigmatización y dificultades en el acceso cuando se requiere atención en salud.

Valoramos la propuesta de Boaventura de Sousa Santos (2002) que nos dice: “Tenemos derecho a ser iguales cuando las diferencias nos inferiorizan y tenemos derecho a ser diferentes cuando la igualdad nos descaracteriza”. En el proceso de investigación vimos que las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos comparten con pares urbanos situaciones que tienen que ver con la exclusión económica y la falta de oportunidades, advirtiendo que también sufren los problemas estructurales que caracterizan al sistema público de salud. En ese sentido, comparten con otros grupos y sectores de la población la reivindicación por el reconocimiento y el goce de iguales derechos sociales básicos.

Pero, por otro lado, también enfrentan visiones, políticas públicas y servicios que invisibilizan su origen cultural y, muchas veces, desde un discurso de no discriminación y una propuesta de “igualdad” se ignora y/o desconoce la diversidad que les constituye. Por eso, reivindicando su condición de pueblos con identidades, subjetividades y características particulares, demandan derechos, políticas públicas, atención y servicios, interpelando también toda forma de discriminación y racismo.

Ahora bien, es necesario establecer que, en coherencia con las perspectivas teóricas y metodológicas asumidas, cuando hablamos de jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos nos referimos al conjunto de personas involucradas en el presente estudio. Esta manera de nombrar la diversidad de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano no pretende desconocer la existencia de diferenciaciones internas, las mismas que tienen que ver con una serie de factores, en general económicos, culturales y de acceso a oportunidades de estudio y formación.

Finalmente, ratificamos la importancia de concebir y ejecutar un proceso de coinvestigación colaborativa, conformando un equipo amplio de mujeres y hombres con participación de jóvenes indígenas y afrobolivianos a través de JIASC, de estudiantes y profesionales de la UAGRM mediante el INIFH, el Observatorio Infanto Juvenil, el Departamento de Psicología Comunitaria DEPSICOM; y del equipo técnico y de consultores/as de APCOB, con resultados que reconocemos como una producción conjunta de conocimientos.

Respecto al análisis y procesamiento de la información, el texto no incluye los nombres de quienes participaron en el proceso de trabajo, garantizando confidencialidad y anonimato. Para la identificación de cada uno de los

testimonios consignados en el texto, se registran los códigos que permiten reconocer su origen y procedencia. Para ello, en la sección de Anexos se designan los datos generales de las personas que participaron en el estudio de campo, dando sustento a este trabajo.

A efectos de la exposición de resultados, el texto se encuentra organizado en seis capítulos. En el primero se plantea el enfoque teórico-conceptual, desarrollando algunos debates y abordajes a los temas involucrados en la problemática. También se presenta información general relativa al diseño y a la estrategia metodológica de la investigación.

En el segundo capítulo se da cuenta sobre las miradas y experiencias relativas a la construcción de la identidad de las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos en el medio urbano, en el marco de las relaciones de poder.

En el tercer capítulo se presentan los hallazgos de la investigación respecto a la sexualidad. Se brinda una detallada información sobre las visiones, percepciones y prácticas relativas a formas de socialización y prescripciones predominantes.

En el cuarto capítulo se exponen los hallazgos sobre las experiencias, percepciones y prácticas con respecto a la salud sexual y reproductiva, enfocados a las temáticas de anticoncepción, ITS y VIH/Sida y cáncer cérvico uterino. Se pone especial énfasis en el conocimiento y en las formas de prevención y de tratamiento.

En el quinto capítulo se desarrolla la problemática del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en términos de la oferta, el acceso y las interacciones que se producen en este ámbito. La temática se aborda, tanto desde la práctica biomédica, como desde la medicina tradicional.

El último capítulo, a manera de cierre, retoma los principales puntos y bosqueja un conjunto de reflexiones y planteamientos que, esperamos, aporten a una mayor comprensión sobre la problemática aquí planteada.



# Capítulo 1

## MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO

### 1.1 Abordaje conceptual

**P**ara establecer la base conceptual que sustenta la investigación sintetizada en este documento de trabajo, se recurrió a diversas estrategias metodológicas –desde una perspectiva interdisciplinaria–, recogiendo aportes de la antropología social/cultural, la sociología, el enfoque de derechos y las teorías feministas, entre otros, abordaje que enriqueció la investigación social.

En el análisis inicial observamos una problemática altamente compleja con dimensiones económicas, culturales, políticas y sociales que hacen al contexto de origen y al espacio social actual en el que se desarrollan las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos. Desde esta constatación, buscamos adoptar una perspectiva capaz de integrar y descubrir múltiples interconexiones, y que contribuya a comprender su situación particular de inserción en ciudades y espacios urbanos.

Nos situamos en la perspectiva de la antropología de la salud intercultural, que forma parte de la antropología social y cultural; que estudia los sistemas médicos en tanto construcciones sociales y las dimensiones culturales de la salud y de la enfermedad. La finalidad que persigue, y que compartimos, es lograr un conocimiento y comprensión de experiencias y prácticas “desde el ámbito de la salud, la enfermedad, el bienestar y el dolor (físico, psíquico y social) en su contexto socio-cultural en el tiempo y el espacio” (García González, 2016).

Encontramos en Harris (1976) una perspectiva antropológica que consideramos adecuada para el propósito específico de comprender la situación de los jóvenes indígenas y afrobolivianos en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra; en especial, la problemática de sus interacciones con el sistema de salud en lo relativo a la salud sexual y reproductiva. Se trata de realizar investigaciones tomando el punto de vista de las personas y de los grupos con quienes se trabaja, con el objetivo de comprender su pensamiento y su propio entendimiento de los hechos materiales e ideas, sin que los hechos, como tales, sean percibidos como más reales que las ideas.

Debemos resaltar que en esta investigación realizamos una aproximación inicial a la identidad cultural de jóvenes indígenas y afrobolivianos en espacios urbanos, que en diversos momentos de diálogo (foros realizados con las organizaciones indígenas urbanas<sup>1</sup>) se viene planteando como un aspecto relevante de sus vivencias en la ciudad. Se trata de comprender las experiencias de naciones indígenas y del pueblo afroboliviano en un contexto de transformaciones que, al ser manifestadas, combinan historias individuales y colectivas, en una dinámica de “urbanismo” concebida como un proceso de “modernización” que individualiza las relaciones sociales.

En tal sentido, en este texto privilegiamos el uso de la expresión “identidad cultural” (sin desconocer la complejidad de ambos términos y de su combinación), que no es sinónimo de “identidad étnica” y/o “grupo étnico”. En el proceso de investigación nos distanciamos del abordaje “étnico”<sup>2</sup> en tanto su uso como “clasificación naturalizada, de valor universal, con referencias etnocéntricas y socialmente inmutable” (Sansone L., 2008). Si bien reconocemos que a lo largo de décadas de debate antropológico se han dejado atrás enfoques “esencialistas” e “instrumentalistas”, avanzando hacia perspectivas “constructivistas”<sup>3</sup>, tenemos especial cuidado en utilizar la noción “grupo étnico” dadas las connotaciones mencionadas como predominantes en el contexto actual (sin querer generalizar y/o simplificar).

Es decir, es común que también se relacione “grupo étnico” a categorías tales como “minorías” o “ancestralidad”, y a la existencia de “comunidades” como estancos colectivos identificables y con formas de vida estáticas, entre otras. Lo “étnico” aparece como un ámbito de investigación que se puede delimitar con claridad, desconociendo la permanente construcción identitaria en procesos y contextos diversos de identidades sociales múltiples y a veces

---

1 Foros municipales sobre poblaciones indígenas en la ciudad realizados por organizaciones indígenas urbanas e instituciones de desarrollo, los años 2011, 2013, 2014, 2017 y 2019.

2 La antropología, disciplina que surge como el “estudio del otro”, ha privilegiado el análisis de las identidades sociales y culturales, de la “etnicidad” y de la “identidad étnica” como ámbitos y temas centrales del debate conceptual y del método etnográfico.

3 Mayores datos y resúmenes sintéticos sobre los enfoques mencionados se encuentran en Astete Díez, A., 2019; Sansone L., 2008 y en Enoc W., et all, 2009.

yuxtapuestas; e inclusive, de adscripciones culturales variadas en un mismo grupo y/o persona, en especial, si se trata de vivencias en espacios urbanos donde se amplía la posibilidad de adquirir nuevos símbolos, valores, nociones y prácticas.

Dichos procesos sociales, en muchos casos, permiten mantener la propia especificidad cultural y el sentido de pertenencia a una colectividad que se proyecte en el tiempo; identidad reconfigurada en nuevos espacios territoriales, interculturales, “transnacionales” y también utilizada en tanto identidades políticas (planteamiento que combina posturas de los abordajes “instrumentalista” y “constructivista”, además de incluir aspectos sobre experiencias indígenas “identitarias”, verificados en otras investigaciones locales y en proceso de registro metodológico, análisis y desarrollo teórico).

En el estudio de las identidades culturales de jóvenes indígenas urbanos y afrobolivianos, es imperativo analizar, por un lado, sus formas de acercamiento a su cultura de “origen” con referencia a símbolos, memoria histórica, nociones, representaciones y prácticas, percepciones de las mismas, en tanto elementos que le dan sentido de pertenencia a un colectivo cultural específico.

Asimismo, también es necesario investigar la expresión de dicha identidad cultural en el espacio urbano, su reconfiguración a partir de las interrelaciones sociales y relaciones interculturales, la adscripción a nuevas identidades sociales y la forma en que se articulan en la creación de la diferenciación colectiva en un contexto social e histórico específico, construyendo un sentido de pertenencia a una “identidad indígena urbana” y/o la posibilidad de negación y distanciamiento de lo “indígena”.

De la perspectiva teórica de interseccionalidad compartimos que las personas experimentan una subordinación específica, que procede de la articulación de diferentes ejes de desigualdad que interactúan entre sí. Estos mecanismos generan que las personas vivan situaciones de discriminación que no se suman, sino que se intersectan y se pueden potenciar entre sí (Cruells, 2015).

De este modo, un análisis interseccional nos permite identificar que los efectos de la discriminación no siempre se manifiestan en función a una sola desigualdad, sino que suelen producirse debido a la intersección de varias desigualdades. Por tanto, con esta mirada, podemos identificar cómo interactúan diversos sistemas de opresión: por razón de género, de clase, de identidad cultural y por desigualdades percibidas como de origen racial<sup>4</sup>, entre otros ejes. En este marco, subrayamos que la interseccionalidad es una de

---

4 Art. 5, inciso b. Ley No. 045 Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación.

las propuestas teóricas feministas, una metodología para la investigación y un instrumento para la incidencia social y política.

En coherencia con los planteamientos señalados, en el estudio asumimos una **metodología de investigación colaborativa** que permite acercarnos a los participantes del estudio (sujetos, actores y agentes sociales) para entender sus percepciones y sus prácticas, en su interrelación específica y en la forma que se sitúan cultural e históricamente (Sieder, 2013).

A partir de ese encuadre, la investigación colaborativa se realizó mediante un trabajo conjunto, sistemático y riguroso entre investigadoras/es, jóvenes co-investigadores indígenas y del pueblo afroboliviano, y los sujetos y actores del universo de estudio (jóvenes y agentes del sistema de salud pública en SSR). La finalidad es brindar insumos para desarrollar una agenda compartida para lograr cambios de comportamientos y una adecuación cultural en la gestión de la SSR.

Relacionando con las propuestas de Harris (1976) y de Sieder (2013), rescatamos de la investigación colaborativa el énfasis en la narración (testimonio, voz) a través de la cual se expresa la comprensión del mundo de los actores involucrados y la percepción sobre sus prácticas (co-investigadores indígenas y afrobolivianos, y universo de estudio). El diálogo permanente con mujeres y hombres jóvenes también permite “contribuir a la elaboración de diversas comprensiones compartidas”. Es decir, se valora altamente la producción conjunta de conocimientos expresada en el diálogo y la intervención de los sujetos en todo el proceso, desde la formulación de las preguntas y la problemática de investigación, la revisión de los instrumentos y técnicas de trabajo de campo y el análisis de hallazgos hasta llegar a la apropiación de resultados.

Otros aspectos implicados en las metodologías colaborativas tienen que ver con abordar el tema del poder y con desnaturalizar jerarquías que suelen establecerse entre “profesionales” y coinvestigadoras/es locales, al explicitar la finalidad de la investigación y el aporte específico de los diferentes sujetos a la misma. Esto implica tomar acuerdos respecto a cómo se quieren beneficiar los actores con el proceso de generación de conocimientos. Una investigación bajo estos paradigmas incluye, por tanto, reflexionar sobre los efectos, valor y sentido que tendrá el estudio, tanto para las/os investigadoras, como para los actores y sus organizaciones.

En nuestro trabajo vemos que para las y los coinvestigadoras y sus organizaciones, gran parte del sentido asignado al proceso estuvo centrado en generar conocimientos sobre la problemática y contar con insumos para sus propuestas de incidencia política. Pero también, en fortalecer sus capacidades

y experiencias en metodologías y herramientas prácticas de investigación. De igual manera, valoraron la importancia de fortalecer su formación participando activamente en la discusión sobre el constructo teórico y la operacionalización de conceptos, variables e indicadores, y en lo relativo al diseño de los instrumentos de campo.

Es importante destacar que el estudio asume un enfoque cualitativo. En ese marco, la estrategia metodológica no trata únicamente del diseño de procedimientos y técnicas para realizar un trabajo de campo y procesar los datos e información emergentes, es también una opción consciente con varias implicaciones. Al respecto, Martínez (1996) advierte que adoptar los métodos cualitativos implica tomar en cuenta pautas de carácter metodológico, éticas y políticas en función a actitudes de transparencia, atención al detalle de los registros y a la consideración de códigos de ética, entre otros aspectos.

## **1.2 Diseño metodológico**

### **Planteamiento del problema**

La presencia de jóvenes de pueblos indígenas y del pueblo afroboliviano en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra es un fenómeno sociodemográfico, producto de migraciones desde territorios intercomunales y comunidades rurales. Por otro lado, existen jóvenes que han nacido en la ciudad con progenitores indígenas y afrobolivianos que han migrado anteriormente. En general, los procesos de migración e inserción en la ciudad se producen en condiciones de dominación social, discriminación y opresión económica y socio-cultural, escenario donde las y los jóvenes desarrollan su sentido de identidad y pertenencia identitaria.

El momento cronológico en que se produce la migración y el tipo de inserción social en un entorno culturalmente específico, es fundamental en sus experiencias, en la percepción de sus prácticas y en la construcción y desarrollo de su identidad personal, colectiva y su sentido de pertenencia. En ese marco, las maneras mediante las cuales las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos viven su sexualidad, expresan nociones, prácticas y reglas que influyen en sus experiencias enraizadas en su cultura y ampliadas por el entorno del contexto urbano en el que se insertan.

Los escenarios de diversidad social y cultural donde interactúan las y los jóvenes indígenas y del pueblo afroboliviano están permeados por relaciones de poder, desigualdades sociales y discriminación de base cultural, racial, de género, generacional y de exclusión económica y política. En esos escenarios, generalmente suelen asumir una identidad, ya sea valorizando su cultura de origen y, por tanto, reivindicando una autoidentificación cultural, o por el contrario, encaran la posibilidad de borrar marcadores de identificación -idioma, formas de expresarse, apellidos o pertenencias familiares, prácticas,

adornos corporales y objetos de vestir, etc.- a fin de lograr mayor aceptación social en el escenario urbano.

En el espacio social urbano, las relaciones interpersonales, afectivas y amorosas de las y los jóvenes se ven fuertemente afectadas por las imágenes y mensajes que transmiten la publicidad y el marketing a través de los medios de comunicación y del mercado. Estos exponen nociones globales de sexualidad funcionales a patrones de origen patriarcal y de consumo, con representaciones dominantes de estética y belleza, y promesas para un ascenso social. En ese ámbito, sus relaciones íntimas y vivencias de sexualidad también reciben la influencia de personas adultas o pares generacionales que tienen autoridad en instituciones y organizaciones civiles y religiosas, centros laborales, de estudios y recreación.

Considerando los factores señalados, las y los jóvenes de pueblos indígenas y afroboliviano enfrentan situaciones y experiencias críticas respecto a la salud sexual y reproductiva y al ejercicio de derechos. Estas se manifiestan especialmente en problemas y dificultades sobre:

- Anticoncepción: acceso y uso de métodos anticonceptivos (incluye embarazos en edades tempranas y AE)
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida
- Cáncer cérvico uterino (CCU)
- Violencia sexual

Para preservar su salud y resolver estos problemas en el escenario urbano, las y los jóvenes si bien recurren a agentes sociales y de salud relacionados a su contexto cultural y de forma creciente interactúan demandando atención al sistema de salud "oficial". En estos casos, aunque se registran algunos avances en cuanto al respeto y la adecuación cultural, persisten múltiples exclusiones, dificultades y barreras que es necesario identificar y transformar.

### **Justificación**

No se tiene conocimiento sistematizado sobre asuntos que tienen que ver con las situaciones de vida de jóvenes (mujeres y hombres) de los pueblos indígenas y del pueblo afroboliviano en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, en particular respecto a los temas de salud sexual y salud reproductiva. De allí la necesidad de realizar una investigación que permita conocer y analizar nociones, percepciones, prácticas, reglas y comportamientos al respecto. Es decir que, ante la problemática mencionada, se nos hace imperativo el conocer las diferentes maneras mediante las cuales los jóvenes indígenas y del pueblo afroboliviano tratan de resolver los problemas de salud sexual y reproductiva, desde sus culturas y considerando su condición subalterna en un contexto de dominación colonial que las desvaloriza y discrimina.

Buscando dar respuestas, en el presente estudio se realizó una identificación sobre las características relevantes en los servicios de salud sexual y reproductiva prestados a jóvenes de pueblos indígenas y afroboliviano, identificando avances y limitaciones para el acceso a tales servicios en áreas urbanas.

Del mismo modo, también se tomó en cuenta la generación de debates en relación a la importancia de considerar la variable sociocultural para orientar la política en salud con poblaciones indígenas y afrobolivianas en el contexto urbano.

A nivel de productos, el proceso de investigación propuso alcanzar los siguientes:

- Procesos de formación hacia jóvenes indígenas y afrobolivianos en temas de salud sexual y reproductiva y en coinvestigación colaborativa.
- Jóvenes indígenas articuladas/os en JIASC cuentan con conocimientos para posicionar sus propuestas y buscar que sean atendidas desde la política pública regional y local.
- Espacios de diálogo para visibilizar nociones de género, y que incluyen creencias, percepciones y prácticas que suelen tener los hombres y las mujeres sobre sus cuerpos, su salud y su relación con las otras personas, transformando roles y estereotipos.
- A mediano plazo se fortalece la atención de los puntos de consejería en SSR, manejo de MAC, ITS y VIH, y atención de la violencia en tres centros de salud (zonas Villa Primero de mayo, Pueblo Nuevo y El Vallecito II), respecto a los protocolos de atención para adolescentes y jóvenes indígenas y afrobolivianos desde los enfoques de género, interculturalidad y derechos.

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo general**

Analizar la relación entre los conocimientos, saberes, creencias, percepciones y prácticas en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, en jóvenes de seis pueblos indígenas y del pueblo afroboliviano, que influyen en el cuidado de su salud y en el ejercicio de sus derechos.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer la forma en que la migración influye en la construcción de la identidad cultural, en las prácticas, los comportamientos sociales y en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos, en el marco de experiencias de diversas formas de discriminación.

2. Analizar conocimientos, saberes, creencias, percepciones y prácticas que orientan y regulan sus relaciones interpersonales, vivencias de sexualidad, acciones y decisiones reproductivas en el medio urbano, considerando sus culturas y sus actuales experiencias y situaciones de vida.

3. Identificar interacciones y prácticas de salud entre jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos, evidenciando el acceso a servicios biomédicos, el uso de los conocimientos y la confianza en sus propios especialistas en salud.

### **Categorías o ejes de análisis**

El estudio tiene como base a cuatro ejes de análisis, los que presentamos a continuación con su respectiva definición y características conceptuales (ver Cuadro 1). Es pertinente resaltar que dichas categorías de análisis no constituyen descriptores discretos y delimitados, pues aluden a nociones y temas que se interrelacionan y se presentan en los diferentes ámbitos, tal y como se podrá apreciar en el texto.

#### **1) Identidad y construcción identitaria**

Complementando lo expuesto anteriormente, la identidad es, en términos sencillos:

...como nosotros nos definimos vis a vis con los demás. Tiene elementos individuales y colectivos, se construye y reconstruye en un contexto social, cultural e históricamente específico. La identidad es la plataforma desde la cual podemos ubicarnos en el mundo y actuar consecuentemente. Las identidades de una persona suelen ser múltiples, y aunque sirven para excluir a otros, no se excluyen entre sí, es decir, una mujer puede identificarse simultáneamente como campesina, mujer, indígena, etcétera. (Carlsen, 1999).

Varias autoras/es han identificado elementos importantes en la construcción de la identidad: cultura, género y "clase". En los últimos años, el análisis feminista aborda de manera más compleja la interrelación de factores como la "clase", género, cultura y otros, donde cada uno adquiere prioridad en la autoidentificación según distintas coyunturas. Por eso se habla de la identidad como "incierto, inestable y sin una realidad sustancial (de tipo filosófico), que se da en lugares y momentos efímeros" (Carlsen, 1999).

Como se ha manifestado, en este trabajo interesa explicitar la construcción de la identidad de jóvenes indígenas y afrobolivianos en el medio urbano, en el marco de relaciones de poder y discriminación.

## **2) Sexualidad**

Existen diferentes definiciones –no es un concepto unívoco–, sin embargo, para fines operativos, se entiende como la construcción social y simbólica de la capacidad humana de derivar placer de sus cuerpos sexuados y de generar prácticas específicas de reproducción. La sexualidad alude a los cuerpos diferenciados en torno a su capacidad de generar deseo y placer (Amuchástegui, 2001).

Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, percepciones, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, si bien no es necesario que se experimenten ni se expresen todos.

Los significados de la sexualidad tienen influencia en las percepciones hacia la reproducción y el cuidado de la SSR. Alientan una valoración de las relaciones coitales como prácticas sexuales válidas, construyen la procreación como reafirmación de las identidades de género, valoran la ignorancia sobre el placer en mujeres y el desconocimiento sobre la reproducción en hombres, y presionan la falta de previsión en prácticas sexuales, especialmente entre jóvenes (Amuchástegui, 2001).

## **3) Salud sexual y reproductiva**

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución del bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No solo se trata de ausencia, disfunción o enfermedad. La salud sexual requiere la posibilidad de experiencias seguras, libres de coacción, discriminación y violencia (OPS-OMS).

La salud reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la dignidad personal y las opciones que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de decidir sobre la procreación de una forma responsable (OPS-OMS).

La violencia sexual se incluye como situación que afecta a la SSR, entendiendo que se trata de conductas (como el acoso sexual y la violación) que implican coacción, amenazas, uso de la fuerza física y que se pretende imponer contra la voluntad y el consentimiento. La violencia sexual ocasiona problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo a las mujeres, por ejemplo lesiones, embarazos no deseados e ITS.

En el presente estudio se aborda especialmente la anticoncepción, las ITS, el VIH/Sida y el cáncer cérvico uterino CCU como parte de la salud sexual y reproductiva.

#### **4) Acceso a servicios en SSR**

Por oferta vamos a entender la identificación de agentes y prestaciones de servicios que existen para la prevención y la atención al cuidado de la salud sexual y reproductiva, especialmente en lo relativo a anticoncepción, ITS y CCU.

Aquí se implicaría a los diferentes subsistemas de salud, que abarcan centros de salud pública (biomedicina) y privados, incluyendo servicios de ONG que prestan atención médica sin fines lucrativos. Es parte constituyente la medicina tradicional/alternativa, los agentes propios (curanderas/os, chamanes), las prácticas de automedicación y las farmacias, etc.

El acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que involucra diferentes aspectos. En términos puntuales, refiere a la acción de aproximarse o llegar a los servicios de salud y se considera que debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones:

- Disponibilidad de los servicios.
- Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- La existencia de barreras para la utilización de los servicios:
  - Barreras personales
  - Barreras económicas
  - Barreras organizacionales
  - Barreras sociales y culturales
- Resultados: promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios (servicio correcto, tiempo correcto, lugar correcto y el mejor resultado posible (OPS-OMS).

**Cuadro 1. Operacionalización de categorías y variables de la investigación**

<b>Variab</b> les	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>
1) Identidad.	1.1 Condiciones de migración y características culturales y sociales en asentamientos.	Causales de migración (estudio, salud, trabajo, servicios, presencia familiar en la ciudad).
		Momento de la migración y adaptación al ambiente urbano.
		Composición familiar de las unidades residenciales.
		Características culturales y económicas de los asentamientos.
Construcción identitaria.	1.2 Autoidentificación y sentido de pertenencia.	Autodefinición: por género, generacional, identidad cultural.
		Sentido de pertenencia y valoración de la propia cultura.
	1.3 Construcción identitaria y discriminación.	Discriminación: por idioma y prácticas culturales; pobreza y trabajo; género, sexo e identidad sexual; generacional; desigualdades percibidas como de origen racial.
		Experiencias de autoidentificación no indígena.
2) Sexualidad.	2.1 Cuidados y cambios del cuerpo.	Enseñanzas sobre el cuerpo: cambios corporales, funciones.
		Ritos de pasaje de la niñez a la adultez.
		Nociones de belleza del cuerpo.
	2.2 Normas y reglas sobre comportamientos sexuales adecuados en mujeres y en hombres.	Lo prohibido y lo permitido en las relaciones sexuales.
		Edad para tener pareja e iniciar la actividad sexual.
		Embarazos no deseados.
		Relaciones sexuales.
	2.3 Coerción y violencia en prácticas sexuales.	Identificación de la violencia sexual y de las posibles consecuencias.

3) Percepciones sobre la SSR (conocimientos y creencias; sentimientos y prácticas).	3.1 Anticoncepción.	Métodos anticonceptivos conocidos y/o utilizados.
		Efectos secundarios (negativos) de los métodos modernos.
		Fuentes de información y acceso a métodos anticonceptivos.
		Elementos anticonceptivos naturales.
		Anticoncepción de Emergencia, AE.
		Aborto.
	3.2 ITS/VIH/Sida.	ITS conocidas.
		Causas que las generan.
		Síntomas con que se presentan.
		Formas de prevención y de curación.
	3.3 Cáncer cérvico uterino (CCU).	Identificación, causas.
		Síntomas con que se presenta.
		Formas de prevención.
Formas de curación.		
4) Oferta y acceso a servicios en SSR.	4.1 Servicios de atención en SSR, especialmente en anticoncepción, ITS y VIH/Sida y CCU.	Centros de salud y servicios de anticoncepción, ITS y CCU.
		Situaciones y casos identificados en anticoncepción, ITS y VIH/Sida y CCU que involucran población indígena.
		Servicios de SSR ofrecidos por otras instituciones.
		Conocimiento de seguros de salud del Estado.
		Otros medios para atender la SSR: farmacias.
		4.2 Servicios y agentes de SSR en medicina tradicional.
	Experiencias.	

	4.3 Factores que influyen para utilizar los servicios de SSR.	Acceso y dificultades: distancia/ubicación; costos; falta de información y desconocimiento; falta de confianza y vergüenza; relaciones de género.
	4.4 Calidad de los servicios.	Proveedores: discriminación, prejuicios, insensibilidad.
		Escaso tiempo de consulta.
		Problemas de comunicación.
		Tipo de servicios que demandan jóvenes indígenas y afrobolivianos.

Fuente: Elaboración propia

### **Estrategia metodológica**

La estrategia metodológica desarrolló diversas fases y técnicas en la implementación de la investigación, aplicada en espacios diferenciados de diálogo para comprender percepciones, prácticas y experiencias de cuidado de la SSR. Es decir, buscamos entender cómo interactúan las y los jóvenes de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano con el sistema biomédico de SSR y con su entorno socio-cultural.

El equipo interdisciplinario de investigación estuvo formado por profesionales que pertenecen a las instituciones APCOB e INIFH, que incluye al Observatorio Infante Juvenil y al Departamento de Psicología Social Comunitaria DEPSICOM y la organización JIASC. Estas instituciones participaron de las distintas etapas del proceso de diseño y ejecución de la investigación: desarrollo metodológico, acompañamiento a la ejecución, sistematización y validación del documento de investigación.

En el equipo de investigación de campo también participaron, en calidad de coinvestigadoras/es, mujeres y hombres jóvenes de los seis pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano, como contraparte de la organización JIASC, algunos con experiencias anteriores en otros procesos de investigación-acción y de investigación colaborativa.

Desde el INIFH-Observatorio Infante Juvenil, integraron el equipo estudiantes de las carreras de psicología y sociología de la Facultad de Humanidades, brindando un valioso aporte al proceso de trabajo en sus diferentes etapas.

Todo el equipo de co-investigadoras/es participó en la organización de la investigación y en los talleres de discusión conceptual y metodológica, realizó entrevistas, facilitó grupos focales y formó parte del equipo de análisis,

sistematización y revisión final de los datos. Además realizaron transcripciones y traducción –en el caso del pueblo ayoreo– para garantizar la rigurosidad en el manejo de los datos.

### **Etapas de la investigación**

En la investigación se cumplieron los siguientes pasos

- Diseño de la propuesta
- Capacitación
- Investigación de campo
- Sistematización y análisis
- Redacción de informe

Se realizaron varios talleres y sesiones de trabajo entre el equipo conjunto de investigación, esto con la finalidad de generar sensibilidades sobre las problemáticas de estudio y de uniformar criterios metodológicos, compartir enfoques y lograr acuerdos en el manejo de conceptos y nociones sobre sexualidad y salud sexual y reproductiva. Los principales temas estuvieron relacionados con interculturalidad, identidad cultural, sexualidad, derechos y salud sexual y reproductiva, anticoncepción, ITS/VIH/Sida, CCU y metodologías cualitativas de investigación.

### **Participantes de la investigación**

Las personas participantes en el estudio son jóvenes de seis pueblos indígenas: ayoreode<sup>5</sup>, chiquitano, guaraní, guarayo, yuracaré y mojeño, y del pueblo afroboliviano, habitantes en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

Identificamos la necesidad de definir a la población de mujeres y hombres de 18 a 30 años, tomando en cuenta que el grupo de adolescentes vive otra problemática en lo que se refiere a la sexualidad, los derechos y la SSR, y que no es pertinente reunir en un estudio los dos sectores.

Al efecto, si bien no existe una definición internacional o universalmente aceptada del grupo de edad que comprende el concepto de juventud, Naciones Unidas, con fines estadísticos, define a las/os jóvenes como aquellas personas entre los 15 y 24 años.

---

<sup>5</sup> A lo largo del texto se usarán términos en lengua ayoreode uruode (Zamuco, CPE, 2009), “ayoreode” (masc. pl.), “ayoredie” (fem. pl.), “ayorei” (masc. sg.), “ayoré” (fem. sg.), a fin de nombrar a los ayoreode en su propia lengua y según criterios gramaticales de número (singular/plural) y género sexual (femenino/masculino) que establece el idioma.

Desde el marco normativo vigente en Bolivia, la Ley de la Juventud (2013), señala que es una etapa comprendida entre los 16 a 28 años (artículo 4). Define, asimismo, la juventud como una etapa del ciclo vital del ser humano que transcurre entre el final de la adolescencia y la condición adulta (artículo 7)<sup>6</sup>.

Es pertinente puntualizar que, desde la perspectiva antropológica, en la investigación emic-etic, la edad biológica no tiene necesariamente relación con la edad social (Salinas y Rimassa, 2009). En ese entendido, por ejemplo, evidenciamos en el diálogo que, en las distintas culturas, las categorías infantil y “edad adulta” se configuran de diferentes maneras, de modo que tomamos dicho aspecto en cuenta al definir a las personas entrevistadas.

En lo que respecta a los actores del sistema de salud, seleccionamos a las instancias relacionadas más directamente con la problemática de promoción, consulta, detección y tratamiento de ITS, VIH/Sida y cáncer de cuello uterino. Incluimos algunos centros públicos de salud que han desarrollado mayor sensibilidad y experiencia en atención a la población indígena, como es el caso del Centro “18 de Marzo”, con atención al pueblo ayoreo.

### **Muestra, método, técnicas e instrumentos**

En base a la delimitación del problema, la formulación de los objetivos de la investigación y el diseño de la estrategia metodológica, se definió que las principales herramientas a ser utilizadas para el levantamiento de datos serían: la entrevista en profundidad y los grupos focales.

Las y los jóvenes coinvestigadores/as identificaron y seleccionaron a las personas de sus pueblos para ser entrevistadas, de igual manera con las/os participantes de los grupos focales, tal y como se advierte en los siguientes cuadros.

---

<sup>6</sup> Por su parte, la Ley Departamental de la Juventud, Ley N° 31 (2011), de 4 de mayo de 2011, considera como jóvenes a las personas comprendidas entre los 18 y los 30 años.

**Cuadro 2. Entrevistas por pueblo**

<b>Actores/as</b>	<b>Detalle</b>
Pueblo Ayoreo	4 mujeres
	4 hombres
Pueblo Chiquitano	6 mujeres
	4 hombres
Pueblo Guarayo	4 mujeres
	4 hombres
Pueblo Guaraní	5 mujeres
	5 hombres
Pueblo Mojeño	3 mujeres
	3 hombres
Pueblo Yuracaré	2 mujeres
	2 hombres
Pueblo Afroboliviano	4 mujeres
	4 hombres
<b>Total jóvenes entrevistadas/os</b>	Mujeres: 23 Hombres: 21

Fuente: Elaboración propia

Respecto a los actores del sistema de salud, se organizaron dos grupos, uno de autoridades y operadores de políticas públicas, y el otro de proveedores de servicios.

**Cuadro 3. Entrevistas a actores de salud**

<b>Actores</b>	<b>Programa/Unidad</b>
Autoridades de salud	Programa Adolescentes y SSR
	Programa ITS-VIH-SIDA (CDVIR)
	Promoción de la Salud
<b>Actores</b>	<b>Centro de Salud</b>
Proveedores centros de primer nivel	Centro de Salud 18 de Marzo
	Centro de Salud DM 5
	Centro de Salud Pueblo Nuevo
Proveedores centros privados sin fines de lucro	CIES Salud Sexual y Reproductiva
	Prosalud Las Pampitas
	Marie Stopes Plan 3000

Fuente: Elaboración propia

Se elaboraron diversos instrumentos para recoger la información, tales como guías de entrevista para jóvenes, autoridades y prestadores de salud; grupos focales y entrevista grupal. De igual manera, se diseñaron diversos instrumentos para registrar y sistematizar la información.

**Cuadro 4. Grupos focales y entrevista grupal**

<b>Herramienta</b>	<b>Participantes</b>
Grupo focal	Grupo de hombres de los pueblos chiquitano, guaraní, guarayo, yuracaré y mojeño
Grupo focal	Grupo de mujeres de los pueblos chiquitano, guaraní, guarayo, yuracaré y mojeño
Grupo focal	Hombres del pueblo ayoreo
Grupo focal	Mujeres del pueblo ayoreo
Grupo focal	Hombres del pueblo afroboliviano
Grupo focal	Mujeres del pueblo afroboliviano
Entrevista grupal	JIASC líderes hombres y mujeres

Fuente: Elaboración propia

El trabajo de campo para el levantamiento de la información se ejecutó entre abril y julio de 2019. Se realizó un gran número de entrevistas en profundidad a las y los actores mencionados y también se desarrollaron grupos focales. A nivel de valoración, cabe mencionar que las entrevistas resultaron muy útiles para profundizar las perspectivas individuales.

Los grupos focales fueron realizados por pueblo y por sexo. Se determinó armar seis grupos, considerando características sociales y culturales. Es así que organizamos dos grupos focales con mujeres y hombres integrantes del pueblo ayoreo, dos de población afroboliviana y dos que llamamos interculturales, donde convocamos a integrantes de los otros pueblos, igualmente con mujeres y hombres por separado.

Los grupos focales generaron aportes fundamentales para la investigación al identificar perspectivas desde el punto de vista colectivo. Los talleres fueron espacios estratégicos para el proceso de la investigación, especialmente al inicio para trabajar en el ajuste de la propuesta. De igual manera, se generaron varias sesiones para revisar e intercambiar criterios en la etapa de diseño de los instrumentos. En general, los talleres constituyeron instrumentos de gran utilidad para poner en consideración y retroalimentar de manera permanente la información, involucrando al conjunto del equipo.

### **Análisis e interpretación**

Luego del trabajo de levantamiento de los datos de campo, se procedió a la sistematización de la información<sup>7</sup>. Para tal efecto se diseñaron cuadros y matrices de acuerdo a las categorías y ejes de análisis definidos colectivamente, esto con la finalidad de vaciar y ordenar la información.

Los equipos de coinvestigadoras/es indígenas y del pueblo afroboliviano, y de INIFH-Observatorio Infanto-Juvenil-DEPSICOM, realizaron las transcripciones de las entrevistas y los grupos focales y trabajaron en un análisis preliminar de los datos, aportando con el conocimiento de sus culturas.

Para el análisis de los datos se realizó un proceso de triangulación, consistente en verificar y enriquecer la información obtenida en el trabajo de campo, con los planteamientos teórico-conceptuales asumidos y el propio análisis e interpretación desde el equipo de investigación.

---

7 La sistematización realizada en este documento de trabajo es producto de la consultoría de APCOB con Carmen Elena Sanabria quien coordinó el proceso, retroalimentó y recogió los aportes en conocimientos, marcos conceptuales, metodologías y experiencias del equipo mencionado y citado en el reconocimiento de autores. La edición complementaria estuvo a cargo de Mercedes Nostas A., Lenny Rodríguez y Aura Nelly Garzón.

# Capítulo 2

## JÓVENES INDÍGENAS Y AFROBOLIVIANOS EN LA CIUDAD

### 2.1 Condiciones de migración e inserción

Las condiciones en las que jóvenes indígenas y afrobolivianos construyen y viven su sexualidad y el cuidado de su salud sexual y reproductiva en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra están relacionadas con el contexto y las relaciones sociales, políticas, económicas y culturales en las que se insertan.

En ese marco, se entiende especialmente que los procesos y experiencias de migración hacia la ciudad, inciden de gran manera en sus expectativas educativas y laborales, así como también en sus conocimientos, valoraciones, prácticas y ejercicio de derechos en las esferas de la sexualidad y la reproducción.

En este acápite se realiza una aproximación a la construcción de la identidad de jóvenes indígenas y afrobolivianos en el medio urbano, en el marco de las relaciones de poder y discriminación.

#### **Migración y “nuevas necesidades de la juventud”**

Como se mencionó, muchas/os jóvenes indígenas que viven en la ciudad han migrado desde sus lugares de origen, generalmente con sus familias, en el contexto de un creciente proceso de urbanización. En lo que respecta al pueblo afroboliviano, en su gran mayoría la región de procedencia es Los Yungas del departamento de La Paz.

## Educación y expectativas de futuro

En la actualidad, así como en muchos otros países de América Latina, la migración constituye uno de los fenómenos más importantes. Uno de los principales motivos para tomar la decisión de migrar –si bien concurren diversos factores– es la búsqueda de mejores condiciones de vida<sup>8</sup>.

De acuerdo a los relatos, entre las razones y motivaciones para migrar se mencionan necesidades relacionadas con “estudio, trabajo, salud, servicios”, y también “presencia de familiares en la ciudad”.

En particular, cabe destacar que entre las familias indígenas y afrobolivianas, las aspiraciones educativas tienen un papel preponderante en la voluntad de migración y de asentamiento en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Son evidentes y manifiestas las expectativas entre hombres y mujeres jóvenes, apreciando que en el escenario urbano pueden contar con mayores oportunidades educativas, así como tener continuidad en su formación a nivel de estudios de mayor grado y superiores (secundaria, técnica y/o universitaria).

En términos generales y de acuerdo a testimonios recogidos en el proceso de investigación, el significado de “mejorar las condiciones de vida” para el conjunto de los pueblos está asociado principalmente a lo que se podría expresar como “nuevas necesidades de la juventud”, es decir a un mayor acceso a la educación y la formación:

*Me trajeron mis padres por mejores oportunidades de vida y los estudios, a los siete años. Con mis padres y mis cuatro hermanos, nos costó adaptarnos porque todo era diferente, por el ambiente, la tecnología (EAF-M4).*

*Era por motivo del estudio que nos vinimos a vivir a Santa Cruz y aprendimos a estudiar, no sabíamos nada, ni leer, y vinimos a estudiar mejor aquí en Santa Cruz de la Sierra. No sé cuántos años tenía, desde chico vine, no me acuerdo con cuántos años vine (EG-H1).*

*Me trajeron a la ciudad mi padre y mi madre, cuando yo tenía cinco años por el tema de estudio, porque allá en el pueblo no hay escuela, si hay es solamente lo básico, solo hay sexto, no hay secundaria y por el tema de la universidad igual (EY-M2).*

---

<sup>8</sup> Una investigación de APCOB, “Nunca nos fuimos” (2014), y un estudio sobre percepciones interétnicas (2018, en fase de publicación), profundizan sobre las características de los procesos migratorios de los pueblos ayoreode, chiquitano, guaraní, guarayo, mojeño y afroboliviano, presentando también información sobre su situación socioeconómica en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

*Yo migré por motivo de estudio porque en mi comunidad no hay estudios superiores y también por motivo de trabajar y estudiar, querer superarme y no quedarme sin estudio (EC-M6).*

*...nos vinimos porque mi familia ya no tenía nada que hacer allá prácticamente, y nos vinimos acá porque yo me gradué y para entrar a la universidad y empezar mi carrera (EGY-H4).*

En el caso del pueblo ayoreo es importante mencionar que la búsqueda de atención a la salud también constituye una motivación relevante<sup>9</sup> para trasladarse a los centros urbanos y, por ende, a la ciudad de Santa Cruz de la Sierra:

*Vinimos porque aquí hay más condiciones de vida, hay más posibilidades de trabajo y para salud. Llegué con mi madre y mi padre. Sí, me he adaptado perfectamente al ambiente de mi comunidad, que está en la ciudad (EA-M3).*

Una mirada crítica al imaginario de “mejor vida”, asociado a “estar en la ciudad”, devela que muchas veces, las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos deben postergar sus expectativas educativas ante la necesidad de garantizar la subsistencia económica.

### **Quiénes son los jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos**

Los testimonios nos informan sobre tres aspectos relevantes:

En cuanto a su origen:

- Existen jóvenes que nacieron en la ciudad, especialmente entre la población guaraní, que registra procesos migratorios de más larga data.
- Otra parte llegó a la ciudad en una etapa temprana de la niñez y algunas/os de manera más reciente.

*Yo creo que fue mayormente por mis padres, ya que ellos en sí vivieron aquí, yo nací aquí en Santa Cruz. Estoy viviendo en una zona llamada Pueblo Nuevo, es un barrio, es poblado, vivo con toda mi familia, desde mi abuela y mis hermanas y hermanos (EG-H4).*

En cuanto a la decisión, de manera general se advierte que:

- En los casos de las personas que llevan más tiempo en la ciudad, la migración no fue una decisión propia sino de sus seres cercanos, a saber, sus progenitores.

---

<sup>9</sup> En APCOB, 2012 se aborda en profundidad la problemática del derecho a la salud del pueblo ayoreo.

- Entre las personas que salieron de sus lugares de origen con mayor edad, especialmente para proseguir estudios universitarios, en gran parte se trata de decisiones propias.

A nivel de género, desde una mirada comparativa entre hombres y mujeres, llama la atención algunas diferencias en las condiciones de migración y de arribo a la ciudad.

- Existen hombres que han salido de sus comunidades y territorios, sin mayores planes y buscando cambios, abiertos al devenir y, en varios casos, para asumir cargos en las organizaciones matrices de sus pueblos con sede en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.
- Se dan situaciones de mujeres jóvenes y adolescentes que llegan a la ciudad, a partir de una invitación de familias indígenas ya asentadas para brindar apoyo al trabajo de hogar “a cambio de techo, alimentación o estudios”.
- Hay varias mujeres que han migrado con parejas e hijas/os pequeños, en unos casos por motivos laborales, para realizar trabajos del hogar de acuerdo a un patrón aún vigente en la inserción laboral de mujeres rurales en la ciudad.

*Vine por trabajo, me trajeron para cuidar a un bebé, tenía 13 años, me vine con una tía... Cuando recién llegué, me costó acostumbrarme, porque no conocía a nadie..., y como acá era pura gente desconocida, extrañaba a mi gente de allá (EM-M3).*

En general, en gran parte de los testimonios se aprecia que las circunstancias de migración están atravesadas por expectativas de encontrar mejores condiciones de vida y de bienestar familiar:

*Bueno, en realidad hemos migrado toda mi familia buscando mejores recursos, vino primero mi papá y mi mamá... mi papá nos dijo que venía para seguir adelante porque veía que en el campo solo se sostiene de agricultor, lo que se trabaja es chaco, en el campo es un trabajo duro, se trabaja al sol. Más que todo mejores condiciones de vida, yo de niña tenía siete años y mis otro hermanito dos años, ellos primero se vinieron con mis papás (EC-M2).*

### **Inserción en la ciudad**

Para comprender las experiencias, percepciones y prácticas, la construcción de normas sociales y los procesos de desarrollo de la identidad y el sentido de pertenencia, es necesario realizar una aproximación hacia las condiciones de inserción en la ciudad de las poblaciones indígenas y afroboliviana. El abordaje

a estas temáticas es fundamental en tanto tienen influencia en su sentido de identidad y autoestima, y se relacionan con visiones y valoraciones sobre sí mismas/os y con el ejercicio de derechos y el cuidado de la SSR.

De acuerdo a estudios sobre la temática y a datos obtenidos para la presente investigación, observamos que las personas jóvenes indígenas y afrobolivianas se insertan en un contexto demográfico urbano caracterizado por su diversidad cultural y por altos patrones de desigualdad social.

### **“Estamos en las periferias de la ciudad”**

De modo general, la manera en que la población indígena se establece en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra presenta algunas características diferenciadas de acuerdo a su identidad cultural.

Una situación particular corresponde a los pueblos ayoreo y guaraní, establecidos de forma concentrada en barrios donde residen familias del mismo origen cultural y, en muchos casos, emparentadas entre sí:

- Pueblo ayoreo, con dos asentamientos concentrados, Degui y Garay, en dos lugares diferentes (el primero en la zona este y el segundo en el noreste de la ciudad).
- Pueblo guaraní, con 14 asentamientos/comunidades, ubicados en la zona este y sobre el camino a Paurito, con organizaciones afiliadas a la Capitanía Provincial Andrés Ibáñez, la cual está afiliada a la Capitanía Zona Cruz.

*Vivimos varios en mi casa, mi abuela, mis dos hermanas, sus hijos, mis hijos; con familiares cercanos. Aquí es pues como una sola familia, todos son ayoreos, todos en la comunidad (EA-H2).*

*Vivo en el barrio Samaria, con mis padres. Ahí viven, somos vecinos mayormente; al lado de mi casa hay otro y otro, puros guaraníes, puros conocidos (EG-M9).*

*Estoy viviendo en una zona llamada Pueblo Nuevo, es un barrio, poblado, vivo con mi familia, desde mi abuela, mis hermanas y hermanos. El barrio está lleno de guaraníes; son varios que vivimos ahí, están viniendo de otros pueblos del Isoso a vivir acá y de otros diferentes pueblos (EG-H4).*

En lo que respecta a los pueblos chiquitano, gwarayu yuracaré y mojeño, residen mayormente en viviendas dispersas, ubicadas principalmente en grandes barrios como: Villa Primero de Mayo, Plan 3000, Pampa de la Isla y Vallecito II.

Entre algunas/os jóvenes del pueblo mojeño y yuracaré existen quienes viven con sus familias, incluyendo progenitores, hermanos y nuevas familias.

Para el caso del pueblo afroboliviano, las mujeres y hombres participantes en el estudio, expresaron que su población se encuentra dispersa en diferentes barrios de la ciudad, tales como: Plan 3000, Villa Primero de Mayo, El Terrado, etc. Es decir, no está concentrada en determinadas zonas o barrios.

También identificamos que existen jóvenes indígenas, mujeres y hombres, residiendo en lugares cercanos a sus centros de estudios, como es la universidad pública (UAGRM). En estas condiciones se encuentran generalmente estudiantes de los pueblos chiquitano y guarayo, que viven solas/os.

Desde la perspectiva de las y los jóvenes, las formas de residencia en barrios o en una misma vivienda con personas de sus pueblos tienen aspectos valorados, como por ejemplo, la vinculación y el desarrollo de redes sociales de apoyo y la posibilidad de seguir reproduciendo sus culturas. Pero también puede significar la persistencia de control a sus modos de vida y comportamientos personales.

### **La configuración del espacio: "No es una costumbre de nosotros estar encerrados"**

A nivel económico, las condiciones en que se asientan las poblaciones indígenas son críticas, pues desde un bajo poder adquisitivo deben enfrentar un mercado urbano de la tierra y de la vivienda altamente especulativo y que las/os expone a marcadas situaciones de desigualdad.

En ese marco, las limitadas posibilidades socioeconómicas de la gran mayoría de las familias indígenas y afrobolivianas influyen para su asentamiento en zonas urbanas alejadas. Así, según refieren las personas consultadas, en una gran mayoría, las viviendas son precarias y con escaso acceso a los servicios públicos los que, además, suelen ser de baja calidad.

En la gran mayoría de casos, las expectativas de establecerse en el espacio urbano buscando seguridad y estabilidad se confrontan con la realidad siendo que deben residir en pequeñas viviendas, o incluso en cuartos reducidos.

Por otra parte, mencionan que una gran cantidad de familias vive en cuartos de alquiler o como caseros en barrios alejados.

*...vine a vivir con mis hermanas y después con el padre de mi hija, estamos aquí en anticrético. Ya hace dos años que hemos agarrado un anticrético con mi pareja, pero ahora queremos salirnos de ahí, aunque no se puede sino hasta que ella nos pague (EC-M3).*

Es claro que la diferenciación espacial que se genera, y la correspondiente concentración de la población indígena y afroboliviana en determinadas zonas periféricas de la ciudad, se relaciona y afecta su acceso al trabajo y, por consiguiente, sus posibilidades de ingresos.

Para las y los jóvenes que han migrado, los modos de vida en la ciudad los exponen a una serie de situaciones críticas y de diferencias respecto a su entorno tradicional y a sus formas de vida comunitaria. Sus relatos hablan desde sentimientos de soledad, pasando por las nuevas interacciones, sensaciones y experiencias que implica la vida urbana en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

Testimonios de mujeres chiquitanas y mojeñas dan cuenta sobre un proceso de inserción complejo, mostrando extrañeza ante la manera de establecer y ocupar el espacio que rige en el mundo urbano. Pero, además, destacan el valor que tienen los vínculos y relaciones con otras/os:

*Cuando llegamos era una casa en alquiler y era todo cerrado, y no era una costumbre de nosotros eso de estar encerrados porque hemos crecido en un ambiente bien amplio y llegar a la ciudad es como si nos hayan encerrado en las cuatro paredes. Porque no es como vivís en el campo, que tenés prácticamente todo, y cuando te vas a la ciudad no tenés nada, ni donde quedarte, no conocés a nadie. Después pasando el tiempo mi papá vio las necesidades de su familia y fue a buscar una casa más grande, más amplia. Y ya ahí en esa casa también habían parientes, éramos sus sobrinas de mi papá, sus hermanos y demás; ahí nos hemos sentido más cómodos porque teníamos familia para charlar con ellos, distraernos, y ya mi papá y mi mamá salían a trabajar (EC-M2).*

*Cuando me vine a la ciudad tenía 19 años, me vine de mi comunidad con mi familiar que conocía, mi tía. Me costó un poco adaptarme porque yo no conocía a nadie y también la ciudad es diferente, mucho ruido existe, de los micros y autos (EC-M6).*

*Cuando recién llegué, me costó acostumbrarme, porque no conocía a nadie. Extrañaba bastante la familia, la comida... y como acá era pura gente desconocida, extrañaba a mi gente de allá (EM-M3).*

En diferentes testimonios se puede observar que algunos esquemas o nuevos códigos aparecen enfrentados a valores y principios de la propia cultura. Pero, además, exponen que las expectativas de mejorar las condiciones de vida y lograr mayor educación parecen diluirse ante la falta de oportunidades y de acceso a medios materiales:

*...muchas veces las personas que se vienen del campo a la ciudad tienen un plan sobre cómo van a vivir acá, tal vez la forma de sentirse excluido es la “no pertenencia dentro de la ciudad”. Muchas personas allá practican la reciprocidad, pero al llegar acá ya se sienten diferentes, o sienten que no va de acuerdo con lo que estaban planeando, no tienen tanto acceso como lo que solían tener. Muchos llegan a estudiar y a trabajar pero en realidad cuando empezamos a trabajar terminamos sin estudiar. El modo de vida en el campo y el modo de vida en la ciudad es muy diferente, llegas acá y debes preocuparte por dónde vas a vivir, qué vas a comer, la preocupación no se va principalmente por “qué voy a estudiar” (líder juvenil de JIASC).*

En el marco de los procesos de migración y asentamientos urbanos de la población indígena y afroboliviana, también se producen cambios y continuidades en lo que respecta a las relaciones entre mujeres y hombres y a los patrones de género dominantes. Si bien ambos enfrentan carencias y dificultades para acceder a oportunidades laborales, educativas y de ingresos, en general, los hombres cuentan con mayores posibilidades para alcanzar espacios laborales, de participación y desarrollo, mientras que para las mujeres es más difícil, pues, de partida, enfrentan dificultades adicionales.

## **2.2 Autoidentificación y sentido de pertenencia**

Para indagar sobre la temática, de acuerdo a las definiciones asumidas en el presente estudio, corresponde puntualizar que el análisis en torno a la identidad se establece fundamentalmente a partir de reconocer especificidades y preguntar quiénes somos y cómo nos ven los otros, en un contexto de diversidad cultural y de relaciones de poder y discriminación real y simbólica.

Entendemos que las identidades permiten a las personas identificarse con un grupo, una colectividad o una comunidad para distinguirse de los demás y asumirse como parte de ese grupo, sin que esto implique que los significados y prácticas que las/os identifican y/o diferencian sean estáticas o permanentes.

Desde ese punto de partida, en esta parte desarrollamos cómo sienten “las miradas ajenas” y cómo desarrollan las miradas propias, es decir, cómo se perciben a sí mismas/os las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos.

### **Miradas ajenas: entre la invisibilidad y la homogenización**

En el ámbito urbano, las y los jóvenes indígenas se ven enfrentadas/os a concepciones dominantes que tienden a ver y a caracterizar al conjunto de los pueblos de las Tierras Bajas como si fueran un grupo homogéneo. Entienden

que estas concepciones no permiten el reconocimiento y valoración sobre la existencia y la identidad específica de todas las culturas y pueblos existentes.

Así, varias personas mencionaron haber sido identificadas y denominadas como “guarayos”, sintiendo que esa manera de ser nombrados tiene una carga discriminatoria, en tanto que torna invisibles al conjunto de los otros pueblos, a la vez que desconoce los propios orígenes e identidades culturales:

*La verdad creo, porque no saben diferenciar a veces un grupo “étnico” en la ciudad (EC-M2).*

### **“Indígenas de museo”**

En ese orden, emerge también la representación de “lo indígena” como adscrito y restringido al ámbito rural. De forma complementaria, una expresión con sesgos discriminatorios los designa como “indígenas de paso” y los reconoce como una presencia temporal y extraña en la ciudad:

*...nosotros llegábamos a unos lugares y nos decían “¡hay jóvenes aquí!, ¡son indígenas de paso!, estos jóvenes en las universidades ¿qué hacen aquí?” No sabían que hay jóvenes indígenas aquí en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, en distintos espacios, a manera de ignorancia de la sociedad, se escondía este tipo de racismo y discriminación hacia los pueblos indígenas negando la existencia dentro de la gran ciudad (líder juvenil de JIASC).*

“Muchas veces nos toman como “indígenas de museo” (líder juvenil JIASC). Esta representación expresa imaginarios respecto a la población indígena como “los otros”, donde se sostiene una caracterización que los relaciona con los territorios lejanos, “la selva”, o a un espacio rural “atrasado”; a un ser exótico y un objeto a preservar, en tanto parte del pasado. Desde dichas miradas y percepciones, las culturas y las identidades son estáticas, ajenas a los contextos históricos y aisladas de los procesos sociales.

Desde los dispositivos de “exotización”, un joven líder identifica una estrategia de minusvaloración y de estereotipos que representan la idea de lo indígena como una imagen folclórica y casi de caricatura:

*....me preguntan ¿vos sos indígena? (rápido empezamos a percibir que se va a convertir en un tipo de burla) ¿Vos sos indígena?, ¿dónde están tus plumas? (líder juvenil de JIASC).*

### **Las marcas corporales**

Este marco de análisis explica principalmente que las poblaciones ayorea y afroboliviana, de modo generalizado, son reconocidas en una diferencia y una

identidad específica, a partir de lo que Monzón (2003) refiere como “marcas corporales” (color de piel, rasgos del cuerpo, características del cabello, condición de salud o capacidades físicas diferentes, entre otras)<sup>10</sup>.

Esa mirada de diferenciación, desde la base de “lo visual” que entraña el aspecto físico, en el espacio de la vida urbana contribuye a generar mayores niveles de exclusión. Son elocuentes los testimonios de mujeres y hombres del pueblo ayoreo:

*He escuchado, cuando caminamos en la calle dicen entre ellos, ese parece ayoreo, con decir eso nos discriminan (EA-H2).*

En lo que respecta a la población de jóvenes afrobolivianos, mujeres y hombres manifiestan que en algunos casos son percibidos y tratados “como extranjeros” y –sin negar el proceso de secuestro y esclavitud histórico desde tierras africanas al continente–, esto lo relacionan con un total desconocimiento sobre la presencia de personas de origen afroboliviano que han migrado desde Los Yungas (departamento de La Paz), o sobre la existencia de mujeres y hombres afrobolivianos que ya nacieron en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra:

*Como de muestra, este año me pasó con un policía, por mi color de piel... le estaba reclamando a un policía que se pasó el paso de cebra, y me dijo ‘andá reclama a tu país’, yo lo siento como una agresión que me hace por mi color de piel, pensando que no soy afrodescendiente boliviano (Grupo focal hombres afrobolivianos).*

### **Miradas propias: autoidentificación**

En los contextos de diversidad cultural y de relaciones de poder y discriminación en que se desenvuelven, el colectivo de jóvenes indígenas y afrobolivianos se enfrenta a la necesidad de asumir posiciones de identificación, sea valorizando su propia cultura de origen y, por tanto, adoptando una autoidentificación cultural o, por el contrario, encarando la posibilidad de borrar marcadores de identificación cultural (idioma, formas de expresarse, prácticas, adornos corporales y objetos de vestir, etc.), a fin de lograr una mayor aceptación social.

---

10 Zolezzi y Sanabria, en una investigación realizada a mediados de los años 90, explican que en el pueblo ayoreo, las mujeres adultas tenían una determinada forma de vestir y de llevar adornos corporales que marcaban sus interacciones sociales en espacios públicos, por lo cual habitualmente eran objeto de discriminación y racismo, demostrando el peso de la apariencia física en las interacciones con otras/os.

## **Identidad de pueblo**

Un primer aspecto de análisis muestra que si bien existen diferentes percepciones sobre su identidad en la ciudad, en general una gran mayoría de mujeres y hombres se reconocen y/o identifican como integrantes de algún pueblo, o también reivindican su procedencia territorial.

Sea que hubiesen nacido en la ciudad o que llegaron muy pequeñas/os o de manera más reciente, manifiestan sentimientos de orgullo en el marco de los procesos políticos acontecidos en el país los últimos 40 años, desde la formulación de plataformas de derecho, hasta la lucha por el reconocimiento y la valoración de los pueblos indígenas y originarios y el pueblo afroboliviano como actores políticos. Esto ocurre en paralelo a las dinámicas de politización de identidades y a procesos organizativos que han afirmado sentimientos de autoidentificación y pertenencia.

Los diversos y numerosos testimonios de jóvenes de los diferentes pueblos ilustran en torno a los procesos de generación de conciencia y toma de decisión para asumir sus identidades, reivindicando las luchas del movimiento indígena y la conquista de derechos, y su consagración en la CPE. Lo propio ocurre con la población afroboliviana:

*En nuestro caso, ha tenido que ver la Constitución Política del Estado, que reconoce a los pueblos indígenas, la gente se siente más segura de aceptarse y no tener miedo a que lo insulten, lo humillen. Las organizaciones se fortalecieron y mis padres tuvieron más contacto con la gente de su pueblo. Me gustó participar en los cursos sobre derechos indígenas, me fortalecieron: liderazgo, derecho indígena y gobernabilidad que nos dio APCOB. Desde ese momento dije: "yo soy indígena" (lideresa juvenil de JIASC).*

*...mis padres son guaraníes, mi madre, toda mi familia son guaraníes y me identifico... Mayormente al principio, más antes, tenía vergüenza decir que era guaraní pero ahora hay más libertad de decir que uno es guaraní (EG-M6).*

*Soy ayoreo, me siento orgulloso de ser ayoreo (EA-H2).*

*Me considero afroboliviano, me siento bien, en este tiempo tenemos personas que nos representan, están haciendo que las leyes del Estado nos reconozcan como personas que somos (EAF-H4).*

*...me considero indígena del pueblo guarayo, me siento bien cuando digo que soy de Guarayos (EGY-H1).*

*Todo el tiempo me considero indígena y pertenezco al pueblo yuracaré-mojeño, me siento bien con la frente en alto y gracias a la Constitución Política del Estado estamos reconocido y no me avergüenzo (EY-M2).*

*Soy mojeña trinitaria, que está en el Beni, por el lado del Isiboro Sécore. Me siento orgullosa y satisfecha de ser de allá, es decir, orgullosamente mojeña (EM-M3).*

*Yo empecé a decir que soy mojeña a partir de los 20 o 21 años, cuando ya estaba en la universidad, porque fue ahí también que ya comencé a participar de los cursos de formación, entonces de ahí comencé hasta ahora (EM-M1).*

También se distingue una identidad asumida y reivindicativa del origen cultural, que además trata de dejar claro un discurso y una práctica contra la discriminación:

*Bueno, me identifico primero por el área cultural como mojeña; mi papá nació en San Ignacio de Moxos. Yo nací acá y mi mamá es de Cochabamba, pero haciendo una diferencia me identifico más como mojeña. Creo que es una forma o manera más clara de dar a conocer a las personas que existe todavía esta cultura... (EM-M1).*

*En mi experiencia, la discriminación la he sentido al afirmar mi autoidentificación cultural en el colegio: una profesora preguntó ¿alguien se considera indígena?, me pongo a pensar "si mi madre es indígena, mi padre es indígena, entonces, yo soy indígena", mis padres hablan un idioma, tienen costumbres, yo soy indígena. Entonces levanto la mano y todos se quedan mirando, la profesora me pregunta ¿cuál es su nombre? ¿su apellido es ancestral? Me dice "pase adelante", y cuando voy escucho "indio de mierda". En ese momento era un frenesí de sentimientos, de miedo sobre lo que había hecho, creí que había cometido un error... Yo recibía tanta discriminación por los profesores y la directora, que discrepaba afirmando que era indígena y tenía derecho a estar en ese espacio asumiendo mi autoidentificación cultural, como chiquitano (líder juvenil de JIASC).*

### **Autoidentificación indígena**

Tal como se puntualiza líneas arriba, muchas/os jóvenes expresan su identificación fundamentalmente como integrantes de un determinado pueblo, es decir un sentimiento de pertenencia cultural, sin sentirse reflejadas/os, necesariamente, en la categoría de "indígena". Mientras para otras personas,

el definirse como indígena es parte sustantiva de su identidad: “soy *indígena guaraní*”.

Al respecto de esta cuestión, varios testimonios evidencian la necesidad de tener un alto nivel de autoestima y confianza para enfrentar la discriminación y los estereotipos vigentes, en particular aquellos donde se representa de forma negativa el “ser morenos” y afirmar una condición de indígena:

*...muchos jóvenes decían “yo soy guaraní, pero no soy indígena”, “soy chiquitano pero no soy indígena”. Creo que es porque la sociedad coloniza mucho qué es ser indígena, que el indígena es lo más despectivo. Muchas veces ha sido nuestro problema cuando queremos promocionar las culturas (líder juvenil de JIASC).*

Algunas/os jóvenes problematizan y cuestionan la categoría de indígena sin considerar plenamente su potencial. Cabe apuntar que esta noción fue desplegada por el movimiento de las Tierras Bajas, desde la década de los 80 del siglo pasado, en un momento de organización y luchas por conquistas históricas como una denominación compartida por los pueblos, cambiando el sentido de ese término utilizado en Bolivia para denigrar y discriminar (CIDOB, 1988).

La categoría “indígena” permitió que los diferentes pueblos puedan reconocerse en una condición compartida de sometimiento y subordinación colonial para interpelar a la sociedad y al Estado boliviano y reivindicar derechos colectivos (CIPCA, 2007). Se advierte que en el actual contexto urbano, y para algunas personas jóvenes, no tiene ese significado de interpelación y de instrumento para la acción política.

En el proceso de organización de JIASC, toma fuerza la reivindicación de identidades regionales, al parecer para hacer frente a la carga despectiva que reviste la categoría de “indígena”:

*Ninguno de nosotros decía “soy parte de un pueblo indígena, soy un indígena”, en mi caso y de mis compañeras chiquitanas, decíamos “yo soy de San Antonio de Lomerío, no chiquitano y tampoco soy indígena” (líder juvenil de JIASC).*

En el caso del pueblo afroboliviano, reivindican la noción de ancestralidad, que pone en el centro su proceso histórico en el territorio de Bolivia para reconstruir y afirmar la propia cultura. De igual manera, destaca la importancia de su proceso organizativo en la reconstrucción de la identidad:

*...debido a los procesos históricos que ha tenido nuestro pueblo, debido a la trata trasatlántica, secuestro de los africanos, se impuso una cultura, se impuso una lengua y demás. Entonces ha habido apropiación de muchas otras culturas y el modo de vida no es el mismo (grupo focal mujeres afrobolivianas EAF-M1).*

*...como hemos sido dispersados en diferentes pueblos y localidades...en Santa Cruz la mayoría de nuestros jóvenes no saben historias afro, la mayoría ha mezclado su cultura (grupo focal mujeres afrobolivianas EAF-M2).*

En el contexto actual, tanto a nivel departamental como nacional, existe una valoración de estrategias y acciones que se orientan al fortalecimiento del pueblo afroboliviano y a su articulación con las organizaciones de los pueblos indígenas de las Tierras Bajas:

*...la Constitución nos ha abierto ese espacio donde reclamar que nos respeten como afroboliviano, y obtener la identidad. No somos indígenas, siempre se aclara, el pueblo afroboliviano tiene su propia identidad, y es a nivel mundial; somos los hijos de África y esa es nuestra identidad. Ante cualquier situación de discriminación que diga que no tenemos porqué reclamar, hay que decir "soy afroboliviano y la Constitución me reconoce" (líder juvenil de JIASC).*

### **La organización como instrumento reivindicativo**

En el marco de las experiencias particulares sobre los procesos de adscripción y construcción identitaria, se torna valiosa la existencia de espacios organizativos donde comparten vivencias y debaten estas temáticas. En ese orden, observamos que la conformación de la organización JIASC en el medio urbano se convierte en un instrumento de las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos.

Los espacios organizativos y de articulación de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano en el ámbito urbano, por ejemplo APISACS y JIASC<sup>11</sup>, emergen como una estrategia, no solo para reivindicar derechos y políticas públicas ante el Estado, sino también para reconocerse y remontar diferentes

---

11 La Asociación de Pueblos Indígenas y Afrobolivianos de Santa Cruz de la Sierra (APISACS), nació en 2013 con la finalidad de articular a las asociaciones indígenas urbanas y realizar incidencia ante el gobierno local para el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en la ciudad. Más tarde se incorporó la asociación representativa del pueblo afroboliviano. La organización Jóvenes Indígenas y Afrobolivianos de Santa Cruz (JIASC) se forma en 2015, articulando a jóvenes, mujeres y hombres con los objetivos de impulsar el activismo e incidencia por sus derechos, especialmente los económicos, sociales y culturales en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

dispositivos de poder respecto a sus identidades culturales, sea de invisibilización (“no existen, están en el área rural”), de trato homogenizador (“todos son guarayos”), o de discriminación (abierta o encubierta). Los jóvenes líderes, mujeres y hombres, valoran sus espacios organizativos y de articulación como un referente y un apoyo para compartir procesos de reflexión y aprendizajes en su autoidentificación como indígenas y afrobolivianos.

En la organización de jóvenes JIASC existe una agenda hacia el interior del movimiento indígena. Sus discursos reivindican la propuesta de una mayor participación de jóvenes y el reconocimiento a sus liderazgos en las organizaciones indígenas y afrobolivianas urbanas.

Hacia la sociedad y el Estado, además de la condición generacional –que muchas veces se desconoce o se percibe como “algo secundario”, incluso en el movimiento indígena–, su agenda enfatiza en la valoración de sus culturas e identidades y en la problemática socioeconómica. Es decir, demandan que se reconozca su especificidad como jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos, a la par que desarrollan sus liderazgos. De igual manera, su activismo e incidencia tienen un eje de lucha contra la discriminación de género. Esto implica “tomar en cuenta una participación más activa de las mujeres dentro de las organizaciones” (líder juvenil de JIASC).

Un tercer eje claramente definido y compartido es la problemática de “la discriminación racial”, especialmente en espacios de incidencia, “luchando contra la ignorancia de la sociedad, donde se esconde racismo y discriminación hacia los pueblos indígenas”<sup>12</sup>.

## **2.3 Construcción identitaria y discriminación**

### **Discriminación en el contexto urbano**

En el medio urbano, las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos, de manera cotidiana viven experiencias de discriminación cultural, racial, de género y generacional, así como también de exclusión económica. Éstas adquieren características particulares de acuerdo a determinados espacios y situaciones.

---

<sup>12</sup> Como marco normativo vigente, es pertinente precisar las definiciones que establece la Ley N° 045, Contra el racismo y toda forma de discriminación, de 8 de octubre de 2010. Se entiende por discriminación racial “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza o por color, ascendencia u origen nacional o étnico que vulnere el reconocimiento y ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos reconocidos en la CPE y las normas internacionales de Derechos Humanos”. Además, define el racismo como “toda teoría tendiente a la valoración de unas diferencias biológicas y/o culturales, con el fin de justificar un sistema de dominación que presume la superioridad de un grupo sobre otro.” (art. 5).

## **Espacios de discriminación: ámbito escolar y sistema de transporte**

A nivel de los espacios, las personas jóvenes indígenas y afrobolivianas identifican de manera enfática el sistema educativo público como un ámbito donde se produce y reproduce una discriminación que afecta su sentido de identidad, autoestima y bienestar general. Sus experiencias confrontan las perspectivas y expectativas de una vida digna en la ciudad, y adquieren un significado especial porque se trata de un escenario trascendental en la formación de las personas.

Los múltiples testimonios vertidos, que relatan situaciones de acoso, asignación de apodosos y burlas (entre un amplio repertorio), alarman porque la escuela es una de las instituciones donde sienten mayor rechazo y discriminación. Existen estudios que establecen un alto impacto de este tipo de discriminaciones, generalmente en función a la corta edad en que ocurren los episodios.

Ante la consulta sobre los espacios donde han sentido mayor discriminación, las respuestas inequívocas de mujeres y hombres de los diferentes pueblos indígenas y afroboliviano, señalan:

*Más que todo en el colegio, en la escuela (EAF-M2).*

*...en la etapa del colegio y el gran factor ha sido como siempre, el color de mi piel y el factor económico (EAF-H4).*

*La discriminación en el estudio más que todo, recuerdo que la profesora me decía "usted no sabe, ¿qué hace aquí, por qué no se vuelve al campo?" cuando llegué no sabía sumar ni restar y ellos sabían hasta multiplicar y dividir, y yo ni sabía leer... me acuerdo que estaba en cuarto de primaria y no sabía leer y en la misma profesora sentí esa discriminación, me dice "si es del campo de seguro debe tener piojos". Una profesora diciendo eso..." (ECH-1).*

*...en el colegio me trataban feo, me decían feo, mucho me discriminaban y eso me dolió (EG-H2)*

*...antes, cuando estaba en el colegio, había discriminación, se burlaban de uno pero ahora ya no (EGY-M3).*

Esta problemática se ve agudizada en el caso del pueblo ayoreo:

*...en mi colegio no me hablan porque creen que soy mala, piensan que yo soy caníbal, pero las personas que conocen saben que somos diferentes y piensan diferente. Dicen "no, ellos no son así",*

*y otras que llegan con una cara que “vos no sos de aquí, tienes que irte”, pero yo sigo estudiando... (MA-2).*

El sistema de transporte público se identifica como otro espacio donde se producen hechos de discriminación, particularmente hacia las personas del pueblo ayoreo:

*En el centro de la ciudad o también en los micros, esto pasa cuando hay varias personas, ahí es cuando hay discriminación (EA-M3).*

*En el medio de transporte público es donde se ve más la situación, es por el idioma que hablamos o también cuando vamos varias mujeres, de eso se ríen la personas (EA-M4).*

### **Discriminación: “te miran con un sentido despectivo”**

Desde el punto de vista de los testimonios recogidos para nuestro estudio, percibimos dos elementos fundamentales que activan y actualizan discriminaciones hacia la población indígena y afroboliviana que vive en la ciudad.

Sin pretensiones de calificar una u otra forma, puesto que tienen bases diferenciadas, aunque en los hechos aparecen entramadas, percibimos que un factor tiene que ver con la comunicación y otro con la apariencia física.

### **La competencia lingüística**

Las y los jóvenes indígenas perciben que la falta de habilidades en el manejo del idioma castellano –en el caso de las personas bilingües– y de fluidez en la expresión oral en general, constituyen un factor de discriminación cultural, por lo cual se sienten víctimas del rechazo y, en algunos escenarios, objeto de burlas.

En muchas circunstancias también la ausencia de un lenguaje adecuado los coloca en desventaja frente a modos dominantes de expresión en el contexto urbano. Al respecto, Harvey (1989) sostiene la noción de “competencia lingüística” para aludir a discursos y modos de comunicación a los cuales los actores en condiciones de desventaja deben recurrir para ser escuchados/as y respetados.

Evidentemente, dicha capacidad está asociada a un mayor acceso a la educación formal, algo que no suele ser posible para una gran mayoría de la población indígena de jóvenes en el medio urbano.

En estricto sentido, no tiene que ver sólo con el idioma, es decir, con una condición de monolingüe, sino también con otras situaciones, como por ejemplo, no hablar bien el castellano, o tener una determinada forma de hablar, o un acento particular:

*Las razones fueron porque yo hablo un idioma y creo que mi idioma fue la forma de la discriminación (EA-H3).*

*Sí, he vivido discriminación por ser indígena en mi trabajo y también en la universidad, porque yo hablaba diferente a ellos y se reían de mí, como yo hablaba (EC-M6).*

*...llegas a la ciudad, es otro ambiente, y te exigen porque te ven como una persona rara, extraña, y ellos se creen superiores, se fijan hasta de cómo te vestís, de cómo caminas, lo que pronuncias, cómo pronuncias las palabras también, porque es bien diferente el cómo hablamos allá a cómo hablan acá... (EC-M2).*

*...era todo el tiempo como si la gente nos mirara ahí como si fuéramos personas extrañas "qué hacen ustedes, por qué están aquí, o qué es lo que hacen, qué es lo que hace tu papá, por qué no los viste bien". Uno siente una discriminación... (ECH-M1).*

*Por el mismo hecho, aquí a los otros de decirle que soy guaraní, te miran con un sentido despectivo, no tanto por ser joven sino solo por ser guaraní, ya te creen nativo y creen que no tienen capacidad (EG-H3).*

*Antes daba un poco de vergüenza porque las mismas personas de aquí se hacían la burla de uno, más que todo con el idioma. Pero ahora ya no porque hay leyes que nos respaldan (EGY-M4).*

*...pero he visto a mis amigos del pueblo, que lo (los) discriminaban por no saber expresarse muy bien en español, a muchos de ellos... también por el color de piel... (EM-H2).*

## **Las marcas visibles**

Para el análisis coincidimos con las perspectivas decoloniales que nos hablan sobre las "marcas visibles de los cuerpos", que se convierten en motivo de discriminación racial y de opresión (González, 1984 en Fonseca).

Sobre la base de elementos externos, manifiestos en el color de la piel y determinados rasgos en la fisonomía y apariencia de las personas, se generan miradas y discursos discriminatorios. Esto se agudiza en el caso de la población afroboliviana y en el pueblo ayoreo.

Jóvenes del pueblo ayoreo perciben que existe una discriminación por identidad cultural hacia integrantes de su cultura, en función a su apariencia física, donde se resalta con mayor énfasis a las mujeres. Ellas y ellos, así como también

integrantes de otros pueblos, son conscientes de que su apariencia y algunas prácticas constituyen una evidencia de su pertenencia a una identidad cultural:

*Soy del pueblo ayoreo, nunca me dio vergüenza... aunque en la ciudad siempre la gente se ríe de nosotras (EA-M3).*

*A los ayoreos lo discriminan más por su aspecto físico (grupo focal intercultural mujeres)*

*Siempre hemos sido discriminados por los coñone (EA-H1)<sup>13</sup>.*

*...si uno se viste mal le dicen "pareces un ayoreo, pareces un guarayo" (líder juvenil de JIASC).*

Esta experiencia también atraviesa a jóvenes de otros pueblos. Como ya mencionamos, en algunos casos tiene que ver con la apariencia física y, en otros, de manera más específica, con la vestimenta. En general, se aprecia de forma clara una discriminación en la que se entretajan otros ejes de desigualdad, como la cuestión económica, es decir de clase, y las condiciones de pobreza y precariedad, que suelen tornarse muy visibles particularmente en la forma de vestir. Además, en varios casos, se trata de fisonomías que desafían los patrones dominantes de belleza:

*He vivido todos los días discriminación: ¡guarayo de mierda!, ¡cunumi de mierda! Yo creo que hay, por el hecho de ser guarayo. Se siente discriminado, porque por cualquier cosinga dicen "guarayo de mierda". Uno se siente mal porque uno está mal vestido, uno se siente marginado (EGY-H3).*

*Claro que sí, he vivido momentos de racismo y discriminación, más que todo es por el color de la piel o la forma de mi rostro o, por la forma en como hablo. También tiene que ver las clases sociales, que es de dónde vienes; yo soy de barrios pobres de Trinidad, de donde son los mojeños... Somos de piel morena, como se dice, cunumis. Somos bajitos, con rostros bien grandes. Es eso, porque vivimos en un sistema que nos oprime, que nos dice que lo bello y que lo hermoso y aceptable, es la gente blanca. Es ahí que me he sentido discriminada, en la universidad, en mi entorno social, en la calle (EM-M2).*

---

<sup>13</sup> Coñone o cojñone es un término que, en la lengua del pueblo ayoreo, se utiliza para designar a los no ayoreode, especialmente a personas mestizas. Generalmente es traducido como "insensatos", "sin pensamiento correcto". Ver al respecto, APCOB (2012).

Como resultado de la discriminación y, probablemente, con la finalidad de lograr una mayor aceptación social en el entorno urbano, existen jóvenes, mujeres y hombres, que han optado por dejar de lado elementos que hacen a su identidad cultural, como el idioma, formas de expresarse, nombres y apellidos, prácticas culturales y artísticas, formas de vestir, etc.

De igual manera, entre la población afroboliviana, como resultado de las desigualdades percibidas como de origen racial también puede producirse rechazo/negación hacia el propio origen. Como ya hemos señalado, la discriminación se considera racial puesto que tiene como base fundamentalmente las características fenotípicas de las personas, en particular el color de la piel:

*Dentro del pueblo afro he conocido personas que no han querido saber nada de la identidad, han llegado a decir: "no me junto yo con los negros", o, hay una negación. Tal vez influyen lo que nos ha dejado el "sometimiento de la esclavitud", ese dolor que aún hay, que hace que se niegue ser negro. Dentro de mi experiencia, durante mi infancia yo negaba ser afro, yo quería ser blanco por el mismo hecho de que sufría discriminación; creo que el afroboliviano sufre más discriminación en la etapa escolar (líder juvenil de JIASC).*

### **"La gente está mal informada"**

Muchas/os jóvenes atribuyen la discriminación al desconocimiento y la desinformación sobre la existencia de los pueblos indígenas en el medio urbano, interpelando también estereotipos predominantes, como por ejemplo una supuesta afición al consumo alcohólico y falta de apego al trabajo entre la población indígena. El motivo de la discriminación es la falta de conocimiento de los discriminadores. Muchas veces las personas dicen:

*"ah, estos indígenas roban, quieren todo gratis, son borrachos, el gobierno les da hasta sueldo". La gente está muy mal informada (líder juvenil de JIASC).*

También explican el problema de la discriminación socioeconómica como resultante de las condiciones de pobreza en que viven y que se manifiesta en falta de vivienda, insuficientes ingresos económicos y falta de fuentes de trabajo:

*La verdad, la discriminación siempre hay en la ciudad. En nuestro caso es por el idioma, también pienso que es de la pobreza, en cualquier lugar discriminan (EA-M4).*

*Hay harta discriminación por los blancos y algunos dicen “los pobres no sirven, los guaraní”... por lo que vivo en una casa pobre y no me visto bien (EG-H1).*

Al respecto, es importante puntualizar que la situación de pobreza se articula con otras relaciones de desigualdad en las que se encuentran inmersas/os. En ese marco, la perspectiva interseccional nos ayuda a entender que la experiencia de desigualdad en la que viven jóvenes, hombres y mujeres indígenas y afrobolivianos, se encuentra afectada a la vez por la desigualdad de clase, de identidad cultural, la discriminación racial, de género y generacional. Esto acontece en diferentes ámbitos, como por ejemplo, el educativo, laboral, y también en lo que respecta a la salud y la salud sexual y reproductiva. Es decir, las diferentes estructuras de desigualdad interactúan entre ellas, de forma simultánea, y no se suman ni son independientes unas de otras.

### **Discriminación y daño**

Como producto de las experiencias de discriminación, algunas personas entrevistadas refieren haber padecido sentimientos de tristeza, baja autoestima, depresión y desarraigo. En una entrevista, incluso, se comentó sobre un intento de suicidio originado por la angustia experimentada ante la soledad y la falta de ingresos.

Justamente, algunos estudios plantean que las dinámicas de discriminación y rechazo, sea por motivos de “clase”, identidad cultural, de género u otras, parecen incidir en las prácticas sexuales y en la exposición al riesgo. Dichas condiciones delimitan el acceso y disfrute de derechos, a la educación, a la salud, al trabajo y al ejercicio de los derechos en general, y marcan también diferencias en cuanto a las problemáticas de la salud sexual y la salud reproductiva en que se ven inmersas/os.

En ese orden, advertimos que, especialmente la discriminación y la pobreza influyen en las percepciones y decisiones de las y los jóvenes respecto a la sexualidad y la atención y cuidado a su salud sexual y reproductiva.



# Capítulo 3

## SEXUALIDAD

### 3.1 Cuerpo: cambios y cuidados

#### Aprendizajes sobre el cuerpo

De acuerdo a diferentes estudios, la familia y la escuela constituyen los principales espacios para la generación de información en materia de salud y sexualidad. En efecto, de igual manera, en el conjunto de los pueblos se advierte que familia y escuela son los agentes que generan los primeros aprendizajes sobre la sexualidad, enfocando especialmente los procesos de transformación del cuerpo y los roles de género:

*Un poco en el colegio y mi mamá, que iba a tener cambios sobre mis pechos, que iba a menstruar, eso fue a mis 10 años (EAF-M3).*

#### Cuerpo: visiones biologicistas

Son reiteradas las referencias a los procesos corporales propios de la pubertad, tales como: “crecimiento de los pechos, surgimiento de vellos en las partes íntimas y la menstruación”, para el caso de las mujeres. Mientras que entre los hombres, se menciona los cambios de la voz y la aparición de vello púbico:

*Mis primeros profesores fueron mi mamá y mi papá y en la escuelas los profesores, por ejemplo el cambio del cuerpo que cuando llega la adolescencia, de los pechos y te sale los vellos en las parte íntimas y así como también en las axilas (EY-M2).*

*Más que todo mi padre me hablaba, que iba a sufrir cambios en mi cuerpo, que me iban a empezar a salir vellos corporales, que mi voz se iba a engruesar y todo eso (EAF-H1).*

*A mí me enseñaron del cuidado del cuerpo en la escuela y también mis padres, que tengo que cuidarme por ser niña y cuando sea señorita crecerán mis pechos, también me iba a bajar menstruación como hemorragia, me crecerán los vellos y mis partes íntimas y que no me asustara (EC- M6).*

Cabe puntualizar que, en el caso del pueblo ayoreo, el proceso de aprendizaje sobre sexualidad es complejo, pues persisten nociones y prácticas que restringen un “hablar público” de estas temáticas<sup>14</sup>. De manera que muchas generaciones de personas adultas han tenido una socialización marcada por prescripciones culturales que construyen la sexualidad como un terreno peligroso:

*Ni mi madre ni mi padre me enseñaron esas cosas, vos sabes que muy poco en nuestra cultura se habla de esas cosas desde pequeño (EA-H2).*

*Antes las madres no enseñaban sobre estas cosas, no les dicen a sus hijas sobre las partes íntimas; las chicas no conocíamos nuestras partes íntimas. Algunas mujeres no les enseñan a sus hijas, en el caso mío mi madre nunca me enseñó sobre esto (grupo focal mujeres ayoreas).*

En las familias parece existir una división sexo-genérica, pues la gran mayoría menciona que la madre suele hablar con la hija mujer, mientras el padre lo hace con el hijo hombre. Un momento privilegiado para tales explicaciones es habitualmente cuando experimentan los cambios biológicos en sus cuerpos.

Respecto a los contenidos, fundamentalmente realizan un señalamiento sobre características y diferencias biológicas entre mujeres y hombres, y establecen prescripciones en torno a roles y “comportamientos adecuados y apropiados” para hombres y para mujeres. Entre los hombres, algunos progenitores abordan el tema de los embarazos.

---

<sup>14</sup> De acuerdo a estudios etnográficos realizados, tanto a mediados del siglo pasado, como a investigaciones más recientes, entre los ayoreos los procesos relativos al cuerpo y a la sexualidad estaban pautados por un conjunto de prohibiciones y cuidados. Por tanto, hablar sobre estas temáticas tenía implicaciones y generaba temor entre las personas de diferentes generaciones. Ver al respecto publicaciones auspiciadas por APCOB, en 2012 y Coordinadora de la Mujer, en 2009.

En el caso de la escuela, si bien es ampliamente valorada como un espacio para aprendizajes sobre la sexualidad, en lo que se refiere a los contenidos parece desarrollar un abordaje superficial con énfasis en temáticas del orden biológico:

*...en el colegio enseñan lo básico, el cambio de voz y que le salen los vellos púbicos (EGY-H3).*

*En el colegio solamente te hablan del aparato reproductor masculino y femenino (EM-M3).*

En ambos espacios es evidente un nivel de restricción en el abordaje y tratamiento sobre las cuestiones emocionales y los sentimientos. Como señalamos, existe un claro énfasis en el señalamiento sobre los cambios corporales:

*A mí eso me enseñaron en el colegio porque los padres no hablaban sobre eso, porque era una palabra atrevida (EY-H2).*

*Como en el campo los padres son de mente cerrada, no tienen ese valor de decirte... solo los profesores me enseñaron que los cambios son, por ejemplo, de voz, el crecimiento del vello (EC-H1).*

*Es que la costumbre guaraní son más reservados, no le hablan mucho sobre la sexualidad a sus hijos, son... como decir... más tímidos al hablar de esas cosas, los padres, los abuelos y todo eso (EG-M5).*

*En la cultura guaraní los papás son más reservados, no quieren que su hija salga, le ponen límites de horarios... Por falta de información, sus papás no le informan. Ellos se recatan mucho más en hablar de esas cosas porque al hablar piensan que están incentivando que tengan relaciones sexuales con su enamorado (EG-M6).*

De acuerdo con los testimonios de mujeres y hombres, en ambos espacios, especialmente entre sus progenitores, persisten temores para tratar la problemática de la sexualidad con las y los adolescentes, y aún perduran visiones que la representan como algo “peligroso” y que podría estimularles a una temprana iniciación en las relaciones sexuales/coitales. Aunque también perciben cambios positivos respecto al momento actual y al contexto urbano, en el sentido de que existe mayor apertura y “menos vergüenza” para sostener diálogos intergeneracionales.

*La gente de antes no daban mucha explicación sobre eso, eran reservados (EGY-M3).*

### **Transición de niñez a juventud y adultez**

En general, las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos no identifican la celebración de algún rito cultural que marque una transición en la etapa de vida de la niñez hacia la juventud.

Cabe resaltar que, en el caso del pueblo afroboliviano, resulta particularmente complejo hablar desde visiones y prácticas culturales propias, pues los procesos históricos de dispersión y asentamientos en distintos lugares han generado modos de vida diferentes por lo cual "ha habido apropiación de muchas otras culturas". Por ello, plantean que viven procesos similares a otros pueblos y culturas:

*Desde mi parecer, como en muchos otros casos, el tema de la menstruación marca mucho el inicio de la vida como mujer, de pasar de la infancia a ya ser una señorita o mujer (grupo focal mujeres afrobolivianas).*

Jóvenes mujeres del pueblo guaraní, guarayo, mojeño y yuracaré recuerdan los relatos de sus progenitoras respecto al ritual de transición de etapa de vida, de "guardar, cuidar y enseñar sobre la adultez" de manera especial a la adolescente, cuando sucede la primera menstruación. Explican que ya no existe dicha práctica, ni en sus comunidades ni en el medio urbano, aunque expresan manifestaciones del "cuidado" similares a prácticas anteriores.

Las referencias a la etapa de transición tienden a centrarse en los procesos biológicos propios de la pubertad y adolescencia. En ese marco, los cambios corporales se suelen tomar como señales o pautas para establecer el cambio/transición de estatus, de la infancia a la adultez y, con ello, el inicio de la actividad sexual.

En el caso de las mujeres, como ya se mencionó, está centrado en el proceso de la menstruación que opera como una marca:

*...es el cambio de niña a mujer (EAF-M4).*

*...allá, tras que nos llega la regla pasamos de niña a mujer (grupo focal intercultural mujeres).*

De forma generalizada, en los relatos de mujeres y hombres, la menstruación emerge como un indicador para un virtual inicio de las relaciones sexuales. Es así que bajo la consideración de una probable actividad sexual a temprana

edad, en varios casos el hecho de la menstruación desata un control desde las personas adultas hacia los “comportamientos” de las mujeres adolescentes. Esto se puede agudizar presuponiendo la existencia de una mayor libertad entre las y los jóvenes en el medio urbano. En el pueblo guarayo, por ejemplo, se registra un comentario bastante ilustrativo:

*...desde que le llega la primera menstruación lo único que hacen es cuidarlas (grupo focal intercultural mujeres).*

Incluso se evoca que, en tiempos anteriores, existía una percepción sobre la menstruación como un estado capaz de producir locura e impulsar a las mujeres hacia la promiscuidad. Al compartir esta visión, los progenitores debían desarrollar una vigilancia para evitar encuentros amorosos, manifestando preocupación ante la posibilidad de que las mujeres quedaran embarazadas:

*Antes la menstruación estaba asociada a la locura, al arrecheo y es mal visto por los papás, no querían que nadie sepa que ya nos había bajado y nos escondían para que nadie nos toque, para que no nos embaracemos (grupo focal mujeres afrobolivianas).*

*En el pueblo mojeño el momento que dejan de ser niña es cuando se meten con una persona y tienen relación (grupo focal intercultural mujeres).*

Una cuestión relevante que se destaca en las experiencias de algunas mujeres, son los sentimientos de sobresalto y miedo ante el evento de la primera menstruación. En ese marco, algunos testimonios manifiestan desconocimiento, desconcierto y temor ante el proceso de la menstruación al no contar con explicaciones respecto a la presencia del sangrado:

*Las chicas no sabían por qué les salía sangre en su parte íntima, se ponían a llorar cuando les venía su período (MA-3).*

En lo que respecta a las características identificadas en los hombres como señales de la etapa de paso desde la infancia a la juventud y adultez, se hace referencia fundamentalmente a los cambios corporales y a un mayor impulso hacia el ejercicio de la sexualidad masculina mediante las relaciones sexuales coitales:

*Cuando un hombre ya sabe que no puede estar con los niños, entonces busca la forma de salir con los hombres mayores. También uno ya tiene las ganas de estar con una mujer (A-H1).*

El ingreso al cuartel también constituye un paso fundamental en la trayectoria de evolución y crecimiento en los hombres, del estado de adolescencia hacia la juventud y la adultez. Esto representa un elemento de gran valor en el desarrollo de la identidad masculina, respecto tanto a su sexualidad, como a su ingreso a la condición de adultez. Así fue planteado en el grupo focal conformado por hombres jóvenes de diferentes pueblos indígenas:

*En el caso de los hombres era ir al cuartel, era una transición de pasar a una etapa de adultez, otra era que el joven se casaba o se juntaba antes de ir al cuartel. Entonces el padre le decía "bueno si querés casarte o tomar a la mujer y aprendes a ser hombre". Hoy se sigue manteniendo eso pero ya no como algo que marca la vida de las personas, solo como algo referencial, ya no es de mucho impacto (grupo focal intercultural de hombres).*

### **Nociones de belleza y del cuerpo**

En el espacio social urbano, entre las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos, se advierten nociones dominantes sobre la belleza del cuerpo y otros aspectos que influyen en sus relaciones interpersonales y vivencias de la sexualidad.

Es pertinente advertir que en esta temática muchos puntos de vista son presentados como una cuestión de gustos y de apreciación personal y, en menor medida (y en algunos casos) especialmente cuando se refieren a su cultura tradicional, se plantean como valoraciones compartidas colectivamente.

### **Mujer: "que sea una buena madre"**

Las mujeres entrevistadas parecen tener una mirada comparativa y se puede advertir que en sus culturas de origen, los atributos sobre los cuerpos y la belleza femenina tienen que ver con roles e identidades de género tradicionales, asociadas habitualmente a su desempeño como madres. En lo que respecta al escenario urbano, las referencias predominantes en torno a los cuerpos y a la belleza femenina toman patrones dominantes en el medio urbano, como por ejemplo, la forma del cuerpo y la delgadez de las mujeres.

En el grupo focal intercultural de mujeres se intercambiaron percepciones y visiones al respecto:

*En mi pueblo (yuracaré) se fijan en las más macanuda, es considerada por su pinta, mientras que en la ciudad es distinto, se valora más las flaquitas. Sobre los atributos es que sea una buena madre, esto en las comunidades yuracaré.*

*Lo mismo casi allá (guaraní), las mujeres gorditas supuestamente son las que más aguantan, dan buenos hijo y se las considera*

*mujeres fuertes. En la ciudad es diferente, es más bonita una persona delgada, con más atributos adelante y atrás. Se fijan más en las mujeres voluminosas (guarayos), son interesados allá, que digan que las mujeres sean valientes, son un poquito machista. En la ciudad les gusta más que sean de 90-60-90.*

### **Hombre: “lo atractivo es que tenga visión”**

En general, frente a los hombres, más que un sentido de belleza o una determinada estética basada en la apariencia personal, se tiende a valorar atributos relacionados con las masculinidades hegemónicas. Es decir, habilidades y “comportamientos” asociados a lo tradicionalmente considerado masculino, por ejemplo: tener la capacidad de ser un proveedor para su familia, contar con fortaleza física e imponer autoridad, entre otros:

*Yo creo, tanto en el pueblo como aquí en la ciudad, se coincide en que no se fijan en lo físico, lo importante de un hombre es que sea trabajador, que tenga una visión hacia el futuro (grupo focal intercultural mujeres).*

*Yo me fijaría más que todo en el respeto... Lo atractivo del hombre sería que tenga visión, que tenga un objetivo, una meta (grupo focal intercultural mujeres).*

Los hombres de diferentes pueblos, participantes en un grupo focal, coinciden en valorar como patrones de belleza en las mujeres aspectos de la apariencia personal como “la sonrisa”. Por otra parte, destacan atributos y “comportamientos” asociados a roles femeninos tradicionales, subrayando también componentes emocionales.

En el mismo grupo focal resulta interesante observar cómo ponen énfasis en elementos que corresponden a lo actitudinal –“sencilla y humilde” – y a prescripciones culturales de género. En el subtexto se puede leer que esas nociones de belleza encarnan ideales de feminidad como: “ser amable”, “ser educada”, “saludar”:

*Yo me enfoco en la sencillez, humildad y el cariño...Que sea sencilla, que no tenga carácter fuerte (grupo focal intercultural hombres).*

En el caso del pueblo afroboliviano, en general, mujeres y hombres hablan sobre otros modelos de belleza basados en las características de sus pueblos. Por ejemplo, en el grupo focal con mujeres, sus discursos hacen referencia concreta a la forma de llevar el cabello como un signo distintivo de la belleza femenina. Esto se plantea reivindicando también el orgullo por la identidad:

*El cabello es el principal atractivo de las mujeres afro (EAF-M4).*

*Anteriormente estaba en el sistema que uno mismo tenía vergüenza de tener el pelo suelto porque te decían “¡ay!, que tu cabello está desparramándose, que estás con tu champa ahí”, ¡te metían tantas cosas que uno vergüenza tenía, y estabas con el pelo recogido! (EAF-M2).*

En el caso de los hombres, aunque manifiestan que en esta materia existen visiones personales, es decir, “gustos diferentes”, valoran como atributos de belleza en las mujeres determinadas características de sus cuerpos:

*...por lo general, hemos conocido que a los afrobolivianos nos gustan las mujeres voluminosas (grupo focal afrobolivianos hombres).*

### **Modelos estéticos y salud**

Se puede advertir que muchas mujeres jóvenes incorporan visiones y adoptan hábitos y prácticas para asimilarse a modelos estéticos dominantes. Es probable que se trate de una búsqueda de mayor aceptación social y una forma de contar con una imagen que permita enfrentar de mejor manera a las discriminaciones vigentes.

En este marco, nos parece importante anotar que, en algunos casos, la aceptación y adopción de determinados patrones de belleza puede influir en la salud –física y psicológica– y en la autoestima de mujeres y hombres jóvenes indígenas y afrobolivianos. En particular, por ejemplo, el ideal de extrema delgadez del cuerpo femenino que impulsa a buscar su concreción mediante diferentes prácticas, las que, en muchos casos, implican el riesgo de sufrir daños y problemas de salud.

De igual manera, es importante puntualizar que, en el afán de contar con una imagen personal a la que se asocian expectativas de ascenso social, pueden llegar a trazarse metas que no siempre son factibles de alcanzar en sus condiciones materiales de vida. Esto puede entrañar riesgos y trastornos para la salud, entendida en sentido integral, es decir como bienestar físico, psicológico y social.

## **3.2 Normas y reglas sobre prácticas sexuales**

### **Enamoramiento y conformación de parejas**

Sin pretender generalizar la situación y dinámicas de los diferentes pueblos, identificamos algunas características compartidas en lo que respecta a formas en las que las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos viven y expresan su sexualidad.

Es importante anotar que, en muchos casos, sus miradas son valorativas y comparativas, con referencias a “tiempos de antes” y a la actualidad. También consideran la dimensión espacial, señalando un “allá”, que pueden ser los territorios, pueblos y comunidades de origen, y un “aquí”, que es el entorno urbano.

### **Mujeres: “portarse bien”**

Desde el punto de vista de las y los jóvenes entrevistados, en la etapa donde comienzan a relacionarse y desarrollar vínculos amorosos y afectivos, reciben los consejos y orientaciones de madres y padres. Como importantes agentes de socialización sobre la sexualidad, sus recomendaciones están enfocadas, en su gran mayoría, a proscribir determinados comportamientos que consideren reprochables y a fomentar modelos que gozan de mayor aceptación social.

Los aprendizajes están pautados por el género. En el caso de las mujeres, se trata de discursos encaminados a lograr comportamientos de recato y, en general, no tienen una función orientadora o de inspiración hacia una autovaloración de las jóvenes. Por ejemplo, un claro mensaje es evitar las relaciones sexuales con la finalidad de impedir un embarazo no deseado:

*Que no me deje endulzar el oído fácilmente, cosas así (EAF-M2).*

En orientaciones a las mujeres del pueblo guaraní y guarayo se hace énfasis en la importancia de los comportamientos femeninos recatados:

*Tengo que hacerme respetar, todo eso un poco más...(EG-M4).*

*...que nos portemos bien, nuestras abuelas, tías, nos dan consejos de que nos cuidemos, nos portemos bien (EGY-M2).*

### **“A los hombres nos aconsejan ser responsables”**

En lo relativo a los hombres, a la par de consejos reciben advertencias y amenazas. En muchos casos, los contenidos prescriptivos apelan a que deben mostrar responsabilidad y cuidado en sus relaciones con las mujeres. Desde visiones paternalistas y protectoras, a la vez, las representan a ellas como personas débiles y necesitadas de orientación y cuidados:

*Los padres nos aconsejan ser responsables, nos empiezan a contar cómo uno debe ser según la cultura, luchar por la familia más que todo (EAF-H3).*

*Que conozca bien a la persona, que no se confíe mucho porque pueden haber personas que son pura charla y buscan otras cosas, con otros fines (EAF-H2).*

Una de las recomendaciones hacia los adolescentes y jóvenes busca disuadirlos para no tener relaciones sexuales, en tanto implican el riesgo de un embarazo no deseado:

*...es algo de mucha responsabilidad, porque si lo hacemos a temprana edad pueden pasar cosas, como por ejemplo embarazar a la chica o cualquier tipo (EAF-H1).*

*Mi padre me dijo siempre "no hay que embarazar a la chica", por eso hay que protegerse... también nos dice que debemos tener trabajo (EG-H1).*

Algunos jóvenes comentan que sus progenitores recomiendan que "no se enamoren mucho", evidenciado un subtexto que les anima a tener diversas experiencias amorosas antes de asumir compromisos:

*El consejo que me daba mi padre era: "no te enamores mucho, no te encierres, porque no es la única persona, esto es por ahora, después va a aparecer otra, no es definitiva", me decían... (EM-H2).*

Entre los hombres también hay aprendizajes donde se trasmite una valoración hacia las mujeres, en tanto encarnan el ideal femenino tradicional:

*Mi madre me enseña, me decía "tenés que buscar a una mujer que sea buena y que te ayuda en todo", porque ya no es mi madre que me da alimento, yo tengo que trabajar para mi mujer (AH9).*

Cabe resaltar que sólo en un caso se llama la atención y se orienta al hijo varón sobre la calidad de las relaciones. Resulta interesante puntualizar en el testimonio de un joven ayoreo que evoca los consejos de su madre para no incurrir en hechos de violencia, expresando la noción colectiva de salud de este pueblo (APCOB 2012):

*Mi madre me decía que no tengo que pegar a mi mujer porque tenemos que cuidarnos en la salud (grupo focal h ombres ayoreos).*

En general, cabe notar que gran parte de los temas predominantes en las orientaciones familiares hacia las conductas afectivas y amorosas tienden a focalizarse en riesgos y peligros, y dejan fuera aspectos más integrales de la sexualidad.

## **Reglas de enamoramiento**

Un dato inicial es que, en el medio urbano, no se habla de ritos o ceremonias tradicionales de sus culturas que pauten el enamoramiento y la conformación de parejas.

Los testimonios y relatos permiten reconocer dos versiones, aparentemente contradictorias, sobre normas o reglas de enamoramiento y las formas en que se generan las uniones.

### **“Se juntan al conocerse”**

Algunas personas manifiestan que la conformación de una relación de pareja procede de forma casi expedita “no existe el beso ni el cortejerío”; “se juntan al conocerse”.

De esta forma se expresan mujeres ayoreas en el grupo focal:

*Rápido me junté con ese chico, fue tan rápido, en nuestra cultura rápido se juntan, porque somos ayoreos (EA-M1).*

*En el pueblo ayoreo no tenemos enamoramiento, solo cuando pilla su pareja entonces ahí es cuando ya forman pareja. La palabra cortejo no existía en mi pueblo (EA-M3).*

*El enamoramiento en mi pueblo es muy diferente porque no tenemos la costumbre de ser pareja por mucho tiempo, porque rápido se junta para ser marido (EA-M3).*

El hecho más evidente se registra entre jóvenes del pueblo ayoreo. En efecto, mujeres y hombres explican que en su cultura no es posible identificar de forma clara una etapa o momento de enamoramiento. Es así que en el grupo focal de mujeres ayoreas, al discutir sobre las maneras en que se producen las uniones en la actualidad, se lamentan sobre la temprana edad en que ocurren las relaciones sexuales:

*Antes era bien bonito el enamoramiento, ahora todo ha cambiado, ni bien se conocen ya duermen juntos los chicos. Antes sabían respetarse, ahora ya no (MA-4).*

*Antes me acuerdo que yo tenía mi cortejo, me abrazaba pero no me hacía nada, era solo un abrazo, creo que hoy en día las chicas se meten rápido, recién lo conoce y están en la cama, no es como era ante. Llevábamos mucho tiempo en conocerlo al chico (MA-3).*

*Hoy en día pues, se juntan, no es como antes, salían los chicos y pasaba un buen tiempo y recién se juntaban. Ahora en la misma noche amanecen con los chicos, las chicas (MA-2).*

De igual manera, entre los hombres ayoreos comentaron sobre sus experiencias:

*La encontré a mi mujer, luego salimos una semana y buscamos la forma de cómo juntarnos, nuestros usos y costumbre es así nomás, fue tan rápido, en una semana ya estábamos juntos. Ni siquiera hemos hablado con los suegros, nadie habló con los padres (EA-H2).*

*En mi pueblo es muy diferente la cosa de pareja de hoy, porque las mujeres y los hombres se juntan en pareja desde muy temprana edad, más antes yo me junté con pareja después de tres o cuatro meses (EA-H3).*

*Yo fui testigo de varios juntas de chicos con chicas, los padres le agarran la confianza rápido al hombre y le dicen "bienvenido a la familia" (EA-H4).*

### **"Conocer a la persona"**

Desde otras visiones y prácticas, reconocen y valoran la posibilidad de un relacionamiento afectivo y la vivencia del enamoramiento como una cuestión diferenciada a la unión o al emparejamiento que implica convivencia. Señalan que: "actualmente se debe conocer primero a la persona" y "conocerse para juntarse", lo que implica alargar el proceso:

*Me parece que uno, como pareja, pues a veces tiene que tomarse un poco más de tiempo para conocer a la persona antes de casarse (EAF-M2).*

Un hombre chiquitano compara el enamoramiento "antes y ahora":

*En el campo es diferente, no había enamoramiento, directo le buscaban para mujer, directo matrimonio, creo que con el tiempo se iban enamorando... (EC-H1).*

Se puede advertir que, en el medio urbano, los controles y prescripciones suelen ser menores, posibilitando una mayor libertad para la elección de una pareja en comparación con las prácticas tradicionales en pueblos y comunidades donde los progenitores elegían las parejas:

*En la actualidad, los padres dejan decidir a los hijos escoger su pareja, pero prefieren que sea bueno y sobre todo que sea de su misma cultura (grupo focal mujeres afrobolivianas).*

*En nuestro pueblo, las parejas los eligen nuestros padres y abuelos, se fijan que tengan dinero, chaco. En la ciudad uno es libre de elegir, sólo que no sea vicioso (grupo focal intercultural de mujeres).*

También se hace referencia a nuevas formas de relacionarse afectivamente en el ámbito urbano, haciendo uso de tecnologías de comunicación mediante las redes sociales:

*...ahora es diferente... ahora es por Whatsapp, te escriben y te llaman, y ya aceptan (EC-H1).*

### **Relaciones sexuales "Ellos proponen"**

En el conjunto de personas de los diferentes pueblos, tanto en hombres como en mujeres, son reiteradas las referencias a convenciones de corte patriarcal que les atribuyen a ellos un protagonismo casi exclusivo para iniciar las relaciones sexuales. Esto es coherente con los mandatos de masculinidad que también orientan los comportamientos de los hombres en cuanto a la "conquista", la seducción y la definición sobre las uniones.

Mujeres guaraníes manifiestan:

*Son los hombres los que proponen (EG-M6).*

*Yo creo que el hombre (es) el que propone la relación sexual (EG-M2).*

*Siempre es el hombre que busca tener algo con una mujer, nunca una mujer va buscar primero algo con un hombre (EA-M2).*

Las relaciones sexuales, en muchos casos, están asociadas al matrimonio, especialmente entre las y los jóvenes del pueblo guarayo. Es decir, se percibe el matrimonio como el espacio legitimado para el ejercicio de la sexualidad, vetando las relaciones preconjugales:

*La costumbre del guarayo es de que el matrimonio sea antes de tener relaciones sexuales (EGY-M1).*

*En mi pueblo, la única costumbre era que la pareja tenía que casarse, y una vez casada podía realizar estas actividades, las relaciones sexuales (EGY-M4).*

Respecto a la edad para iniciar relaciones sexuales coitales, en general, en el conjunto de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano es un hecho que parece suceder a temprana edad, lo que, en gran parte, se vincula con el desarrollo físico de las niñas y adolescentes:

*Bueno, cuando se desarrolla todo su cuerpo (EG-M3).*

Es interesante notar que entre las personas entrevistadas no existe un pleno acuerdo, pues dan diferentes datos. Sin embargo, más allá de esto, en la gran mayoría de los testimonios y referencias, la información coincide con el estado de la situación regional y nacional, donde los indicadores muestran similar panorama<sup>15</sup>.

Por otro lado, cabe mencionar que muchas personas, mujeres y hombres – más que referirse a los datos que perciben de la realidad–, en sus palabras parecen más bien proyectar un ideal, es decir, aquello que les gustaría. Por ejemplo, mujeres afrobolivianas, guaraní y guarayas señalan los 18 años como la edad adecuada para iniciar las actividades sexuales: “Sería lo normal 18 años porque uno es más consciente de lo que uno hace...”

*Unos 18 a 20 años, más que todo, la edad mínima (EGY-M3).*

Algunos hombres comparten ese criterio, por ejemplo a nivel del pueblo guaraní y guarayo:

*Puede ser de los 18 o 17 años para arriba pueden iniciar la actividad sexual (EG-H2).*

*A mi parecer deberían tener 18 años para iniciar la actividad sexual (EGY-H3).*

Particularmente para los hombres, en algunos casos, conectan el inicio de las relaciones con metas y proyectos, como por ejemplo, contar con una profesión, tener trabajo e ingresos, etc.:

*...lo que me decían... no vas a tener mujer todavía, estudia, solo estudia, dedícate a tu estudio (grupo focal intercultural hombres).*

*Mis abuelos me daban consejos, primero estudiá... una vez seas algo, tengás algo y podás tener el pan de cada día, ahí recién podés tener una familia, estudio (grupo focal intercultural hombres).*

---

15 En noviembre de 2016, el Ministerio de Salud dio a conocer que la edad promedio del inicio de la vida sexual en Bolivia era los 12 años. Otros datos estiman que se produce mayormente entre los 13 y 15 años. No existen estadísticas oficiales al respecto.

## **Desafíos a la heteronorma**

En general, en las manifestaciones y experiencias de la sexualidad entre jóvenes indígenas y afrobolivianos, se puede hablar de una regla implícita de heteronormatividad<sup>16</sup>, en tanto queda establecido que las relaciones amorosas y afectivas y las actividades sexuales son, y deben ser, heterosexuales.

Es decir, se trata de reafirmar la unión de un hombre y una mujer como modelo para el relacionamiento amoroso y sexual. Bajo este parámetro, no es imaginable la unión entre personas del mismo sexo, lo cual se representa como “pecado” y como algo “no natural”:

*...si vivimos en una familia que te sabe instruir bien lo que son el sexo masculino y femenino, tarde o temprano te vas inclinar a tu sexo opuesto... Hasta bíblicamente el hombre está hecho para la mujer y la mujer para el hombre, el complemento es mujer y hombre y no mujer con mujer y hombre con hombre (EC-M4).*

Sin embargo, también es importante puntualizar que el entorno de la sociedad urbana ofrece una mayor libertad para hablar y vivir una sexualidad que sale fuera de la heteronorma.

Aunque no es pertinente generalizar, existen personas que desafían el modelo heterosexual:

*...soy el único que lo ha hablado abiertamente, porque si estamos prohibidos de hablar de sexualidad ¿cómo va a ser en campos más escabroso como orientación sexual o identidad de género? (líder juvenil de JIASC).*

El testimonio de este joven permite analizar interpretaciones sobre los comportamientos homosexuales, donde se atribuye esa condición a un acto de brujería, con lo cual se busca explicar que se trata de algo que sale de la esfera consciente y voluntaria. Cuando digo “soy indígena y hablo sobre mi orientación sexual... me decían que estaba embrujado”. Hace referencia sobre un joven que sube a un cerro, “el cerro de los brujos”, e ingresa a una casa donde encuentra un hombre borracho y solo, pues la esposa estaba fuera:

*...cuando entra el chico, lo abraza el marido y lo empieza a besar; pensando que era su mujer, justo en ese momento llega su mujer y empieza a difundir por todos lados, “ese chico maricón”. Pero la*

---

<sup>16</sup> Heteronorma es un régimen social que impone prácticas sexuales presentando la heterosexualidad como necesaria para el funcionamiento de la sociedad y como único modelo válido de relación sexo-afectiva (citado en Colectivo Rebeldía: Violencia machista y mitos del amor romántico, 2017).

*madre del chico lo defiende diciendo que lo habían embrujado, que los brujos lo había llevado al cerro y le había dicho que tenía que hacer eso (líder juvenil de JIASC).*

## **Convivencia y matrimonio**

El matrimonio no parece ser visto como una institución necesaria, aunque sí persiste como espacio de realización personal. Por su parte, la convivencia es la forma de constituir y consolidar la unión de una pareja, tal como ocurre en la gran mayoría de los sectores urbanos populares:

*La convivencia entre los jóvenes es una forma de consolidar la pareja. (EAF-M4).*

Respecto al momento adecuado y a las condiciones para establecer la unión de una pareja, se alude bastante a los aspectos económicos, es decir, a contar con los medios e ingresos necesarios. Aquí opera una lógica bastante asociada a la racionalidad vigente en el medio urbano. En particular, los hombres consideran que deben conformar parejas y tener familia cuando disponen de medios para afrontar los gastos emergentes de esa decisión. Esto se articula al mandato de masculinidad para ejercer los roles de proveedor familiar que, en los hechos, parece más un ideal que una realidad:

*Para iniciar una relación, ambas personas deben estar maduras, en una posición económica estable (EAF-H4).*

*Yo pienso que una mujer y un hombre deben tener relaciones cuando tengan una vida estable, y poder mantenerse ellos mismo y tener sus propias cosas (EC- M6).*

En el entorno urbano no se mencionan prohibiciones o reglas explícitas para la elección de las parejas. Algunos testimonios se refieren a esquemas que imperaban en sus lugares de origen, pero que ya no perduran, como por ejemplo, la decisión de unirse solamente con una persona de su pueblo o cultura:

*Antes nos decían que no nos casáramos con los karai<sup>17</sup> porque traerían cosas malas, pero ahora te casas con los que quieres (grupo focal intercultural hombres).*

---

17 Karai o carai, termino de origen guaraní utilizado para referirse a las personas que no pertenecen o no son parte de la cultura guaraní. Es muy difundido entre los diferentes pueblos para designar a la gente no indígena o "blancos".

Destacan, precisamente, que en el escenario urbano tienen mayor potestad para conocer y formar pareja con personas que no sean de su pueblo o cultura. En ese marco, es posible observar que también existe un mayor margen para tomar decisiones sobre la elección de la pareja, con menor control familiar.

En el grupo focal intercultural, los hombres participantes comentan sobre las diferentes realidades y alternativas, sin tener una perspectiva claramente compartida:

*En el caso de Guarayos, sí tiene que ser guarayo estando en el pueblo, pero en la ciudad ya es otra cosa.*

*Allá en mi pueblo sí hay preferencia en la cultura, así que en mi caso me decían que todas eran mis primas, pero acá en la ciudad sí tuve otras parejas.*

*Los abuelos nos decían “no podés casarte con karay porque no podrás morir bien”, hasta hoy no entiendo, por eso te tenías casar con los del pueblo, pero ahora podés casarte con otro pueblo.*

### **Embarazos no deseados**

La maternidad temprana es una realidad en América Latina y Bolivia comparte esa problemática registrando altos índices al respecto<sup>18</sup>. Los datos disponibles subrayan que este fenómeno se registra tanto en zonas rurales como en el área urbana, aunque en la primera existe una mayor incidencia.

La literatura especializada establece que, en general, el embarazo en niñas y adolescentes suele ser no deseado. La realidad de mujeres y hombres indígenas y afrobolivianos que viven en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra no es ajena:

*Mayormente los embarazos no son deseado (EC-M6).*

De acuerdo a los testimonios registrados, en el conjunto de los pueblos indígenas y afroboliviano, el embarazo adolescente se da a muy temprana edad. Se mencionan varios datos, incluso que existe desde los 12 años. En el pueblo guaraní, se habla de 13 y 14 años:

---

<sup>18</sup> El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), en 2016 registró que en Bolivia cada día se producen 246 embarazos en adolescentes, cifra que no incluye a quienes no acudieron a centros de salud, por lo que el número real puede ser más alto. Señala que el 18% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya han sido madres o están embarazadas.

*Las mujeres mayormente se embarazan a partir de 12 años cuando le bajan su primera menstruación (EC-M6).*

*Mis primas a los 14 años ya están embarazadas allá en mi pueblo, por lo general el embarazo no es deseado porque es una niña todavía (EGY-H2).*

*Hoy las jovencitas que es una niña o niño criando a otro niño, tiene que madurar psicológicamente porque no está desarrollado para ser madre (EC-M4).*

### **Posibles causas**

Entre las causas argumentadas por una mayoría, se identifica que es por la falta de una educación sexual adecuada, así como también por la ausencia de comunicación con los progenitores:

*Hoy los embarazos desde temprana edad, creo por falta de comunicación de los padres o el límites a sus hijos, se limitan a no contar y no expresar sobre la sexualidad, tal vez por timidez, vergüenza a qué dirá mi hijo o hija, cómo voy hablar con mis padres eso (EC-M4).*

*No es deseado, por el tema de que no saben mucho de su cuerpo y lo que hacen es sin pensar y sin medir las consecuencias (EAF-H3).*

*Y hay casos también, porque quizás tienen a los padres aislados, no los orientan, no educan de manera adecuada, por ese motivo muchas veces no saben qué hacen (EAF-M2).*

Otras explicaciones tienen que ver con diversos hechos que tienen como punto común el conocimiento con otra persona, la expresión de afecto y la curiosidad respecto a emociones y sensaciones sobre la sexualidad.

*Por lo general, se produce un embarazo no deseado cuando un joven quiere experimentar cosas que le produce el cuerpo, el deseo que tiene por una señorita sin tener protección sexual, también es producido cuando los jóvenes consumen bebidas alcohólicas (EC-M6).*

*De parte de los jóvenes yo creo que no, mayormente nunca es planificado, pasa en el momento de calentura, como se dice, dependiendo la edad también (EAF-M1).*

También identifican situaciones donde el problema del embarazo temprano se produce a raíz de abusos sexuales, es decir sin el consentimiento explícito de la adolescente:

*...algunos son por situaciones o temas de algún abuso sexual que hayan tenido (EAF-M2).*

### **Percepciones: “es algo común”**

Aunque entre los adolescentes la maternidad es considerada como “algo común” y como una realidad presente –a pesar que no tenga que ver necesariamente con un embarazo no deseado–, discursivamente es cuestionada y recibe críticas. Se visualiza como una problemática que puede tener consecuencias negativas en la medida que influye sobre proyectos y expectativas de vida, especialmente de las mujeres en la esfera educativa. Sin embargo, no se identifica como un fenómeno que contribuye a reproducir las desigualdades sociales y económicas.

Si bien existe coincidencia en considerar la maternidad a temprana edad como una situación no deseada y problemática, se termina aceptando como “algo que les acontece a las mujeres”, una parte del papel reproductivo asignado. En ese marco, una gran cantidad de testimonios relatan cómo las madres de las adolescentes y jóvenes terminan aceptando la situación y ejercen una suerte de maternidad de sus nietos/as.

Esto se asume por varios motivos, en parte para que las adolescentes y jóvenes puedan continuar estudiando, en parte para enfrentar la descalificación a la hija como “madre soltera”, y también como “ayuda económica”. De igual manera, se construye como apoyo para enfrentar una situación de desarrollo psicológico y falta de madurez:

*Es común que las hijas se embaracen y las madres los cuiden, se está volviendo algo normal hoy en día (EAF-M4).*

*...veo casos de chicas que tienen hijos, la abuela está cuidando y la hija está festeando, es muy común y se repiten las historias, porque no solo es un hijo sino que viene otra vez y otro más (EAF-M4).*

En el grupo focal de mujeres afrobolivianas, señalaron:

*No están bien vistas las madres solteras por parte de los hombres afro, son machistas (EAF-M2).*

*...mamá solteras no está bien visto, todavía se mantiene eso. Hay un dicho de las mamás "bueno, mi hija se embarazó, tengo que apoyar, qué voy hacer", pero el papá siempre mantiene, o por último le está recriminando todo el tiempo a la mamá o a la misma hija, reclamando, "tenías que cuidar tu hija", entra ese papel del machismo y todo eso (EAF-M2).*

*El problema tiene mayormente la familia de la mujer, porque ella deja de estudiar o los padres de la joven tienen que hacer doble esfuerzo para criar ese nieto. El problema sería más para la familia de la mujer que del hombre, en la mayoría (EAF-H6).*

Cabe llamar la atención sobre el caso del pueblo ayoreo, donde existe una práctica de crianza y cuidado de la niñez compartida entre las familias, particularmente cuando la joven madre no asume esa condición o cuando no cuenta con otro apoyo: "en el pueblo ayoreo la chica lo tiene a su hijo o se lo da a su tía o abuela" (grupo focal hombres ayoreos).

### **Responsabilizar a las mujeres**

A pesar que líneas arriba identificamos un mandato masculino para "proteger, respetar y cuidar a las mujeres", en varios casos, el hecho de un embarazo no deseado es atribuido a ellas. Desde la mirada de los hombres, esto funciona como un artilugio para librarse y no asumir responsabilidades, generando incluso dudas sobre la integridad y los comportamientos sexuales de las mujeres:

*Cuando se dicen que están enamorados, también a veces en la fiesta cuando están ebrios la chica se desata y no se controla y ahí surgen los embarazos no deseados (EC-H3).*

*De por sí nomás es mal, de por sí nomás, cuando la llega a tocar ya aparecen embarazadas, no ve pues, se embarazan y no saben de quién y después dicen "estoy embarazada de vos", y es de otro, y sin tocarlas. Una vez me pasó a mí pero no lo lograron (EGY-H1).*

*No es deseado, uno se descuida y la pelada se embaraza y uno qué va querer tener hijo, un embarazo no deseado (EGY-H3).*

En varios casos se advierte una tendencia a responsabilizar también a la madre de la adolescente o joven mujer:

*A veces el papá se agarra con la mamá, "que eres su alcahuete", por aquí, por allá, entonces si el padre no lo acepta siempre hay peleas (EAF-M1).*

### 3.3 Coerción y violencia en prácticas sexuales

Las mujeres indígenas y afrobolivianas enfrentan diferentes formas y situaciones de violencia en razón de género, tanto al interior de sus pueblos y culturas –en el marco de sus relaciones familiares e interpersonales–, como en el entorno social más amplio.

Desde nuestro abordaje, es importante explicitar que la violencia y discriminación que viven las mujeres indígenas y afrobolivianas, además de la condición de género, se entrecruza con otros ejes de desigualdad, en razón de clase, de discriminación racial, por su identidad cultural y generacional. Por ello, muchas veces no es una violencia que se pueda explicar sólo por la subordinación de género, es decir, por ser mujer.

Para el presente estudio focalizamos la mirada sobre visiones y casos referidos a la llamada “violencia sexual”.

#### **Percepciones sobre la violencia sexual**

Las entrevistadas definen la violencia sexual como el empleo de coacción y amenazas, y el uso de la fuerza física para imponer a las mujeres determinados comportamientos contra su voluntad y su consentimiento. Es así que un elemento destacado en sus testimonios es el de la decisión. También identifican diferentes expresiones:

*Violencia sexual es cuando una persona agarra y te toma a la fuerza, eso es violencia sexual o te toca tus partes íntimas, no necesita siempre penetrarte, el hecho de que agarre de forma morbosa, te toque, para mí ya es una violencia sexual. No sé, quizás la pornografía es una violencia sexual porque está incitando a las personas, la pornografía, la prostitución, la violación, son algunos tipos de violencia sexual que conozco (EAF-M2).*

*...lo primero que se me viene a la mente es la violación, hay todo tipo de violencia sexual. El obligarte, incluso de que no respeten si decís no, es no respetar la decisión de la mujer y, si es que es un mutuo acuerdo, ya no sería violencia. El acoso sexual es una violencia porque es algo que vos no aceptás... el no respetar tu decisión (EM-M1).*

Al igual que en otros grupos y sectores sociales, en el caso de las mujeres indígenas y afrobolivianas, llama la atención la relación de causalidad que se establece entre las agresiones y violencias, y el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los hombres:

*Cuando llega tu pareja borracho y uno está descansando y llega a querer forzarte, buscar excusa y por último empieza a agarrarte con fuerza, a sostenerte, empieza a lastimar a la mujer, siempre ha existido, siempre la borrachera está de por medio y es lo que siempre culpa a eso (EC-M2).*

Otro factor causal se atribuye a la responsabilidad de las propias mujeres, quienes deben ajustar sus comportamientos y no generar situaciones que las pongan en riesgo. Desde esta perspectiva solo se percibe “la falta de cuidado de las mujeres”, mientras que el accionar del agente que produce la violencia parece quedar en segundo plano:

*...ellas deben aprender a cuidarse pues y no estar también quedándose hasta tarde, ya que eso de que ella esté exponiéndose si sabe que es peligroso... (EC-H4).*

### **Violencias contra mujeres indígenas y afrobolivianas**

Respecto a las situaciones de violencia sexual contra las mujeres indígenas y afrobolivianas en el contexto urbano, las y los actores de la investigación identifican dos miradas. Por una parte, no existe como tal, es decir no se establece como una problemática diferente a aquellas violencias que sufre el conjunto de las mujeres que viven en la ciudad. Desde otra visión, se identifican situaciones específicas de violencias sexuales que sufren las mujeres indígenas y afrobolivianas en el escenario urbano.

Para el primer caso, no se reconoce una modalidad de violencia particularmente orientada hacia las mujeres indígenas y afrobolivianas, y no se vislumbra que estén expuestas a esa problemática:

*No existen muchas violaciones hacia las mujeres indígenas, especialmente del pueblo porque son muy cuidadosas, no se entregan fácilmente. Cuando vienen del campo existe acoso a las chicas por el hecho que no conocen la ciudad, fácil se la charlan y la llevan (EC-H1).*

*Hacia mujeres indígenas no sé, no he escuchado, ya que veo en la tele y dicen que violan las mujeres no dicen si son chiquitanas o eso como indígenas, dicen mujeres nomás, seguro que hay pero no sé (EC-H4).*

Desde los relatos y testimonios de mujeres y hombres se advierte sobre violencias específicas, resultantes del entramado de las múltiples discriminaciones que experimentan las mujeres indígenas y afrobolivianas, lo

que se conoce como violencias interseccionales<sup>19</sup>. Y por ello, claramente, se torna evidente que están expuestas a un mayor riesgo y vulnerabilidad. En ese marco, varias personas entrevistadas manifiestan que las mujeres indígenas y afrobolivianas pueden sufrir y ser víctimas de diferentes expresiones de violencia sexual porque son representadas y vistas como “personas inferiores”, tanto desde el entorno regional, como al interior de sus colectividades:

*Yo creo que sí, mucho, mucho, porque para las personas de acá creen que las que vienen de allá de provincias o del pueblo la creen menos e ignorantes, si se puede decir, y se creen más que las de allá y de una u otra manera la acosan o la hacen ver menos, y ahí se da una violación sexual (EGY-H4).*

*Existe violencia hacia mujeres indígenas porque mayormente la toman como una persona que no tiene argumento de cómo defenderse, tanto como los varones, también ocurre la violencia por ser indígena (EC-M5).*

*Por ejemplo, yo conozco que sufren violencia sexual y acoso sexual por parte de su propia familia, por ser mujer y por ser indígena, que su esposo la golpea y la amenaza de quitarle a sus hijos, y existe mucho en esta sociedad todo tipo de violencia hacia las mujeres (EC-M6).*

Por otra parte, cabe notar que, en el marco del problema crítico de inseguridad ciudadana, la gran mayoría explicita sentimientos de temor ante la posibilidad de sufrir actos delictivos (tales como robos y asaltos) tomando en cuenta que cotidianamente deben recorrer grandes distancias para trasladarse a sus viviendas, ubicadas en zonas periféricas de la gran ciudad:

*Yo, como mujer, siento mucho miedo sufrir violencia porque ahora hay hombre y mujeres demente, mucha drogadicción, alcoholismo, donde da mucho miedo caminar sola por la calle porque las consecuencias llegan hasta un asesinato, violaciones, maltrato físico y mental (EC-M6).*

---

<sup>19</sup> Desde el modelo de la interseccionalidad, se propone analizar la violencia contra las mujeres articulada a diferentes estructuras de dominación en las que se encuentran insertas, además del sistema de género, el racismo, la pobreza y exclusión económica, discriminación por identidad cultural, la heteronormatividad, edad, condición de migrante, discapacidad, etc.

## **Hipersexualización de la mujer afroboliviana**

Mujeres y hombres advierten sobre las formas y manifestaciones específicas de violencia sexual contra las mujeres del pueblo afroboliviano, particularmente un acoso sexual que se alimenta o sustenta desde representaciones dominantes sobre sus cuerpos. Ese fenómeno es denominado como la hipersexualización de la mujer afroboliviana<sup>20</sup>.

En el grupo focal de mujeres se debatieron sobre los discursos y prácticas de violencia en los que se actualizan permanentemente estereotipos en torno a la población afrodescendiente:

*Hay mucho acoso callejero y hay mucho lo que hablábamos, el tema del fetiche hacia la mujer afro, que muchas veces dice “ay cómo será estar con una mujer negra, dicen que son calientes”, o comentarios “yo quisiera probar una negrita”. Son cosas que a diario hasta nos gritan en la calle, y muchas cosas, siempre usando “la negra”. Entonces hay violencia de ese tipo, hasta inclusive llega a agresiones porque no solamente hablan, sino que se atreven algunas veces hasta tocarnos (EAF-M4).*

*Existen estigmas, por ejemplo en las mujeres dicen “metete con una mujer afro, te cura el reumatismo”; en los hombres afro, es el tamaño del pene prominente (EAF-M1).*

*También los hombres se meten con las mujeres afro creyendo que son calientes (EAF-M3).*

El análisis que realizan, refiriéndose también a hechos de violencia en las relaciones interpersonales en su entorno, remite a una problemática histórica y de carácter estructural, entendiendo que se sustenta sobre sistemas patriarcales y machistas:

*Son también herencias, antes los padres castigaban a los hijos, como el patrón los castigaba y también como los educaban, entonces aprendieron de eso. Además también viene la herencia de las parejas, de que antes le convenía que entre los afro se junten y tengan más hijos porque era más patrimonio para él y tenía mano de obra y más esclavos, entonces nuestros ancestros eran obligados a procrear (EAF-M3).*

---

<sup>20</sup> Basada en estereotipos racistas que objetivizan el cuerpo y promueven expectativas sexuales exacerbadas en torno a las mujeres afrodescendientes.

*...sabemos que cargamos esas cargas emocionales, esa memoria histórica, inconscientemente reproducimos todo y se sigue haciendo, por eso es que ese machismo tan incrustado, esa violencia tan incrustada dentro de nuestra gente (EAF-M1).*

### **Vulnerabilidad y agresiones hacia mujeres ayoreas**

En general, como destacamos en la primera parte, muchas jóvenes ayoreas enfrentan diversas discriminaciones y violencias que van desde insultos y menosprecios, pasando por riesgos y por serios problemas de salud y bienestar, hasta la inseguridad y amenazas a su vida e integridad física y mental:

*En la ciudad todas las mujeres tenemos miedo porque hay muchas personas que no respetan a las mujeres, más que todo que somos ayorea y nos podría pasar cualquier cosa (EA-M4).*

Los relatos y testimonios compartidos durante el proceso de la investigación permitieron reconstruir casos de abuso y violencia sexual, e incluso sobre un hecho donde se llegó al asesinato de una joven ayorea:

*Claro pues sí, han matado a R., mataron a R. en La Cuchilla, allá la han botado y la gente la encontró ya muerta, la botaron en un barrio, donde la gente la encontró y se reunieron para ver si no era alguien del barrio. Llamaron a los canales, fue reconocida por su tatuaje, y el que era su novio vio las noticias y se dio cuenta que era ella, se fue a la morgue y la reconoció por su tatuaje, de ahí fue donde la familia a dar la noticia. También un ayoreo vio cuando la llevaron del taxi, ese día que ella se perdió... La ataron los pies con una tela roja para que aparezca el chico que la mató, al rato apareció ese chico que la había matado, y dijo, 'sí, me vine con ella y no sé qué pasó que no llega'. Nadie supo más de ese caso (EA-M2).*

*Había una joven que se llamaba R., fue violada, parece que ese coño quería estar con ella y no quiso, fue ahí donde la mató, la encontraron ahí botada y muerta, en el canal la botó. ¿Qué vamos a hacer si nosotros somos pobres, y nadie le da importancia a las denuncias? Es con dinero para hacer, levantar denuncias, los casos quedan ahí nomás, no continúan más (EA-H2).*

Fuera de toda visión prejuiciosa sobre la condición de las mujeres ayoreas en la sociedad urbana, además de las muertes producidas, indigna la impunidad de estos hechos (que generalmente no encuentran respuestas o apoyo alguno en las instancias públicas, que son las llamadas por ley para llevar los procesos

judiciales correspondientes). También han referido eventos de agresiones y violencias, no solo desde personas particulares, sino también por agentes públicos, por ejemplo, policías, lo cual constituye un dato muy preocupante.

En el contexto del trabajo sexual, existen interacciones que exponen a las mujeres ayoreas al riesgo de sufrir, desde personas particulares, todo tipo de agresiones y daños a su salud, integridad y vida. Así relataron algunas experiencias de vulnerabilidad y agresiones:

*En varias ocasiones me han querido robar mi celular y mi plata, porque era trabajadora sexual, ahora ya tengo un marido. Me han llevado a otro lado, pensando que era la dueña del local y me robó todo el taxista. Esa noche la dueña me dijo que me quedara y yo le dije "tengo que ir donde mi madre, voy a lavar mi ropa", vas a lavar aquí me dijo la señora, pero no le hice caso, yo tuve la culpa por no hacer caso. Después me subí al taxi y sin tomar un trago me dormí, no sé qué cosa me dieron, parece que me han dado en espray, y recordé cuando estaba en un campo, dentro del Urubó. Apenas tenía 80 pesos, no me violó, solo me botaron, me sacó esos 80 y me dejó sin nada. Paré un trufi, me acercó hasta el Cuarto Anillo, le pedí un favor a ese chofer para que me traiga (grupo focal mujeres ayoreas).*

### **Violencia contra mujeres guaraníes**

Otra situación que se particularizó desde el punto de vista de las personas entrevistadas, se refiere a las mujeres del pueblo guaraní y a las situaciones de agresión en las relaciones de pareja:

*Mayormente en la cultura guaraní los hombres son más machistas, podríamos decir, algunos, sólo por el hecho de que si es mujer y ya se sienten en la obligación y la fuerzan (EG-M6).*

*Yo creo que sí existen hechos de violencia sexual. He visto en la universidad, una compañera guaraní, la aislaban (EM-H2).*

*He visto en la comunidad, las mujeres son más dependientes de sus esposos, no le cuentan las cosas a su familia, lo ocultan entre ellos nomás la violencia que está sufriendo... Dice que al contarle su esposo se va enojar o su pareja se va a enojar y la van a dejar (EG-M6).*

## **Efectos de la violencia**

Las mujeres entrevistadas identifican consecuencias y efectos de las violencias sexuales, que incluyen lesiones físicas, posibilidad de contraer ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y embarazos no deseados, los que, a su vez, pueden derivar en abortos inseguros. También se refieren a daños psicológicos y emocionales.

Podemos apreciar, por tanto, que las implicaciones de la violencia sobre la vida de las mujeres son incuestionables, con impactos también en sus identidades y su autoestima:

*Tuviera como consecuencia un embarazo no deseado, una ITS y, en el ámbito psicológico, se ven fuertemente golpeadas en lo emocional. También eso significa agresiones físicas (EM-M3).*

*En el caso de sufrir una violación trae consecuencias físicas, como ser embarazos no deseados, enfermedades, le dañan las partes reproductivas, incluso en algunos casos uno llega hasta a perder la vida. Y también trae consecuencias mentales porque las secuelas del trauma quedan con la persona (EGY-M4).*

*Sería miedo a salir, a que alguien te hable o psicológicamente estaría mal (EC-H1).*

*Las consecuencia que sufre la mujer es lo psicológico, físico, y mayormente a nosotras y peor que somos mujeres indígenas y muchas persona ven como algo natural (EC-M5).*

Finalmente, respecto a las alternativas de acción ante casos concretos, advertimos que los hombres tienen un mayor conocimiento sobre los posibles mecanismos para enfrentar la problemática de la violencia, por ejemplo, qué se debe hacer, cuáles son los servicios de denuncia, de atención psicológica, policial, de salud, etcétera. En cambio, las mujeres muestran escaso conocimiento sobre los medios y alternativas para denunciar y buscar ayuda ante esta problemática.



# Capítulo 4

## PERCEPCIONES SOBRE PRÁCTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

### 4.1 Anticoncepción

#### Métodos anticonceptivos: conocimientos y percepciones Métodos conocidos y/o utilizados

De modo compartido, entre los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano, las y los jóvenes hablan de los métodos anticonceptivos modernos, nombrando un conjunto bastante abarcador: condón masculino, T de cobre, implante subdérmico, pastillas e inyectable trimestral (Depo-Provera)<sup>21</sup>. También mencionan métodos definitivos:

*Entre los modernos, el que conozco es el chip, la T de cobre, las píldoras, las ampollas y las tabletas para el instante y las inyecciones, y de los métodos naturales cuando la mujer está en la época fértil (EC-M2).*

---

21 Entendemos como “métodos naturales” aquellas medidas o precauciones adoptadas en las prácticas sexuales que disminuyen el riesgo de embarazo, como el ritmo/calendario, el coito interrumpido o retiro. Por “métodos modernos” se incluyen elementos externos al cuerpo: hormonales orales o inyectables, dispositivo intrauterino (DIU), ligadura, vasectomía, implantes subdérmicos, condón y diafragma (Langer y Nigenda 2000). Incluimos una tercera categoría, los métodos tradicionales, como las prácticas culturales para evitar un embarazo, basadas especialmente en el uso de productos naturales, tales como hierbas y plantas.

*Las inyecciones, condón, T de cobre, píldoras, inyectables, y ahora que ya más se escucha la del chip, que dicen que son buenas (EGY-M3).*

*Para hombres, los preservativos, los condones, la vasectomía; para las mujeres sería la T de cobre, la ligadura de trompas, las píldoras, las inyecciones, esos son los métodos anticonceptivos (EGY-H4).*

Sobre los métodos anticonceptivos tradicionales, llama la atención que son escasas las referencias y limitadas al calendario o ciclo:

*Entre los naturales sería lo del ciclo (EC-M1).*

De igual manera, unas pocas personas del pueblo guarayo, hablan de la fidelidad y la abstinencia como métodos, mencionando:

*...solamente tener relaciones sexuales con su novia o esposa (EGY-H3).*

*...también la abstinencia y en el caso de tener pareja, pues la fidelidad (EGY-M4).*

La escasa preferencia por estos métodos está relacionada al tema generacional, es decir, porque gran parte son jóvenes que no han establecido relaciones de pareja o matrimonio. Se conoce que el uso de los métodos naturales se encuadra más en la planificación familiar que se orienta hacia la regulación de la fecundidad desde otros parámetros.

También es importante puntualizar que estos métodos, en particular el del calendario o ciclo, implican un seguimiento y cuidado estricto con los períodos, lo cual no es funcional a las dinámicas y experiencias de sexualidad entre las personas jóvenes, tomando en cuenta los periodos de abstinencia y de alto riesgo para un embarazo.

Respecto a las prácticas culturales propias para evitar un embarazo no deseado, algunas personas mencionan que existen productos naturales y formulan comentarios muy generales. La gran mayoría directamente afirma no conocer sobre el tema.

Algunas jóvenes manifiestan de manera concreta el uso del orégano como método tradicional:

*...se dice que si tomas no puedes embarazarte (EAF-M4).*

### **“El chip está de moda”**

Entre las y los jóvenes se puede apreciar una alta valoración y preferencia por el implante subdérmico (más conocido como chip), cuando manifiestan que “está de moda”. Esta visión es compartida por algunas proveedoras de salud y su preferencia está orientada por “la comodidad”, pues “se coloca en el antebrazo y dura cuatro años en el organismo” (Centro de Salud “DM-5”). El problema es que normalmente no siempre está disponible en los centros de salud de primer nivel.

Otro método bastante aludido y de preferencia, son los inyectables. No se menciona mucho el uso de dispositivos intrauterinos (DIU), si bien lo nombran y reconocen ampliamente, mujeres y hombres.

### **Condón: “se siente medio raro”**

La gran mayoría de jóvenes, mujeres y hombres, evidencia un alto nivel de información y conocimiento sobre el condón masculino. Los hombres mencionan que desde el colegio les orientan sobre el uso del condón:

*Para los varones, conozco los condones y para las mujeres conozco las tabletas y los inyectables (EM-H2).*

De acuerdo con los testimonios recogidos, se puede advertir que su utilización se considera en relación a dos propósitos. Por una parte, la de prevenir un embarazo no deseado, es decir como un método anticonceptivo y, por otro lado, también está pensado para prevenir las ITS:

*Yo siempre tengo esa cultura de usar condón, no solo porque puedes embarazar a una mujer (EAF-H7).*

*...el condón para las enfermedades, para todo tipo de enfermedades de transmisión sexual, tanto como el hombre y la mujer (EGY-M3).*

*...para los hombres, que yo sepa, solo el condón, que tanto el hombre y la mujer deben utilizar para que no ocurra un embarazo no deseado, para prevenir infección sexual. Por eso es importante. El condón es el que yo utilicé... (EC-H1).*

Sin embargo, a pesar del reconocimiento y valoración sobre las funciones del condón, desde la perspectiva de los hombres, es posible que su uso esté más orientado a evitar una ITS en relaciones eventuales y que se tienda a prescindir del mismo en el caso de parejas estables o ya conformadas, es decir, cuando existe una mayor confianza. Esto también puede explicar el alto índice de embarazos en adolescentes.

Respecto a sus experiencias, en algunos jóvenes se identifican discursos de reticencia y ambigüedad en el uso del condón masculino. En ese marco, se representa como un método que “tiene un sabor extraño” y que puede reducir el goce:

*Sí, el condón todas las veces, cuando uno utiliza condón se siente medio pele, como comer un plátano con su cáscara (EGY-H3).*

*Lo que conozco es preservativo, es mejor para protegerse. Se siente medio raro...tiene su lado negativo el preservativo (EG-H1).*

Otro elemento a destacar es que en este método, la responsabilidad de su uso está en manos del hombre, lo cual acrecienta su capacidad de decidir e implica una eventual negociación en la decisión de la pareja sobre su utilización. Este, en general, suele ser un escenario crítico para las mujeres.

En lo relativo al condón femenino, es mencionado, pero no parece existir un gran conocimiento al respecto. Es más, en el caso del grupo de mujeres ayoreas, destacaron que no saben cómo funciona:

*El condón también hay para mujeres pero yo no sé cómo usar eso, tiene un anillo, parece una manilla. Pero no sé cómo usarlo (MA-6).*

### **Decisión y responsabilidad**

Por otra parte, en lo que se refiere a la decisión y responsabilidad de utilizar métodos anticonceptivos, algunas mujeres guaraní manifiestan, entre muestras de timidez y pudor, que debe ser asumidas por ambos, mujer y hombre, y que el cuidado no debe recaer solo en ellas:

*Ambos deben usar... y en todas, y se deben usar en sí para no tener enfermedades, un embarazo no deseado. En sí ambos deben hacerlo (EG-M3).*

*Es que ambos deben cuidarse porque si no quiere tener hijos los dos deben cuidarse. En todas, para no tener familia, y siempre creo que es la mujer pero ya muchos deciden entre los dos (EG-M4).*

*Debe ser ambos, pero más nos exigen a nosotros los varones, en toda relación se debe usar para no embarazar seguido a las mujeres y evitar enfermedades, y mayormente la que pide que se cuide son las mujeres (EG-H3).*

En general, observamos que no existen versiones coincidentes. En algunos casos, discursivamente, se alude a una responsabilidad compartida entre

hombres y mujeres por igual. Otras visiones, asociadas a percepciones de prácticas sociales y culturales más tradicionales, asignan mayores responsabilidades a las mujeres en el cuidado y prevención de un embarazo no deseado. Esta última situación termina resultando casi paradójica, pues no se corresponde con los mandatos femeninos para exponer recato y menor experiencia sexual.

## **Efectos de los métodos**

*Lo que utiliza las mujeres, sí que les hace daño, porque es algo que se introduce a su organismo (EM-H1).*

Si bien mujeres y hombres jóvenes prefieren usar métodos anticonceptivos modernos, varias de ellas y ellos muestran desconfianza y perciben algunos efectos negativos que sufren particularmente los cuerpos de las mujeres. Señalaron, por ejemplo, los siguientes hechos que pueden sobrevenir por el uso de métodos modernos.

**Inyectables:** producen cambios en el cuerpo por los químicos que contiene, causa un aumento de peso y, debido a los cambios en la menstruación, originan quistes:

*Las inyecciones te vuelven estéril, porque al no venir las menstruaciones se forman los quistes (EM-M3).*

*En el caso de las inyecciones, sabemos que tienen algún químico que les provoca cambios en sus cuerpos (EM-H1).*

*...las inyecciones te engordan (EAF-M3).*

*No las quieren porque dicen que engorda. En sí, sí tiene el efecto rebote pero a alguna por las hormonas las engorda, pero no es la inyección en sí, es porque las hormonas se le alborotan y le abren más el apetito (líder juvenil de JIASC).*

**Píldoras:** es el método que mayor desconfianza suscita, se alude a cambios de humor, dolores de cabeza, mareos y daños a ovarios y matriz:

*Mayormente las pastillas le cambian los humores a las mujeres, a veces no le sienta bien, es diferente en cada persona el efecto (EG-M5).*

*...de tanto tomar las píldoras te friegan el ovario, no podés tener hijos (EAF-M3).*

*No me gustó, no me bajaba mi periodo, me hacía doler mi cabeza, mi cuello, desde que dejé ya estoy bien. Me hacía marear esas tabletas (EA-M2).*

*Como digo, en algunos casos las píldoras al consumirlas por mucho tiempo puede que llegue a dañar la matriz y provoque cáncer por los excesivos químicos que contienen (EGY-M4).*

**T de cobre:** las creencias negativas señalan problemas de digestión y cambios de peso:

*...conozco T de cobre, que se introduce a la mujer, todo método tiene cosas negativa y positiva; lo negativo es la consecuencia en su cuerpo, sea vómito, tal vez la persona flaca engorda y la gorda tal vez se pone flaca, son efectos secundarios (EC-M4).*

### **Falta de efectividad**

Algunas mujeres entrevistadas reportan falta de efectividad o problemas en la utilización de algunos métodos, lo que probablemente tiene que ver con la falta de información clara sobre la manera en que funcionan los métodos anticonceptivos. Generalmente se conocen sus propósitos, que es prevenir un embarazo no deseado, pero no cómo operan en el organismo para lograr ese cometido.

Igualmente, comentan sobre algunas experiencias respecto a la falta de seguridad de algunos métodos, sin dar mayores explicaciones:

*Sí tienen efectos negativos, como ejemplo el condón no es seguro, la T de cobre tampoco (EGY-M1).*

*Y también la T de cobre, en algunas personas se llega a soltar (EGY-M4).*

Durante la investigación, en el grupo focal con mujeres del pueblo ayoreo, relataron dos experiencias afrontadas con relación a un procedimiento quirúrgico, como es la ligadura de trompas.

En algunos relatos podemos advertir que desde la práctica biomédica se produce una imposición, tanto respecto a una intervención para que la mujer no tenga más hijas/os, como a la negativa para proveer con medidas y procedimientos de anticoncepción. Es probable que, al no contar con datos

de contexto sobre los hechos referidos, falte una explicación técnica, pero lo que resalta es la imposición sobre las decisiones y la incomunicación con mujeres indígenas y afrobolivianas que demandan atención para efectivizar sus derechos a la salud reproductiva:

*Como yo no le entendía nada, dijo mi madre que me querían sacar la matriz. Pero mi madre no quiso, no querían los médicos que tengan más hijos. Eso fue en la maternidad (M-A8).*

*Yo quería que me liguen y no me han ligado, no querían los médicos porque decían que era muy joven. Yo siempre quería tener hijos pero siempre se morían mis hijos y no quería ya tener más hijos, me ligué al final. Pero hacen muchas preguntas cuando uno quiere ligarse (M-A4).*

### **Fuentes de información y acceso sobre los métodos**

Como fuentes de información y acceso sobre métodos anticonceptivos, mujeres y hombres mencionan distintos medios que involucran personas, instituciones y cursos, entre otros. Hablan de medios “directos y personales” y de otros indirectos. Mencionan:

- Espacios de formación: consistentes en charlas, talleres, seminarios, etc., desarrollados por diferentes agentes, tanto públicos como privados, especialmente ONG de derechos de pueblos indígenas, derechos humanos y derechos de mujeres.
- Sistema educativo: fundamentalmente en los últimos cursos de secundaria.
- Familia: pocas personas mencionan haber recibido información en la esfera familiar.
- Internet: mencionado de forma reiterada por muchas personas.
- Farmacias y centros de salud: en pocos casos se señala estos espacios.

*En algunos casos en el colegio y otros investigando en el internet, en las amistades también, en la farmacia no (EAF-H2).*

*En Colectivo Rebeldía aprendí, en los talleres de capacitación nos enseñaron los diferentes métodos que pueden ser usados para prevenir el embarazo no deseado (EA-M2).*

*Los obtuve en los centros de salud, y los conocí a través de mi tía, después de que nació mi hijo, me sugirió utilizarlos, para que, según ella, no me llenara de hijos (EM-M3).*

*En secundaria, cuando fueron una vez al colegio, del internet y después también fui a unos seminarios (EAF-M3).*

Corresponde a la época y al medio urbano el que muchas personas jóvenes indígenas y afrobolivianas accedan a conocimientos a través del acceso a internet, lo que les permite múltiples posibilidades para adquirir información y conocimientos sobre anticoncepción y SSR.

Respecto al sistema de salud, si bien en las prestaciones se incluye de forma gratuita la oferta de métodos anticonceptivos modernos, en general los más requeridos no se encuentran disponibles, especialmente en los establecimientos de salud de primer nivel. Por ejemplo, el chip o implante que es altamente demandado por las y los jóvenes, no siempre es posible de conseguir y, cuando lo tienen, se agota muy rápidamente:

*El chip no hay en centros de salud, solo hay en centros de salud privado. Lo único gratuito para las mujeres que han dado a luz es la T de cobre, de ahí los condones son gratuitos, las inyecciones supuestamente, pero yo nunca he recurrido ahí. Mi chip me lo coloqué en “Casa de la Mujer”, en una campaña donde costaba 50 Bs, baratísimo, yo lo publiqué por todos lados (líder juvenil de JIASC).*

También se menciona a las farmacias como una fuente para acceder a métodos, especialmente los condones masculinos.

En algunas ocasiones pueden acceder de manera gratuita a métodos, especialmente a los condones masculinos, en el marco de actividades de formación que desarrollan instituciones públicas como el SEDES, o instituciones privadas que brindan servicios especializados en temas de salud sexual y reproductiva, tales como: Marie Stopes, CIES, Prosalud, Igualdad, Manodiversa, entre otras:

*Ellos tienen una plataforma de jóvenes que muchas veces en sus talleres otorgan esto de manera gratuita (líder juvenil de JIASC).*

### **Anticoncepción de emergencia**

#### **Conocimiento: “personas que se han descuidado”**

Una gran parte de las mujeres y hombres entrevistadas/os tiene información sobre las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE), y conoce las finalidades de su uso, vale decir, prevenir un embarazo no deseado luego de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

Cabe puntualizar que varias personas las reconocen también como “la píldora del día después”.

Si bien en el conjunto de los pueblos, con menor medida en el caso ayoreode, se cuenta con información general, presentan carencias para describir la forma en que opera, es decir su funcionamiento y significado:

*No, no utilicé, pero sí una amiga que se tomó todas las tabletas de todos los días, en un solo día (EGY-H2).*

*No conozco, pero puede ser bien un medicamento para prevenir un embarazo no deseado, pero casi creo que me acuerdo que son esa tabletita que dice D, parece (EY-H2).*

Conocen en qué situaciones debe utilizarse, mencionando por ejemplo una relación sexual sin protección, producida por error o “calentura”, aunque las referencias a su utilización para casos de violación son más bien escasas:

*Se lo consume después de una relación sexual (EM-H1).*

*Pienso que es buena porque quizás tuvieron un error o una calentura y para prevenir un embarazo no deseado, para prevenir ese embarazo ahí está, da una solución. Claro, cuando una pareja tiene una relación y no se cuida está tableta del día después, más conocida como el día D, que se toma el día siguiente que ha tenido la relación sexual y su efecto, pues que no se embarace (EGY-H4).*

*Yo supongo que esta píldora la usan las personas que se han descuidado algún momento de tener relaciones sexuales (EC-M1).*

*...se toma después de que tuvo relaciones para no tener su bebé, no mucho, pero nos contaron en el taller ese también (EC-H4).*

*...en parte está bien, porque puede evitar embarazos no deseados en caso de que la persona no esté bien orientada, o que haya sido violada (EAF-H2).*

Mujeres afrobolivianas y guarayas expresan dudas en su consideración como un método anticonceptivo o como un sistema de aborto. Al respecto, es importante aclarar que tal como su nombre señala, se trata de un anticonceptivo de emergencia que previene el embarazo de la misma forma como lo hacen las pastillas anticonceptivas regulares. La diferencia está en que la PAE contiene una alta dosis hormonal que impide la liberación del óvulo y evita que el espermatozoide lo fertilice. En ese sentido es insuficiente la idea de que solo opera impidiendo la fecundación:

*Hay mucha discusión, que según lo que se comentan muchas personas, que es un método abortivo, otros dicen que no, pero hasta ahora no me queda claro (EAF-M2).*

*Por una parte bien, porque así no hay tantos embarazos de algunas personas que... por "x" motivos o circunstancias de que no quieren tener hijos, eso les puede ayudar. Pero otros no sabemos cómo son,*

*si traen algún efecto secundario o una enfermedad, la verdad no sé (EGY-M3).*

*Sí, bueno yo conozco la tableta que es para tomar, digamos, y el resultado es que te hace tener prácticamente tu regla, que te hace ovular (EAF-H2).*

Finalmente, al margen de la consideración y valoración que se tenga, dado que el uso de la PAE generalmente se produce en el contexto de situaciones críticas y que generan preocupación ante un embarazo no deseado, no se descarta el uso de la anticoncepción de emergencia:

*No sé porque... igual son abortivas y sí usé una vez, sí sé que tiene consecuencia (EG-M4).*

*Sí, conozco, me parece que es bien ya que evita el embarazo, lo utilicé (EAF-M4).*

### **Acceso: farmacia y seguro de salud**

Las farmacias son los lugares más frecuentes a donde las y los jóvenes recurren para conseguir la PAE:

*...con exactitud no sabría decir dónde se encuentra pero supongo que en la farmacia (EC-M4).*

Podemos afirmar que la gran mayoría no conoce que la PAE es ofertada por el sistema público de salud. En efecto, desde el año 2013 constituye una de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en los hospitales de segundo y tercer nivel. En la actualidad, de igual manera, con el Sistema Único de Salud (SUS) –que reemplazó al SUMI– las mujeres, a solicitud, pueden acceder al mismo y, en esa calidad, de manera gratuita:

*Lo conseguimos en la farmacia. No sabía que se lo podía conseguir a través del SUMI. (EM-H1).*

## **Aborto**

### **Conocimiento: “muchos sentimientos”**

El aborto constituye una problemática en la vida de las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos a partir de un embarazo no deseado. En ese marco, incluso comentaron sobre experiencias de acompañamiento a mujeres cercanas “...yo he participado en algunos, acompañando...” (grupo focal mujeres afrobolivianas).

En su gran mayoría refieren que es una realidad y que existen muchos casos de aborto. Explican que los motivos para que se tome una decisión de esta magnitud son diversos, donde sobresalen los sentimientos de indefensión que experimentan las mujeres ante un embarazo no deseado. En ese orden mencionan, por ejemplo, el miedo, la soledad y el abandono del hombre. También se perciben temores por la responsabilidad que implica asumir la crianza y el cuidado de una hija/o a temprana edad:

*Abortan porque tienen miedo (grupo focal intercultural mujeres).*

*Por miedo a que sus padres se enteren y cómo van a criar a sus hijos, cómo le darán el pan de cada día, cómo las responsabilidades... (grupo focal intercultural hombres).*

*Responsabilidades de cómo le voy a criar, cómo le voy a dar de comer, eso se piensa en el primer momento (grupo focal intercultural hombres).*

*Es como una última opción para que la pelada no se fregue la vida, porque un bebé no es un juguete, porque tiene que hacerse responsable, tiene que trabajar primeramente (grupo focal hombres afrobolivianos)*

*Hay varias mujeres que toman la decisión de sacarlo cuando el padre la abandona y la mujer queda sola, qué va hacer con su hijo, o bien algunas lo tienen y al nacer lo cría un familiar (MA-6).*

*...abortan porque no tienen una familia que le ayude o también señoritas que no tienen a alguien que les apoya, es por eso que aborta (grupo focal hombres ayoreode).*

Llama la atención que se registren pocas referencias al hecho de que asumir una maternidad temprana significa truncar proyectos de vida de las jóvenes mujeres:

*Tal vez porque no se sienten preparadas, porque hoy en día tienen la mentalidad de estudiar, ya depende de uno (grupo focal intercultural hombres).*

### **Marco normativo: "es legal en caso de violación"**

Existen visiones compartidas respecto a estar de acuerdo con la realización de un aborto en los casos establecidos por la normativa penal vigente. Es decir, cuando el embarazo es causado por una violación, cuando pone en riesgo la vida y/o la salud de la mujer, o por malformación fetal:

*Es legal en caso de violación, que sea menor de edad y los padres den el consentimiento en caso de que la madre esté en riesgo su salud, también puede decidir y acceder a un aborto, ya está legalizado (EAF-M4).*

*En el caso que una persona sea bastante pobre y tenga hijos, entonces pueden decidir los dos como pareja (EAF-M2).*

Un breve análisis nos muestra que existe una tendencia a presentar a la mujer como responsable del embarazo y, por tanto, también de un eventual aborto.

A nivel de los discursos valorativos, es evidente que si bien no se establece una aceptación clara, tampoco se registran percepciones tajantes de condena o rechazo.

### **Medios para el aborto**

Los medios identificados para la realización de un aborto son diversos, aunque las referencias son de carácter general:

*También dice mi amigo que hay una tableta que se llama Citotex que en "los cachis" lo están vendiendo, que es abortiva (EAF-H1).*

*Lo más común es el raspaje uterino, ahí es donde sacan obviamente al feto (EAF-H5).*

*Creo que las mujeres toman tabletas para abortar, las tabletas fuertes, escucho a las mujeres decir eso (MA-5).*

*Hay médicos y enfermeros que tienen sus consultorios clandestinos que hacen ese trabajo por dinero o no sabemos, porque es algo bien delicado (grupo focal intercultural hombres).*

Las personas consultadas manifiestan su desconocimiento sobre los medios específicos o prácticas propias para realizar un aborto en el marco de sus

pueblos y culturas. Esto no quita, sin embargo, que mencionen hierbas “calientes” con capacidad para generar una hemorragia y, eventualmente, producir un aborto:

*Hay hierbas para cuidados y otras que son abortivas, como el mate de orégano, llantén, hierba paico y el uso del ajo dentro de la vagina para limpieza (EAF-M4).*

*Hay una hierba que se llama “paico”, eso toman pero bastante, debe ser como dos hojas, es lo mismo que el orégano, toman solo la puntita cuando están con su regla, para que ayude a limpiar, pero si toma más fuerte ya es abortivo, el paico es lo mismo, hace botar los restos (EAF-M2).*

*...dicen que esas hierbas son muy calientes y pueden dañar la matriz para toda tu vida, depende de la cantidad que le den y el tiempo que haya estado embarazada (AF-M2).*

## **4.2 ITS/VIH/Sida**

### **Conocimiento**

#### **ITS y VIH/Sida: entre verdades y mitos**

En sus testimonios se percibe un conocimiento impreciso, que mayormente se limita a nombrarlas y a describir algunas formas de transmisión. De modo general mencionan: gonorrea, chancro, sífilis, herpes y VIH/Sida. Sin embargo, en su gran mayoría, no explican las características de las ITS, exponiendo algunos elementos relativamente distorsionados al respecto:

*Es pues esa enfermedad de los granos que le sale a uno en su parte (grupo focal mujeres ayoreas).*

*De la gonorrea, es como una infección, es muy grave hay veces algunos se pudren y se enferma y uno tiene que ir al hospital para que le hagan tratamiento (EG-H1).*

*Sida, sífilis, gonorrea, y en sí son varias, hay algunas que tienen cura y otras que son bien riesgosas, y se contagia por tener relaciones sexuales, a través de la sangre y a través de la saliva y otras cosas más (EG-M3).*

A nivel comparativo, mujeres y hombres muestran un nivel bastante similar, en cuanto a su conocimiento, sobre las formas de transmisión.

Esto marca una diferencia con respecto a estudios realizados con pueblos indígenas en el área rural, en pueblos y comunidades, donde las mujeres suelen estar menos informadas sobre estas temáticas. Sin embargo, los hombres manejan nociones más claras y tienen una mayor capacidad de decisión sobre las medidas de prevención ante las ITS, incluyendo el VIH.

En general, tanto mujeres como hombres, relacionan las ITS con la actividad sexual: “son enfermedades que se transmite a través de relaciones sexuales” (EA-M3 y EA-M4).

En ese marco, especialmente desde las percepciones de mujeres y hombres, también se asocian con comportamientos de promiscuidad:

*A veces, como dicen, cuando uno es picaflor va de aquí y allá ¿cuál es la consecuencia? Es que no sabés con qué clase de personas te toca y estás con uno y con otro y no sabemos si esa persona tiene buena higiene y por eso se causa y sucede las infecciones (EC-M2).*

*Por la transmisión sexual, o sea teniendo relaciones sexuales con personas... que paran con uno y con otro (EY-H1).*

Cuando hablan de las formas de prevenir las ITS, incluyendo el VIH/Sida, manifiestan que, aparte del condón:

*Otro podría ser la fidelidad y la higiene que es muy importante (EAF-M2).*

Como se advierte claramente, el VIH/Sida es la ITS más mencionada por las personas de los diferentes pueblos:

*La más conocida que es el VIH/Sida (EG-M6).*

*Solo escucho de VIH, también se transmite por motivo de relaciones sexuales (EA-H3).*

De modo general, prevalece la concepción del VIH/Sida como una enfermedad muy grave y asociada a la muerte:

*Es una enfermedad que no tiene cura, entonces la persona se muere cuando tiene esa enfermedad (grupo focal hombres ayoreo). Es una enfermedad que no tiene cura, que no se ha detectado, en mi pueblo se considera muerte segura, pero aun así la gente no está bien informada. Algunos jóvenes se contagian y lo único que dicen es “me enfermé de VIH” (grupo focal intercultural mujeres).*

## Vías de transmisión

A pesar de que identifican diferentes vías de transmisión de las ITS y del VIH/ Sida, el tema de la sexualidad es muy fuerte y parece prevalecer. Por ejemplo, en el grupo focal de hombres de los pueblos chiquitano, guaraní, guarayo, yuracaré y mojeño, resalta esa perspectiva:

- hombres que no se controlan.
- personas que no se protegen y parejas que tienen relaciones con diferentes personas.
- personas que se drogan sin saber con quién.

Por su parte, en el grupo focal de mujeres del pueblo ayoreo, se subraya el hecho de la transmisión por la vía de relaciones sexuales sin protección, apelando manifiestamente al tema de la infidelidad. Cabe notar que también ponen énfasis en la problemática del trabajo sexual:

*Eso les da a las mujeres que no respetan a sus maridos, también a los hombres que no respetan a sus mujeres (MA-4).*

*Eso viene cuando las mujeres son prostitutas, le da el VIH porque no se cuidan, se meten con cualquier hombre, no saben que está esa enfermedad estos días (MA-2).*

*También cuando se hacen tatuajes por ahí se transmite, el señor que hace no cambia la aguja, transmite a esa joven. O en un hospital cuando le pasan sangre y el donante tiene VIH le va pasar por esa sangre, es así creo (MA-2).*

Tanto mujeres como hombres de los diferentes pueblos, igualmente identifican otras vías de transmisión, como por ejemplo mediante la lactancia, el uso de jeringas y la realización de tatuajes:

*Se trasmite por la lactancia, las jeringas, los tatuajes..., cuando hay pequeña herida en sus encías, los pequeños sangrados, es una forma de contagio, y en el parto (grupo focal intercultural mujeres).*

*...jeringa o transfusión de sangre y contacto con sangre, heridas que sangran (grupo focal intercultural hombres).*

Cabe resaltar un nivel destacado de conocimientos e información actualizada entre la población afroboliviana de hombres:

*Sus efectos del VIH comienza después de los tres a cinco años, el VIH no es una enfermedad que te mata, simplemente debilita tus defensas, y con un resfrío y una simple diarrea te llega a matar, es lo que hace el Sida (EAF-H2).*

En ese marco, incluso incursionan en un intercambio fundamentado respecto a las mayores o más frecuentes vías de transmisión del VIH/Sida:

*Yo creo que tiene más relevancia la vía sanguínea, porque hoy casi el 90% de jóvenes estamos propensos a hacernos un tatuaje, y entre las edades de 15 a 17 años no tenemos esa economía, la cual nos permita hacer un tatuaje bueno, higiénico, en un estudio, y vamos donde cualquier tipo que nos haga un tatuaje. Yo creo que es ahí, es más que se contagia el VIH, porque los tatuajes están de moda, todos tienen un tatuaje (EAF-H5).*

Entre quienes sostienen que la vía de transmisión más frecuente del VIH es la sexual, señalan que el mayor porcentaje corresponde a esta forma, y desde una perspectiva crítica se atribuye dicha situación a la cultura machista imperante en el país:

*En Bolivia ha habido incremento del Sida en los últimos años porque somos machistas de no usar condón, es la mentalidad de un boliviano "sin condón es mejor", todos mis amigos dicen lo mismo (EAF-H7).*

### **Formas de transmisión y conciencia del riesgo**

Es importante puntualizar que en las percepciones de las y los jóvenes se advierten conceptos fragmentados o incompletos. Sin embargo, y a diferencia de lo que acontece en poblaciones indígenas en contextos rurales (donde aún se asocia la transmisión de las ITS, especialmente del VIH/Sida, con saludar a una persona con Sida o que vive con VIH, sentarse en el mismo lugar, compartir utensilios de comida, etc.), estas visiones no son generalizadas entre las y los jóvenes. Es claro que sus experiencias de vida en el medio urbano les posibilitan acceder a mayor información y conocimientos.

Esto no libera a las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos de una mayor vulnerabilidad, debido a las condiciones mencionadas en el primer capítulo de este documento. Entendemos que las vivencias de discriminaciones, segregación o abusos, sutiles o evidentes, pueden generar sentimientos de soledad, baja autoestima y aislamiento. Estos, a la vez, se relacionan con una mayor propensión a establecer relaciones afectivas y sexuales que involucran comportamientos de mayor riesgo.

En general, se percibe que las vía de transmisión mediante prácticas sexuales, es el mecanismo más generalizado, por lo cual se tiende a considerar que personas “promiscuas”<sup>22</sup>, trabajadoras sexuales y homosexuales, serían el grupo más expuesto a contraer VIH. En ese marco, desde estas miradas, tiende a reducirse la autopercepción de riesgo.

El hecho de considerarlo como algo ajeno, que le sucede a otras personas, puede generar percepciones que permiten suponerse fuera de cualquier riesgo.

### **Síntomas de las ITS**

Como ya se mencionó, varias personas entrevistadas reconocieron algunas ITS, incluyendo VIH/Sida y, en pocos casos, comentan de manera generalizada sobre los síntomas de las mismas.

Por ejemplo, el grupo focal de las mujeres ayoreas señala algunos síntomas del VIH/Sida, refiriendo la presencia de elementos tales como: adelgazamiento, secreciones, granos, picazón, y estado de fiebre y debilidad:

*Cuando una mujer está muy flaca nos damos cuenta ya (MA-5).*

*Cuando baja mucho de peso sabemos que no es normal (MA-6).*

*Le salen granos, ahí vemos qué tiene la persona, le pica su cuerpo, aparece puchichi y la fiebre les da en las tardes, tienen mucho sueño las personas que tienen VIH (MA-7).*

*Comen y toda la comida lo vuelve, le da diarrea todo el tiempo, es por eso que no engordan las personas (MA-6).*

*Cuando toman su tratamiento no se sabe. Las personas que tienen se molestan, si saben que tiene, no quiere ni que le digan nada, se enojan mucho esas personas (MA-3).*

Por su parte, los hombres ayoreos también aportan con la identificación de algunos síntomas:

*Tiene diarrea y esa persona ya está con esta enfermedad y no se cura más (AH-8).*

En grupos con participación de mujeres y hombres de los diferentes pueblos (chiquitano, guarayo, guaraní, yuracaré y mojeño), comparten información sobre el proceso de evolución del VIH/Sida:

---

<sup>22</sup> Utilizamos este término en el sentido que le asigna la OMS, que define promiscuidad como “el mantenimiento de dos o más parejas sexuales distintas en un período de seis meses”.

*En el colegio nos explicaron que una persona con VIH no muestra tan rápido los síntomas; a una que tiene VIH/Sida incluso pueden pasar muchos años sin pasar nada y empieza a tener desgaste cuando es el portador (grupo focal intercultural mujeres).*

*Algunos síntomas son la desnutrición, cambios físicos (grupo focal intercultural mujeres).*

*Los síntomas aparecen en largo plazo, no aparecen ese mismo día sino al transcurrir el tiempo, depende de sus defensas 3, 4, 5 o 10 años (grupo focal intercultural hombres)*

En los relatos y testimonios podemos advertir que:

- las percepciones manifestadas son muy generales y no parecen características atribuibles únicamente a las ITS y VIH/Sida.
- no utilizan términos de sus propios idiomas para designar los síntomas o enfermedades señaladas.
- no establecen diferencias entre los síntomas que afectan a los hombres y los que afectan a las mujeres.

Finalmente, cabe puntualizar que es importante abordar esta temática en la perspectiva de que las personas puedan buscar ayuda ante una ITS, y no tanto en función a lograr una estricta identificación de síntomas. La literatura especializada señala que la falta de atención médica oportuna a las ITS tiende a incrementar la posibilidad del VIH. De igual manera con el CCU, que está asociado, en algunos casos, a la persistencia de ITS cuando las personas no reciben un tratamiento adecuado.

### **Medidas de prevención: condones y fidelidad**

De modo general, entre las principales medidas para prevenir las ITS, incluyendo el VIH/Sida, se menciona la utilización del condón y los comportamientos de fidelidad hacia la pareja:

*Se puede decir que una prevención sería el condón, digamos, si yo tengo mi pareja y si tengo enfermedades, no debería enganarla con diferentes personas, con x personas (EGY-H4).*

*...me parece que, en parejas inestables o eventuales, como se dicen, deberían utilizar más preservativos para no embarazarse, para no contraer enfermedades venéreas (EAF-M2).*

Hay un conocimiento generalizado y una gran mayoría de hombres y mujeres hablan del uso del condón, junto a otros métodos. Sin embargo, también se pone en el mismo nivel el condón junto con otro tipo de medidas, como si

tuvieran la misma capacidad para prevenir las ITS, cuando en realidad se trata de métodos cuya finalidad se enmarca en evitar embarazos no deseados. Al parecer, no queda claramente establecido el deslinde de ambos conceptos:

*Bueno, lo más propio sería utilizar el condón y todo eso, los métodos anticonceptivos (EY-H1).*

Las nociones de fidelidad y abstinencia son recurrentes en los discursos relativos a las medidas de prevención y cuidados que deben tomarse para prevenir las ITS, tanto en mujeres como en hombres de los diferentes pueblos.

El fuerte peso que se asigna a esos comportamientos en la prevención de ITS parece estar relacionado con la prescripción de ciertas prácticas sexuales, consideradas deseables y otras que merecen reproche porque exponen a riesgos.

En el fondo se trata de mandatos sociales y morales que cuestionan, por ejemplo, las relaciones sexuales fuera de una sola pareja estable, en el caso de la idea de fidelidad.

En lo que respecta al tema de la abstinencia, resulta curioso que se plantee una medida que, en los hechos, no resulta real ni factible, en tanto implica no tener relación sexual alguna:

*La principal forma de prevenir es usando los métodos anticonceptivos, el condón sobre todo, también la abstinencia y en el caso de tener pareja, pues, la fidelidad (EGY-M4).*

*Mediante preservativos creo, condón, no buscar segundas parejas (EAF-H3).*

En la misma línea de lo anterior, como medida de prevención, se adiciona la noción “conocer a la persona”, lo cual también está implicando normativas sociales prescritas para el ejercicio de una sexualidad circunscrita a determinados comportamientos, que pueden ser –desde estas miradas–, de mayor seguridad o de mayor riesgo:

*Más que todo sería la abstinencia y conocer a la persona con la que estamos (EC-M1).*

Otra asociación que se hace sobre el uso del condón alude a prácticas de limpieza:

*Uso del preservativo, otro podría ser la fidelidad, y la higiene que es muy importante (EAF-M2).*

Cabe destacar los testimonios de dos mujeres del pueblo mojeño, profesionales, con identidad indígena politizada y activismo en derechos. De manera enfática puntualizan sobre la forma de prevención de ITS y VIH/Sida, y la responsabilidad compartida por mujeres y hombres:

*Para prevenir todo esto hay que usar el condón, no hay otra, porque con una inyección o tableta del día después no podemos evitar el contagio de las ITS o el VIH. Entonces, sí o sí, tenemos que utilizar el condón (EM-M1).*

*Hay que utilizar el condón, como primera medida de seguridad, y es responsabilidad de los dos y si se llegara a infectar, tienen que acudir a un centro de salud, tan pronto como sea posible (EM-M2).*

### **Medidas para atención y tratamiento**

Respecto a la búsqueda de diagnóstico y atención para el tratamiento de ITS y VIH, se pueden evidenciar dos visiones. Por una parte, varias personas señalan que no existe la práctica de buscar atención médica, probablemente desde una lógica que minimiza los efectos de las ITS.

En el caso del pueblo ayoreo, con una problemática específica de salud, el problema para no buscar atención sanitaria y tratamientos tiene que ver con sentimientos de vergüenza y temor al estigma, al aislamiento y al rechazo que puede sobrevenir en caso de un diagnóstico que confirme una ITS, especialmente si se trata de VIH/Sida. Esto sucede especialmente entre las mujeres, al parecer por la posibilidad de que las lleguen a señalar como responsables del problema:

*La mayoría de las mujeres no van al médico porque no quieren que nadie sepa de su enfermedad, se enojan si alguien le dice algo de su enfermedad (MA-9).*

*Cuando los médicos vienen y les sacan laboratorios, ahí después vienen y les dicen al paciente que tiene que hacer un tratamiento en el centro de salud (MA-4).*

En el caso de seguir tratamientos, también se advierte, entre líneas, preocupación por la confidencialidad. Entre algunos hombres se percibe falta de interés para solicitar tratamientos, restando importancia a los efectos de estas enfermedades:

*...los hombres casi no le dan la importancia, o digamos cuando tienen una enfermedad avanzada aun así dicen "no, ¿para qué?, no quiero", utilizan siempre esas palabras para no aceptar lo que tienen (EG-H4).*

Por otro lado, una gran parte de mujeres y hombres valoran la importancia de buscar tratamiento médico, refiriéndose particularmente a las ITS. Destacan la necesidad de no alargar el período de malestar para no agravar el problema:

*Si una persona está con esa infección hay que apoyar para que vaya a hacerse el tratamiento, porque hay varios casos y hay nuevos casos en los que un amigo que se ha contagiado y no quiere irse a un centro de salud. Ahora el amigo optó por ir a los remedios caseros, porque hay remedios para eso (EM-H2).*

*Creo que la persona que está afectada debería recurrir inmediatamente si es que llega a tener algún síntoma de alguna enfermedad sexual, debería recurrir rápidamente a un lugar para que pueda ser atendido en algún centro de salud u hospitales (EAF-M1).*

*Antes que se haga más peligroso tiene que ir a hacerse revisar con los médicos, antes que se haga más grande la infección, no tiene que esperar a botar sangre (EG-H1).*

También expresan que se debe buscar atención sanitaria en hospitales o centros de salud, de preferencia públicos, pero también mencionan algunos establecimientos de bajo costo:

*Si me enfermo de alguna ITS creo que hay que acudir a los hospitales, y también hay privados como Prosalud, pero de ahí otro, no conozco (EM-M1).*

*Ante una ITS recorro a un centro hospitalario o farmacia para que me diagnostique la verdadera razón de lo que tengo en el cuerpo y poder sanar (EC-H2).*

### **Desde las proveedoras de salud**

De acuerdo con las proveedoras de salud entrevistadas, en los centros públicos de primer nivel existe la prueba rápida para VIH/Sida, que se encuentra disponible y de manera gratuita. Dicha prueba también se ofrece en las ferias de salud que se realizan habitualmente en los diferentes barrios y zonas de la ciudad.

Sin embargo, subrayan que la prueba no suele ser solicitada por la población de jóvenes en general, y de indígenas y afrobolivianos en particular. Es decir, virtualmente está al alcance, pero no se implementa.

Respecto a las personas que solicitan servicios y tratamientos para ITS, incluyendo VIH/Sida, aunque en los centros manifiestan insuficiencia de medios y equipamiento técnico, subrayan que existe capacidad para atender y, de ser necesario, referirlas a un centro de mayor nivel de atención.

En los casos de ITS detectan como un problema que, generalmente, las mujeres van solas, siendo que existen situaciones en las que es necesario realizar un tratamiento a la pareja.

*Básicamente, el médico se basa en la clínica, o sea en síntomas y características del flujo, no contamos con medios de laboratorios directos para diagnosticar, básicamente se diagnostica a través de la clínica. Cuando algunos casos no responden al tratamiento, se procede a un cultivo, y en todos los casos tenemos el tratamiento. El tratamiento incluye medicamentos y se hace a la paciente y a su pareja, aunque no estuviera presente, y para ambos es gratuito (Centro de Salud Universitario Norte).*

En correspondencia con lo planteado anteriormente, también se identifica como dificultad la ausencia/negación del hombre a los tratamientos:

*El problema está más que todo en el varón, como no hay síntomas, él se niega a hacer el tratamiento porque principalmente las bacterianas se debe tratar en pareja. Ellos dicen "no, yo no estoy enfermo, no tengo por qué tomar", y lamentablemente las mujeres recurrentemente vuelven con las mismas infecciones (Marie Stopes).*

### **ITS y medicina tradicional: "No es para curanderos"**

De modo casi generalizado, mujeres y hombres jóvenes de los diferentes pueblos, coinciden al afirmar que en las zonas urbanas no conocen prácticas propias de medicina ni tratamientos naturales de curanderos o naturistas para atender los problemas de salud generados por las ITS, incluyendo el VIH/Sida.

Si bien muchas personas sostienen que existen agentes de salud propios de su cultura, solo realizan referencias muy generales. En ese marco, resulta llamativo que valorizan la idea de la medicina tradicional, pero no tienen mayores conocimientos al respecto.

En el caso del pueblo chiquitano, hombres y mujeres afirman no tener conocimientos sobre tratamientos o prácticas tradicionales de su pueblo para tratar alguna ITS. Sin embargo, aluden a personas ancianas, curanderas/os o pichareras/os que tendrían capacidades para realizar este tipo de cuidados, aunque no especifican cómo o mediante qué acciones:

*He escuchado de remedios naturales para curar esas enfermedades pero no recuerdo mucho cuál es, pero hay. Hay curandero que tienen para curar, utilizan hierbas medicinales, saben y pueden recomendar, no solo en hospitales curar pero te hacen un diagnóstico más rápido y los curanderos saben sobre enfermedades (EC- H1).*

Varias personas exponen que los tratamientos con medicina tradicional o con productos naturales no aplican para casos de ITS, menos aún en VIH/Sida:

*Existen tratamientos naturales cuando uno adquiere una enfermedad no tan grave como ser dolores estomacales, alergias o infecciones en las partes reproductivas por no tener el cuidado adecuado. Pero tratamientos para enfermedades como el Sida y otras similares no hay (EGY-M4).*

Personas del pueblo ayoreo, especialmente frente a los casos de ITS, incluyendo el VIH/Sida, puntualizan sobre su cultura y explicitan que en su pueblo la medicina no se ha ocupado de enfermedades inexistentes antes del contacto con personas no ayoreode:

*En mi pueblo no hay tratamientos para enfermedades como el Sida y otras similares. En mi pueblo no hay nadie que hace medicamentos sobre estas enfermedades (EA-M3).*

*En mi pueblo la verdad que no hay nada de remedio casero para estas enfermedades que se transmite por la relación sexual, en los centros de salud hay medicamentos, que son tableta (EA-H3).*

*No tenemos médicos curanderos que hagan curaciones sobre estas enfermedades (EA-M3).*

Pocas personas identifican algunos de los llamados “remedios caseros”, como es el caso de las y los entrevistados de los pueblos mojeño y guaraní:

*Un amigo que se ha contagiado y no quiere ir a un centro de salud, ahora optó por ir a los remedios caseros, porque hay remedios para eso. Su padre mismo es quien sabe hacer esos remedios caseros, así es que él mismo lo está preparando y curando con remedios caseros (EM-H2).*

*Hay. El sinini es bueno para la próstata y para el cáncer. Por acá nomás conseguimos nosotros, es una planta, en un lote vacío, ahí vamos nosotros (GH-1).*

Desde la perspectiva de las autoridades de salud del CDVIR, muchas personas prefieren tratarse con medicinas naturales, especialmente la población rural, no porque se tenga mayor confianza en ésta, sino por el estigma de avisar a la comunidad y al entorno sobre su diagnóstico. Este tipo de situaciones amerita la necesidad de seguir buscando una articulación entre las diversas medicinas tradicionales y la perspectiva biomédica.

## 4.3 Cáncer cérvico uterino (CCU)

### Conocimientos

En general, el tema del CCU no es muy conocido<sup>23</sup>. En las percepciones de mujeres y hombres se entretujan supuestos y conjeturas respecto a sus características y a las causas o factores que lo generan, algunos con mayor asidero en la realidad y otros con elementos imprecisos.

En general, su origen se atribuye a los siguientes factores:

- por relaciones sexuales sin protección.
- por relaciones sexuales con diferentes personas, tanto mujeres como hombres.
- por cambios hormonales en las mujeres.
- por exceso de hijas/os y por realizarse abortos.
- por infecciones en el aparato reproductivo de las mujeres.
- por falta de higiene.
- por usar un baño público que esté “infectado”.
- en el postparto, “cuando la mujer da a luz, a veces no limpian bien por adentro los doctores”
- por muchas horas de trabajo pesado.

Los testimonios son elocuentes cuando se realiza una conexión de esta problemática con una práctica más libre de la sexualidad, mostrando la persistencia de ciertos tabúes sobre la enfermedad:

*Sí, he escuchado que a veces por no cuidarse hay esa enfermedad, aparece porque no se cuida y no está con una persona nomás (EGY-M2).*

En el caso de las mujeres ayoreas, el acercamiento a esta enfermedad está asociado al padecimiento y la experiencia de personas cercanas, lo que las alerta sobre su incidencia en la salud y en la vida de las mujeres:

---

<sup>23</sup> En Bolivia, CCU es una de las principales causas de muerte de las mujeres. Según datos del Ministerio de Salud, correspondientes a 2017, cada año mueren 845 mujeres por esta enfermedad, la misma que es prevenible si se detecta a tiempo.

*Sí, he escuchado...había una señora que murió de eso, también murió una prima de nosotros. Había otra mujer que era dirigente de la CPESC, murió de eso, esos son casos que escuché (EA-M2).*

Entre algunas ideas imprecisas que cabe puntualizar, por ejemplo, se tiene la afirmación de que:

*Es un cáncer que da a personas mayores (EAF-H1).*

Al respecto, cabe aclarar que si bien se consideraba como edades más prevalentes de 35 a 40 años, en la actualidad se ve en mujeres más jóvenes, lo que coincide con un inicio en las relaciones sexuales a más temprana edad<sup>24</sup>.

De igual manera, algunas manifestaciones aluden a que se trata de una enfermedad que no tiene curación, cuando en realidad es un tipo de cáncer que es totalmente prevenible y curable si se descubre tempranamente:

*El cáncer uterino es una enfermedad de las mujeres y que no tiene cura, mientras más lo hurga más se expande esa enfermedad, se va creciendo (EY-H2).*

### **Síntomas: “lo principal es el dolor”**

Las personas entrevistadas consideran que los síntomas que presentan las mujeres que tienen CCU se relacionan con las siguientes características:

- dolor en el bajo vientre.
- dolor de cabeza.
- dolor de los ovarios al orinar.
- sangrado.
- fiebre.
- palidez.
- enflaquecimiento.
- úlceras.
- verrugas en las partes íntimas.

Cabe notar que un elemento muy pronunciado es el dolor, como mencionan:

*Dolor más que todo, creo que es uno de los primeros síntomas (EAF-H1).*

Por otro lado, parece predominar la idea de que una enfermedad, invariablemente, está asociada a los síntomas visibles en el cuerpo:

---

<sup>24</sup> Desde la OMS se aclara que no es una asociación mecánica, sino que las relaciones sexuales tempranas exponen más pronto a las personas adolescentes a un contacto con el Virus del Papiloma Humano (VPH), uno de los principales causantes del CCU.

*Sí, yo creo que sí, porque cuando yo estoy con una enfermedad siempre se me va a notar en el cuerpo (EC-M1).*

Es posible que los síntomas descritos correspondan a un estado más avanzado de la enfermedad, pues de acuerdo con la literatura especializada, esta enfermedad se caracteriza precisamente por la ausencia de síntomas visibles y de dolor durante las primeras etapas.

Por tanto, siguiendo esa línea de análisis, se podría pensar que la ausencia inicial de síntomas visibles e inequívocos contribuiría a desestimar la necesidad de acudir y solicitar servicios de salud. El relato de una mujer guaraya comparte esta perspectiva:

*Yo tuve mi cuñada con ese problema pues empezó con secreciones y dolores al mismo tiempo, pero pues uno no siempre le toma atención a la salud y me imagino que ella estuvo así por varios años y que no le dio importancia, y cuando la llevamos al médico le detectaron cáncer. Después de eso empezó a tener hemorragias y perdió mucho peso y paraba con fiebre alta, y no resistió (EGY-M4).*

## **Medidas de prevención y tratamiento**

### **Formas de prevención**

En cuanto a las posibles medidas o acciones para prevenir el CCU, se advierten importantes niveles de desconocimiento y confusión. Es así que no identificamos visiones compartidas, sino más bien puntos de vista muy generales. Algunas personas consideran que no es factible hablar de medidas para tal efecto. Mientras unas pocas sostienen lo contrario y, entre algunas precauciones recomiendan, por ejemplo, evitar el frío:

*...siempre se puede, pues se puede prevenir, se tiene que cuidar y evitar frío (EGY-H1).*

De modo general, y desde el punto de vista de dos jóvenes chiquitanas, una medida de prevención que se debe considerar se refiere a los cuidados en el proceso de postparto, probablemente bajo la idea de que existe debilidad en el organismo femenino:

*...un mes la mujer tiene que estar reposando y no hacer fuerza (EC-M2).*

## **Medidas para la atención y el tratamiento**

En lo que respecta a la búsqueda de diagnóstico y atención para los problemas de CCU, si bien se perciben dudas e insuficiente información, muchas personas tienen conocimientos y conciencia sobre la importancia de una detección temprana. Como manifiestan en el equipo de coinvestigadoras/es: “hacer el tratamiento y no esperar a para que la situación empeore.

Algunas jóvenes entrevistadas, especialmente del pueblo guarayo, manifiestan que no existe cura para el CCU, aunque también se refieren a tratamientos de apoyo:

*...es una enfermedad que no tiene cura, pero sí es posible llevar un tratamiento especial (EGY-M3).*

Por su parte, mujeres y hombres mencionan que se puede curar cuando el problema se detecta a tiempo. Son pocas las personas que conocen el tema con mayor profundidad, y refieren casos donde se requieren tratamientos más complejos, como por ejemplo, una intervención quirúrgica. Varias/os jóvenes entrevistadas/os han llegado a tener mayores conocimientos e información por experiencias con familiares y personas de su entorno que han padecido esta enfermedad:

*Si no se atiende la infección en el órgano de la mujer, avanza hasta el cuello del útero y tiene el riesgo a ser extirpado (EAF-H4).*

*Se cura cuando uno lo hace a tiempo, lo malo de las mujeres ayoreas es que nunca se hacen ver, hacer el Papanicolaou, cuando uno ya está mal recién busca un médico (EA-M2).*

De acuerdo con las proveedoras de salud, gran parte de los problemas que se confrontan para no encarar los tratamientos en casos diagnosticados de CCU tienen que ver con los costos. Por otro lado, la ausencia de síntomas en las primeras etapas puede incidir en que las personas y su entorno no asignen la debida atención e importancia.

## **Papanicolaou: ¿prevención o tratamiento?**

Llama la atención el numeroso nivel de referencias y comentarios que hacen, tanto mujeres como hombres de los diferentes pueblos, sobre el Papanicolaou.

En primer lugar, para algunas/os se percibe como una medida de prevención, siendo que en estricto sentido corresponde más bien a un examen para diagnosticar el CCU. También, entre cierto nivel de conocimiento y de distorsiones, incluso se lo identifica como un tratamiento “de limpieza”:

*El Papanicolaou previene cualquier enfermedad de infección que tiene la mujer. Esto tienen que realizar las mujeres a partir de los 15 años, en los hospitales y centros de salud, es lo que te hacen una limpieza por dentro de la vagina de una mujer (EC-H1).*

*Ah... sí, creo que es una intervención que se le hace a la mujer para prevenir o como un tratamiento sobre las ITS y todo eso (EC-M1).*

Como se observa en los testimonios, una mayoría de las y los jóvenes reconoce en el PAP un rol “de advertencia” y detección que permite tomar cuidados, particularmente desde las aseveraciones de mujeres del pueblo chiquitano, guarayo y afroboliviano:

*El Papanicolaou es un paso de advertencia de las enfermedades, para notar una cosa extraña y no contraer esas enfermedades, pero nuestra sociedad recién asiste cuando encuentra algo que no es normal, no debe ser así, hay que prevenir para no sufrir consecuencias (EC-M4).*

*El Papanicolaou es un análisis que le hace a una mujer para detectar enfermedades y notar un cosa extraña (EC-M5).*

*El Papanicolaou hay que ir al centro de salud para el cuidado de una mujer y eso se tiene que realizar después de tener relaciones sexuales (EGY-M1).*

*El Papanicolaou es un examen que le hacen a las mujeres desde el momento en que uno empieza a practicar el sexo, los médicos recomiendan por lo menos una vez al año hacerse ese chequeo, los médicos revisan, ven si hay algún tipo de anormalidad en la matriz, en los ovarios (EAF-M2).*

En algunos casos advertimos sobre mujeres que enfrentan dificultades, aunque tengan interés para realizarse un PAP, debido a los controles y celos de sus parejas:

*...alguna vez han ido a las comunidades a hacer el Papanicolaou, pero los maridos no dejan que sus mujeres se hagan porque dicen que los doctores van a manosear a sus mujeres, lo mismo pasa con los cortejos, no dejan que las chicas se hagan el Papanicolaou (EA-H4).*

En otro caso, la entrevistada manifiesta que se carece de información clara sobre el propósito del PAP y en qué momento se debe realizar:

*He oído, pero aún no tengo en claro qué es, se hace en los centros médicos, luego de tener a su primer hijo (EG-M5).*

Finalmente, es importante señalar que muchas personas tienen conocimientos sobre los lugares donde se realiza, y reconocen que no existen problemas de acceso, aunque una sola explicó que es un examen gratuito, como una prestación cubierta por el seguro de salud, SUS (antes SUMI):

*Se hace en los centros de salud y es gratuito (EC-M3)<sup>25</sup>.*

### **Medicina tradicional**

Salvo contadas excepciones, mujeres y hombres jóvenes de los diferentes pueblos comparten miradas respecto al desconocimiento sobre prácticas tradicionales para el cuidado de las mujeres que sufren de CCU:

*No escuché que exista tratamiento (EAF-M4).*

La única experiencia diferente corresponde al pueblo guarayo, donde hombres y mujeres se refieren a la utilización de agentes y medios de salud distintos al del sector de servicios biomédicos.

*Sí, hay hierbas, lo preparan los curanderos, yerberos (EGY-M2).*

*No hay, no hay para eso, mi tío es curandero (chamán), pero no hay nada para el cáncer (EGY-H1).*

*Hay infusiones para aliviar los dolores pero no para curarlos (EGY-M4).*

Es probable que el panorama presentado esté relacionado con el hecho de que se trata de una enfermedad nueva, desconocida para la medicina chamánica entre los pueblos indígenas. También es probable que se la nombre con otros términos, incluso en sus propios idiomas, y que las y los jóvenes no manejan en la ciudad.

---

<sup>25</sup> La cobertura del SUS incluye la referencia para el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas y el fortalecimiento del diagnóstico precoz.



# Capítulo 5

## ACCESO A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

**E**n general, en las experiencias compartidas, el acceso y cuidado de la SSR se desarrolla en la esfera de la práctica biomédica, y mucho menos en la de la medicina tradicional.

### **5.1 Servicios de atención en SSR, anticoncepción, ITS, VIH/Sida y CCU**

#### **Programas a nivel departamental**

En Santa Cruz, el Servicio Departamental de Salud, entidad desconcentrada del Ministerio de Salud, cuenta con los siguientes cuatro programas relacionados con la temática de esta investigación: Salud Sexual y Reproductiva, ITS/VIH-Sida, Cáncer Cérvico Uterino (CCU), y Género y Violencia.

- El Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene a su cargo la estrategia del “continuo de la vida”<sup>26</sup>, orientado al primer nivel, con enfoques de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para diferentes grupos etáreos. Atiende la temática del embarazo en adolescentes, acceso a métodos anticonceptivos y orientación en SSR, entre otros.

---

<sup>26</sup> El Ministerio de Salud establece el funcionamiento de los servicios de salud bajo el enfoque de “continuo de la vida”, con principios de igualdad y equidad en la atención, bajo la premisa de que el personal médico en los centros de salud debe estar preparado para atender a las personas que acudan considerando las etapas generacionales.

- El Programa ITS/VIH-Sida tiene como objetivos la prevención, control, tratamiento y vigilancia epidemiológica de ITS y VIH-Sida. Cuenta con una unidad asistencial con los servicios de: área médica, consejería y apoyo psicológico, laboratorio y farmacia. También realiza capacitaciones en el sector salud sobre la temática VIH-Sida. Cuenta con el Centro Departamental de Vigilancia y Referencia de ITS/VIH/Sida(CDVIR).
- El Programa de Cáncer Cérvico Uterino funciona en el Instituto Oncológico de Santa Cruz y obedece a un Programa Nacional implementado hace 15 años.
- El Programa Género y Violencia implementa a nivel departamental el modelo de atención a víctimas de violencia sexual. Principalmente trabaja sobre las prestaciones que los servicios de salud deben brindar a las personas que son víctimas de violencia sexual.

En general, los principales problemas para la implementación de estos programas tienen que ver con la insuficiencia financiera y de recursos humanos, lo que no les permite desarrollar una mayor inversión para trabajar en la prevención y la realización de otras actividades.

## **Centros de salud y servicios de anticoncepción, ITS y CCU**

### **Centros de salud**

De modo general, las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos entrevistadas/os, muestran escaso conocimientos sobre centros de salud, públicos y privados. De igual manera, les cuesta identificar las prestaciones o servicios que brindan, particularmente en lo relativo a la SSR:

*Que se dedique específicamente al tema reproducción y sexual, no conozco ni uno solo (grupo focal mujeres afrobolivianas).*

En ese marco, son las mujeres quienes manejan con mayor detalle temas que tienen que ver con la salud, como por ejemplo, los nombres de algunos centros, situación claramente perceptible en los comentarios que realizan algunos hombres jóvenes del pueblo guarayo:

*Públicos no, no conozco, no tengo idea; privados, tampoco no, no tengo idea (EGY-H4).*

Con relación a los establecimientos de salud públicos, los más mencionados son:

- Centro 18 de Marzo
- Centro Vida y Esperanza
- Hospital Japonés
- Hospital Francés
- Centro DM5 (conocido antes como Centro Universitario Norte)
- Bolinter

En muchos casos, los centros de salud de primer nivel señalados, coinciden con la ubicación de los barrios y comunidades donde viven. Así comparten dos jóvenes mujeres del pueblo guarayo y chiquitano:

*Solo el centro de salud Norte que es al que yo asisto y donde me hago mis chequeos (EGY-M4).*

*El Norte que es por donde yo vivo (EC-M3).*

Las personas que conocen los centros de salud anotados identifican algunos espacios donde se compartió información al respecto. Así comentan, en particular, sobre charlas brindadas en los colegios, folletos y banner que brindan los centros con información sobre campañas de exámenes gratuitos.

Cabe puntualizar que las y los jóvenes identifican también las ferias de salud como un instrumento que permite acceder a la información sobre la existencia de los centros y los servicios que brindan:

*No conozco, solamente he visto cuando hacen ferias o algo así (EM-H2).*

Las redes sociales también constituyen espacios donde las y los jóvenes pueden acceder a la información sobre los centros de salud y los servicios que brindan.

### **Seguros de salud del Estado**

De modo generalizado, resulta llamativo saber que desconocen los servicios y prestaciones que brinda el Estado mediante el seguro del Sistema Único de Salud (SUS)<sup>27</sup>. Salvo excepciones de algunas pocas mujeres que tienen referencias respecto a prestaciones relacionadas con ITS/VIH/Sida:

*La verdad conozco poco los servicios que da el Estado, solo yo sé que hay tratamientos para ambos sexos para el VIH/Sida, también atención para mujeres embazadas (EA-M4).*

*No conozco eso, solo que cuando he ido a hacer mis controles del embarazo, siempre me hacen pruebas, como del VIH y qué infecciones uno puede tener (EC-M2).*

---

<sup>27</sup> Aquí es pertinente recordar que el SUS reemplaza al anterior seguro, el SUMI. Este último, en virtud a la Ley N° 520, promulgada en 2005, incluía prestaciones a mujeres de 5 a 60 años. Esto incluía prevención del cáncer cérvico uterino (CCU), tratamiento de lesiones pre-malignas, suministro de métodos anticonceptivos y tratamiento de ITS

## **Servicios de SSR de instituciones privadas**

En lo que se refiere al sistema privado, las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos identifican, tanto algunas instituciones que brindan servicios de salud a bajo costo y sin fines de lucro, como también clínicas y hospitales privados. Respecto a los primeros, nombran particularmente:

- CIES
- Marie Stopes
- Kolping
- Prosalud

*Creo que más que todo enseñan acerca de lo que es salud reproductiva sexual y te dan consejos y también dan atención ginecológica (EAF-M1).*

Sobre estos centros, que también realizan un trabajo educativo y de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (como es el caso de CIES y Marie Stopes), llama la atención que –para algunas personas– no parece quedar claro si son públicos o privados. Es probable que los precios de sus servicios, sin ser excesivamente altos, los haga equiparar al sistema de salud privado.

El CIES es un servicio bastante destacado por hombres y mujeres, al que reconocen como un centro especializado en SSR. Citan algunos servicios, como por ejemplo: la realización de examen de PAP, mamografías, planificación familiar y métodos anticonceptivos para las mujeres:

*CIES es el único. De los públicos no conozco ninguno. Sé que brindan consejos sobre sexualidad, reproducción, ETS, entre otros (EM-H1).*

## **Clínicas privadas**

También se refieren a hospitales y clínicas privadas. Dos testimonios ilustran algunos factores por los cuales recurren a dichos servicios. En un caso, debido al insuficiente equipamiento de un centro y, en otro, buscando una mejor calidad de atención:

*Yo fui a hacerme una biopsia cuando tuve este problema a la clínica Niño Jesús, tuve que acudir ahí porque la doctora que me estaba atendiendo tuvo que hacer la operación ahí porque en Kolping no tenían una pinza. Por eso tuve que ir a la clínica, pagué más dinero ¡me lo tuvieron que hacer ahí, por una pinza! (EAF-M2).*

*Yo he escuchado que van a un centro de salud, pero mayormente a clínicas porque lo atienden más rápido a uno. Las clínicas privadas*

*por la calidad de la atención, igual en la comunidad acuden más a clínicas privadas porque reciben mejor atención (EA-H4).*

### **Decisiones para atender un problema SSR**

Los criterios que orientan la forma de atender un problema de salud entre las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos son variados. La trayectoria que siguen para resolver una situación tiene que ver con la naturaleza del problema, es decir el alcance y afectación de la dolencia o enfermedad.

### **Automedicación**

La práctica de la automedicación aparece como una primera alternativa, especialmente cuando se trata de problemas calificados como “menores o leves”, como por ejemplo fiebre, resfríos, dolores de cabeza y estómago:

*Lo primero que se hace cuando uno tiene una enfermedad infecciosa acudimos a una farmacia y después al centro de salud. En caso mío, yo primero acudo a una farmacia y le digo lo que tengo, el dolor que tengo, y me receta una tableta, si no pasa me voy al hospital o centro de salud (EC-H1).*

Tanto mujeres como hombres recurren a las farmacias cuando el problema no es grave, generalmente al inicio:

*Cuando son enfermedades básicas, son leves y a veces uno se automedica porque no es tan grave, no siente uno que sea tan grave (EGY-M3).*

*Cuando son enfermedades básicas me automedico, por ejemplo cuando tengo fiebre o algún resfrío o cosas así (EGY-M4).*

*Pues en caso nada que no sea tan grave voy nomás a una farmacia, porque ahí también hay una doctora que sabe. Si veo que ya está muy mal mi situación, voy nomás al hospital (EC-H4).*

Otra situación ocurre cuando se comparten síntomas o malestares similares con otra persona y se acude a una farmacia para obtener el mismo producto:

*Creo que cuando el problema no parece tan serio, o cuando puede ser recomendado por otras personas, y creen que porque a esta persona le sucedió a los otros también les puede curar (EAF-M1).*

El factor económico y la insuficiencia de recursos es otra razón que se señala para optar por la automedicación y no acudir a un centro de salud:

*A veces la gente no va al hospital por cuestiones de tiempo y dinero. Porque hay que hacer colas largas y se paga. Por eso las personas deciden automedicarse, se sienten bien y ya no van a los centros de salud (EM-M3).*

### **Decisión para solicitar atención médica “de acuerdo a la gravedad”**

La decisión para consultar y asistir a un centro de salud frecuentemente se relaciona con la naturaleza del problema. La presencia de dolor se reconoce como una de las principales manifestaciones que alerta sobre la gravedad de una enfermedad o problema de salud. De igual manera, las hemorragias y, en general, alguna alteración en el cuerpo:

*...a un centro de salud, en caso de hemorragia, dolores continuos (EAF-H2).*

*Acudiría a un centro de salud. En el momento en que siento que algo extraño realmente pasa en mi cuerpo, y realmente no puedo curarlo con ninguna pastilla (EAF-M1).*

Ante la percepción sobre la gravedad de una enfermedad o la complicación de una afección en curso, valoran la importancia de recurrir a un centro médico especializado:

*Depende de la gravedad, si es muy grave se va a un hospital o si no se cura en la casa nomás (ECH-H3).*

Finalmente, el estado de postración se lee como un hecho de alta debilidad que amerita una internación:

*Cuando alguien no se levanta de su cama, es ahí cuando lo llevan al hospital (grupo focal mujeres ayoreas).*

### **Valoración sobre los servicios de salud**

- Se desvaloriza el servicio de salud público por una percepción compartida sobre costos y calidad de la atención.
- Se mencionan clínicas y centros médicos privados, con servicios valorados y percibidos como opciones pertinentes respecto a las prestaciones de los centros públicos.
- La decisión de acudir a centros de salud se relaciona con varios factores, especialmente la idea de gravedad de los síntomas y las nociones de dolor, así como los temas económicos.
- Si persisten los problemas, recién se consulta.
- La postración guarda relación con los síntomas de gravedad.

## **Oferta de servicios de salud: centros del primer nivel**

Los tres centros de salud seleccionados para la presente investigación fueron: Centro 18 de Marzo, Centro Pueblo Nuevo y Centro DM5, correspondientes al primer nivel de atención. Los centros o puestos de salud de primer nivel son la unidad básica operativa del sistema de salud, y constituyen la puerta de entrada al conjunto de sus servicios (Ministerio de Salud, 2013).

## **Identificación de la población usuaria**

La breve caracterización que realizan las proveedoras de estos centros respecto a la población usuaria y a los servicios que se brindan, muestra el siguiente panorama.

- **Centro 18 de Marzo.** Acuden personas del pueblo ayoreo de las dos comunidades urbanas (especialmente Degui), trabajadoras sexuales y mujeres jóvenes de este pueblo.
- **Centro Pueblo Nuevo.** No acude población indígena.
- **Centro DM5.** No mencionan a su población usuaria.

## **Características de los centros y de los servicios que ofrecen**

Respecto a sus prestaciones, cabe puntualizar que los centros de salud del primer nivel:

- Desarrollan una atención integral en medicina general, dentro de la cual se encuentran algunos servicios de salud sexual y reproductiva (orientación, consulta médica, Papanicolaou, métodos anticonceptivos).
- Los servicios que brindan en general son: ginecología, medicina general, odontología y laboratorios.
- En términos de oferta educativa no cuentan con un programa preestablecido y desarrollan acciones eventuales.
- Como centros de primer nivel no disponen de servicios de apoyo psicológico.
- Para consejería se cuenta con una persona profesional que realiza visitas semanales a los centros que integran una red. Aunque también la/el profesional médico realiza consejería durante la consulta de medicina general a solicitud de la/el usuaria/o.

## **En anticoncepción**

- Eventualmente actividades educativas sobre temas de planificación familiar y métodos anticonceptivos cubiertos por el seguro.
- Se brindan métodos anticonceptivos y se suele acompañar con orientaciones al respecto.
- El Centro 18 de Marzo oferta de métodos anticonceptivos a usuarias/os del pueblo ayoreo quienes solicitan con mayor frecuencia el chip, que muchas veces no está disponible.

- En general, los tres centros cuentan con una oferta de métodos anticonceptivos orales, condones, T de cobre, inyectables y anticonceptivos de emergencia para víctimas de violaciones.
- En el Centro Pueblo Nuevo manifiestan que también se brinda orientación sobre métodos naturales.

### **En ITS y VIH/Sida**

Se incluye el tratamiento a problemas de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

- Todos los centros ofrecen la prueba rápida de VIH de forma gratuita. Sin embargo sostienen que, generalmente, no existe una alta demanda de la misma.
- En el Centro Pueblo Nuevo se aclara que, si bien la prueba rápida se oferta a la población en general, se exceptúa a menores de 15 años, que deben solicitarla y asistir en compañía de sus progenitores.
- La vacunación contra el Virus del Papiloma Humano se brinda en el Centro Pueblo Nuevo y se ha ofertado a unidades educativas de la zona.
- En general, se comparten como problemas la falta de insumos y equipamientos para atender ITS. En algunas oportunidades no pueden entregar los medicamentos.
- El Centro 18 de Marzo es el único que cuenta con tratamientos retrovirales. Se espera desarrollar un proceso de desconcentración de los servicios para que otros centros también dispongan de esta prestación y puedan acompañar los tratamientos.

### **En CCU**

- Se realiza la toma de Papanicolaou y la oferta es para “toda persona con vida sexual activa”, con resultados que se entregan en un mes aproximadamente.
- En caso de confirmarse un diagnóstico, refieren a las pacientes al Instituto Oncológico.

### **Embarazos en adolescentes, abortos y violencia**

- En los Centros 18 de Marzo y DM5 se registran embarazos en adolescentes. Estos casos, por norma, se refieren a los otros niveles: menores de 20 años al segundo nivel y menores de 15 al tercer nivel. De acuerdo a la normativa interna se procede así entendiéndose que se trata de pacientes que presentan alto riesgo y que, habitualmente, requieren apoyo psicológico.
- Centro 18 de Marzo se atienden casos de hemorragias por aborto y “se deriva al segundo nivel para que le hagan el legrado”.

## **Centros privados**

Los tres centros de salud privados que ofrecen servicios de SSR, seleccionados para esta investigación son: CIES, Marie Stopes y Prosalud Las Pampitas.

Cabe aclarar que los tres son organizaciones privadas sin fines de lucro que también ejecutan programas de desarrollo social.

## **Identificación de población usuaria**

Respecto a la identificación de posibles usuarias/os indígenas y población afroboliviana, tenemos el siguiente panorama:

- CIES. No identifica la identidad cultural de la población que requiere y utiliza sus servicios. Cuenta con un proyecto de atención a jóvenes migrantes y atiende a personas que provienen de zonas con población indígena, como es el caso de la provincia Guarayos.
- Marie Stopes. No se establece la identidad cultural de la población usuaria.
- Prosalud Las Pampitas. No se establece la identidad cultural.

## **Características de los centros y de los servicios que ofrecen CIES**

- Brinda consultas especializadas en adolescentes y jóvenes, y servicio de orientación.
- Implementa atención post aborto y en casos de Interrupción Legal del Embarazo (ILE)<sup>28</sup>.
- En la parte educativa desarrolla acciones hacia adolescentes y jóvenes, profesores, autoridades municipales, personal de salud y aliados de la comunidad.
- Cuenta con dos modalidades de servicio para la población de jóvenes indígenas, estableciendo precios diferenciados y promociones para facilitar su acceso.

---

<sup>28</sup> El Código Penal vigente y la Sentencia Constitucional 206/2014 disponen el acceso a servicios de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), en establecimientos públicos y privados, cuando la salud o la vida de la madre corra riesgos, en casos de violación, estupro o incesto y/o por malformación fetal incompatible con la vida, lo que debe realizarse en un plazo no mayor a 24 horas. Actualmente, mujeres, niñas y adolescentes pueden acceder a la ILE sin necesidad de una autorización judicial.

**Cuadro 5. Oferta de servicios de CIES**

<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>ITS y VIH/Sida</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Provee “los regulares”: píldoras, implante, T de cobre, collar de los días fijos, inyectables, PAE, ligadura de trompas y vasectomía.</li><li>• El implante hormonal es el método más solicitado por las personas que vienen de Paurito.</li><li>• Desde el punto de vista del personal, la elección más adecuada de métodos depende de las características de cada persona. Sin embargo, pensando en una protección a larga duración, recomiendan implantes o T de cobre, y los preservativos para ITS y VIH/Sida.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se ofrece tratamiento de ITS, que generalmente tiene una duración de 10 a 15 días.</li><li>• No han identificado casos de VIH/Sida en la población indígena, aunque sí en la población de personas migrantes. Se hizo acompañamiento a través de la orientadora, y se refirió a dichas personas al programa de VIH/Sida.</li><li>• Se ofertan pruebas de VIH/Sida y, en el entendido de que existen personas en mayor vulnerabilidad y riesgo, realizan dos o tres campañas anuales que priorizan a la población migrante.</li></ul>

Fuente: Elaboración propia

## Marie Stopes

- Brinda servicios específicos en el cuidado de la SSR para una amplia gama de problemas.
- No tiene acciones educativas preestablecidas, “se aplica con cada paciente”.

**Cuadro 6. Oferta de servicios de Marie Stopes**

<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>ITS y VIH/Sida</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofrece métodos anticonceptivos, especialmente los métodos hormonales y los de barrera.</li><li>• Ofrece el implante con un bajo costo.</li><li>• Desde su experiencia, el método más adecuado para toda la población es la T de cobre, porque no libera hormonas ni altera el organismo, en cambio el implante libera hormonas.</li><li>• Ofrece atención para casos de ILE a bajo costo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atiende a personas para el tratamiento de ITS, mencionando que la mayoría de usuarias son mujeres, siendo pocos los casos de hombres que buscan este tipo de atención.</li><li>• Se cuenta con la prueba rápida de VIH. Mencionan que “la población indígena y afroboliviana no demanda la prueba</li></ul>

Fuente: Elaboración propia

## Prosalud Las Pampitas

- Brinda sus servicios para la población en general.
- En la parte educativa, busca coordinar para realizar charlas sobre ITS, VIH y planificación familiar.

**Cuadro 7. Oferta de servicios de Prosalud Las Pampitas**

Métodos anticonceptivos	ITS y VIH/Sida
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofrece métodos inyectables, pastillas, T de cobre y condones.</li><li>• Los métodos más demandados son las inyecciones mensuales.</li><li>• Desde su experiencia, el método más adecuado para los jóvenes es el condón.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atienden con mucha frecuencia casos de gonorrea.</li><li>• Tiene como oferta la prueba rápida del VIH, que tiene un costo, aunque no es alto.</li><li>• Se realizan campañas cada tres meses para promocionar dicha prueba.</li><li>• En este centro se advierte una demanda para la prueba rápida, tanto de mujeres como hombres.</li><li>• Se acompaña al paciente cuando las pruebas dan positivo, derivando al CDVIR, y se busca una coordinación para verificar un seguimiento al tratamiento.</li><li>• Difunde eventualmente materiales para concientizar sobre el VIH/Sida.</li></ul>

Fuente: Elaboración propia

En el tema de CCU, todas las personas entrevistadas de los centros privados mencionan que ofrecen el examen del PAP y que se entrega en 10 días.

## Políticas públicas

En términos de políticas públicas referidas a la población urbana indígena y afroboliviana, y a las temáticas del presente estudio, cabe puntualizar sobre unas pocas acciones del CDVIR y de la Unidad de Promoción de la Salud del Gobierno Autónomo Departamental (GAD).

## **CDVIR-VIH**

- El Programa ITS-VIH-SIDA está en proceso de desconcentración. Algunos de los servicios de consulta, consejería, prueba rápida y medicamentos para pacientes con VIH-Sida, son ofertados en los Centros 18 de Marzo, Centro 10 de Octubre, Centro DM 5, Centro Pueblo Nuevo y el Hospital Municipal de 2do nivel del Plan 3000.
- El pueblo ayoreo tiene más cerca el Centro 18 de Marzo, allí les brindan los servicios que ofrece el Programa ITS-VIH-Sida; en este caso, tratamiento retroviral. Lo que no existe es consejería, pero tienen como personal a enfermeras formadas en esa temática.
- En el CDVIR se cuenta con consejería previa para la prueba de VIH, lo que implica la preparación de la persona. También se tiene la post consejería para encaminar a la persona hacia el tratamiento y el seguimiento en el período de incubación.
- Las acciones educativas se realizan según solicitud. En general no cuentan con personal específico para dicha área.
- Se ofrecen pruebas rápidas para VIH y estudios complementarios en laboratorio

## **Acciones interculturales en SSR con pueblos indígenas**

- En el Centro de Salud 18 de Marzo, la atención a la población ayoreo se considera prioritaria, y si bien no se tienen políticas diferenciadas para los pueblos indígenas, a las y los integrantes de este pueblo “se los puede identificar”, siendo que en otros pueblos “no se nota” (que son indígenas).
- El personal de salud manifiesta que necesita mayor información y capacitación en temas referidos a los pueblos indígenas, el pueblo afroboliviano e interculturalidad.

## **Dificultades y barreras en el acceso al sistema de salud**

- El CDVIR, al igual que todo el sistema de salud es rebasado y siempre se debe esperar varias horas para recibir atención.
- El sistema de las “fichas” no es eficiente.
- No cuentan con área de información.
- No cuentan con área de información para el usuario.
- Falta recurso humano.

## **Unidad Promoción de la salud**

Esta unidad dependiente del SEDES tiene cuatro áreas:

- Medicina tradicional para el registro de médicos naturistas tradicionales.
- Gestión para la participación y promoción de derechos sobre salud.
- Educación en salud.
- Movilización social y autocuidado.

## **Problemáticas en el sistema de salud en relación a los pueblos indígenas y afroboliviano**

- En el área de la medicina tradicional, señalan que se coordina con los pueblos indígenas y existe una identificación inicial sobre el estado de la situación en salud. Explican que en el pueblo ayoreo no existe aceptación de la medicina tradicional debido al rol de sus liderazgos evangélicos. En el caso del pueblo guaraní se reconoce la medicina tradicional y cuentan con un centro que atiende en el área urbana.
- Desde la mirada de esta área, no existe necesidad de aplicar medidas diferenciadas, con excepción del pueblo ayoreo, pues los demás “están aculturados”.
- Debido al crítico estado de salud del pueblo ayoreo, consideran que se debe impulsar cambios en los hábitos y estilos de vida (“mucho consumo de soda”) y mejorar la nutrición.

## **Aspectos a considerar para la adecuación cultural de la SSR**

- Es pertinente trabajar acciones presenciales que incluyan materiales pedagógicos, no necesariamente folletos ni libros.
- Es necesario que la población indígena tenga un mayor acceso y manejo de la lectura y escritura en el idioma español.
- La mejor manera de llegar a las mujeres son las visitas, casa a casa, cara a cara.

## **Programa Adolescentes y SSR, SEDES**

- La atención a las personas de los pueblos indígenas y pueblo afroboliviano es igual a la de otras culturas, solo se consigna el dato en la historia clínica, considerando a las 36 naciones y pueblos indígenas a partir del uso del idioma.
- Las políticas de salud, en particular las de salud sexual y reproductiva, se considera que son para todas las personas, por tanto “no existe discriminación”.
- No se tiene “nada específico para los pueblos indígenas y afroboliviano, es para todos, la oferta es abierta”.
- Reconocen que no tienen avances en relación a los pueblos indígenas, afirmando “con excepción del pueblo ayoreo, todos los demás han perdido su esencia e incluso su identidad, no se identifican como tal, más bien se avergüenzan”.

## **Pueblos indígenas y pueblo afroboliviano: “no se hace diferencia, se trata a todos igual”**

Tanto para las y los proveedores, como para las autoridades de salud, no parece quedar claro lo que significa un tratamiento diferenciado, que reconozca las

identidades y las características culturales de los diferentes pueblos, con excepción del pueblo ayoreo a quienes se construye desde perspectivas que combinan paternalismo con reconocimiento de derechos.

En ese marco, sería importante discutir la pertinencia de consignar la identidad cultural en los registros de los centros de salud. Actualmente en la Historia Clínica Perinatal se registra el dato de autoidentificación, mientras la historia clínica únicamente consigna datos clínicos.

El principal argumento que esgrimen los funcionarios de las proveedoras de salud, es que el dato sobre la identidad o pertenencia cultural no se registra porque las propias personas no revelan información al respecto, y no se cuenta con información suficiente para identificar a qué cultura o grupo indígena pertenecen.

## **5.2 Medicina tradicional y SSR**

### **Marco normativo**

En Bolivia existe la Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, de 19 de diciembre de 2013. Esta norma tiene como objetivos: regular la práctica y la articulación de la medicina tradicional en el sistema nacional de salud; reconocer diferentes formas, modalidades y procedimientos terapéuticos, y fortalecer el ejercicio y la práctica de la medicina ancestral boliviana.

El reglamento de dicha ley establece la adecuación cultural, entendida como “el proceso de cambio de actitudes y contextualización del personal de los servicios de salud, en cuanto a infraestructura, equipamiento, procesos y procedimientos de atención, disponiendo que los servicios públicos y privados deben implementar procesos de adecuación cultural de infraestructura, equipamiento, insumos y procedimientos, a partir de la demanda de la población, tomando en cuenta la cosmovisión de prestadoras/es de la medicina tradicional ancestral”.

Tales disposiciones constituyen una base fundamental para respaldar las iniciativas que buscan generar diálogos interculturales entre el saber biomédico y los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional.

### **Medicina y agentes tradicionales de salud Debilitamiento y desconocimiento**

En general, las y los jóvenes entrevistados manifiestan no tener conocimientos sobre la medicina tradicional. Muchas personas prefieren el sistema de salud público basado en el modelo biomédico, percibiendo que los problemas de la SSR existentes en la actualidad son complejos:

*Siempre uno tiene que asistir al doctor porque no creo mucho en los remedios caseros (EG-M6).*

*Sí, existen eso, pero yo no lo sé los nombres, es mi abuela la que sabe de eso (EY-M2).*

Mujeres ayoreas participantes en un grupo focal confirman esta visión señalando que:

*No tengo conocimientos de la medicina tradicional en mi pueblo ayoreo (EA-M3 y EA-M4).*

En el caso de las mujeres afrobolivianas participantes en un grupo focal, si bien comparten el desconocimiento, recuerdan algunas personas que dentro de su cultura eran consideradas valiosas y con capacidades para recomponer la salud de las personas:

*...en los Yungas hay una mujer que cura con hierbas, "baños", tienen mucha confianza y se les llama "tía" o santeras (EAF-M2).*

*La abuela Marina leía con hierbas y café para que el hombre regrese con la pareja (EAF-M4).*

En lo que respecta al pueblo guaraní, si bien comparten la mirada respecto al debilitamiento de sus sistemas de salud propios, tienen presente la figura del *ipaye*<sup>29</sup>. Aunque manifiestan que no tienen conocimientos sobre tratamientos para atender problemas de SSR, especialmente de ITS.

De igual manera ocurre en el pueblo guarayo. De acuerdo al testimonio de una joven entrevistada:

*Existen tratamientos naturales cuando uno adquiere una enfermedad no tan grave, como ser dolores estomacales, alergias o infecciones en la partes reproductivas por no tener el cuidado adecuado. Pero tratamientos para enfermedades como el Sida y otras similares no hay. Allá en el pueblo le dicen curanderos (EGY-M3).*

Por tanto, tal como es mencionado en otras secciones de este documento, se recurre a la medicina tradicional en el caso de enfermedades y dolores estomacales, resfrío y fiebre, entre otros. Sin embargo, no se reconoce su utilización para otro tipo de enfermedades como las que analizamos en esta investigación.

---

<sup>29</sup> El *ipaye* es la principal figura de la medicina del pueblo guaraní.

### **Medicina tradicional: desde los proveedores y autoridades de salud**

Existen algunas visiones compartidas entre el personal proveedor de salud y las autoridades. Desde el CDVIR explican que, en muchos casos, hay personas que prefieren la medicina tradicional o “casera” por vergüenza y prejuicios existentes en torno, especialmente, a las ITS y el VIH/Sida: “Muchas personas prefieren tratarse con medicina natural, especialmente la población rural, pero no porque tenga más fe sino por el estigma de avisar sobre su diagnóstico”.

En tal sentido, son esas motivaciones las que pueden impulsar a las personas a recurrir tanto a la medicina tradicional como a la automedicación.

En el caso del programa Promoción de la salud, perciben que la presencia de iglesias, con sus pastores y misioneros, han debilitado los sistemas de salud tradicional de varios pueblos mediante un control sobre la vida e interacciones de algunas poblaciones, principalmente cuando se encuentran concentradas, como es el caso del pueblo ayoreo en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra.

## **5.3 Acceso a servicios de SSR**

Para la investigación, de manera acotada, entendemos cuatro dimensiones respecto al acceso: aspectos geográficos (ubicación), económicos (costos), social (confianza) y cultural (aspectos que dificultan o facilitan el acceso).

### **Factores que influyen para utilizar los servicios de SSR**

En cuanto a los factores que influyen en el acceso de las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos a los servicios de salud sexual y reproductiva, en el siguiente cuadro identificamos un conjunto de problemas y los aspectos identificados por ellas y ellos.

**Cuadro 8. Factores que influyen en la utilización de los servicios de SSR**

<b>Problemática</b>	<b>Factores que dificultan el acceso</b>
Calidad de atención y relacionamiento con proveedoras/es	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso tiempo de consulta (“atención muy rápida”).</li> <li>• Ausencia de comunicación con proveedoras/es para generar confianza y despejar dudas.</li> <li>• Prácticas de discriminación, especialmente en el personal administrativo.</li> <li>• Poca empatía de las funcionarias/os.</li> </ul>
Sistema de organización de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisitos (a veces) difíciles de cumplir para acceder al carnet del seguro del Sistema Único de Salud.</li> <li>• Largas filas para obtener ficha y para recibir atención, que consumen mucho tiempo.</li> <li>• Horarios de atención que no siempre son los más adecuados.</li> </ul>
Información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente información sobre sexualidad, anti-concepción y prevención de ITS y CCU.</li> <li>• Desconocimiento de los derechos establecidos en los seguros de salud.</li> <li>• Desconocimiento sobre la oferta de servicios y prestaciones que dan los centros de salud.</li> </ul>
Temas culturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente apertura entre las y los jóvenes para hablar sobre sexualidad y cuidados de la SSR.</li> <li>• Persistencia de controles sobre las mujeres, lo que impide un mayor acercamiento a los servicios de salud.</li> </ul>
Recursos humanos y equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso personal en los centros de salud.</li> <li>• Falta de equipamiento e insumos</li> </ul>
Aspectos económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pesar de la gratuidad, muchas veces se deben asumir algunos costos</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

Los testimonios cuestionan la atención en los centros de salud, se subraya que existen prácticas de discriminación y exclusión por la condición social, cultural y económica, lo que desmotiva a las y los jóvenes:

*...nos ha discriminado porque le mira raro a uno, a veces hasta por la forma de vestirte, te miran hasta las chinelas, te observan y nos miran (EG-H3).*

*...muchos jóvenes no asisten a esos centros por el trato que se les da, la poca información y que los costos no son tan accesibles y deciden simplemente no ir (lideresa juvenil de JIASC).*

Otra situación que amerita críticas tiene que ver con las dinámicas de funcionamiento y el sistema burocrático. En concreto, mencionan experiencias personales donde han sentido una falta absoluta de comprensión en situaciones particulares. Al respecto manifiestan:

*¡Te mandan a tu casa!, ¡no te atienden!, te mandan a tu casa (EAF-M2).*

*...mi primera experiencia fue muy mala, me trataron mal, aburridas, ya no dan ganas de volver a esos lugares (EAF-M4).*

*La actitud del personal debería ser mejor, o sea tampoco es que se les pida que estén contentos todo el día, pero deberían ponerse en la situación de la persona que está pidiendo ayuda, ya que creo que no la conocen y necesitan saber, y en el momento de atender necesitan estar con una actitud más positiva (EAF-M1).*

Plantean de manera explícita que algunas veces les solicitan requisitos un poco complicados de cumplir:

*...nos piden en caso de transferencia de un centro chico a uno grande, nos piden y debemos ir con todos los documentos, por eso yo ya no voy (EG-H3).*

*Piden carnet, factura de luz, factura de agua, que tiene que estar al día, más que todo, los que sacan la ficha piden eso y se enojan y lo hacen volver al otro día, a veces uno lleva y de ahí otra vez lo hacen volver y eso por una parte es un poco mal (EGY-M3).*

Es evidente, también, el problema de la documentación, pues muchas personas de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano no cuentan con carnet de identidad. Por ejemplo, para obtener los métodos anticonceptivos que corresponden al seguro municipal, un requisito es que cuenten con el documento de identidad para asegurarse.

En las interacciones con las y los proveedores de salud se ponen en evidencia sentimientos de temor, vergüenza y desconfianza, siendo que el corto tiempo de las consultas no contribuye a establecer una comunicación y generar confianza:

*Muchas veces, como jóvenes sentimos vergüenza en preguntar temas de sexualidad, brindar información en varios temas y ser específico y despejar las dudas. Por esa razón los jóvenes no acuden a un centro de salud por la timidez, al qué dirán que una niña esté preguntando por esos temas (EC- M4).*

Respecto al estado del sistema de salud pública, manifiestan molestia por la organización de los servicios, que implica realizar largas filas y un prolongado tiempo de espera, así como también la solicitud de fichas que se distribuyen en los diferentes centros, las que muchas veces terminan siendo insuficientes:

*En un centro de salud público es muy complicado ser atendido porque hay que madrugar para sacar ficha, mucho documento pide, mucho tiempo de espera (EC-H2).*

*Los médicos no tienen vocación para atender con amabilidad y orientar a las personas (EC- H2).*

### **Algunas propuestas para mejorar el acceso Propuestas de jóvenes indígenas y afrobolivianos/os**

El proceso de trabajo en espacios compartidos con las y los jóvenes de los pueblos indígenas y afroboliviano –mediante entrevistas, grupos focales y talleres–, permitió identificar no solo la problemática de acceso a la SSR, sino también algunos planteamientos y propuestas. La síntesis que presentamos muestra ese trabajo

**Cuadro 9. Propuestas de jóvenes indígenas y afrobolivianas/os**

<b>Problemática</b>	<b>Propuestas</b>
Calidad de atención y relacionamiento con proveedoras/es	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover una mayor empatía hacia los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano por parte del personal de salud, incluyendo administrativos.</li> <li>• Realizar procesos de capacitación para una mejor atención en el centro de salud u hospital.</li> <li>• Dar prioridad a la atención de jóvenes y adolescentes.</li> <li>• La atención la deberían brindar profesionales médicos y no practicantes.</li> </ul>
Sistema de organización de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilizar los requisitos para el registro al seguro de salud.</li> <li>• Implementar horarios más adecuados y flexibles, considerando que las/os usuarios trabajan, estudian y enfrentan dificultades para lograr permisos.</li> <li>• Brindar atención las 24 horas del día y los fines de semana.</li> <li>• Ampliar el número de fichas para eliminar las largas colas.</li> <li>• Implementar el fichaje computarizado.</li> </ul>
Información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difundir información sobre los servicios y la oferta de los centros de salud para el cuidado de la SSR de las y los jóvenes.</li> <li>• Promover capacitaciones en SSR para estudiantes de colegios.</li> <li>• Trabajar con los prejuicios existentes entre la población indígena y afroboliviana respecto a la sexualidad y las temáticas de SSR.</li> <li>• Contar con profesionales de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano para atender en los centros de salud, especialmente en casos de violencia sexual.</li> </ul>
Temas culturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con personal que conozca los idiomas de los pueblos indígenas</li> <li>• Realizar mayor difusión sobre temas de SSR.</li> <li>• Incorporar el análisis de estas temáticas en las organizaciones indígenas y afrobolivianas que existen en la ciudad.</li> </ul>
Recursos humanos y equipamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotar de mayor equipamiento a los centros de salud, de acuerdo a la demanda de la zona.</li> <li>• Contar con personal capacitado para la atención a jóvenes indígenas y afrobolivianos.</li> </ul>
Aspectos económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar costos más accesibles.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia

## Propuestas de actoras/es de salud

De igual manera, registramos algunas propuestas emanadas desde las personas entrevistadas: proveedoras de salud de los centros de primer nivel y de servicios privados sin fines de lucro, así como también de autoridades y operadoras/es de políticas públicas del nivel departamental.

**Cuadro 10. Propuestas de actoras/es de salud**

<b>Problemática</b>	<b>Proveedoras/es de salud</b>	<b>Autoridades y operadoras de políticas</b>
Calidad de atención y relacionamiento con proveedoras/es	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trabajar en desarrollar una mayor empatía del personal de salud, incluyendo administrativos, hacia los pueblos indígenas y afroboliviano.</li><li>• Sensibilizar al personal médico y administrativo de los centros de salud.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitar y sensibilizar sobre los pueblos indígenas y afroboliviano al personal de salud, incluyendo administrativos (médicos, enfermeras, recepcionista, etc.).</li></ul>
Sistema de organización de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitar la documentación necesaria para que las y los jóvenes sean atendidas/os en los centros de salud.</li><li>• Facilitar la afiliación a los seguros para la población indígena y afroboliviana.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Facilitar los procesos de documentación personal como requisito necesario para que las y los jóvenes sean atendidas/os en los centros de salud.</li></ul>
Información	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promocionar información a la población sobre los servicios que se prestan en los centros de salud.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar talleres con población indígena y afroboliviana para compartir información sobre los servicios de salud y la temática de SSR.</li><li>• Facilitar información adecuada de los pueblos indígenas y afroboliviano a las y los trabajadores en salud.</li></ul>

Temas culturales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promocionar el aprendizaje de los idiomas de los pueblos indígenas entre el personal de salud.</li> <li>• Realizar con progenitores talleres de información sobre sexualidad y SRR.</li> <li>• Trabajar con las organizaciones de los pueblos indígenas sobre los temores y resistencias hacia la atención en los centros de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar con profesionales en salud el tema de interculturalidad y género.</li> <li>• Promocionar el aprendizaje de los idiomas de los pueblos indígenas entre el personal de salud.</li> <li>• Contratar profesionales que conozcan los idiomas originarios.</li> </ul>
Recursos humanos y equipamiento		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con recursos para mejorar la infraestructura.</li> <li>• Tener un equipamiento adecuado para la atención médica.</li> </ul>
Aspectos económicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir costos de atención e insumos para quienes no cuenten con el carnet del seguro.</li> <li>• Desarrollar alianzas o convenios con las organizaciones indígenas y afroboliviana para buscar costos diferenciados para su población.</li> </ul>	
Medicina tradicional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajar con las/os profesionales en salud el tema de interculturalidad y medicina tradicional aplicada a los pueblos indígenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar con el Programa de Medicina Tradicional dependiente del SEDES.</li> <li>• Instalar consultorios y personal especialista en medicina tradicional, conforme al modelo SAFCI.</li> <li>• Desarrollar investigaciones para conocer y articular la medicina tradicional al sistema de salud.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia



# Capítulo 6

## A MODO DE CONCLUSIONES

**E**l presente estudio comparte un panorama general sobre las nociones, percepciones y prácticas respecto a la sexualidad y el cuidado de la salud sexual y reproductiva de jóvenes de seis pueblos indígenas y del pueblo afroboliviano en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, a partir de información emergente de entrevistas, grupos focales y talleres con dichas actoras/es.

Es así que planteamos algunas conclusiones y recomendaciones generales, organizadas en torno a enfoques y principios clave, atendiendo también a ejes y temáticas centrales para el análisis y la discusión sobre la problemática. La perspectiva es dar continuidad y aportar algunas propuestas y medidas que fortalezcan la salud y el bienestar general de las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos.

Previamente, es importante puntualizar que los ejes desde los cuales abordamos el problema no están delimitados entre sí. Por ello, es muy posible encontrar que algunos temas se abordan en diferentes secciones, aunque con una mirada más específica.

### **Jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos**

El estudio aporta y da a conocer algunos cambios que se están produciendo en los pueblos indígenas y en el pueblo afroboliviano. Evidenciamos y registramos de manera fundamentada, la presencia urbana de jóvenes, de los diferentes pueblos de las tierras bajas y del pueblo afroboliviano, producto de migraciones y de dinámicas demográficas, lo que influye y configura la identidad y

situación de vida de mujeres y hombres que han nacido y/o residen en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra. En tal sentido, existe un proceso de construcción de identidades indígenas cuyas bases de configuración combinan elementos rurales y urbanos.

Ahora bien, las y los jóvenes indígenas y afrobolivianos urbanos no pueden ser considerados una colectividad homogénea porque existen diferenciaciones internas y a nivel de pueblos, las que tienen que ver con sus particulares condiciones de migración y de origen cultural, situación socioeconómica, inserción laboral, oportunidades educativas, etc. Por ejemplo, existen diversos oficios y actividades, unos pocos profesionales, estudiantes, jardineros y albañiles, entre otros (ver el cuadro con los datos de las personas entrevistadas en los Anexos de este documento).

De modo general, podemos afirmar que comparten múltiples discriminaciones: por su identidad cultural, idioma, situación económica de pobreza o carencias, por género y/o por aspectos generacionales. Y, en general, están expuestas/os a discursos y experiencias de discriminación racial, las que mayormente toman como base el color de la piel y la apariencia personal.

Los datos confirman la necesidad de desarrollar medidas diferenciadas y de acción afirmativa que permitan atender necesidades, problemas y expectativas de las y los jóvenes. Plantean, a la vez, desafíos para abordar la diversidad de las identidades en el escenario urbano, inmerso en complejas dinámicas económicas y sociales.

Las y los jóvenes han creado espacios organizativos que deben tomar impulso para asumir un mayor protagonismo en la incidencia, diseño de estrategias y toma de decisiones sobre sus derechos.

También será importante desarrollar análisis y reflexiones participativas sobre los procesos de socialización y de diálogos respecto a las temáticas de la presente investigación con adultos, mujeres y hombres, valorando los aprendizajes que puedan brindar como sabias/os y conocedoras/es de sus culturas.

## **Sexualidad**

Hemos realizado una aproximación ambiciosa a la temática de la sexualidad, no circunscrita a la idea de relaciones sexuales coitales. Enfatizamos en torno a los aprendizajes, desde los espacios familiares y educativos, que incluyen los procesos de desarrollo y de cambios corporales, la toma de decisiones sobre sus cuerpos y algunos aspectos referidos a las relaciones amorosas y conductas sexuales y reproductivas. Incluimos un acercamiento a la problemática de la violencia contra las mujeres indígenas y afrobolivianas en el medio urbano.

Percibimos que la migración y la vida en la ciudad, en general, favorece mayores conocimientos sobre el cuerpo, los métodos anticonceptivos, las ITS, y muestran distintas posibilidades respecto a la edad para la unión conyugal, el número de hijas/os y las formas de ejercer su sexualidad.

Por otra parte, en el caso de las mujeres, evidenciamos la persistencia de controles al ejercicio de su sexualidad y que, en general, enfrentan mayores riesgos y vulnerabilidad en el acceso al cuidado de la SSR, lo que deviene de las asimetrías y desigualdades de género imperantes en sus culturas y en el entorno urbano.

Un breve balance muestra aspectos positivos referidos a las nuevas experiencias, pero también situaciones negativas respecto al debilitamiento de su cultura tradicional. La parte crítica es que, en algunos casos, la soledad y el aislamiento en el entorno urbano pueden generar que establezcan relaciones sexuales a edades más tempranas, y con ello, muchos embarazos también a temprana edad.

En el marco de lo anterior, reconocemos, sin embargo, que han quedado temas pendientes para investigaciones que aporten, por ejemplo, sobre prácticas sexuales diversas respecto a la heterosexualidad, la discriminación, la homofobia y la misoginia en espacios sociales y las culturas de los pueblos indígenas y del pueblo afroboliviano. En esta línea, también sería necesario indagar con profundidad sobre visiones, percepciones y prácticas que inciden o limitan la violencia sexual contra las mujeres indígenas y afrobolivianas, así como también respecto a la problemática del embarazo en adolescentes.

### **En términos de políticas**

Aunque en materia de salud existen políticas públicas y programas que consideran las particularidades culturales de las poblaciones indígenas y afroboliviana, aún no están implementadas. Esta situación es más crítica aún con respecto a las personas jóvenes de dichas poblaciones.

De modo general, tanto entre proveedoras/es de salud como en autoridades de la materia, subyacen visiones homogeneizantes y folclorizantes sobre los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano, y no se reconocen las características y necesidades particulares que pueden tener los grupos o colectividades específicas expuestos, en algunos casos, a mayores niveles de vulnerabilidad en el ejercicio de sus derechos y el cuidado de la SSR.

El argumento de que “se trata a toda la población por igual” o “que no se discrimina” por la pertenencia cultural de las personas usuarias de los servicios de salud, o que los datos sobre la identidad no son necesarios, paradójicamente, resultan un hecho discriminatorio. Pero, además, tiene implicaciones en

términos de los servicios de salud, pues diferenciar y conocer aspectos de las culturas podría aportar a la identificación de necesidades y situaciones más contextualizadas y adecuadas.

Existen muchas dificultades, que no son privativas de Bolivia, para traducir en acciones y servicios las políticas interculturales. Todo esto requiere de voluntad política, conocimientos y recursos.

### **Enfoques**

Las acciones y políticas en salud sexual y reproductiva hacia las poblaciones indígenas y afroboliviana –que desarrolla el sistema público de salud, pero también instancias privadas sin fines de lucro–, deben considerar un enfoque de derechos y recoger los avances en derechos sexuales y derechos reproductivos. En ese marco, no se trata únicamente de la búsqueda de una atención médica y el acceso a tratamientos para determinadas enfermedades, sino de tener una visión integral y con servicios de calidad.

Abordar la salud como un derecho implica el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho, y del Estado como garante del goce y ejercicio de los mismos. En este sentido, la clave no radica solo en el reconocimiento formal de derechos –aunque su difusión y conocimiento constituyen avances ineludibles–, sino también en la formulación de mecanismos, metodologías y enfoques que garanticen la implementación de las políticas y el ejercicio de los derechos reconocidos.

### **Promoción de derechos y cuidados de la SSR**

Las estrategias para la promoción y difusión de derechos, más que desarrollar espacios expositivos tradicionales, requieren de creatividad y amplitud, pero además trabajar con un sentido práctico, por ejemplo, identificar servicios de salud y atención para los jóvenes de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano, y compartir esta información con ellas y ellos.

En este orden, también es importante la producción de materiales enfocados a la prevención de ITS/VIH, y al uso correcto de los métodos anticonceptivos. Consideramos necesario avanzar más allá de la publicación de materiales con adecuación cultural, traduciendo determinadas temáticas a los idiomas originarios, como modalidad privilegiada de trabajo. Nos parece sustancial recuperar los contenidos planteados en el presente estudio, por ejemplo, las visiones y representaciones sobre sexualidad, ideas sobre cuidados, violencia, significados del embarazo en adolescentes, etc. Pero además incursionar en aproximaciones más dialógicas, que se expresen en el acercamiento de saberes, partiendo de la idea de que todas las personas son portadoras de conocimientos.

La información y los espacios para desarrollar procesos educativos y de formación hacia jóvenes indígenas y afrobolivianos debería enmarcarse y representar la sexualidad y el cuidado de la SSR como derechos, destacando los alcances y sentidos que tienen para sus vidas. Como bases metodológicas, es necesario establecer confianza para hablar de sentimientos, emociones, expectativas, dudas y preocupaciones.

Los programas que tienen que ver con la SSR, en general, no invierten suficientes recursos en acciones de promoción de la salud, debido en gran parte a la cantidad insuficiente de personal. Muchos de los esfuerzos en promoción de la salud son impulsados por instituciones y organizaciones privadas de desarrollo, quienes desarrollan estrategias, materiales y actividades de IEC. En este sentido, los programas y servicios públicos deben fortalecer esta área y optimizar sus recursos recuperando estrategias y capacidades que ya han desarrollado dichas organizaciones privadas. Esto puede aportar a una mayor proyección y sostenibilidad.

### **Oferta de los servicios de SSR**

Los servicios de salud que atienden a la población indígena y afroboliviana en el medio urbano muestran avances en sus coberturas, aunque su funcionamiento resulta crítico, especialmente en lo que se refiere a la atención y la calidad.

Entre la población de jóvenes indígenas y afrobolivianos es evidente la mirada crítica hacia la calidad de los servicios de salud, así como también la demanda de contar con una atención diferenciada y con personal sensibilizado en el trato hacia jóvenes que tienen identidades y características culturales y sociales específicas.

Desde los programas y proyectos de promoción e IEC se está generando una expectativa para que las y los jóvenes asistan a los centros de salud y demanden servicios de atención, diagnóstico y tratamiento. Por tanto, se deberían generar condiciones adecuadas para que accedan efectivamente a dichos servicios.

### **Acceso a los servicios de salud**

Durante las interacciones en los servicios de salud, las y los jóvenes identifican como principales barreras de acceso: la falta de empatía, maltrato, discriminación y, en general, un esquema de prácticas administrativas burocráticas.

Sin pretender presentar una propuesta de “medicalización”, identificamos que, en muchos casos, existe una tendencia a “postergar” la atención oportuna de enfermedades y dolencias en el sistema de salud. Es decir, se arriba a los centros y establecimientos de salud cuando los problemas ya tienen un determinado

curso. En el marco de los procesos de cuidado familiar y/o automedicación, las personas buscan una atención que puede revestir mayor complejidad, y que sale por fuera de la prevención, que es el escenario ideal.

### **Capacitaciones a proveedores de servicios de salud**

Una acción fundamental para fortalecer el cuidado y acceso a los servicios de SSR es la formulación de programas de formación, tanto hacia personas proveedoras de servicios de salud, como para el personal administrativo de los centros, esto para generar un conocimiento antropológico y social sobre las culturas de los pueblos indígenas del departamento y del pueblo afroboliviano, lo que aportaría marcos explicativos y de sentido. Y de igual manera, en la temática de los derechos sexuales y los derechos reproductivos con perspectiva generacional, con la finalidad de remover estereotipos al respecto.

### **Medicina tradicional**

En el presente estudio no identificamos nítidamente, en el contexto urbano, la plena vigencia de los sistemas propios de salud de los pueblos y, menos aún, aplicados a la problemática de la SSR. Sin embargo, destacamos su importancia y potencial contribución en términos del valor real y simbólico que tienen esos conocimientos, saberes y prácticas. Desde una mirada integral e intercultural, consideramos que constituye un desafío articular los saberes, principios, valores y procedimientos de la medicina “tradicional” de los pueblos, a las nociones sobre SSR, los diagnósticos y los diferentes tratamientos, entre otros asuntos.

Por lo tanto, llamamos la atención sobre la necesidad de generar reflexiones y conocimientos que promuevan la medicina tradicional como una estrategia de atención del primer nivel. El marco normativo vigente en el país constituye una base fundamental para tal cometido.





# Bibliografía

Amuchástegui, Ana, 2001. Virginidad e iniciación sexual en México. Edamex, Population Council, México D.F.

APCOB-INIFH-UAGRM, 2014. Nunca nos fuimos. Diagnóstico sobre la situación socioeconómica de la población ayorea, chiquitana, guaraní, guaraya, yuracaré y mojeña en la ciudad de Santa de la Sierra. APCOB, Santa Cruz.

APCOB, 2012. Pigasipiedie ijí yoquijoningai, Aproximaciones a la situación del derecho a la salud del pueblo ayoreode en Bolivia. Conexión Fondo Emancipación, Unión Europea, Santa Cruz.

Astete Díez, A., 2018. Compendio de etnias indígenas y eco-regiones de Bolivia: Amazonía, Oriente y Chaco. Segunda edición. Biblioteca del Bicentenario de Bolivia, La Paz.

Carlsen, Laura, 1999. Las mujeres indígenas en el movimiento social. En revista Chiapas. Disponible en: <http://www.ezln.org/revistachiapas>

Castro, Dolores, 2008. La salud sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas de Bolivia. Tierras bajas, valles y altiplano. UNFPA, FCI, La Paz.

Castro, Dolores, 2007. Sistematización e información bibliográfica sobre SSR en pueblos indígenas con enfoque de género e interculturalidad. Ministerio de Salud, UNFPA, FCI, Interarts, La Paz.

CIDOB, 1988. Oyendu indígena, Boletín Año 1, No.1, Santa Cruz de la Sierra.

CIPCA, 2007. Gwarayu mba'ekwasa. Saberes del Pueblo Gwarayu. El País, Santa Cruz de la Sierra.

Cruells, Marta, 2015. La interseccionalidad política. Universidad Autónoma de Barcelona.

Dibist, Inekke, 2012. Granizadas, bautizos y despachos. Aportes al debate sobre el aborto desde la provincia Ingavi. Conexión Fondo de Emancipación, Serie Estudios e Investigaciones, La Paz.

Dibbits, Ineke y De Boer, Mariska, 2002. Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y Trato Humano desde las perspectivas de un equipo de salud. TAHIPAMU, La Paz.

Harris, Marvin, 1976. History and Significance of the Emic/Etic Distinction Annual Review of Anthropology, Vol. 5.

Harvey, Penélope, 1989. Género, autoridad y competencia lingüística: participación política de la mujer en los pueblos andinos. Cuadernos de trabajo - IEP, Lima.

Langer, Ann y Nigenda, Gustavo, 2000. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades. Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo.

Martínez, Carolina, 1996. "Introducción al trabajo cualitativo de investigación". En Para Comprender la Subjetividad. El Colegio de México, México.

Ministerio de Salud, 2013. Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel. Serie Documentos técnico-normativos, publicación 284, La Paz.

Monzón, Ana Silvia, 2003. La diversidad es riqueza. Las relaciones de género en sociedades pluriculturales. Propuestas para la reflexión. Fundación Guatemala. Disponible en: [www.americalatinagenera.org/es/index.php?...1](http://www.americalatinagenera.org/es/index.php?...1)

Muñoz, Patricia, 2010. Violencias Interseccionales. Debates Feministas y Marcos Teóricos en el tema de Pobreza y Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica. Central America Women's Network (CAWN), Honduras.

Puig Borràs, Cristina y Montalvo, Pilar, 2007. Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: una aproximación de conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes, FCI/Bolivia.

Saldías, Elisa, 2012. Prácticas y significados sobre la sexualidad en el pueblo chiquitano. Un abordaje necesario para la construcción del paradigma Vivir Bien (UXIA SIBORIKIXHI). Central Indígena de Comunidades de Concepción, Colectivo Rebeldía, Universidad Autónoma Gabriel René Moreno. Conexión Fondo de Emancipación, Serie Estudios e Investigaciones, Santa Cruz.

Salinas, Silvia y Rimassa, Moira, 2010. Relevamiento de información sobre salud general y Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes indígenas en Bolivia: "Surcando caminos, develando realidades, esbozando desafíos". FCI/Bolivia, OPS/OMS-AECID, La Paz.

Santos, Boaventura de Sousa, 2002. "Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos". En Revista El otro derecho, número 28. ILSA, Bogotá.

Sansone, Livio, 2008. Urbanismo, Globalizacáo e Etnicidade, en Raza, nuevas perspectivas antropológicas. Segunda edición, Revista ABA EDUFB A, Salvador. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20120505064713/zabala.pdf>

Sieder, Rachel, 2013. Subaltern Cosmopolitan Legalities and the Challenges of Engaged Ethnography. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

Enoch Wan and Mark Vanderwerf, 2009. A review of the literature on ethnicity, national identity and related missiological studies. Disponible en: [http://www.globalmissiology.org/portugues/docs\\_pdf/featured/wan\\_literature\\_ethnicity\\_april\\_2009.pdf](http://www.globalmissiology.org/portugues/docs_pdf/featured/wan_literature_ethnicity_april_2009.pdf)

## Anexo

### Lista de las personas entrevistadas en la investigación

Jóvenes de los pueblos indígenas y el pueblo afroboliviano

Pueblo	No.	Ocupación/actividad	Edad	Sexo	Código de identificación
Afroboliviano 8	1	Estudiante	17	Hombre	EAH-H1
	2	Ingeniero en redes	26	Hombre	EAH-H2
	3	Estudiante	23	Hombre	EAH-H3
	4	Estudiante	19	Hombre	EAH-H4
	5	Estudiante	20	Mujer	EAH-M1
	6	Comunicación y Marketing	31	Mujer	EAH-M2
	7	Maquilladora	23	Mujer	EAH-M3
	8	Técnico perito en banca	30	Mujer	EAH-M4
Guarayo 8	9	Albañil	23	Hombre	EGY-H1
	10	Estudiante	18	Hombre	EGY-H2
	11	Estudiante	24	Hombre	EGY-H3
	12	Estudiante	18	Hombre	EGY-H4
	13	Labores de casa	25	Mujer	EGY-M1
	14	Labores de casa	22	Mujer	EGY-M2
	15	Labores de casa	28	Mujer	EGY-M3
	16	Labores de casa	46	Mujer	EGY-M4
Mojeño 6	17	Independiente	28	Hombre	EM-H1
	18	Albañil	30	Hombre	EM-H2
	19	Estudiante	25	Hombre	EM-H3
	20	Maestra de psicopedagogía	27	Mujer	EM-M1
	21	Comunicadora social y feminista indígena	30	Mujer	EM-M2
	22	Técnica UPIASC	28	Mujer	EM-M3
Yuracaré 4	23	Estudiante	19	Hombre	EY-H1
	24	Estudiante	32	Hombre	EY-H2
	25	Estudiante	21	Mujer	EY-M1
	26	Estudiante	19	Mujer	EY-M2

Chiquitano 10	27	Estudiante	27	Hombre	EC-H1
	28	Estudiante	29	Hombre	EC-H2
	29	Estudiante	36	Hombre	EC-H3
	30	Músico/mariachi	20	Hombre	EC-H4
	31	Estudiante	18	Mujer	EC-M1
	32	Labores de casa	27	Mujer	EC-M2
	33	Estudiante	21	Mujer	EC-M3
	34	Estudiante	22	Mujer	EC-M4
	35	Estudiante	19	Mujer	EC-M5
	36	Estudiante	29	Mujer	EC-M6
Ayoreo 8	37	Labores de casa	26	Mujer	EA-M1
	38	Labores de casa	24	Mujer	EA-M2
	39	Labores de casa	23	Mujer	EA-M3
	40	Artesana	33	Mujer	EA-M4
	41	Limpiador de lotes	34	Hombre	EA-H1
	42	Dirigente de la CANOB	27	Hombre	EA-H2
	43	Jardinero	25	Hombre	EA-H3
	44	Estudiante de Derecho	19	Hombre	EA-H4

### Participantes en entrevista grupal y grupos focales

Actores	Participantes
Entrevista grupal	JIASC, líderes hombres y mujeres
Grupo focal	Grupo de hombres de los pueblos chiquitano, guaraní, guarayo, yuracaré y mojeño
Grupo focal	Grupo de mujeres de los pueblos chiquitano, guaraní, guarayo, yuracaré y mojeño
Grupo focal	Hombres del pueblo ayoreo
Grupo focal	Mujeres del pueblo ayoreo
Grupo focal	Hombres del pueblo afroboliviano
Grupo focal	Mujeres del pueblo afroboliviano

## Autoridades, gestoras de políticas y proveedoras de salud entrevistadas

<b>Actor</b>	<b>Institución</b>	<b>Nombre</b>
Proveedores centros de salud pública	Centro de salud 18 de Marzo	Patricia Arnez Severiche
	Centro de salud DM5	Carla Santisteban
	Centro de Salud Pueblo Nuevo	Magdalena Calani Guaracachi
Proveedores centros de salud privados	CIES Salud Sexual y Reproductiva	Katherine Caballero
	Prosalud Las Pampitas	Ibis Chumacero
	Marie Stopes - Plan 3000	Ilse Ríos
Autoridades de salud	Programa adolescentes y SSR (Dirección Departamental de Salud, SEDES)	Ruth Gálvez
	Programa ITS-VIH-Sida (CDVIR)	Carol Camacho
	Promoción de la Salud (SEDES)	Roxana Siles









**Manos Unidas**

