

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: VOCES DE MUJERES BOLIVIANAS¹²**SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH: BOLIVIAN WOMEN'S VOICES**Gioconda Diéguez³**RESUMEN**

Este artículo busca reflexionar sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en Bolivia, en base a estadísticas con las que se cuenta, y a las percepciones y visiones de mujeres, recogidas en el estudio cualitativo realizado por Alianza por la Solidaridad en 4 municipios de Bolivia, El Alto y Pucarani (del departamento de La Paz), y Quillacollo y Arque (del departamento de Cochabamba), plasmado en dos publicaciones “Percepciones de las mujeres sobre salud sexual y salud reproductiva en los municipios rurales de Pucarani y Arque” y “Percepciones de las mujeres sobre salud sexual y salud reproductiva en los municipios urbanos de Quillacollo y El Alto”. Bolivia reconoce los derechos sexuales y derechos reproductivos en su Constitución Política⁴, aunque no existe (aún) una ley que defina qué significa esa garantía constitucional, y las estadísticas evidencian la brecha para alcanzar el ejercicio pleno de dichos derechos, lo cual se respalda también en los testimonios recogidos desde mujeres adultas y jóvenes participantes del estudio. Bolivia es el tercer país con más alta mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio en Latinoamérica y el Caribe⁵, tiene una alta incidencia de embarazos en adolescentes y una alta incidencia de violencia sexual, entre otros problemas. Los testimonios de las mujeres de los estudios dejan en evidencia una construcción patriarcal que busca restarles autonomía, afectando su derecho a la salud, aunque en su vida cotidiana van encontrando mecanismos para enfrentarla, resistir y modificar dichos patrones en la búsqueda de igualdad real.

PALABRAS-CLAVE: Derechos sexuales, Derechos reproductivos, Mujeres

¹Artículo escrito en el contexto boliviano de Septiembre de 2017

² É importante destacar que esse artigo foi publicado junto à ONG Alianza por la Solidaridad – oficina Bolivia, e esta, por sua vez, nos autorizou a republicação do artigo neste dossiê. A coletânea publicada teve como título: REFLEXIONES UNIVERSITARIAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES DEL SUR Y LAS MUJERES IGRANTES EN LA COMUNITAT VALENCIANA EN EL MARCO DE LA AGENDA 2030 e foi financiada pela “Dirección General de Cooperación y Solidaridad de la Generalitat” no ano de 2016.

³ Coordinadora en Derechos Sexuales y Reproductivos da Alianza por la Solidaridad. Email: gdieguez@aporsolidaridad.org

⁴ Artículo 66 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

⁵ OPS/OMS Mayo de 2014.

Bolivianas.

ABSTRACT

This article seeks to reflect on the situation of health and sexual rights and reproductive rights of women in Bolivia, based on statistics available, and the perceptions and visions of women, collected in the qualitative study carried out by the Alliance for Solidarity in 4 municipalities of Bolivia, El Alto and Pucarani (of the department of La Paz), and Quillacollo and Arque (of the department of Cochabamba), embodied in two publications “Women's perceptions of sexual health and reproductive health in rural municipalities of Pucarani and Arque ”and“ Women's perceptions of sexual health and reproductive health in the urban municipalities of Quillacollo and El Alto ”.Bolivia recognizes sexual rights and reproductive rights in its Political Constitution, although there is no (yet) a law that defines what that constitutional guarantee means, and statistics show the gap to achieve the full exercise of these rights, which is also supported by the testimonies collected from adult women and young study participants. Bolivia is the third country with the highest mortality during pregnancy, childbirth and the puerperium in Latin America and the Caribbean, has a high incidence of teenage pregnancies and a high incidence of sexual violence, among other problems. The testimonies of the women of the studies leave in evidence a patriarchal construction that seeks to reduce their autonomy, affecting their right to health, although in their daily lives they find mechanisms to face it, resist and modify these patterns in the search for real equality.

KEYWORDS: Sexual rights, Reproductive rights, Bolivian Women.

DERECHO A LA SALUD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN BOLIVIA

Normativa vigente

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia reconoce el derecho a la salud (artículo 18) señalando que “el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”. Además, reconoce el derecho de las mujeres “a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural” (artículo 45) y manifiesta que “se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos” (artículo 66). Todo lo cual denota un importante reconocimiento de derechos, aunque no se cuenta con una legislación o norma que defina claramente los derechos sexuales y derechos reproductivos y, como veremos en adelante, en la práctica su ejercicio no está totalmente garantizado.

Además de reconocer constitucionalmente el derecho a la igualdad, el país

cuenta con una ley específica contra el racismo y toda forma de discriminación (BOLÍVIA, 2010) y se ha realizado una importante producción normativa para impulsar una mirada intercultural de la atención de la salud, como el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI, 2008) que apunta al desarrollo de procesos de gestión participativa y atención integral e intercultural de la salud, y la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (LEY N° 459, año 2013) que busca fortalecer la medicina tradicional ancestral y regular su ejercicio, práctica y articulación en el Sistema Nacional de Salud.

Adicionalmente, existen otras normativas encaminadas a garantizar la salud sexual y reproductiva como la Ley de Fomento de la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos (BOLÍVIA, 2006), la Ley de Prevención de ITS/VIH/SIDA (BOLÍVIA, 2007), las Normas y Protocolo Clínico sobre el Empleo del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia (2009), la Norma Nacional Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción (2010), la Ley del Seguro Universal Materno Infantil-SUMI (BOLÍVIA, 2012) y el Bono Juana Azurduy (Decreto Supremo 066, 2009), entre otras, así como el Plan Nacional Integral para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materna y Neonatal 2016-2020 que fue presentado públicamente en 2016.

Complementariamente, la ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia (BOLÍVIA, 2013) reconoce como tipos de violencia a la violencia sexual, la violencia contra los derechos y la libertad sexual, la violencia contra los derechos reproductivos y la violencia en servicios de salud.

Con relación al aborto, este actualmente está penalizado existiendo la figura de aborto impune (Artículo 266 del Código Penal) que permite el aborto en algunas circunstancias como cuando está en riesgo la salud o vida de la mujer y cuando es producto de violación sexual, estupro o incesto. Si bien inicialmente se requería de una orden judicial, el fallo del Tribunal Constitucional Plurinacional en su sentencia 0206/2014 (2014) establece la desjudicialización del aborto impune. Sin embargo, este avance es insuficiente pues se restringe el derecho a decidir de las mujeres frente a un embarazo no deseado, permitiéndolo solo en determinadas circunstancias o razones que actualmente contempla la ley.

A nivel regional e internacional, Bolivia ha suscrito diversos tratados y acuerdos internacionales y regionales de Derechos Humanos, incluidos la CEDAW - Convención de Naciones Unidas Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), el Programa de Acción de Cairo (1994) de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, que significó el comienzo de las discusiones sobre derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en las mujeres, ratificando su derecho a decidir; la Convención Americana de Derechos Humanos, el Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo (Acuerdo Regional del año 2013) que acuerda en su media prioritaria n° 37 que los estados firmantes deben “garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos, entre otros”⁶.

En el año 2015 Bolivia recibió recomendaciones del comité CEDAW entre las que se incluyó fortalecer las medidas encaminadas a reducir la mortalidad materna, introducir la educación en edad escolar apropiada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, garantizar el acceso asequible a los servicios e información sobre los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes de ambos sexos, y modificar las disposiciones legales para despenalizar el aborto y asegurar que pueda practicarse de manera legal en caso de amenazas a la vida o salud de la mujer embarazada, violación, incesto y grave deterioro del feto.

LOS DATOS HABLAN

A pesar de los avances normativos antes señalados, las cifras que se presentan a continuación siguen mostrando una realidad todavía lejos de reflejar un ejercicio pleno del derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

No se cuenta aún con una encuesta oficial actualizada, pero según la Encuesta

⁶ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPAL.

Salud sexual y reproductiva – Gioconda Diéguez – p. 55-75

Nacional de Salud (ENDSA) del año 2008⁷, el 5% de las mujeres de 15 a 49 años no tiene educación formal, apenas el 18% tiene educación superior y un 78% se encuentra en algún nivel de los dos ciclos de educación escolarizada (41% en primaria y 37 % en secundaria)⁸. De ese grupo de mujeres, solo 39% tiene un adecuado conocimiento del periodo fértil en el ciclo menstrual. La tasa global de fecundidad descendió de 3,8 a 3,5 hijas/os por mujer entre los períodos de 2003 y 2008, y el 70% de mujeres unidas no desean tener más hijas/os, cifra que se eleva a 79,3% para el caso de mujeres que viven en zonas rurales; pero solo 62,6% refiere el uso de algún método anticonceptivo moderno (ENDSA, 2008). Según un estudio realizado desde la sociedad civil (ALIAGA et al., 2011) el 48% de mujeres tuvo al menos un embarazo no deseado en su vida y el 13% tuvo al menos un aborto inducido. Además, se estima que se realizan 185 abortos por día, en condiciones inseguras (IPAS, 2011) y, según datos del Sistema Nacional de Información de Salud, en el sistema de salud cada día se atiende a 115 mujeres por malas prácticas de aborto⁹.

La incidencia de embarazo en adolescentes es alta en el país. Así, según la ENSDA (2008), el 17,9% de adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas, y para el caso de adolescentes que viven en zonas rurales la cifra asciende a 25%; solo 12,5% de mujeres de este grupo etario señala haber usado alguna vez un método anticonceptivo moderno (62,6% para el caso de las que declaran estar en unión). Según un informe de UNFPA, se estima que entre 2010 y 2011 la tasa de embarazos en adolescentes (entre 12 y 18 años) se incrementó del 18% al 25%¹⁰, además un informe regional de UNFPA señala que si bien ha habido reducción de la tasa global de fecundidad general esto no ha pasado con la fecundidad en adolescentes y que Bolivia cuenta con una fecundidad adolescente por encima del promedio mundial y también sobre el promedio de la región y de Sudamérica (UNFPA, 2016).

Con respecto a la mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio, Bolivia es uno de los países con más alta razón de mortalidad en la región latinoamericana. Según

⁷ Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008. Aún no ha sido publicada una encuesta más reciente. Está pendiente la publicación de una nueva ENSDA que podrá dar datos más actualizados.

⁸ ENSDA, 2008

⁹ En: <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2017/3/16/sedes-reposito-4070-abortos-2016-130780.html>

¹⁰ Informe del Fondo de Población de la Organización de Naciones Unidas en Bolivia (UNFPA) publicado en 2011.

datos del Ministerio de Salud, la razón de mortalidad materna (RMM) es de 160 por 100,000 nacidos vivos, cifra que está por encima del promedio regional (Latinoamérica y Caribe) y solo por debajo de las cifras de Haití y Guyana. Las principales causas identificadas son: hemorragia (37%), hipertensión (12%) y aborto (8%); también causas externas (23%) como suicidios, accidentes de tránsito y otros tipos de accidentes, así como cáncer (5%), infecciones (5%), VIH (1%) y otras causas (8%)¹¹

De manera alarmante hay departamentos que presentan un incremento en la Razón de Muerte Materna con cifras por encima del promedio nacional. Así, el departamento de La Paz tiene un tercio de las muertes maternas que ocurren en Bolivia con una RMM de 289 por 100,000 nacidos vivos siendo esta la más alta del país. Por ejemplo, en el municipio de El Alto se identificó 59 muertes maternas y en el municipio de Pucarani 4. En el departamento de Cochabamba la RMM es de 188 por 100,000 nacidos vivos, constituyendo la tercera más alta del país, con un incremento significativo con relación al año 2000¹².

De manera complementaria, cabe señalar que en Bolivia cada día mueren entre 4 y 5 mujeres por cáncer de cuello uterino, contándose con una de las más altas tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino y mortalidad a nivel mundial y la más alta de América Latina, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimándose 1.254 nuevos casos cada año¹³.

Respecto a violencia de género, según la Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres (2016), el 75% de las mujeres casadas o emparejadas de 15 años o más declaran haber sufrido violencia por su pareja en el tiempo de su relación (el 44% declararon que las agresiones continuaron en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta); siendo esta mayor en la zona rural. A lo largo de su relación sentimental 69 de cada 100 mujeres casadas o en unión libre sufrieron algún incidente de violencia psicológica, 50 de violencia física y 34 de

¹¹ Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia. Ministerio de Salud de Bolivia. Publicado en 2016

¹² Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia. Ministerio de Salud de Bolivia. Publicado en 2016.

¹³ OMS, 2017

violencia sexual¹⁴. El Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF) atendió en 2016 56.566 casos de mujeres víctimas de violencia, de acuerdo a información proporcionada por la Fiscalía General. Entre las mujeres campesinas e indígenas y, en general, entre las que tienen menos recursos económicos, las nuevas normativas, como la Ley 348, Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, tienen poco impacto.

Además, ha habido un incremento de la manifestación más extrema de la violencia: el feminicidio, que en porcentajes alarmantes queda en la absoluta impunidad; en 2016 hubo 104, frente a los 96 de 2015, según datos de la Fiscalía General del Estado. El Observatorio de Seguridad Ciudadana de la OEA evidencia que Bolivia ostenta la tasa más alta de denuncias de delitos de violación, 33,3 por cada 100.000 habitantes¹⁵.

En cuanto a atención obstétrica recibida, la Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres señala que el 64,1% de las mujeres de 15 años o más que han tenido un parto en los últimos 5 años, manifiestan haber sufrido alguna agresión psicológica de violencia obstétrica en algún establecimiento de salud, el 68% señala que durante el proceso del parto no se les permitió estar acompañadas de alguien de su confianza, el 55% dijeron que sus dudas no fueron aclaradas ya que no les respondían, 50,4% indicaron que por el mal trato que recibieron se sintieron limitadas a manifestar sus miedos, un 45,7% declaró que recibió críticas por llorar o gritar de dolor o alegría durante el parto; por otro lado, 39,6% de las mujeres manifestaron que el personal de salud criticaba sus comportamientos con comentarios irónicos o en tono de chiste¹⁶. Todo lo cual evidencia la vulneración de derechos que se realiza en los servicios de atención de salud, que poseen un enfoque patriarcal y -en su mayoría- meramente fisiológico.

¹⁴ Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres, Ministerio de Justicia e Instituto Nacional de Estadística, Bolivia 2017.

¹⁵ Observatorio de Seguridad Ciudadana de la Organización de Estados Americanos, 2012-2013.

¹⁶ Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres, Ministerio de Justicia e Instituto Nacional de Estadística, Bolivia 2017.

PERCEPCIONES DE MUJERES EN 4 MUNICIPIOS DE BOLIVIA¹⁷

Los saberes, conocimientos y prácticas de las mujeres con respecto a la salud sexual y la salud reproductiva, provienen tanto de matrices ancestrales y populares, como de la medicina académica. Ellas se alimentan de dichos saberes que reciben ya sea de sus abuelas, madres o de su entorno cercano, así como de la información que brindan los servicios e instancias públicas. Sin embargo, y a pesar de lo que señala la ley en Bolivia, entre ambos conocimientos no existe complementariedad ya que se mantiene una desvalorización y deslegitimación de los saberes ancestrales y tradicionales.

En el sistema de salud los saberes de las mujeres suelen ser silenciados y oprimidos como parte de un sistema patriarcal y machista que reprime su autonomía, les coloca culpas, temores o vergüenzas. Las mujeres suelen sostener poco control sobre procesos fisiológicos de su propio ciclo vital en base a un limitado conocimiento del mismo o información distorsionada que reciben.

A continuación describimos algunas de las percepciones y saberes de las mujeres, a los cuales hemos tenido acercamiento a través del estudio cualitativo realizado en 4 municipios de Bolivia, para el cual hemos partido del reconocimiento de dichos saberes y del valor de los mismos para enfrentar las problemáticas que tienen que atravesar producto de las diversas opresiones del sistema.

SER MUJER EN LA COMUNIDAD: “LAS MUJERES SUFRIMOS MÁS QUE LOS HOMBRES”

“Ser mujer” en las comunidades donde se realizó el estudio -según los testimonios de las mismas mujeres- está atravesado por múltiples y diversas expresiones de violencia, órdenes simbólicos y relacionamientos sociales que las desvalorizan y les restan autonomía. Para el caso de las zonas rurales esto está acentuado por las fuertes condiciones de pobreza y el muy limitado acceso a servicios básicos. Se revela, además,

¹⁷ Se presentan algunos resultados del estudio cualitativo y reflexiones en base a dichos resultados, plasmados en las publicaciones “*Percepciones de las mujeres sobre salud sexual y salud reproductiva en los municipios rurales de Pucarani y Arque*” y “*Percepciones de las mujeres sobre salud sexual y salud reproductiva en los municipios urbanos de Quillacollo y El Alto*”. Alianza por la Solidaridad, 2016.

la alta carga de trabajo, donde suelen compartir con la pareja el trabajo productivo, pero el trabajo reproductivo recae principalmente en manos de las mujeres. Esta carga de trabajo les afecta su salud y muchas veces no es reconocido.

En el campo sí, claro, se sufre. En algunos lugares ni siquiera hay agua, hospitales, centros de salud (...) Ser mujer es complicado, las mujeres sufrimos más que los hombres, quizás se podría decir que hay más trabajo con los quehaceres de la casa, ayudando a los padres. La mujercita siempre se encarga de ayudar a la mamá a cocinar, lavando ropa y con los animales, más que todo, en el campo. (Mujer joven del municipio rural de Arque)

Yo paseo, trabajo (...) Nosotras trabajamos más. Mi esposo no sabe cocinar, hay que servirle siempre; así siempre es ser mujer. Cuando una mujer sabe trabajar, todo hay y el esposo no reniega, no se enoja, y si nosotras fuéramos flojas, el esposo puede renegar. Por eso ellos se van con otra mujer. (Círculo de mujeres adultas de Pucarani)

Cuando duele mi estómago, decimos ‘madre’; cuando trabajamos todos los días nos da madre, cuando nos hacen renegar nos da. El dolor viene de abajo hacia arriba, de atrás hacia adelante, te hace encorvar el dolor. (Mujer adulta de Arque)

Yo trabajo, mi esposo me da para el gasto, pero me da poco muy poco. Lo que yo solvento no es reconocido ni por hijas, ni por mi esposo. También sufro discriminación; hace años me enfermé con depresión profunda por toda la violencia que estaba sufriendo en mi casa. (Círculo de mujeres adultas de El Alto)

Por otra parte, el mandato social de la maternidad ha calado fuertemente en las mujeres y en la construcción de su feminidad. Para la mayoría el ser mujer está muy asociado a ser madres, considerando la maternidad como el momento más importante de sus vidas, más relevante que cualquier otra etapa incluyendo el matrimonio o unión en pareja que suele ser también concebido como un momento clave en la vida de las mujeres. Este mandato tiene tanta fuerza que muchas difícilmente pueden concebir que las mujeres puedan no tener hijas/os por decisión propia y en muchos casos las mujeres que no son madres son vistas con lástima.

En mi familia ha habido mujeres que no han podido tener hijos, las consideran. ‘Pobrecita’, dicen porque no puede tener hijos: ‘una persona que quiere tener, no los tiene y cuando no quieren tener, los tienen’, dicen. (Mujer adulta)

Sin embargo, también hay quienes se niegan a reproducir los mecanismos de control patriarcal, a través del retraso de un embarazo o, definitivamente, decidiendo no tener hijas/os. Asimismo, resistiendo frente al mandato de matrimonio o vida en pareja.

En lo personal, no quiero tener. No me veo de aquí a unos años agarrando o cargando un bebé; no está en mis planes (Mujer joven de El Alto)

Yo he visto cómo han vivido mis hermanas, el maltrato de sus esposos, será por eso que no quiero hacer familia. Ahorita tengo mis 45 años, estoy sola, pero no pienso tener familia. Como digo: ‘yo amo mi libertad’. (Círculo de mujeres adultas de Pucarani)

Ser soltera es una vida muy tranquila, no en cuanto a las condiciones sino a la libertad que tienes... Aunque tu padre, tu madre, tus hermanos no quieran, tú decides y haces. (Mujer adulta de El Alto)

Los testimonios, relatos y diálogos brindados por las participantes en el estudio ratifican las cifras de alta incidencia de violencia hacia las mujeres. Se pone en evidencia la naturalización de la violencia, el escaso o nulo reconocimiento de su aporte al hogar, la desvalorización de su trabajo reproductivo, la posición subordinada que se busca que mantengan en la comunidad, el control sobre sus tiempos y sus cuerpos; problemas con los que las mujeres deben lidiar de manera cotidiana en los diversos espacios. Frente a esto, muchas usan estrategias defensivas de sumisión o resistencia para no acrecentar o hacerle frente a la violencia que sufren, en muchos casos con pocas o nulas redes de soporte o de apoyo.

Desde pequeña he aprendido que hay que hacer caso al papá y ahora al esposo. (Círculo de mujeres adultas de Pucarani)

Mi esposo es bien humilde, pero cuando reniega puede matar. Ya conozco su carácter, no le discuto, en el momento en que está renegando me callo y le hago caso. (Círculo de mujeres adultas de Pucarani)

La violencia te mata. Yo he sufrido violencia. (...) Me sopapeaba, me agarraba del brazo o me pateaba, yo también le respondía, pero él lo hacía con más fuerza. Me insultaba. También me quiso acuchillar (...) Donde vivo es frecuente la violencia... (Mujer joven de El Alto)

Lo que no me gusta de este lugar es que hay mucho peligro. Por ejemplo, como yo, por ser mujer, corro peligro a todas horas, no puedo salir en las noches porque puedo ser asaltada, secuestrada o violada, y es inseguro para mí. Eso me preocupa. (Mujer joven de Quillacollo)

Nos quiere tratar mal, nuestro intendente quiere que las mujeres estén abajo. (Círculo de mujeres adultas de Arque)

Desde sus propias experiencias, las mujeres se plantean reflexiones críticas en torno a la “normalización” de la violencia hacia ellas, a los roles de género impuestos y otras expresiones del machismo imperante. Cuestionan el que la violencia y la subordinación que han recibido como mandado, tengan que ser parte de sus trayectorias. Plantean así la necesidad de cambiar la situación, reconociendo que es un problema estructural al que muchas mujeres contribuyen también a reproducir, pero ante el cual - sobre todo- es necesario reeducar a los hombres.

(...) Mis compañeros me dicen “pi qariri” (dónde está el hombre) y “pi warmiri” les digo yo (dónde está la mujer). Dicen: “Qari qayku, ah” (hombres somos), “qari puni qayku ah aguantanawayku tian ah” (hombres siempre somos tienes que aguantarte). “Ima leypi chaypi kaskuna, leyga qariri (warmiri)” (en qué ley está así, la ley es para las mujeres), les digo. ‘Nada que ver los hombres, antes nomás los hombres eran arriba, ahora las mujeres somos más arriba que ustedes’, les digo yo (...) vaya a cocinarse, vaya a hacerse, porque tiene que ser mutuo las cosas también (...) les sé decir así. (Mujer joven del municipio de Arque)

En las familias que están bien deciden los dos, hay comunicación; en otras, el hombre decide por el machismo o por esa educación que ha tenido. Las mismas mujeres somos las que formamos a los mismos hombres que nos hacen daño. (Mujer joven de El Alto)

Siempre me celaba; era enfermo. Entonces he buscado un método, le hacía quedar mal con sus amigos y les decía: “me está celando contigo”, y ellos le decían: ‘qué te pasa, hermano’. Yo creo que hay que educar a los hijos varones más que a las mujeres; los seminarios, folletos debería ser para los varones (Mujer adulta de El Alto).

Mi esposo antes era machista. Habrá sido por las personas que le rodean, por su papá, que era muy mandón. A veces se comporta bien agresivo, pero le digo: “¿por qué eres así?, anda capacitáte. (Círculo de mujeres adultas de El Alto)

En base a las diversas experiencias vividas, las mujeres plantean y esperan un futuro diferente para sus hijas o futuras generaciones. Proponen medidas que aporten a políticas en favor de la igualdad entre mujeres y hombres. Así, tanto las mujeres de las áreas urbanas como las de áreas rurales, plantean además el acceso a la propiedad sobre la tierra, el apoyo económico a iniciativas productivas, el empleo digno y bien remunerado, como algunas políticas favorables que contribuirían a relaciones de poder

equitativas en las relaciones de pareja y que les permitirían decidir aspectos muy importantes de su vida.

Queremos que nuestras hijas vayan a la escuela y aprendan a escribir y leer. (...) no quería que queden como yo. Yo he sufrido grave (...) Así, queremos que estudien, que sean profesionales.(Círculo de mujeres adultas de Arque)

Mi mamá me decía: “tienes que ser mejor que yo, tienes que ser profesional, así no vas a pasar necesidades”. (Mujer joven de El Alto)

RELACIÓN CON SU CUERPO

Hablar sobre el propio cuerpo no ha sido fácil para la mayoría de las mujeres, y hablar de sexualidad es aún un tabú para muchas de ellas. Si bien existe un conocimiento del cuerpo, el autoconocimiento de los órganos sexuales y reproductivos a muchas les produce miedos y dudas.

No, me da miedo (conocer mis órganos sexuales). Una vez intenté mirarme, después que tuve a mi primera hijita, porque tuve a mi primera hijita con episiotomía y se me habían desprendido dos puntos y tenía bastante sangrado, y en ahí tenía esa propensidad de quererme mirar (...) Esa era mi propensidad de mirarme, pero no podía, tenía miedo. (Mujer joven de Arque)

En base a sus opiniones se puede decir que la construcción de la relación con su propio cuerpo suele estar atravesada también por la vergüenza y la culpa, así como la amenaza de violencia. El cuerpo de las mujeres y la expresión de su sexualidad suelen ser vistos por el entorno desde la posibilidad y amenaza de violencia y avasallamiento del mismo, visión que suele ser tolerada y a veces promovida por el mismo entorno y que cala en las mujeres. Sin embargo, ellas cuestionan el control y la propiedad que se ejerce sobre ellas a través de su cuerpo, y que se ejerce no solo a través de la pareja u otro hombre, sino también de la familia, que por ejemplo puede obligarlas a casarse una vez confirmado el embarazo o ante el indicio de una relación sexual.

Mi hermana pequeña le han obligado: ‘eres mujer, vas a perder con la gente, me vas a hacer mirar’. Ahora ya está junto, está llorando también.

No importa si lo quieres o no, ya estás embarazada, ya tienes que ir, y se ha ido. A eso hay que tener miedo, en el campo es respeto, hay que obligar, sabe decir: ‘la voy a recoger’, así sabe decir. (Mujer adulta de Pucarani)

Antes de casarse obligan a tener relaciones sexuales, a cuántas hijas mujeres les ha pasado eso, a las hijas mujeres jovencitas, que les han pedido estar con ellas (prueba de amor). Y antes a la fuerza nomás era, pues, las mujeres siempre tenemos poca fuercita. (Mujer adulta de Arque)

Lo positivo sería que la mujer esté de acuerdo para tener una relación sexual, y no sea por obligación embarazarse. Que sea por ambas partes, el mutuo acuerdo, porque si va a ser solamente del hombre, la mujer es la que más sufre. Sería que sea así. (Mujer joven de Arque)

Las mujeres tienen limitado conocimiento del funcionamiento de su propio cuerpo, de los procesos fisiológicos que atraviesan, lo cual por ejemplo les impide acceder a metodología anticonceptiva que les permita evitar un embarazo que no desean. Se ha mantenido diversa información negativa respecto al uso de anticoncepción moderna al no conocer claramente cómo dichos métodos actúan en sus cuerpos y debido a negativas de parte de sus parejas. Asimismo, en algunos casos –en municipios rurales- las mujeres mayores han señalado el uso de otras formas de anticoncepción.

No nos cuidamos porque yo tengo ocho hijos, no sabemos eso de cuidarse. (Mujer adulta de Pucarani)

La mujer que utiliza dice que encuentra enfermedad, mis amigas saben decirme eso: tiene cáncer (Mujer adulta de Pucarani)

Mi esposo me dice que no es lo mismo con el condón porque él ya no siente, y para la mujer ya no es lo mismo. (Mujer joven de El Alto)

Hierbas, sí pues, hay llave, cuando te haces nacer, tienes que tomar esa hierbita pues, llave se llama esa plantita; un poco hace retroceder, una no puede embarazarse. Anticonceptivos, claro, una decide siempre, pues, si no quieres tener. Ya hay ahora en todo lado esa T de cobre, en todo lado ya hay, en postas. Antes no había, en un solo lugar había en Arque nomás, pues. (Mujer adulta mayor de Arque)

MENSTRUACIÓN

La aparición de la menstruación es asociada con su capacidad de embarazarse a partir de ese momento, momento en el cual deben también cuidarse de no ser víctimas de violencia sexual y de posible embarazo.

Aquí decimos ‘nos baja la costumbre’, eso decimos, que de eso debemos cuidarnos porque ya aparecemos con familia, de nuestra costumbre hay que cuidarse, porque cuántas aparecemos con familia de que los hombres nos hagan violencia. Cuando se termina la costumbre no debemos estar con hombre para no tener familia, así dicen pues, también hay que cuidarse, no hacerse pasar con el calor ni hacerse enfriar (mujer adulta del municipio de Arque)

Al recordar sus experiencias con su primera menstruación expresan temores o sustos debido a que no habían recibido información previa, la asociaron a suciedad o a algo negativo; situación que muchas de ellas han reproducido con sus hijas al no abordar el tema aunque saben que hay otras fuentes de información a las que las adolescentes de hoy pueden acceder. Una vez producida la menstruación sí transmiten información sobre los cuidados a tener en cuenta durante esos días.

No pues, de susto, ¿no ve? Cuando aparece, en el campo no saben explicar tampoco las mamás. A mí mi mamá no me ha explicado, se asusta. Recién nos damos cuenta, recién cuando nos enteramos (...) Nadie me ha explicado lo que era la menstruación, así nomás, ni las abuelas, ni las amigas. [...] No también, con mis hijas no les he explicado nada, pero ellas también ya estudian, ya saben, ya explican las profesoras, todo eso explican ya. (Mujer adulta mayor del municipio rural de Arque)
Me ha venido a los 16 años. Me ha pasado en el colegio y no sabía que era menstruación, creía que era porque me golpeaban al jugar fútbol, y ahí las profesoras me han explicado que es normal y que viene cada mes... (Mujer joven de Pucarani)

A los 13 años, no le he avisado a nadie y me sentía sucia y bien ridícula. No quería venir al colegio también, y así. No he hablado con nadie. Mi hermana siempre me decía, y le dije, y me dio dinero para que me compre toallas higiénicas y lo demás. (Mujer joven de Arque)

EMBARAZO, PARTO U MATERNIDAD

Si bien el mandato de la maternidad es fuerte y es una etapa relevada por la mayoría de las mujeres, el embarazo está asociado también a aspectos negativos como “padecimientos” y pérdida de control sobre sus propios cuerpos.

En el embarazo no la he llevado tan lindo que digamos, hasta los seis y siete meses yo estaba con vómitos. Nada sostenía mi estómago, lo único

que sostenía era papahuayko con salsa de cebolla, eso era desde mi desayuno hasta la cena. Ni asaditos, nada, todo devolvía. Mi mamá no sabía qué darme; me lo ha conseguido huevo de avestruz, “a ver con eso ojalá pare”. No sé qué más le ha puesto ahí adentro, lo ha mezclado, lo ha hecho batido, toda la jarra poco a poco he ido tomando, semejante jarra era el huevo grande, eso recién ha entrado a fortalecer mi estómago. Mi barriguita no tenía, nada. (Mujer adulta de Quillacollo).

El embarazo a edad temprana es vivido como una situación muy difícil para las adolescentes. Les trae dolor y a veces vergüenza frente a críticas que reciben, ya que en ellas recae la responsabilidad por el hecho y por el nuevo ser.

Si tienes relaciones y quedas embarazada no disfrutas de tu juventud”. (Mujer joven de Pucarani)

Dejan sus estudios, a veces les hacen juntar a la fuerza aunque no quieran, “ya tienen su hijo”, diciendo, y ni modo, tienen que aguantar a su pareja nomás ya. (Círculo de mujeres adultas de Arque)

La vivencia del embarazo para las mujeres adultas de áreas rurales, quienes muchas veces además están ya al cuidado de otras/os hijas/os pequeños/as, está atravesada por la recarga de labores domésticas y productivas que deben realizar. Además, varios testimonios ponen de manifiesto el desconocimiento del proceso que estaban viviendo, el cual se correlaciona con el limitado conocimiento general sobre sus propios cuerpos.

Antes nadie enseñaba nada, ni cómo cuidarse, como sea nos enseñaban. No había que enseñar nada, ni sabía cuándo estuve embarazada, no había doctores. Cómo sería antes, aparecían nomás embarazadas, ahora hay talleres, ahí aprenden, ¿no? No sé siempre de cuántos meses nace la wawa (bebé); dicen que la mujercita nace de ocho meses y el hombrecito de nueve meses. (Mujer adulta de Arque)

Nunca sabía desde cuándo me he embarazado, ni cuántos hijos quería tener, no sabía nunca de cuántos meses estaba embarazada, nunca he contado, dice que nace de nueve meses. Mi barriga nomás crecía, hubiese querido saber. Ahora recién escucho de cuántos meses están y me río porque yo no sabía. (Mujer adulta de Arque)

Es sobre todo en el área rural donde se mantienen los conocimientos ancestrales sobre los cuidados propios del embarazo y los del postparto, entre ellos, caminar para no tener un parto difícil, frotar el vientre, usar hierbas para el momento del parto, el uso

de plantas para prevenir o curar infecciones puerperales, cómo cortar el cordón umbilical, los primeros cuidados al recién nacido, qué hacer con la placenta luego del alumbramiento, entre otros. Dichos conocimientos son aprendidos por las mujeres desde pequeñas observando otros partos y/o los cuidados brindados por las mujeres mayores a las embarazadas y parturientas de la comunidad. Aunque se pudo observar que son conocimientos que se van perdiendo -junto con aquellos sobre el uso de ciertas plantas para espaciar embarazos o para interrumpir los mismos-, se mantiene la atención y cuidado por parte del entorno cercano de la mujer y/o de la partera, recurriendo al servicio de salud cuando se presentan complicaciones.

Para los controles de las mujeres, depende de ellas. Las de la comunidad que quieren y pueden, van al hospital (...) En algunos casos, hay parteras en la comunidad. (...) Sus maridos ayudan a atender a sus esposas en el parto. (Círculo de mujeres adultas de Arque)

Yo se tomar k'oa, ruda, paço, eso es para el parto, se tiene que tomar tibio, no caliente. Hay que bañarse siempre con agua tibia, hay que hacerse hervir naranja con retama y con esa agua hay que lavarse. (Mujer adulta de Pucarani)

Cuando me he enfermado me sentía mal, no podía caminar, estaba tendida en la cama, no tenía fuerzas, tenía vómitos, me han llevado en la ambulancia, estaba muy mal. Me dijo también que parecía con kari-kari, por eso es que estaba muy grave. Para el parto me ha atendido una partera que había en mi casa, pero ya no podía y me han llevado también con las doctoritas de la posta. (Mujer joven de Pucarani)

En el área urbana, hay una relación de mayor acercamiento y dependencia a los servicios de salud, basado también en el desconocimiento del proceso que atraviesan sus cuerpos durante estas etapas. Se ha perdido confianza en los saberes ancestrales y colocan el control de sus cuerpos en manos del personal; aunque se mantiene información sobre el cuidado –basado en las propias experiencias y también en el uso de algunas hierbas- que se transmite entre mujeres y que son valorados, así como (aunque en menor medida) algunas técnicas ancestrales como “el manteo”.

Lo digo por experiencia: cuando he sido mamá muy joven me he levantado a los pocos días porque no tenía quién me ayude, el sobrepeso no me importaba porque tenía que cuidar a mis otros hijos, pero ahora que soy mayor mi cuerpo se resiente. Por eso les digo a las jóvenes: ¡cúidense, abríguense! (Mujer adulta de El Alto)

En el embarazo, ya antes del parto, a veces se nos pone duro el estómago, y yo estaba casi una semana yendo y viniendo del hospital, porque los dolores eran increíbles. Me dice ahí mi mamá: “me parece que necesitas que te manteemos, por eso no puede acomodarse el bebé”. “¿Cómo acomodarse?”, le digo. “Pero claro, pues, hija, aquí está su cabeza, aquí está su pie”, no sé qué cosas. Lo que hicieron mi papá y mi mamá fue mantearme, los dos me mantearon con aguayo grande, no sé de dónde consiguió. Me hicieron echar y me jalaban de un lado a otro lado, de un lado a otro lado, y parece que eso me ha ayudado a poder dilatar rápido (...). (Mujer adulta de Quillacollo)

Cabe resaltar que la riqueza de consejos y saberes que las mujeres se transmiten en base a sus propias experiencias contribuyen a enfrentar, de manera un poco más autónoma y efectiva, problemas y dudas que no logran solventar en los servicios de salud.

LOS SERVICIOS DE SALUD

La relación de las mujeres con los servicios de salud varía en función de las zonas, siendo mayor en los municipios urbanos que en los rurales, no solo en las etapas de embarazo y parto, sino en general. No obstante, en ambos casos existen relaciones de desconfianza mutua entre las mujeres y el personal de salud, pese a que la legislación boliviana y el sistema de salud en teoría poseen un enfoque intercultural y de derechos en el que las mujeres deberían ser consideradas sujetos de derechos y seres autónomos con capacidad de tomar decisiones sobre su salud y sobre sus cuerpos. En la práctica no logra ser así, tal como se evidencia en el mantenimiento de la penalización del aborto – limitando el derecho a decidir-, en las cifras de violencia obstétrica antes señaladas y en los testimonios de las mujeres del estudio. Desde la percepción de las mujeres, hace falta más personal femenino de salud con quienes se sientan en confianza, más información sobre los procedimientos y más “comprensión” del personal médico respecto a cómo ellas viven su salud y la relación con sus cuerpos. Además, describen algunos problemas que atraviesa el sistema para una atención de calidad en respuesta a sus necesidades:

Nos hemos hecho hacer análisis de Papanicolaou y no ha vuelto el

análisis desde Cochabamba, hace un año y hasta ahora no han llegado los resultados. (Mujer de Arque)

Mi nuera no ha ido a la posta, los doctores han venido a la casa. Ahí se está cuidando. No quiere ir al hospital; dice: ‘me pueden hacer enfriar’. Ahora su esposo igual dice: ‘en la casa nomás’. (Mujer adulta de Pucarani)

Solamente varones atienden en el hospital. (Mujer de Arque)

Al hospital vas con una enfermedad, te dan pastillas, te dicen qué te duele, pero no te explican por qué y para qué y cómo lo puedes prevenir. A veces en las instituciones, hospitales o cualquier lugar son muy técnicos y no se les entiende lo que hablan, no hablan al igual con las personas. Piensan que nosotros no podemos entender, no solo las mujeres, los niños, sino todos, para que después no haya tantas cosas como enfermedades. Hasta a los adolescentes: hablarles bien de las cosas, decirles cómo pueden prevenir, no enredarlos más de lo que ya están. (Mujer adulta de El Alto)

En realidad, estas mis compañeras mujeres de aquí no acuden al médico, se tratan ellas mismas con medicinas caseras, pero no se están cuidando por adentro sino por encima, entonces no acuden. A mucha exigencia les he llevado a hacer el Papanicolaou, a obligación les he tenido que llevar. (Mujer adulta de Quillacollo)

Si bien es cierto que faltan espacios de capacitación y renovación de conocimientos para el personal de salud, así como presupuesto para adquisición de equipos y mejora de infraestructuras, también sucede que los establecimientos de salud están (aún) atravesados por miradas coloniales y patriarcales, donde aún no se ha establecido un espacio de respeto hacia los derechos de las mujeres con diálogo intercultural que articule los saberes de las mujeres con lo que ofrece el sistema de salud.

CONCLUSIONES

- Si bien Bolivia cuenta con un importante avance normativo para garantizar el derecho a la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos, no garantiza el ejercicio pleno del derecho a decidir de las mujeres pues aún penaliza el aborto inducido cuando es por libre decisión de las mujeres –y solo considera abortos impunes en algunos casos señalados en el actual Código Penal; no reconociendo su plena autonomía. Sumado a ello, existe una brecha entre lo que señala la normativa y el ejercicio de estos derechos, lo cual se

evidencia en las estadísticas oficiales y en los testimonios de las mujeres participantes del estudio cualitativo realizado.

- La vida y experiencias de las mujeres están atravesadas por experiencias de violencia hacia ellas. Sus cuerpos se ven violentados a través de diversas formas, ya sea por su pareja, familia, entorno cercano, comunidad y/o el sistema de salud, que van restando autonomía, reafirmando culpas o temores y afectando su salud. Ante lo cual las mujeres buscan mecanismos para resistir, enfrentar y modificar estas expresiones del sistema patriarcal.
- Las etapas y procesos fisiológicos que atraviesan las mujeres a partir de la adolescencia -como la menstruación, el embarazo, la maternidad-, están marcadas por el desconocimiento sobre dichos procesos, el temor ante lo que sucede en el propio cuerpo y posibles amenazas externas. Las mujeres buscan alternativas de autocuidado a partir de información recibida desde otras mujeres y acceden a los establecimientos públicos de salud como alternativa, aunque no siempre en primera instancia.
- Es un desafío que los establecimientos de salud logren incorporar el enfoque de género, intercultural y de derechos humanos en la práctica cotidiana de la atención de salud, de-construyendo las relaciones de poder en la relación “médico/a-paciente”, promoviendo y revalorando la autonomía de las mujeres, reconociendo su aporte activo al cuidado de la salud, sus saberes, y reconociéndolas como titulares de su derecho a la salud y de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

REFERENCIAS

ALIAGA, Sandra et al. **Situaciones evitables**: embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia. La Paz, Bolivia. p. 3-4, 2011.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. Ley N° 045, de 8 de octubre de 2010. Ley contra el racismo y toda forma de discriminación. **Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia**. Bolivia, 2010.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. **Decreto Supremo N° 066**, 3 de abril de 2009. Bolivia, 2009.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. **Decreto Supremo N° 29601**, 10 de junio de 2012. Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Bolivia, 2012.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. **Ley N° 348**. Ley Integral Para Garantizar A Las Mujeres Una Vida Libre De Violencia. La Asamblea Legislativa Plurinacional. Bolivia, 2013.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. **Ley n° 3729**, de 8 de agosto de 2007. Ley Para La Prevención Del Vih-Sida, Protección De Los Derechos Humanos Y Asistencia Integral Multidisciplinaria Para La Personas Que Viven Con El Vih-Sida. República da Bolivia. Bolivia, 2007.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. **Ley N° 2426**. Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Congreso Nacional. Bolivia, 2002.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. **Ley N° 3460**, de 15 de agosto de 2006. Ley de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos. Ministerio De Salud. Bolivia, 2006.

BOLIVIA, Estado Plurinacional. **Ley N° 459**, de 19 de diciembre de 2013. Ley De Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. La Asamblea Legislativa Plurinacional. Bolivia, 2013.

CEPAL. **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo**. Montevideo, 2013.

FISCALIA GENERAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. **Reporte de casos de mujeres víctimas de violencia**. Bolivia, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA -INE (2008). **Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)**. Bolivia. LINK OU TÍTULO DA MATERIA IPAS. Las cifras hablan – el aborto es un problema de salud pública. Bolivia, 2011.

MINISTERIO DE JUSTICIA; INE. **Encuesta de Prevalencia y características de la violencia contra las mujeres 2016**. Bolivia, 2017.

MINISTERIO DE JUSTICIA; ONU MUJERES BOLIVIA. **CEDAW cómo enfrentar la discriminación contra la mujer en Bolivia** . Observaciones al Estado Plurinacional de Bolivia 07/2015. p 16.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. **Nacional Integral para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materna y Neonatal 2016-2020**. Bolivia, 2016.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. **Norma nacional reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción**. Bolivia, 2010.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. **Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia**. Bolivia, 2016.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES DEK ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. **Normas y protocolos clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia**. La Paz: impresiones TELLEZ 2009.

ONU. CEDAW - **Convención de Naciones Unidas Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**. 1979.

ONU. **Programa de Acción de Cairo de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo**.1994.

ONU. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – **CEDAW Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Estado Plurinacional de Bolivia**. Naciones Unidas. 2015.

QUIROZ, Tania; CHÁVEZ, Marxa. Alianza por la Solidaridad – oficina Bolivia. **Percepciones de las mujeres sobre salud sexual y salud reproductiva en los municipios rurales de Pucarani y Arque**. La Paz, Bolivia, 2016.

QUIROZ, Tania; CHÁVEZ, Marxa. Alianza por la Solidaridad – oficina Bolivia. **Percepciones de las mujeres sobre salud sexual y salud reproductiva en los municipios urbanos de Quillacollo y El Alto**. La Paz, Bolivia, 2016.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL DE BOLIVIA. **Sentencia 0206/2014**. Bolivia, 2014.

UNFPA. **Diagnóstico de situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina**, 2016.

Recebido em: 28/05/2019 Aprovado em: 30/08/2019
--