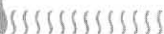


SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: NOTAS PARA EL DEBATE

Dra. Ada Caridad Alfonso Rodríguez



Centro Nacional de Educación Sexual
aalfonso@infomed.sld.cu

LA NATURALEZA SOCIAL DE LA SALUD, LA DETERMINACIÓN SOCIAL Y/O LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, INTEGRAN LA CONSTRUCCIÓN TEÓRICA Y LA PRAXIS CONCRETA DEL MOVIMIENTO SALUBRISTA DE LA REGIÓN DESDE LA DÉCADA DE LOS SETENTA. SIN EMBARGO, LA INTEGRACIÓN DE GÉNERO Y SEXUALIDAD AL ANÁLISIS SOCIAL DE LA SALUD ES BASTANTE RECIENTE. EL TRABAJO INVITA A UN DEBATE ACERCA DE: LA SEXUALIDAD Y LA DIFERENCIA SEXUAL COMO PILARES DONDE SE ARTICULAN IDEOLOGÍAS Y POLÍTICAS QUE SIRVEN DE REFERENTE A DISCURSOS Y PRÁCTICAS CAMBIANTES Y PLURALES ARTICULADOS A UN CUERPO SEXUADO. EL GÉNERO COMO MARCADOR DE DESEMPEÑOS, POSICIONES, OPORTUNIDADES, ACCESOS Y CONTROL DE LOS RECURSOS; PERO TAMBIÉN, MARCADOR DE RIESGOS Y VULNERABILIDADES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA. LA ORIENTACIÓN SEXUAL DE LA PERSONA COMO PRODUCTO Y RESULTANTE DE LA MISMIIDAD DE CONSTRUIRSE COMO SUJETO DE DESEO Y DESEANTE EN EL ESPACIO INTERSUBJETIVO, SOCIAL. LOS RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD, DEBEN COLOCARSE EN EL MARGEN DE LA COMPRENSIÓN BIOLÓGICA DE LAS CUESTIONES QUE ATAÑEN AL CUIDADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD, Y DEVENIR EN AGENTES QUE PROMUEVAN LA INCLUSIÓN Y LA PARTICIPACIÓN DE TODOS (AS) CON TODOS (AS) EN LA BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD COMO DERECHO.

PALABRAS CLAVES: SEXUALIDAD, GÉNERO, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

SEXUALITY, SEXUAL HEALTH AND SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH—NOTES FOR A DEBATE
STEMMING FROM THE DECADE OF THE SEVENTIES, THE SOCIAL NATURE OF HEALTH, THE SOCIAL DETERMINATION AND/OR THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, INTEGRATE THE THEORETICAL CONSTRUCTION AND THE CONCRETE PRAXIS OF THE HEALTH MOVEMENT OF THE REGION. NEVERTHELESS, THE INTEGRATION OF GENDER AND SEXUALITY TO THE SOCIAL ANALYSIS IS QUITE RECENT. THE PAPER INVITES TO A DEBATE ON: SEXUALITY AND SEXUAL DIFFERENCE AS PILLARS IN WHICH IDEOLOGIES AND POLICIES, THAT ACT AS A REFERENCE TO DISCOURSES AND CHANGING AND PLURAL PRACTICES, ARTICULATE TO A SEXED BODY. GENDER DOES SO AS A MARKER OF PERFORMANCES, POSITIONS, OPPORTUNITIES, ACCESSES AND CONTROL OF THE RESOURCES; BUT LIKEWISE, AS A MARKER OF RISKS AND VULNERABILITIES IN THE SPHERE OF INDIVIDUAL AND COLLECTIVE HEALTH. THE SEXUAL ORIENTATION OF THE PERSON OPERATES AS A PRODUCT AND RESULT OF THE «SAMENESS» OF CONSTRUING ITSELF AS A SUBJECT OF DESIRE AND OF DESIRING WITHIN THE INTER-SUBJECTIVE, SOCIAL SPACE. THE HUMAN RESOURCES OF HEALTH SHOULD STAND AT THE MARGIN OF THE BIOLOGICAL COMPREHENSION OF THE QUESTIONS INHERENT TO HEALTH CARE AND SERVICE, AND EVOLVE INTO AGENTS THAT PROMOTE INCLUSION AND PARTICIPATION OF ALL THE PEOPLE, MEN AND WOMEN ALIKE, IN THE SEARCH FOR ALTERNATIVES FOR THE CONSTRUING OF HEALTH AS A RIGHT.

KEY WORDS: SEXUALITY, GENDER, SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

Hoy nadie cuestiona la necesidad y la relevancia de integrar la perspectiva de los determinantes sociales de la salud en el análisis del estado de salud de las poblaciones, en la atención que brindan los sistemas de salud o en la atención que reciben las personas beneficiarias de dichos servicios.

En las discusiones relacionadas con el tema también es recurrente la alusión a que en América Latina, desde la década del setenta, los determinantes sociales integran la construcción teórica y la praxis concreta del movimiento salubrista de la región.

La intención de estos apuntes no es la de fundamentar verdades de Perogrullo, sino tratar de ordenar algunas de las reflexiones nacidas del debate con otras colegas, en diferentes espacios. Tratan de acercar ejes de debate actual: la determinación de la salud y las sexualidades, las expresiones sexuales, el género y las subjetividades sexuadas y «generizadas». Estas sexualidades son las que habitan, construyen, padecen y participan en los diferentes espacios donde se viven las desigualdades de ingreso, la pobreza, la baja información o educación, las condiciones desfavorables de vida, el



insuficiente saneamiento, los estilos de vida no saludables y las inequidades sociales, de género y de salud.

Desde mi haber, ningún análisis cultural o social, epidemiológico o biológico, político o ideológico, económico o de producción de la salud puede realizarse sin tomar en cuenta el lugar de la persona sexuada, sus representaciones, sus subjetividades y sus comportamientos. Tampoco deben obviarse el grado de participación e incidencia de éstos en la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas encaminadas a dar respuesta a las cuestiones de salud en los ámbitos: individual, familiar, comunitario y social.

SEXUALIDAD Y GÉNERO: NOCIONES DONDE SE ANCLA LA REFLEXIÓN

En las últimas décadas del pasado siglo comenzó a emerger la categoría «género» como marcadora de inequidades en la salud, de ahí que comenzase a visibilizarse cómo la construcción social de lo femenino y lo masculino determinaba diferencias en el ejercicio del poder y en las posiciones de las mujeres y los hombres en los espacios de interacción social, lo cual se traducía en desigualdades en las relaciones, las jerarquías, los privilegios y en el acceso y control de los recursos por razones de sexo. La pertenencia a uno de los sexos tiene una expresión concreta en la estratificación social y en la desventaja social de las mujeres con respecto a los hombres en sus contextos.

En el área de la salud, el género ha posibilitado rastrear indicadores de salud, perfiles diferenciados de enfermedad por sexo y, mucho más claramente, en las estadísticas de salud las causas de muerte por sexo. En este último aspecto existe consenso en la necesidad de la desagregación de la información por sexo para poder realizar una lectura o análisis de género (insuficiente aun en la mayoría de los sistemas de salud de América Latina).

No obstante, las personas comprometidas con el tema «género» no siempre hemos tenido las luces para reconocer la imposibilidad de sustraer la categoría de su continente (la sexualidad humana) y de su expresión de «ser» o «estar» (el cuerpo sexuado).

En la materialidad del cuerpo sexuado se ancla la construcción social de la sexuación del pro-

pio cuerpo a partir de los símbolos y significados culturales de «ser mujer» y «ser hombre» en cada contexto y en cada sociedad. También es el lugar donde se aprehende la *homogeneidad* de «ser mujer» y «ser hombre» a partir de la internalización de las construcciones sociales (estereotipos de género) de los modelos de actuación según el sexo.

Prefiero mencionar exclusivamente los modelos de actuación (roles de género), ya que los aspectos que aluden a las identidades de género, y a cómo se construye la identificación de sí mismo desde las múltiples exigencias de los entornos que envuelven a cada persona y el cómo cada cual se construye como sujeto de deseo a la vez que sujeto deseante, merecen por su complejidad, mención aparte.

La construcción de las identidades sexuales y las identidades de género desbordan el marco explicativo del «ser mujer» y «ser hombre» desde la lógica binaria y dicotómica de nuestra cultura. Cada persona, a partir de la asignación del sexo en el momento de su nacimiento, comienza a recibir la influencia de su entorno. En ese proceso intersubjetivo, eminentemente social, en el que se construye la identidad como parte del autorreconocimiento y asunción de la mismidad, emerge la autodefinición: yo soy un hombre o yo soy una mujer.

Este proceso de asimilación cultural en lo relativo a la sexualidad, y las convergencias que traen consigo que cada quien se erija como un ser único sexuado, son altamente complejos y, además, fuente de profundos conflictos cuando no se puede asignar el sexo al nacer por la ambigüedad de los genitales o cuando durante el proceso de construcción de la identidad de género se hace evidente una incongruencia sexo-género.

La dicotomía en la que se organizan los conocimientos acerca de la relación sexo-género-sexualidad, es la guía de los conflictos antes mencionados. En ambos casos, lo que se debe cuestionar es: en qué medida la sociedad entiende, acepta y respeta la diversidad sexual; cuál es la calidad de la formación de los recursos humanos de la salud para afrontar esta diversidad en los servicios de salud en los que se presenta la demanda de atención a la diferencia; y, por último, cómo los actores sociales facilitan u obstaculizan la participación en las prácticas sociales, como sujetos de derechos, a las personas con sexualidades no hegemónicas.

Las orientaciones sexuales requieren también argumentarse en el ámbito de la salud. Escoger la pareja sexual debe ser reconocido como un derecho sexual y, por tanto, un derecho humano de las personas. Sin embargo, la invisibilidad de las necesidades de salud que pueden derivarse de la libre opción sexual, puede tener impactos en la salud individual, de pareja, de familia y de los colectivos gays, lésbicos, bisexuales y transgéneros tanto durante la construcción de la identidad de orientación sexual como en el curso de la vida, derivados de las preferencias y comportamientos sexuales.

A mi juicio, un marco conceptual que aborde la salud integral, y especialmente la salud sexual, debe integrar la sexualidad como expresión social, política y de derechos humanos. En consecuencia, analizar la sexualidad permite estudiar cómo se originan, legitiman socialmente y se construyen simbólicamente las relaciones entre las personas a partir de las ideologías que cada sociedad tiene sobre el hecho sexual.

Un paradigma de análisis social de la salud tiene en esencia que ser inclusivo, pues no puede desestimar la red de creencias y representaciones que se construyen y recrean en los diferentes espacios geográficos y en los mapas institucionales en los que se entretajan políticas e ideologías, asignándose desde éstos las cuotas de valor y los espacios de ejercicio de derechos a mujeres y a hombres.

Los hombres secularmente han sido el referente universal desde lo biológico y lo social, de ahí que el género como categoría de análisis y de acción podría ofrecer las pistas para la deconstrucción y reconstrucción de las formas de legitimación de las masculinidades hegemónicas en las que se sostienen temas que atañen la salud como la violencia contra las mujeres (VCM) o el VIH, cuya incidencia mayor se encuentra entre las masculinidades



no hegemónicas estigmatizadas y discriminadas socialmente por sus comportamientos sexuales homoeróticos, por la orientación sexual y, en adición, por su condición seropositiva al VIH.

Género y sexualidad permiten evaluar el impacto que los mandatos culturales tienen en las construcciones de la salud sexual, así como en la organización de respuestas en términos de cuidado, autocuidado y protección en las políticas sociales, muy particularmente las dirigidas a garantizar la salud sexual.

NOTAS FINALES

Quizás la mejor forma de concluir estas reflexiones sea listar un conjunto de enunciaciones que permitan profundizar en el debate acerca de en qué forma la sexualidad, como construcción sociocultural, vincula con la construcción y la percepción de salud de las personas:

1. La sexualidad y la diferencia sexual son pilares en los que se articulan ideologías, políticas y representaciones que se expresan en las prácticas y los comportamientos sexuales de mujeres y hombres, cada uno con una particular construcción de identidad de género y orientación sexual.

2. El entorno donde se construyen la sexualidad, el género y la salud tiene como referentes discursos y prácticas cambiantes y plurales.

3. La salud, como expresión subjetiva del ser, tiene una producción de textos articulados en un cuerpo sexuado, blanco de mandatos culturales y espacio político para la participación y el ejercicio de los derechos sexuales como derechos humanos.

4. El género como construcción sociocultural basada en la diferencia sexual, es un marcador de desempeños, posiciones, oportunidades, accesos y control de los recursos, pero también un marcador de riesgos y vulnerabilidades en el ámbito de la salud individual y colectiva.

5. La sexualidad trasciende la genitalidad y el espacio privado. En sexualidad, lo privado es público, por lo que debe considerarse como un referente de discusión política y de elaboración de discursos contraculturales y de movilización para el debate y la participación; por tanto, es un ejercicio de ciudadanía.

6. La orientación sexual de la persona es producto y resultante de la mismidad de construirse como sujeto de deseo y deseante en el espacio intersubjetivo como espacio social, por lo que forma parte inseparable de la salud sexual.

7. El estigma y la discriminación, productos netamente culturales, incrementan la vulnerabilidad de las personas en el área de la salud y en el ámbito social, y afectan la percepción de bienestar y calidad de vida tanto individual como colectiva.

8. La epidemia del VIH no es un castigo por la desobediencia de hombres y mujeres al man-

dato cultural de la heterosexualidad hegemónica. Se asienta en condiciones socioeconómicas de desigualdad, pobreza, estigma y discriminación; ausencia de programas de salud sexual y de estrategias con enfoque de género para la prevención de las infecciones de transmisión sexual; en una baja escolarización; y además, en prácticas sexuales no protegidas de mujeres y hombres, ligadas a la vulnerabilidad social ante la infección por el VIH.

9. La VCM como problema de salud pública tiene raíces estructurales ancladas en la discriminación de lo femenino, la legitimación de lo masculino y la violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres, las niñas, las adolescentes y las jóvenes, encontrando sinergias en otras formas de discriminación en función de la raza, etnia, clase social, orientación sexual, entre otras. Detrás de la VCM se encuentra, como organizador social, el género; por consiguiente, las estrategias para dar solución o minimizar la VCM deben considerar la multicausalidad del problema y su determinación social.

10. Para abordar y aportar a la protección de la salud, los recursos humanos de la salud deben colocarse al margen de la comprensión biológica de las cuestiones que atañen al cuidado de la salud, y devenir agentes que promuevan la inclusión y la participación de todos(as) con todos(as) en la búsqueda de alternativas para la construcción de la salud como derecho humano.

11. Por último, la sexualidad y el género tienen representación en las estadísticas de la región en problemas de salud como el VIH y la VCM, pero también en otros problemas de salud sexual, como el aborto, la mortalidad materna, el acceso a la anticoncepción de emergencia, el acceso a la salud y el derecho a la protección de la salud.

Bibliografía

- ARAUJO, KATHYA, VIRGINIA GUZMÁN y AMALIA MAURO (2000). «El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas». *Revista de la CEPAL*, no. 70, pp. 133-145.
- ARTILES VISBAL, L. (2007). «Pobreza y género». *Rev. Cub. Salud Pública*, vol. 33, no. 4.
- BALA NATH, MADHU (2000). *Género, VIH y derechos humanos. Un manual de capacitación*. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Nueva York.
- BENERIA, L. y M. ROLDÁN (1987). *The Crossroads of Class and Gender*. The University of Chicago Press, Chicago y Londres.
- BERLINGUER, G. (2007). «Determinantes sociales de las enfermedades». *Rev. Cubana Salud Pública*, vol. 33, no. 1.
- BIANCO, MABEL y F. ARANDA (2007). *Las mujeres no esperamos más. Acabemos la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA ya*. Publicación para América Latina y el Caribe. Buenos Aires. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (2006). *Información sobre el VIH y el SIDA. Especial para mujeres*. UNIFEM-México.
- (2005). *Camino a la igualdad de género*. UNIFEM-México.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2002). *Los jóvenes y el VIH/SIDA, una oportunidad en un momento crucial*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y la Organización Mundial de la Salud, Nueva York.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2005). «La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio». En *Estado de la población mundial*, Nueva York.
- GÓMEZ, ADRIANA y D. MEACHAM (eds.) (1998). *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA: un enfoque desde los derechos humanos*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago de Chile.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2002). *Violencia sexual basada en género y salud. Sistematización del taller introductorio «Violencia sexual y salud»*, San José (Costa Rica). Serie «Género y salud», 13. Washington, D.C.
- (2004). *Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres. Unidad de género*. Washington, D.C.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (2006). *Situación de la epidemia del sida: diciembre de 2006*. ONU-SIDA, Ginebra, 2006. ONUSIDA/06.29S.
- TAJER, D. (2007). *Determinantes sociales e inequidades en salud. Aportes de la Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género (WGE KN) de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS*. X Congreso de ALAMES, IV Congreso Brasileño de Ciencias Sociales y Humanas en Salud, Congreso XIV de IAHP y X de ALAMES.
- TORRE MONTEJO, E. DE LA, et al. (2005). *Salud para todos sí es posible*. Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social, La Habana.
- World Health Organization (WHO), Commission on Social Determinants of Health (2005). «Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Draft». 5 May.



El perro ladra (2005)
Óleo sobre tela, 91 x 61 cm