

IV. Cidadania e saúde

salud sexual y reproductiva de los varones latinoamericanos: una lectura en clave de género, etnia y 'raza'

Mara Viveros Vigoya

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

26. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS VARONES LATINOAMERICANOS: UNA LECTURA EN CLAVE DE GÉNERO, ETNIA Y 'RAZA'

Mara Viveros Vigoya

El concepto de salud reproductiva que circula en Colombia –seguramente en la mayoría de los países latinoamericanos– tuvo su origen en los debates y en la práctica del Movimiento Feminista Internacional que introdujo las cuestiones de la salud en el temario de las discusiones, planteando una nueva perspectiva de análisis. Tomando como base los conceptos de autonomía, diferencia y alteridad, el enfoque feminista sobre salud estuvo asociado a una búsqueda de conocimiento y reapropiación del cuerpo femenino por parte de las mujeres (Scavone, 1999). En esta búsqueda subyace la noción del individuo libre y de derechos que reivindicaba el feminismo al plantear la importancia que tiene para las mujeres, la capacidad de disponer de su propio cuerpo. Más allá de la incorporación de la herencia liberal contenida en este principio, la reapropiación del cuerpo propuesta por el feminismo lleva las cuestiones de ámbito privado al debate público y más aún, habla del cuerpo como un asunto político, es decir, politiza el espacio de lo que se había considerado hasta ese momento privado.

El carácter político atribuido al campo sexual y reproductivo no implicó únicamente la ampliación o la conquista de unos derechos específicos sino el cuestionamiento de un orden de género que traspasaba el conjunto de las relaciones sociales. En la práctica, estas ideas significaron desarrollar una lucha que se extendió desde fines de la década del 60 hasta mediados de los 70 en Europa y en Estados Unidos, y estaba a tono con un movimiento más amplio de transformación de la sociedad, como el que se manifestó en Francia alrededor de los eventos de Mayo del 68.

En el caso de la salud, estas luchas se expresaron por ejemplo, en la búsqueda de la liberación de la anticoncepción y del aborto. El objetivo de estas contiendas no hacía referencia únicamente a la adquisición de estos derechos sino al análisis de las desigualdades sociales de sexo y al cuestionamiento de las relaciones de género vigentes. La perspectiva contestataria de estas reflexiones hizo visible, política y socialmente, la cuestión de género en la salud. Con base en estas cuestiones surgió, desde la década del 80, un interés por los problemas de salud ligados a la reproducción y a la sexualidad que se difundió entre los organismos políticos

gubernamentales y que empezó a ser asimilado por los organismos internacionales a fines de esa década (Scavone, 1999).

Después de la conferencia sobre Población y Desarrollo efectuada en 1994 en El Cairo, los organismos internacionales, y en particular la OMS, adoptaron la siguiente definición de salud reproductiva:

Un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o deterioro, en todo lo que toca al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Lo cual entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para hacerlo. (CIPD, 1994 apud Scavone, 1999).

La institucionalización de este concepto ha tenido efectos muy diversos para las sociedades latinoamericanas. Por un lado, se observa una mayor divulgación, conocimiento y visibilidad de la problemática de la salud reproductiva en el conjunto de la sociedad, que ha traído un mayor compromiso por parte de las organizaciones gubernamentales en relación al tema. Pero, por el otro, no ha eliminado el riesgo político de la imposición de modelos ajenos a los intereses de las mujeres y de los grupos étnico-raciales dominados.

El concepto de salud reproductiva ha sido utilizado muchas veces por parte de los organismos internacionales como simple retórica para tratar el tema del control poblacional o como un simple cambio de término para realizar las mismas prácticas de anticoncepción, a menudo completamente ajenas a los principios de autodeterminación reproductiva. Es importante rescatar el origen contestatario del concepto y conservar el carácter político de la temática de la salud sexual y reproductiva, orientando las políticas y programas de salud sexual y reproductiva hacia la transformación de las relaciones sociales (de clase, sexo y etnia-raza) y hacia la búsqueda de la equidad en este ámbito. Una de las ambigüedades presentes en la definición de salud reproductiva es el hecho de elegir las diferencias biológicas como base de los problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres y de los grupos étnicos dominados. Esto puede reforzar la centralidad de las características biológicas en la definición del género, la raza y la etnicidad, y desconocer los aspectos de la salud sexual y reproductiva que se relacionan con la ubicación social y la definición sociocultural de las mujeres, los varones y los distintos grupos étnico-raciales.

‘El objetivo de este documento es describir la forma en que se pueden articular las perspectivas de género y étnico-racial de la salud sexual y reproductiva de los varones latinoamericanos en el análisis de la misma’. Para tal finalidad, voy a referirme, en primer lugar, a la pertinencia que ha tenido la utilización de la categoría de género en el análisis de los problemas de salud sexual y reproductiva de los varones latinoamericanos, partiendo de una presentación sucinta de los principales resultados de una muestra bastante representativa de estudios sobre estudios realizados en el tema en los últimos 10 años. En segundo lugar, exploraré los significados y efectos que podría tener la incorporación de una perspectiva étnico-racial – todavía ausente– en los estudios y análisis de la salud sexual y reproductiva de los varones

latinoamericanos. Por último, voy a hacer una crítica a los sesgos culturalistas con los que se han orientado las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a las poblaciones que han sido objeto de categorizaciones étnico-raciales, ocultando las relaciones entre la ‘cultura’ y las dimensiones económicas y políticas del proceso salud/ enfermedad/ atención vivido por los hombres latinoamericanos.

LA INCORPORACIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ANÁLISIS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Incorporar la perspectiva de género en el análisis de la salud sexual y reproductiva significa tener en cuenta que las imágenes sociales de hombres y mujeres condicionan las concepciones y prácticas que se tienen en torno al cuerpo, la sexualidad, la paternidad y la maternidad, la construcción de la afectividad y la identidad, las formas de pensar y sentir las distintas fases del curso vital, la organización de la cotidianidad, y que todo lo anterior debe ser tomado en cuenta para analizar la problemática de salud sexual y reproductiva de mujeres y varones, para elaborar las respuestas institucionales a esta problemática.

En este texto vamos a adoptar la definición de género propuesta por la historiadora norteamericana Joan Scott, según la cual el género es a la vez “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y una forma primaria de relaciones significantes de poder” (1996:289). Esta definición nos parece de gran utilidad pues permite entender el género en toda su complejidad. En primer lugar, como una categoría analítica de las relaciones sociales que hace referencia a símbolos de la diferencia sexual, a conceptos normativos que expresan las interpretaciones de estos símbolos; a instituciones y organizaciones sociales y, finalmente, a aspectos subjetivos de las identidades de hombres y mujeres. En segundo lugar, como un asunto político, en un doble sentido: porque estudia las relaciones entre el ámbito privado y el ámbito público y porque posibilita entender relaciones de poder, de autoridad y de legitimidad (Viveros, 2000).

Las construcciones de género determinan actitudes, conductas y actividades que conllevan riesgos específicos de morbilidad y mortalidad y diversos grados de acceso a –y utilización de– los servicios de salud sexual y reproductiva. En efecto, durante el proceso de socialización, hombres y mujeres interiorizan diferentes expectativas sobre cómo ser y cómo actuar socialmente que propician distintas actitudes, conductas, prácticas y creencias sobre estilos de vida, auto-cuidado e higiene, y repercuten diferencialmente sobre su salud sexual y reproductiva. A escala macrosocial, la división sexual del trabajo practicada por las distintas instituciones económicas, educativas, sanitarias y religiosas tiene consecuencias sobre la asignación, de acuerdo con el sexo y con los recursos familiares y sociales necesarios para el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva a nivel individual, y sobre el acceso diferencial a las prestaciones de salud y seguridad social.

Masculinidad y salud sexual y reproductiva

Si bien los estudios de género se plantearon la necesidad de enfatizar en el aspecto relacional de este concepto, la mayoría de ellos ha centrado su atención en las mujeres, debido a la enorme dificultad de superar el individualismo metodológico para pensar en términos político-relacionales (Stolcke, 1996). Las investigaciones sobre los hombres como seres dotados de género y productores de género sólo comenzaron a realizarse en América Latina desde finales de la década de los 80. Hasta ese momento, la identificación de los varones con lo humano y con una serie de privilegios, hacía invisible la problemática de los varones en cuanto tales. Los trabajos latinoamericanos sobre género permitieron la acumulación de un gran número de estudios sobre las mujeres pero ignoraron la perspectiva masculina. Hace pocos años apareció un nuevo enfoque en lo que respecta al rol del varón en la reproducción y se ha empezado a cuestionar el mayor énfasis que la investigación de la salud reproductiva ha puesto en las mujeres.

Trabajos latinoamericanos recientes intentan colmar este vacío de información sobre los papeles masculinos en los campos de la salud reproductiva y la sexualidad (Figuroa, 1995, 1998; Salcedo, 1995; Viveros, Gómez & Otero, 1997; Viveros & Gómez, 1998). Algunos denominadores comunes de estos estudios son los siguientes: todos buscan hacer visible la presencia del varón en un ámbito tradicionalmente adscrito a las mujeres –el de la reproducción de la especie– y estudiar las conductas y actitudes de los hombres en el campo de la salud sexual y reproductiva desde el punto de vista de los hombres y de sus relaciones con las mujeres. Se señala, por ejemplo, que los modelos de masculinidad dominantes tienen como resultado, por una parte, que haya poca comunicación sobre la sexualidad en las relaciones de pareja y que consecuentemente, la utilización del preservativo se dé en muy raras ocasiones, exponiendo a los varones a infecciones y enfermedades de transmisión sexual y al riesgo de transformarse en padres sin que esto sea una decisión o corresponda a una elección. También se plantea que, pese a la caracterización de la sexualidad masculina como un ámbito disociado de la reproducción, las distintas investigaciones muestran que la participación de los varones en los distintos eventos reproductivos (anticoncepción, aborto, esterilización, paternidad, etc.) está influenciada por sus valores en relación con la sexualidad.

Por otra parte, a través de los estudios se percibe el desfase todavía existente entre la adopción de un discurso moderno que preconiza una participación del varón en las decisiones reproductivas y la construcción de nuevas prácticas de género sobre bases más democráticas y equitativas. Los distintos trabajos sugieren que un enfoque de género sobre la reproducción requiere indagar en torno a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, a la reproducción de roles y expectativas definidos socialmente para unos y otras, a las estructuras y redes de relaciones sociales en las cuales están inmersos hombres y mujeres.

Aunque se han desarrollado estrategias para involucrar al varón en la esfera de la reproducción, éstas parecen haber estado más orientadas a buscar resultados –el incremento en la utilización de métodos anticonceptivos como el condón o la vasectomía– que a estudiar las

causas de la reticencia masculina al uso de estos métodos. La pretensión de los programas de planificación familiar de asegurar el derecho de toda persona “a decidir libre, responsable e informadamente sobre el número y espaciamiento de los hijos” no ha podido convertirse en realidad debido a que la definición de los programas no ha incorporado la idea de que la anticoncepción conlleva a menudo un proceso de interacción y negociación entre varones y mujeres. Es necesario analizar el entorno institucional de los servicios de anticoncepción; el papel de los médicos como prototipo de los proveedores de los servicios de salud; las relaciones de poder entre los oferentes y los usuarios de los servicios de salud reproductiva; la constitución de la práctica médica como autoridad moral en los ámbitos de la reproducción y la sexualidad, y los contenidos del discurso de las instituciones que ofrecen y promueven la anticoncepción en sus políticas, programas e informes.

Otros estudios, como los de Luis Leñero (1992), Armando Gomensoro et al. (1995), Benno de Keijzer (1995) y Núñez (1999), pretenden vincular el proceso de construcción de la identidad masculina a los comportamientos sexuales y reproductivos de los varones. Se plantea por ejemplo, que el uso de métodos anticonceptivos por parte de los varones no es necesariamente un sinónimo de previsión familiar y asunción de responsabilidades y puede, en ocasiones, ser un indicador de todo lo contrario: una huida de los compromisos y responsabilidades conyugales y familiares a través de la adopción de una actitud defensiva hacia las mujeres. Como respuesta a las dificultades en las relaciones conyugales reportadas en estos trabajos, algunas investigaciones recientes proponen la construcción de un protagonismo compartido por varones y mujeres que propicie el acercamiento, la necesidad de negociar, el reconocimiento y expresión de las emociones de ambos cónyuges. También se relaciona el tipo de socialización recibida por los varones con la adopción de algunos comportamientos de violencia intrafamiliar, abuso y hostigamiento sexual, con la escasa participación en la anticoncepción y durante el embarazo pero también con el riesgo de adquirir infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Se señalan los efectos nocivos que tiene la forma en que los varones aprenden a interactuar –en el marco de una masculinidad hegemónica que valora la adopción de conductas agresivas, dominantes y riesgosas como expresiones de la masculinidad– para su salud sexual y reproductiva.

Núñez puntea que algunos de los atributos ampliamente reconocidos y aceptados socialmente como signos de masculinidad, son los ejes organizadores de la vivencia de la sexualidad de los varones. Estas características son: el cierre emocional y corporal; la agresividad, la resistencia y fuerza física, la racionalidad y el sentido de la competencia, el control de las emociones, la invulnerabilidad, la capacidad y necesidad de abarcar, penetrar y controlar (Núñez, 1999). Este tipo de organización genera, de acuerdo con este autor, varios efectos: el primero, una jerarquización en las zonas erógenas corporales, es decir, una territorialización de la energía libidinal en las zonas genitales y una relación particular de enajenación del cuerpo. El segundo, fuertes dificultades para intimar con otros/as, para la entrega y el compromiso amorosos; limitaciones para entender las necesidades emocionales y eróticas del otro y un

gran desconocimiento de las propias dinámicas emotivas. El tercero, una serie de comportamientos eróticos caracterizados por la ansiedad en la relación afectiva y por la cópula sexual.

La construcción hegemónica de la masculinidad pone en evidencia la organización de una economía deseante enmarcada en la valoración de unas particularidades percibidas como ‘masculinas’ y en la depreciación de aquellos atributos considerados ‘femeninos’. En este tipo de masculinidad, el control de las emociones –excepto la agresión– supone el miedo a ‘abrirse’ y a mostrarse vulnerable, situaciones que resultan inevitables en el establecimiento de relaciones íntimas (Giddens, 1992 apud, 1999). Esta economía sexual, ansiosa y temerosa de la expresión de la intimidad que caracteriza la masculinidad hegemónica, se convierte en una condición de riesgo frente a la posibilidad de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

Por último, mi propio trabajo sobre identidades masculinas en Colombia permite observar la coexistencia de dos principios reguladores en los comportamientos masculinos: el de la conquista sexual y el de la responsabilidad, que actúan de distintas formas en los diferentes espacios de interacción social de los varones de estas dos ciudades y según su grupo generacional (Viveros, 2002). Estos dos principios, contradictorios y mutuamente desestabilizadores, inciden también en la salud sexual y reproductiva de los varones. Por ejemplo, aunque el principio de responsabilidad empieza a impregnar, con el paso de los años, todas las prácticas sociales de los varones, muy pocas veces se lo asocia¹ con su participación en las decisiones reproductivas, con sus prácticas de auto-cuidado en la salud sexual y reproductiva o con la utilización del preservativo, reservado exclusivamente a las prácticas sexuales con las mujeres percibidas socialmente como ‘fáciles’. Igualmente, aunque los entrevistados más jóvenes hacen alusión en sus respuestas a la educación sexual recibida en sus colegios y a una deseable igualdad entre hombres y mujeres, existe poco correlato entre estas referencias y las conductas que realmente adoptan en materia de sexualidad y reproducción. Es importante distinguir una relativamente mayor información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades e infecciones de transmisión sexual –producto del discurso impartido por las instituciones escolares y los medios de comunicación masivos– de la adopción de unas prácticas preventivas o de una mayor implicación en las decisiones reproductivas de la pareja. La responsabilidad principal en el ámbito sexual y las consecuencias reproductivas que ello implica sigue estando en manos de las mujeres colombianas.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ETNICIDAD Y RAZA EN AMÉRICA LATINA

La incorporación de la perspectiva de género al análisis de la salud sexual y reproductiva no implica ignorar la existencia de otros elementos que inciden en el proceso salud-enfermedad sexual y reproductiva en América Latina, en particular el marco histórico-cultural en el

¹ Para nuestros entrevistados, la responsabilidad está estrechamente vinculada con la proveeduría del hogar, con el ámbito del trabajo y con la formación de una familia, concebida como el elemento ordenador de la vida cotidiana y el principal factor de estímulo para el trabajo.

cual fueron construidas las relaciones de género, sexualidad y reproducción en este subcontinente. En primer lugar, es importante recordar que el patrón de dominación en América Latina fue organizado y establecido sobre la idea de raza. En segundo lugar, que esta dominación reprimió las formas propias de conocimiento y subjetividad de los grupos sociales dominados, y los llevó a admitir o simular frente a los dominadores la condición deshonrosa de su propio imaginario, y de su propio y previo universo de subjetividad (Quijano, 2000).

Existen por lo menos dos vínculos directos entre la salud sexual y reproductiva, la etnicidad y la raza que se pueden rastrear fácilmente en la historia del subcontinente latinoamericano. El primero se refiere a las condiciones de enfermedad, salud y atención en el ámbito sexual y reproductivo de los grupos étnico- raciales dominados. El segundo tiene que ver con la relación entre las prácticas y los saberes terapéuticos asociados con la sexualidad y la reproducción de los grupos nativos y afroamericanos, y los conocimientos medicinales de origen europeo.

Pero antes de continuar, es importante precisar qué se entiende por raza y etnicidad en este texto, ya que son hoy dos términos fuertemente discutidos dentro del campo científico. Más que proponer una definición de raza, me parece importante señalar que este término ha ido cambiando de significado con el tiempo. Para Goldberg (citado por Wade, 1999), el concepto de raza es una de las invenciones conceptuales centrales de la modernidad, entrelazada con algunas ideas básicas sobre la moralidad. A partir del siglo XVI se empezó a hablar en términos de estirpes o razas de los pueblos humanos con cualidades naturales y profundamente arraigadas, y se definieron algunas razas como no racionales, menos civilizadas o estéticamente inferiores, justificando con ello su esclavitud y colonización. Los significados vinculados al término ‘raza’ continuaron modificándose a lo largo de los siglos XIX y XX: por un lado, surgió el eugenismo como una convergencia de la ciencia y la política social; por el otro, se dieron debates científicos y movimientos sociales que desestabilizaron el racismo científico y abrieron el espacio para lograr un consenso en torno a la inexistencia de las razas en términos estrictamente biológicos. La idea de raza ha empezado a pensarse justamente como una idea y una construcción social, resultado de procesos históricos particulares como el de las empresas coloniales europeas.

En relación con la noción de ‘eticidad’, es importante señalar que ésta fue reemplazando frecuentemente la de ‘raza’ a partir de la posguerra, ya sea porque se consideraba que la utilización de este término perpetuaba la existencia del racismo o porque su historia era considerada políticamente incorrecta (Wade, 1999). Aunque la etnicidad hace referencia generalmente a la diferenciación cultural, también tiende a utilizar un lenguaje de lugar, considerando que las relaciones sociales se localizan siempre en un lugar concreto que genera lo que Michael Taussig denomina “una geografía cultural y una topografía moral” (1987:253). Aunque existe mucha proximidad analítica entre las identificaciones raciales y étnicas, es importante mantener una distinción entre ellas para no desdibujar la historia particular por la cual cada una de estas identificaciones ha llegado a tener su fuerza efectiva.

En América Latina, ‘indio’ era una categoría censal y una identidad institucionalizada, es decir marcada por las relaciones con las estructuras oficiales de la burocracia colonial, mientras que ‘negro’ no tenía las mismas connotaciones. Después de la independencia y con el surgimiento de las nuevas repúblicas, estas categorías sufrieron un proceso interesante debido a la necesidad que tenían los países de esbozar identidades nacionales distintivas. Algunos de estos países, como México o Perú, acudieron a sus raíces históricas y convirtieron sus indígenas en símbolos fundamentales de sus identidades nacionales. Pero con los negros sucedió sólo en algunos países como Cuba o Brasil, en donde la fuerte proporción de población negra propició una reevaluación positiva, por lo menos literaria, de su presencia en sus historias nacionales, aunque siempre desde una perspectiva integracionista y controladora. ‘Indios’ y ‘negros’ siguen ocupando distintas posiciones dentro de las estructuras de la alteridad, es decir, no se les ha institucionalizado de igual manera como ‘otros’. Mientras a los ‘negros’ se los ha estudiado generalmente a través de las relaciones raciales y el racismo, de criterios fenotípicos o de estatus económico, a los indígenas se los ha abordado a partir de la etnicidad, es decir de significantes culturales. Señalar estas diferencias históricas entre estas dos categorías permite mostrar que ambas tienen aspectos de categorización racial y étnica, y que el fenotipo también es culturalmente construido.

ENFERMEDAD, SALUD Y ATENCIÓN EN EL ÁMBITO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE LOS GRUPOS ÉTNICO-RACIALES DOMINADOS

Desde los inicios de la colonización y a lo largo del período colonial, tanto los nativos americanos como los negros esclavizados vieron fuertemente afectadas sus condiciones de reproducción y salud, y fueron víctimas tanto de epidemias introducidas por los europeos – contra las cuales no tenían defensas inmunológicas– como de severas condiciones de vida y trabajo. Esta situación trajo como consecuencia una reducción importante de sus poblaciones y su estigmatización, con rasgos negativos y opuestos a los que supuestamente caracterizaban a los colonizadores españoles: perezosos, salvajes, supersticiosos, excesivamente libidinosos e incapaces de salir de la pobreza. Con la independencia y la emergencia de las nuevas naciones, las condiciones de vida y la posición social tanto de los indígenas como de los descendientes de africanos no cambiaron mucho. Si bien el estatus jurídico de ‘indio’ desapareció y se abolió la esclavitud, el modelo colonial no desapareció totalmente, ya que la formación de los estados-naciones después de la independencia no implicó una superación de la colonialidad del poder sino su rearticulación (Quijano, 2000).

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII se empezó a desarrollar una segunda ola de aculturación, que reemplazó los objetivos evangelizadores de Renacimiento por un lenguaje de civilización y productividad. Las preocupaciones decimonónicas por los problemas raciales de las naciones latinoamericanas se transformaron paulatinamente en inquietudes sociales ligadas a los proyectos de reconstrucción nacional. En este contexto cobraron auge a comienzos del siglo XX los debates eugenésicos que volvieron a asignarle un lugar central a la raza como

fundamento para el gobierno de las poblaciones y el establecimiento de una jerarquización social (Facundo, 2003). En América Latina se adoptó una versión blanda de las teorías eugenésicas europeas y se buscó el mejoramiento racial de los pueblos y naciones a través de su educación higiénica, sanitaria, sexual y moral (Facundo, 2003). La Iglesia Católica logró intervenir en la formulación de estas políticas higienistas y la lucha contra las enfermedades venéreas, incluida la sífilis, adoptó características de cruzada moral, como en el caso de la propuesta del certificado prenupcial como medio de control del comportamiento sexual masculino.

La progresiva secularización del poder y la aplicación de nuevos saberes a las políticas públicas se consolidaron con el proceso de industrialización, los masivos éxodos rurales y la asunción por parte del Estado de los asuntos de sanidad e higiene de sus poblaciones. La realidad multicultural y pluriétnica de las naciones latinoamericanas continuó siendo a lo largo del siglo XX objeto de políticas y programas sociales (incluidos los de salud) homogeneizantes con intención ‘redentora’ y civilizadora (Núñez, 1999). Sólo desde mediados del siglo XX las luchas reivindicativas indígenas –y de forma reciente, los movimientos sociales afroamericanos– incluyeron, además de demandas territoriales, lingüísticas y culturales, los derechos sociales, incluyendo los de salud, iguales para todos los ciudadanos.

Por otra parte, la precaria inserción laboral tanto de indígenas como de afroamericanos en el proceso de modernización de la economía no les permitió beneficiarse de los servicios de salud que buscaban mejorar la salud de los trabajadores del sector formal de la economía. En síntesis, la impronta que dejaron las extremas privaciones económicas, jurídicas y sociales, la sumisión político-militar, el vasallaje y la esclavización de los grupos descendientes de las etnias originarias y africanas durante tres siglos, no desapareció con el desarrollo económico. El ejercicio pleno de la ciudadanía y los beneficios de pertenecer a esa comunidad imaginada que llamamos ‘nación’ no han sido logrados totalmente por las poblaciones subordinadas por el colonialismo interno; al contrario, la internacionalización de la economía ha consolidado las condiciones de salud diferenciales, así como las desigualdades y exclusiones en el acceso a la información y a los servicios de salud de estos grupos poblacionales.

Los saberes locales y su relación con la biomedicina

Las relaciones entre los saberes terapéuticos americanos y afroamericanos y los europeos, no fueron, con muy pocas excepciones, relaciones biunívocas. Por el contrario, reprodujeron en el ámbito terapéutico las pugnas entre culturas hegemónicas y culturas dominadas, marginalizando, desconociendo y desplazando las prácticas y los saberes terapéuticos no provenientes de la medicina europea de base científica. Sin embargo, es importante señalar que hubo diferencias en el reconocimiento de las prácticas terapéuticas indígenas y las de origen africano. Mientras en el primer caso la medicina colonial incorporó y registró un fuerte aporte de la medicina tradicional indígena, y muchos de sus medicamentos fueron difundidos en Europa, en el segundo caso la estereotipia que ha rodeado las prácticas culturales de origen africano no permitió el reconocimiento de su contribución al dominio terapéutico.

La difusión masiva de la medicina europea en América Latina desde finales del siglo XIX implicó en primer lugar, un sometimiento de las poblaciones indígenas y africanas a la hegemonía del eurocentrismo como forma de conocer, y en segundo lugar una vasta empresa de aculturación de estas poblaciones a través de dispositivos de imposición y de persuasión que llevaban implícita una misión civilizatoria. La puesta en marcha de los servicios nacientes de salud pública en torno a programas de lucha contra las grandes endemias y de erradicación de las llamadas enfermedades tropicales estuvo siempre asociada a prácticas de inferiorización y sumisión de las poblaciones nativas y afroamericanas, es decir, a la constitución de unas relaciones políticas específicas en las cuales las sociedades occidentales ejercieron su poder a través de la imposición de sus saberes médicos y de sus controles sanitarios (Fassin, 2000)

Desde inicios del siglo XX y hasta los años 50 se produjo lo que Emilio Quevedo llamó “el tránsito de la higiene hacia la salud pública” y se fortalecieron las orientaciones empírico-analíticas o de corte positivista en la salud y la medicina. Sólo después de la década del 50 se produce una convergencia entre las ciencias sociales y la salud generada por la necesidad de extender las campañas de salud pública en los países del Tercer Mundo, particularmente entre los distintos grupos étnicos y entre los sectores populares de estos países. Ante la importancia del problema, los estados optan por apoyar los estudios de las concepciones y prácticas médicas indígenas y populares con el fin de hacer aceptar más estas campañas y de transformar sus normas y prácticas terapéuticas.

La forma más común de incorporar la dimensión étnica en los estudios y programas de salud sexual y reproductiva ha sido a través de lo que se ha llamado el estudio de los factores culturales que intervienen en ella. Estos factores culturales se refieren, en la mayoría de los casos, casi exclusivamente a creencias, mitos y tabúes que –se supone– tienen las poblaciones indígenas y afroamericanas sobre la sexualidad y a sus prácticas terapéuticas en materia de sexualidad y reproducción. La recopilación de estos datos ‘curiosos’ es realizada con el fin de identificar los obstáculos que se oponen al desarrollo del saber médico y de trazar una línea divisoria entre saberes y creencias. Las representaciones y prácticas médicas de estas poblaciones son evaluadas desde el punto de vista del sistema biomédico, asumido como modelo de referencia y como punto de llegada de una única y larga línea evolutiva de saberes terapéuticos.

Las luchas en torno al monopolio del poder sobre la definición legítima de la salud y la enfermedad subsisten hasta hoy, y son una de las explicaciones para entender por qué gran parte de los médicos continúa atribuyendo las dificultades a las que se enfrentan para atender la salud de los grupos indígenas y afroamericanos, a sus características étnico-raciales, calificadas de ‘tradicionales’ y faltas de educación. Igualmente, por qué siguen percibiendo sus condiciones de precariedad económica como una necesidad de atención médica y por qué siguen suponiendo conocer de antemano el contenido de sus relaciones de género, sexuales y reproductivas. La racionalidad de las acciones terapéuticas de los médicos se limita a analizar las condiciones que sus pacientes tienen que cumplir para poder ‘curarse’ mediante la utilización de medicamentos. En este contexto, las acciones de tipo preventivo o informativo son muy

difíciles de llevar a cabo ya que exigen un proceso de comunicación y de interpretación cooperativa para el cual los médicos no están adiestrados.

USO Y ABUSO DE LOS FACTORES CULTURALES EN LOS ESTUDIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA

Algunos estudios, como los realizados por Didier Fassin en Ecuador y en África (2000) señalan que las orientaciones de las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva destinados a poblaciones que han sido objeto de categorizaciones de género, étnicas y raciales, han sobreestimado el peso de los factores culturales en conductas consideradas nefastas para la salud mientras han minimizado e incluso ocultado el papel que desempeñan en estos comportamientos las condiciones materiales de vida. Igualmente sucede con la responsabilidad de las instituciones de salud en las dificultades para poner en práctica las acciones terapéuticas.

En el caso de problemas de salud sexual y reproductiva como el del VIH/Sida, estos sesgos han llevado a que el riesgo de contraer la infección haya sido descrito únicamente como un riesgo asociado a los comportamientos supuestamente característicos de ciertos grupos poblacionales (alcoholismo en los grupos indígenas, promiscuidad en los grupos de afrodescendientes). Igualmente, han llevado también a desarrollar la prevención exclusivamente en torno al uso del preservativo, ignorando otras formas de transmisión del virus –en particular las iatrogénicas– y también elementos socio-económicos como la pobreza, la violencia, y la carencia de los servicios de salud que apuntalan tanto la ocurrencia de la infección como la gravedad de la enfermedad (Dozon & Fassin 2001). Como lo señalan con agudeza estos autores, inscribir la epidemia del Sida únicamente en un registro de interpretación cultural y renunciar a su análisis en términos políticos y económicos, eso implica desconocer la responsabilidad que tienen las instituciones nacionales e internacionales en el desarrollo actual de la infección, y en particular en la división entre quienes tienen y quienes no tienen acceso a los tratamientos médicos antirretrovirales

Pero aún en el campo de la prevención, donde la cuestión de las conductas de riesgo o de precaución es fundamental y supone tener en cuenta la dimensión cultural y cognitiva de las prácticas sociales, es importante plantear una lectura política y económica de los efectos del género, la raza y la etnicidad sobre la salud sexual y reproductiva de los varones. Desde esta perspectiva, las conductas de riesgo de los varones afrodescendientes e indígenas en materia sexual y reproductiva sólo pueden ser interpretadas en el marco de unas relaciones de dominación étnico-raciales históricamente construidas y determinadas, y teniendo en cuenta las implicaciones de estas relaciones en las experiencias de género de estos varones. La adopción de ciertos comportamientos y actitudes considerados de riesgo para su salud sexual y reproductiva, y la de sus compañeras sexuales (como por ejemplo, la multiplicidad de parejas sexuales, el rechazo a utilizar el condón y una iniciación precoz de la sexualidad) es, como lo señala Anjos (2001), una típica profecía que se cumple bajo los efectos conjugados de unas condicio-

nes objetivas de exclusión social y la incorporación subjetiva de los estereotipos asociados a la sexualidad de los varones objeto de categorización racial.

Por otra parte, es importante considerar que la definición de salud sexual y reproductiva vigente está fundamentada en normas y valores (comenzando por el de bienestar) culturales específicos, pese a su apariencia neutral y universal. Igualmente, esto se basa en el supuesto de un mundo en el cual se logre alcanzar el pleno bienestar (físico, mental y social) a través de la ciencia y tecnología médicas, como expresiones paradigmáticas del progreso que trae la modernidad. Explicitar estos supuestos implica cuestionar la perspectiva según la cual la biomedicina y sus expresiones concretas y operativas constituyen el punto de referencia desde el cual se analizan las distintas respuestas terapéuticas, y los distintos comportamientos y actitudes considerados de riesgo. Los factores culturales han estado presentes no sólo en las prácticas y representaciones de los colectivos sociales respecto de la salud sexual y reproductiva, sino también en las formas de diagnóstico y tratamientos biomédicos propuestos. Por tal razón, también es necesario descodificar los factores culturales que han operado en la relación de la biomedicina con los pacientes cuando estos son miembros de grupos sociales dominados.

Asimismo, es forzoso develar un conjunto de presupuestos con los que se ha analizado la incidencia del género, la raza y la etnicidad en la salud sexual y reproductiva de las poblaciones. Esta operación supone, por ejemplo, interrogarse sobre la relación sujeto/cultura que se utiliza en las investigaciones sobre el tema. En ellas se asume generalmente una articulación sujeto/cultura en términos de identidad que termina negándoles el atributo de sujeto a los miembros de dichos grupos e ignora una serie de propuestas teóricas desarrolladas en las últimas décadas, según las cuales las identidades de género y étnico raciales son relacionales y dinámicas; no son identidades adheridas de manera inherente a un tipo de individuos o grupos sino identidades variables según las épocas y situaciones (Menéndez, 2000).

Desde otro punto de vista es importante señalar que aunque teóricamente se ha insistido en la necesidad de incluir los factores culturales en el proceso de salud/enfermedad/atención, en la práctica, la biomedicina y el sistema médico niegan la importancia de lo cultural. Si observamos lo que sucede en los servicios de salud, encontraremos que uno de los problemas más comunes de la relación entre el médico 'occidental' y el paciente de un grupo étnico-racial dominado es el de la exclusión de su palabra en la relación terapéutica. Los factores institucionales y financieros de los servicios de salud desestimulan la inclusión de la expresión cultural del paciente, ya que el tiempo real de consulta de un médico no puede exceder en el mejor de los casos quince minutos en un hospital público. En la actualidad, la tendencia real de los servicios de salud es limitar la palabra cultural del paciente, y la de la biomedicina es centrarse más en el signo y la enfermedad que en el enfermo y sus síntomas. Los médicos no están preparados para posibilitar la expresión de esta palabra y menos aún para articularla con procesos culturales formulados a través del padecimiento (Menéndez, 2000).

REFLEXIONES FINALES

La redefinición de las naciones latinoamericanas a partir del reconocimiento de su carácter pluriétnico y multicultural parecería haber generado un espacio nuevo para que las poblaciones indígenas y afroamericanas expresaran sus demandas sociales, incluidas las de salud. Sin embargo, el reconocimiento de esta diversidad ha sido fundamentalmente retórico y lo que en realidad ha sucedido es que en la mayor parte de los países latinoamericanos se han recortado las escasas formas de protección social que brindaba el Estado, y se ha trasladado a las comunidades indígenas y afroamericanas la tarea de gestionar el bienestar de su propio grupo social. El reconocimiento formal de su diversidad ha sido utilizado para amortiguar la conflictividad social producida por la pobreza y los recortes presupuestales en salud.

El fuerte predominio de la lógica de mercado en los servicios de salud ofrece serias dificultades para el logro del derecho a la salud. Por una parte, la inducción de la demanda en servicios de salud en grupos étnico-raciales dominados termina induciendo la medicalización de sus vidas, volviéndolos usuarios o clientes del sistema médico occidental que espera satisfacer sus demandas de atención. De esta forma, la participación social de estas poblaciones ya no se plantea en términos del ejercicio de su ciudadanía sino en su calidad de consumidores en el mercado de los servicios de salud. El reconocimiento de sus diferencias culturales no puede convertirse en una forma de eludir el problema de las desigualdades sociales que sufren estos 'otros'. Por eso es necesario plantear una articulación del proceso de salud/enfermedad/atención en el ámbito sexual y reproductivo con los derechos individuales y colectivos de estos grupos sociales e incluir en la agenda de las movilizaciones sociales alrededor de la ampliación de la ciudadanía, la reivindicación del derecho a la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de las comunidades indígenas y afrocolombianas.

Para finalizar, quisiera subrayar que integrar una perspectiva étnico-racial a los estudios en salud sexual y reproductiva implica algo más que adicionar una nueva variable sociodemográfica a su análisis. Por el contrario, se trata de reconocer el peso que tienen la etnicidad y la raza en la salud sexual y reproductiva de los grupos indígenas y afrocolombianos, al ser grupos sociales dominados simbólicamente y sometidos a la injusticia económica. Siendo grupos dominados simbólicamente, han sido objeto de discriminación y sus prácticas y saberes terapéuticos no han sido respetados. Siendo grupos sometidos a la injusticia económica han sido los que en términos generales están en peores condiciones materiales y presentan mayores índices de mortalidad, morbilidad, analfabetismo y pobreza absoluta. Por lo tanto, sus demandas en el campo de la salud sexual y reproductiva requieren respuestas tanto económicas y sociales como de reconocimiento cultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANJOS, J. C. dos. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. Ponencia presentada en el Seminário Raça/Etnicidades na América Latina: questões sobre saúde e direitos reprodutivos, 22 y 23 de noviembre, Rio de Janeiro, 2001.
- DOZON, J. P. & FASSIN, D. (Dir.) *Une Critique de la Santé Publique: une approche anthropologique*. Paris: Balland, 2001.
- FACUNDO, A. *Las Políticas del Cuerpo: el problema de la higiene en Bogotá, 1930-1950*, 2003. Monografía para optar al título de Antropóloga. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- FASSIN, D. *Les Enjeux Politiques de la Santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala, 2000.
- FASSIN, D. Au coeur de la cité salubre: la santé publique entre les mots et les choses. In: DOZON, J. P. & FASSIN, D. (Dir.) *Une Critique de la Santé Publique: une approche anthropologique*. Paris: Balland, 2001.
- FIGUEROA, J. G. Algunas reflexiones sobre la participación masculina en los procesos de salud reproductiva. Ponencia presentada en el Seminario Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, International Union for the Scientific Study of Population, Zacatecas, México, 1995.
- FIGUEROA, J. G. Algunas propuestas analíticas para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. In: VALDÉS, T. & OLAVARRÍA, J. (Eds.) *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago: Flacso/Unfpa, 1998.
- GOMENSORO, A. et al. *La Nueva Condición del Varón*. Montevideo: Editorial Fin de Siglo, 1995.
- KEIJZER, B. de. La masculinidad como factor de riesgo. Ponencia presentada en el Seminario Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline, International Union for the Scientific Study of Population, Zacatecas, México, 1995.
- LEÑERO, L. Los varones ante sí mismos. In: ELÚ, M. del C.; LEÑERO L. & OTERO, E. *De Carne y Hueso: estudios sociales sobre género y reproducción*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 1992.
- MENÉNDEZ, E. Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. In: PERDIGUERO E. & COMELLES J. M. (Eds.) *Medicina y Cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2000.
- NÚÑEZ, G. *Sexo entre Varones: poder y resistencia en el campo sexual*. México: Pueg, El Colegio de Sonora, Miguel Angel Porrúa, 1999.
- QUIJANO, A. Colonialidad del poder: cultura y conocimiento en América Latina. In: MIGNOLO, W. (Comp.) *Capitalismo y Geopolítica del Conocimiento: el eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo*. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2000.
- SALCEDO, H. El aborto en Colombia: exploración local de la experiencia masculina. Informe final presentado a la OMS & CIDS, Universidad Externado de Colombia, 1995.
- SCAVONE, L. Anticoncepción, aborto y tecnologías conceptivas. In: SCAVONE, L. (Comp.) *Género y Salud Reproductiva en América Latina*. Cartago (Costa Rica): Libro Universitario Regional, 1999.
- SCOTT, J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. In: LAMAS, M. (Comp.) *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Pueg, Porrúa, 1996.
- STOLCKE, V. Antropología del género. In: PRAT, J y MARTÍNEZ, A. (Eds.) *Ensayos de Antropología Cultural: homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Barcelona: Editorial Ariel, 1996.
- TAUSIG, M. *Shamanism, Colonialism and the Wild Man: a study in terror and healing*. Chicago: Chicago University Press, 1987.
- VIVEROS, M. Notas en torno a la categoría analítica de género. In: ROBLEDO, A. I. & PUYANA, Y. (Comps.) *Ética, Masculinidades y Feminidades*. Bogotá: Ces/Universidad Nacional, 2000.
- VIVEROS, M. *De Quebradores y Cumplidores: sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*. Bogotá: CES, Universidad Nacional, Fundación Ford, Profamilia - Colombia, 2002.

- VIVEROS, M. & GÓMEZ, F. La elección de la esterilización masculina: alianzas, arbitrajes y desencuentros conyugales. In: ARANGO, L. G. et al. *Mujeres, Hombres y Cambio Social*. Bogotá: CES-Facultad de Ciencias Humanas UN, 1998.
- VIVEROS, M.; GÓMEZ, F. & OTERO, E. Las representaciones sociales sobre la esterilización masculina: el punto de vista de los oferentes del servicio de vasectomía en la Clínica del Hombre en Bogotá. *Cadernos en Saúde Pública*, 14:97-103, 1997.
- WADE, P. *Raza y Etnicidad en América Latina*. Quito: Abya-Yala, 1999.