

El derecho de las mujeres a vivir su Sexualidad sin dolencias

Por Ana María Costa

Resumen

El derecho de las mujeres a vivir su sexualidad sin dolencias. Una reflexión feminista sobre el derecho de las mujeres a una vida sexual libre de contraer enfermedades, que considera tres dominios: la sexualidad, el género y la salud (Ana María Costa)

Introducción

La autora, médica salubrista brasileña, es especialista en políticas sociales. Fue coordinadora del equipo que elaboró el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer, PAISM, y ha sido coordinadora nacional de este programa en el ámbito del Ministerio de Salud de Brasil. Artículo publicado en Cuadernos Mujer Salud 5/2000, "Mujeres, sexualidades, derechos. Un camino en construcción".

El desafío, en esta oportunidad, es desarrollar una reflexión feminista sobre el derecho de las mujeres a una vida sexual libre de contraer enfermedades. Sin salirme de mi lugar como médica, utilizaré el instrumental que entrega la bioética feminista para señalar algunos aspectos que considero importantes para nuestra reflexión colectiva, planteando cuestiones acerca de nuestra postura ante las mujeres que sufren en el ejercicio de su sexualidad. La bioética es fruto de un nuevo campo disciplinario que sostiene haber incorporado la diversidad moral como principio regulador de los conflictos morales (Diniz, 1999). Y esa situación, según nosotras, resulta en un conflicto moral.

Antes de seguir avanzando en el tema, es necesario puntualizar algunas referencias someramente constatadas en los numerosos estudios realizados sobre el tema. Primero está el hecho de que en el campo de la salud y la sexualidad convergen tres dominios: la sexualidad, el género y la salud (Gogna, Ramos, 1999) y que, por lo tanto, cualquier intervención que pretenda lograr impacto en la salud debe tomar esto como referencia. El segundo punto es el hecho de que las representaciones sociales de las dolencias de transmisión vinculadas a la práctica sexual son radicalmente diferentes para hombres y para mujeres. Finalmente, sin profundizar en los datos epidemiológicos, hay que mencionar la importancia de estas enfermedades en las mujeres, agregando al cuadro general el recrudecimiento de la sífilis y la gravedad del problema de la feminización y pauperización del SIDA.

Como seres humanos, tenemos la posibilidad de pertenecer a diversas comunidades morales, y de acuerdo a cada una de ellas, cumplimos varias obligaciones morales que muchas veces son conflictivas. Otra posibilidad es que haya antagonismo entre estos deberes morales y nuestros compromisos privados. Frecuentemente esto genera dilemas y, en la ilusión de librarse de

ellos, la solución que se adopta más a menudo implica la incorporación de otro nuevo conjunto de moralidades, en sustitución del anterior, que ahora nos es problemático e incómodo. Y aunque existiese un tribunal moral que estableciera más y más deberes morales complejos, ni siquiera así este dilema se resolvería (Rorty, 1997). Tenemos la certeza de que estas afirmaciones encuentran resonancia en nuestras experiencias personales, como se ha visto en la frecuencia y la diversidad de conflictos morales que experimentamos en la vida cotidiana como médicas y médicos.

Otro desafío ético está implícito en la convivencia y la tolerancia con nuestros extraños morales. La tendencia de ignorar a quienes son diferentes a nosotras/os, proviene de la intolerancia con todo aquello que identifica la diferencia del otro. Aunque sirva de consuelo el hecho de que tal como no hay forma de validar el conjunto de valores y subjetividades de una persona o de una cultura, no hay recetas para deshacer y rehacer este complejo ovillo, ni aun cuando el mismo sea sometido a prueba. Esta constatación resitúa nuestros límites a las verdades sobre las cuales podemos dudar pero jamás ignorar, lo que nos exige escoger un camino. Este es, entonces, el objetivo de nuestra reflexión, bajo la iluminación del feminismo y de la propuesta de Rorty sobre la solidaridad.

En el contexto de la posmodernidad, marcada por la crisis del esencialismo, la contribución feminista ha tratado de detallar las relaciones de la mujer, procurando profundizar los aspectos de las relaciones de género. De esta forma, nos hemos ocupado de desbaratar la idea de que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres sean por sí mismas responsables por la subordinación y opresión de las mujeres. Eso estaría basado en el presupuesto de que los atributos sociales designados en nuestra sociedad para cada sexo han sido determinados por su origen biológico diferenciado. Por lo tanto, nuestro objetivo es luchar contra la naturalización de la asimetría sexual y social de las mujeres, resultante de las relaciones de género.

Las/los médicos hemos realizado intervenciones sobre el cuerpo y la salud de las mujeres, transplantando y diseminando nuevos valores y significados que generalmente implican la creación de nuevas necesidades. El resultado es la medicalización del cuerpo, de los dolores de vivir y de los fenómenos fisiológicos y reproductivos que acaecen en la mujer. Sólo para puntualizar un ejemplo, vemos cómo la ligadura tubaria, incorporada como método de control de la fecundidad, está hoy consagrada como valor cultural, es un artículo de consumo incluido en los proyectos de vida de las familias brasileñas. Más recientemente, pero no con menor eficacia, la terapia de reposición hormonal es difundida a través y a partir de nuestro aval, como necesidad de reintroducir algo que le falta al cuerpo, algo que ya no se tiene y que restituirá a las mujeres los años perdidos. No sólo es abominable la universalización de la indicación de esta terapia que lamentablemente viene aconteciendo, sino que también una vez más se pierde la oportunidad de establecer otro nivel de relación entre médicos y mujeres, nivel que estimule en estas la confianza y la autoestima. Establecer el reconocimiento de la necesidad de información de las mujeres sobre lo que les está ocurriendo e incluso acerca de los innumerables efectos

colaterales que pueden ocurrir con dicha terapia, además de los límites reales de su acción, deberían constituir rutinas en esta modalidad de atención.

La intervención feminista en el campo de la salud viene realizando, sistemáticamente, un enfrentamiento y una crítica a la práctica médica intervencionista y moralizante sobre el cuerpo femenino y, al mismo tiempo, denunciando la relación de poder que emerge de esta situación, siempre identificada en forma asimétrica en lo que concierne a la localización y al uso del poder. Y, por lo tanto, siendo productora de una condición más de subordinación de las mujeres.

Modelo jerarquizado de moralidad

Sin embargo, en relación a las dolencias sexualmente transmisibles, lo que se puede deducir es que la imposición de normas a través del poder médico, o sea, la “prescripción normativa médica”, no ha resultado en cambios concretos de actitudes o de comportamientos que puedan ser responsables por la reducción de riesgos relacionados con estas enfermedades. Con esto se puede inferir que los médicos están “hablando” muy poco a las mujeres que atienden. Esta es, también, una evidencia de la distancia enorme entre médicos y mujeres, en la condición de dos extraños morales. Esto puede ser contabilizado como una pérdida cuando se considera la relación clásica médico/paciente, donde la moralidad de aquel prevalece, fundada en el supuesto poder del conocimiento médico lo que lo convierte, sin duda, en una autoridad moral.

En este modelo jerarquizado de moralidad, lo que se procesa normalmente es una práctica de transplante de valores morales a partir de los que saben del cuerpo, de la enfermedad y de la vida -es decir, los médicos- hacia quienes ignoran de estos procesos -o sea, las mujeres-. Y es así, por la anulación del valor de otro, que nuestra práctica médica impide a las mujeres el reconocimiento, la sustentación y la identificación de sus valores morales. Esta práctica oculta, en cierta forma, un “inocente” recurso esencialista. Inocente porque está fundado especialmente en el presupuesto de la eficacia de la orientación moral médica, acreditada como esencial, puesto que proviene de la autoridad moral, o sea, del médico.

Sobre esto tenemos que constatar, y nuestra práctica real lo confirma, que de la misma forma que no hay *esencia humana*, no existe orientación moral esencial. La verdad, a base del raciocinio secular, ha sido el sustento de la ética médica clásica cuyo fundamento está basado en la negación de la existencia de la diversidad real entre dos perspectivas morales. Engelhardt, uno de los importantes estudiosos contemporáneos en bioética, nos despierta de esta ilusión inocente afirmando que “la aspiración era descubrir, por la razón, una moralidad común que uniese a todos, y proporcionase la función de la paz perpetua... Esta esperanza se demostró falsa” (Engelhardt, 1996:29).

Nosotros, las/os médicos, siempre sustentamos un rasgo de héroes. Somos antitrágicos puesto que, lidiando con certezas y verdades, eliminamos de nuestras prácticas la posibilidad de la tragedia y, más aun, negamos su existencia (Diniz, 1999). Esto nos transforma en guardianes privilegiados de la

moral, estando nuestra moral médica elevada a la condición sagrada. Tanta grandeza nos resitúa desde la condición humana hasta la plenitud de los semidioses. El gozo de esta plenitud oscurece la realidad, moldeando y volviéndola confortablemente suficiente.

De esto, examinemos con más detalle nuestra práctica médica específicamente el acto médico, en el lugar de atención de una mujer portadora de una enfermedad transmitida por el sexo. Constatada la dolencia y su naturaleza, son varios los dilemas para el médico: esclarecer o no el origen de la dolencia y con esto introducir la duda sobre la fidelidad del esposo o compañero o, por el contrario, mantener la ignorancia de la mujer sobre su propia vida, convencido de que la está protegiendo. En este escenario, por lo menos tres personajes distintos en sus moralidades, están directamente implícitos: los dos miembros de la pareja y el médico.

La ligazón o vínculo sexual implica un relacionamiento entre las dos personas, razón por la cual la prevención y el tratamiento de las ETS inevitablemente -por acción u omisión- implica a los integrantes de la pareja (Gogna, Ramos, 1999). Sin embargo, la acción médica de sentido común refuerza y fortalece el modelo de los estereotipos de género, evitando provocar conflictos entre los cónyuges. El dilema moral que se trasluce de la situación anterior nos sirve para reflexionar sobre la práctica médica individual, pero también nos indica caminos más ambiciosos, incluyendo la adopción de políticas y estrategias para la reorientación de los servicios de atención de salud.

Las ETS afectan a hombres y mujeres de forma distinta, tanto biológica como culturalmente, siendo relevante mencionar el hecho de que las ETS en las mujeres muestran menos síntomas y señales que en los hombres. Por otro lado, desde el punto de vista cultural, las mujeres son siempre consideradas culpables como diseminadoras y propagadoras de estas dolencias, siendo generalmente acusadas por ello. Esta culpa, relacionada a la concepción pecaminosa que existe sobre la mujer, en realidad no corresponde a los hechos. Como expone Dixon- Mueller y Wasserheit (citado e Gogna, Ramos, 1999): “es más probable que una mujer no infectada adquiera una ETS de una pareja infectada que acontezca lo contrario, así como es más plausible que, a largo plazo, ella sufra consecuencias más serias, como procesos inflamatorios pélvicos, embarazo ectópico, cáncer de cuello uterino, dolores pélvicos crónicos o infertilidad”.

Para muchos hombres, en cambio, el hecho de conocer a una persona y tener sobre ella una evaluación subjetiva sobre su higiene, es una forma eficaz de protegerse contra las ETS. Lo que se constata es que son tantas las representaciones sociales sobre la vulnerabilidad y riesgos relacionados con estas dolencias que nuestro desconocimiento de estas representaciones nos distancia de forma tal que hace imposible el diálogo. Es la ineficacia del diálogo entre comunidades de extraños morales.

Ante esta *impasse*, reafirmamos que cualquier ampliación de conocimiento que apunte a la mejoría de la salud a partir del cambio de comportamiento, debe estar fundamentada en el desarrollo de la conciencia crítica sobre las

circunstancias que rodean la vida cada persona. Así, las intervenciones en el campo de la salud deben tener por objetivo provocar estas transformaciones, promoviendo una consciencia que pueda estimular a las personas a reflexionar críticamente (Gogna, Ramos, 1999), en lugar de pasivamente internalizar imágenes, normas, sistemas y valores que, en general, son aceptados como verdaderos.

La vulnerabilidad femenina agrega a los aspectos biológicos las situaciones generadas a partir de la asimetría de los géneros y es especialmente reforzada cuando entra en escena la categoría *amor*, haciendo prácticamente incompatible la adopción de las llamadas prácticas de sexo seguro (Martín, citado por Barbosa, 1999). Penetrar en las complejas dimensiones de las prácticas preventivas y de la negociación sexual implica analizar minuciosamente las bases de la conyugalidad y de las vivencias amorosas, implica discutir en profundidad la realidad de las relaciones entre la pareja, constituyendo, por lo tanto, una situación amenazadora. El horror de conocer lo real viene de la certeza de la crueldad que esto implica, o sea, la naturaleza intrínsecamente dolorosa y trágica de la realidad. Por otro lado, al sobrepasar el límite de la tolerancia de esta realidad cruel, el ser humano tiene la oportunidad de un momento privilegiado, es decir, la lucidez sobre la realidad en general, y sobre la suya en particular, logrando con esto reconstruirse a partir de nuevos significados.

De esta forma, se constata que *lo que la moral censura no es, de modo alguno, lo inmoral o injusto, o escandaloso, sino que lo real -única y verdadera fuente de todo escándalo... En otras palabras es inmoral dar a conocer, a quien quiera que sea, la verdad cuando esta es desagradable, o sea, la verdad solo es admisible hasta cierto grado de crueldad, más allá del cual se encuentra prohibida* (Rosset, 1998). Es decir, nuestra práctica médica se ha pautado por pactos morales “protectores” de lo real.

Para las mujeres casadas, grupo vulnerable a las ETS, particularmente al SIDA, la adopción de prácticas protectoras y de prevención tropieza con la necesidad de confrontar lo real y doloroso de sus vidas privadas. Adoptar medidas preventivas es admitir lo inadmisibile, la infidelidad. La vivencia del horror trágico puede estar encima de los límites soportables, y de esto puede resultar el abismo, la locura.

La idea de negociación sexual, estrategia preconizada para la adhesión de los métodos y prácticas preventivas, exige algunas referencias básicas que no permitan su transformación en el discurso médico moralizador e ineficiente. La negociación sexual debe presuponer el reconocimiento de los deseos diferenciados entre cada uno de los miembros de la pareja sexual, la equivalencia de la satisfacción de ese deseo y la condición determinada por la tendencia de poder entre ellos (Barbosa, 1999).

Sin embargo, la reflexión sobre la negociación sexual como estrategia de prevención de las ETS y el SIDA entre hombres y mujeres, asume otra perspectiva si comprendemos la sexualidad como algo perteneciente a sujetos sociales insertos en redes de significados y valores que modelan

comportamientos, actitudes, deseos y fantasías probables de redefinición y resignificación (Barbosa, 1999).

De esta oportunidad las mujeres se pueden beneficiar, de la posibilidad de que ocurra una transformación *ironista, referida a aquel que duda y, por tanto, se reinventa* (Rorty, 1997). Es esta condición la que permite el redimensionamiento del papel del médico y que se manifiesta en su potencial de contribución. Esto exigiría una reorientación de su trabajo, comprendiendo necesariamente la discusión con las mujeres acerca de sus preocupaciones sobre la sexualidad y estimulando, al mismo tiempo, la autoestima y conciencia crítica en cuanto a su condición y sumisión de género.

Aun reconociendo que toda situación de confrontación de moralidad entre extraños morales requiere la necesidad de cautela y tolerancia, es necesario penetrar en el contexto de estas moralidades diferenciadas y así identificar la situación o situaciones que, en la confrontación, resultan en desigualdad y humillación para una de las partes comprometidas. En seguida tenemos que preguntarnos sobre nuestra tolerancia a enfrentar esta sumisión y humillación de otro. Y es esta la respuesta que debe iluminar y redefinir nuestro camino en cuanto profesionales, volviéndonos solidarios ante las/los vulnerables. De esta forma, la práctica médica se inscribe como un instrumento aliado para el empoderamiento de las mujeres.

En esta perspectiva estamos admitiendo la existencia del progreso moral. Ese progreso va, efectivamente, en la dirección de una mayor solidaridad humana. Pero tal solidaridad, como nos alerta Rorty, no es pensada como el reconocimiento de un "yo" central, de la esencia humana en todos los seres humanos como sucede en el modelo cristiano, donde la búsqueda de la perfección moral impone el mismo tratamiento a todos, independiente de su historia individual, entendidos como semejantes y pecadores. Es pensada, más bien, como la capacidad de considerar cada vez más las diferencias tradicionales (de etnia, religión, género, raza, costumbres, etc.) como menos importantes en comparación con las semejanzas, semejanzas en lo que se refiere al dolor y a la humillación. Se trata de la capacidad de pensar compasivamente respecto de personas muy diferentes de nosotros, pero que están incluidas en la esfera del "nosotros".

El proceso de extensión del "nosotros", al ser iniciado debe intentar encontrar a los que visualizamos como "ellos" y no como "nosotros". Debemos intentar buscar nuestras semejanzas con estas personas y, así, crear un sentido más abarcador de solidaridad de lo que actualmente tenemos (Rorty, 1997). ¿Y quién sabe si esta no será una piedra más en nuestra revolución feminista?.

Referencias

Diniz, D. (1999). *Da impossibilidade do trágico: conflitos morais e bioética*. Tesis doctorado. Universidade de Brasilia. Departamento de Antropología.

Rorty, R. (1997). "Solidarity or objectivity". En: *Objectivity, Relativism and Truth, Philosophical Papers*, Vol. 1, Cambridge. Cambridge University Press.

Ciudadanía Sexual
Boletín Electrónico 16

Engelhardt, H. T. (1996). *Fundamentos da Bioética*. São Paulo, Edições Loyola.

Barbosa, R. "Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS". En: *Sexualidade pelo Avesso- Direito, Identidade e Poder*. Regina Barbosa y Richard Parker, org. IMS/UERJ, Río de Janeiro, Editora 34.

Gogna, M; Ramos, S. (1999). "Crenças leigas, estereotipos de gênero e prevenção de DSTs". En: *Sexualidade pelo Avesso- Direito, Identidade e Poder*. Regina Barbosa y Richard Parker, org. IMS/UERJ, Río de Janeiro, Editora 34.

Rosset, C. (1988). *Le Principe de Cruauté*. París, Les Editions de Minuit.

Fuente: REVISTA **MUJER SALUD** / RED DE SALUD DE LAS MUJERES
LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE **RSMLAC** 2-3/2004
Tomado de MODEMMUJER