

Salud sexual, anticoncepción y relaciones de género

LORENA SETIEN

EQUIPO FOCAL TERRITORIAL INTERSECTORIAL (EFTI)

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO NO INTENCIONAL EN LA ADOLESCENCIA

PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MARÍA ALEJANDRA OROZCO

GINECÓLOGA, ISLAS CANARIAS (ESPAÑA)

CÁTEDRA LIBRE DE SALUD DE LA MUJER (UNLP)

Resumen

La sexualidad de las mujeres se representó siempre como impulsiva, desenfrenada, ingobernable; justificando la necesidad de que la racionalidad del hombre encausara la expresión libidinal femenina a través del matrimonio. El mandato social termina por definir los límites de lo posible en términos subjetivos, ya que la posibilidad de decidir no tener hijos históricamente se tornó inviable para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, las decisiones que tomen las mujeres sobre su sexualidad y su (no)reproducción representan un acto de agenciamiento que puede alterar las negociaciones y el ejercicio de poder al interior de su pareja y fomentar relaciones de género más equitativas a nivel social.

Palabras clave

Sexualidad; género; decisiones; reproducción.

En este trabajo nos proponemos reflexionar acerca de la salud sexual y (no)reproductiva de las mujeres en el marco de las relaciones de género dominantes. Partimos de la base de que el concepto de género no hace referencia a una condición individual, inherentes a la naturaleza de los sujetos, sino a una dimensión social, histórica y relacional que, a través de la reproducción de representaciones simbólicas estereotipadas sobre lo femenino y lo masculino, termina condicionando los procesos identitarios de las personas y regulando sus comportamientos mediante la internalización de elementos genéricos reconocibles y socialmente aceptados. Es en este sentido que retomamos la dimensión de género como categoría analítica, entendiéndolo como elemento constitutivo de las relaciones sociales,^(1, 2) que refleja una valoración social desigual de lo masculino y lo femenino. De modo que incorporar la dimensión de género en términos relacionales para pensar la salud sexual y la (no)reproducción, nos permite problematizar las desigualdades existentes entre mujeres y varones y las formas complejas en que esa desigualdad se reproduce y se actualiza a través de múltiples discursos y prácticas.

En este punto, el concepto de modo de subjetivación⁽³⁾ nos ayuda a analizar la forma en que las mujeres construyen su subjetividad en diálogo con los mandatos sociales de género y las expectativas que la sociedad deposita sobre ellas. Según este concepto, el modo de subjetivación tradicional del género femenino instituyó un modelo de mujer que, históricamente, estuvo ligado a la conyugalidad y la maternidad como símbolos de prestigio social y como elementos estructuradores de la vida de las mujeres, configurando para ellas estilos diferenciados y desiguales de vinculación afectiva y circulación libidinal.

En este trabajo sintetizamos los principales mandatos sociales atribuidos al modo de subjetivación tradicional femenino para analizar, de

manera dialéctica, la forma en que esas representaciones hegemónicas se expresan en las experiencias vitales de las mujeres y modulan el desarrollo de su sexualidad, condicionando su salud sexual y su (no)reproducción. ¿Qué lugar ocupa el cuerpo de las mujeres y sus decisiones sobre su sexualidad y su (no)reproducción en las relaciones de género vigentes? La salud sexual y las prácticas anticonceptivas, ¿son un dispositivo de control del cuerpo de las mujeres? Finalmente, este trabajo se propone como una instancia reflexiva e interdisciplinaria para repensar el rol de la salud, entendiendo que desde un modelo de atención feminista se pueden desencadenar procesos que habiliten la autonomía de las mujeres y sean transformadores y disruptivos de la subordinación estructural.

La conyugalidad como valor social

Uno de los mandatos sociales que históricamente marcó las aspiraciones y los anhelos de muchas mujeres estuvo vinculado a la conyugalidad como valor distintivo de una «buena mujer», caracterizada por la obediencia, la fidelidad, el cuidado abnegado y la pasividad. En términos del despliegue de la sexualidad, este modo de subjetivación se traduce en lo que **SUSANA ROSTAGNOL** llama obligatoriedad conyugal,⁽⁴⁾ que llevó a muchas mujeres a sacrificar su propio placer por el deber de satisfacer el deseo de su pareja.

Esta idea de obligación conyugal se asienta en el mito del amor romántico, que sentimentaliza los vínculos de pareja bajo la falsa idea de complementariedad. En este sentido, la autora **ALICIA PULEO⁽⁵⁾** sostiene que esa idea del amor es uno de los pilares del patriarcado contemporáneo, una forma sofisticada en que se reactualiza la dominación masculina a

través de una dinámica de inversiones afectivas y sentimentales desiguales entre hombres y mujeres, donde las mujeres dan más de lo que reciben. Esta romantización de la subordinación y la obligación conyugal va a contribuir a la naturalización, «por amor», de la falta de deseo por parte de las mujeres, invisibilizando las dificultades que tienen para negociar libremente sobre su sexualidad y sus prácticas anticonceptivas.

La naturalización de la falta de consentimiento de las mujeres fue descrita por **CAROL PATEMAN**⁽⁶⁾ como algo propio del contrato sexual que instauró la Modernidad, y que supuso para el espacio privado doméstico una «actividad sexual normal consensual» entre los conyugues, en el marco de un contrato de matrimonio que, en realidad, habilitaba a los varones a tener acceso ilimitado al cuerpo de las mujeres. En este punto la autora introduce el concepto de sumisión forzada o involuntaria⁽⁶⁾ para describir la forma en que el consentimiento de las mujeres queda anulado o invisibilizado dentro de la relación conyugal.

Actualmente, esta sumisión forzada o involuntaria se expresa en la dificultad de muchas mujeres de problematizar la ausencia del propio placer en sus relaciones sexuales conyugales, reduciendo su sexualidad a la posibilidad de tener hijos o de complacer a la pareja. La imposibilidad de reconocer sus propios deseos y disfrutar de las relaciones sexuales de manera placentera afecta su salud sexual. Por otro lado, esta sumisión involuntaria puede contribuir a la justificación de comportamientos abusivos por parte de los varones, naturalizando presiones, celos y distintas formas de violencia simbólica, vigentes en muchas relaciones conyugales, donde los hombres siguen decidiendo sobre el cuerpo de las mujeres, su sexualidad y su reproducción, a través del control de las prácticas sexuales y de la anticoncepción.

Reputación femenina y doble moral

La Modernidad también consolidó la idea de una doble moral erótica para varones y mujeres.^(6, 5, 3) Funcionales al patriarcado, los mandatos sociales tradicionales exigían a las «buenas mujeres» que circunscriban la expresión del erotismo y el ejercicio de la sexualidad a las relaciones conyugales, para asegurar la legitimidad de su descendencia; mientras que los hombres gozaban de otras prerrogativas en el espacio público. Asimismo, la sexualidad de las mujeres se representó como impulsiva, desenfrenada, ingobernable; justificando la necesidad de que la racionalidad del hombre encauzara la expresión libidinal femenina a través del matrimonio.

En este contexto, el modo en que las mujeres construyeron su subjetividad estuvo ligado, tradicionalmente, a la represión del erotismo y a su sensualidad dispuesta sólo como objeto del deseo de sus parejas. La libertad sexual, la expresividad libidinal y la apropiación del cuerpo como fuente de placer por parte de las mujeres son actitudes que fueron juzgadas socialmente a través de discursos morales que funcionaron como dispositivos de regulación del placer.

Históricamente, esta doble moral condicionó la vida sexual de muchas mujeres, que reprimían su sexualidad o trataban de mantenerla oculta para evitar juicios morales. No poder disfrutar de su sexualidad libremente no sólo afecta el bienestar psicosocial de estas mujeres, sino que les limita el acceso a información y recursos que les permitan tener relaciones más cuidadas y placenteras.

Aunque actualmente las mujeres gozan de mayor libertad sexual, en términos de disrumpir con la conyugalidad y la heteronormatividad y elegir cuándo y con quién tener relaciones sexuales más allá de los

mandatos, **ALICIA PULEO** advierte que, muchas veces, esa libertad está construida en torno a valores masculinos de sexualidad «correcta» (desapego emocional, múltiples partetaires, frecuencia alta, coitocentrismo).⁽⁵⁾ En este sentido, superar la doble moral no implica equiparar el empoderamiento y la libertad sexual de las mujeres a la posibilidad de tener relaciones sexuales con quién elijan, sino comprender que esas relaciones «elegidas» también se dan en el marco de una estructura patriarcal, y que para que las relaciones sean placenteras para varones y mujeres deben basarse en la construcción de relaciones de género más equitativas, que subviertan la dominación masculina y que prioricen el cuidado y el deseo de cada persona como pilares de la salud sexual.

La maternidad como destino

Por último, uno de los mandatos sociales de género que más fuertemente permeó sobre la vida de las mujeres se relaciona al mito mujer=madre,⁽⁷⁾ que instaló en el imaginario social la idea de que la mujer alcanza su realización personal a través de la maternidad. De esta manera, la reproducción y las tareas de cuidado se asociaron a una supuesta naturaleza femenina (el instinto materno), prescribiendo para las mujeres un conjunto de acciones apropiadas y deslegitimando otras que no encuadraban en ese modelo.

Pero esta idea de maternidad como necesidad y destino de todas las mujeres no se agota en las representaciones y expectativas sociales, sino que interviene en el modo de subjetivación tradicional de las mujeres. Es así como «el mito mujer=madre organiza tanto el conjunto de prescripciones que legalizan las diferentes acciones en el concebir, parir y

criar la descendencia, como los proyectos de vida posibles de las mujeres concretas». ⁽⁷⁾

La Modernidad termina de consolidar la escisión entre maternidad y erotismo, lo que repercute en la salud sexual de las mujeres que no logran separar el ejercicio de su sexualidad del tradicional rol reproductivo que se les adjudica, invisibilizando una vez más la dimensión del placer y concibiendo la eventualidad de un embarazo como consecuencia inevitable de una vida sexual activa. De esta forma, el mandato social termina por definir los límites de lo posible en términos subjetivos, ya que la posibilidad de decidir no tener hijos históricamente se tornó inviable para la mayoría de las mujeres. Esto no sólo modeló sus prácticas anticonceptivas sino que también afectó el acceso al aborto y propició muchas maternidades forzadas, al naturalizar la maternidad y funcionar como *estrategia biopolítica de culpabilización* ⁽⁸⁾ de las mujeres que decidían interrumpir su embarazo.

El rol de la salud

Como vemos, los mandatos sociales que se actualizan a través de las relaciones de género son dispositivos que reproducen una valoración deferencial de mujeres y varones, justificando la distribución desigual de poder. Estas relaciones desiguales intervienen sobre el ejercicio de la sexualidad de las mujeres y sus prácticas anticonceptivas, siendo el control del cuerpo femenino una de las bases en las que se sostiene la dominación masculina. Sin embargo, las decisiones que tomen las mujeres sobre su sexualidad y su (no)reproducción representan un acto de agenciamiento que puede alterar las negociaciones y el ejercicio de poder al interior de su pareja y fomentar relaciones de género más equitativas a

nivel social. Un modelo de atención de la salud que contemple esta perspectiva puede contribuir, a partir de la promoción y el cuidado de la salud sexual integral, a generar instancias que habilitan la *posibilidad de autonomía* de las mujeres y permitan, durante el proceso de atención, problematizar las relaciones de género desiguales y opresivas, para potenciar otras más libres y equitativas.

Bibliografía

- (1) SCOTT J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Nash y Amelang (eds.) *Historia y género: las mujeres en la europa moderna y contemporánea*. Valencia: Alfons el Magnanim, 1990.
- (2) LAMAS M. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Revista de Estudios de Género La Ventana*. 1995;(1):10-61.
- (3) TAJER D. *Heridos corazones: Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- (4) ROSTAGNOL S. Aborto voluntario y relaciones de género: políticas del cuerpo y de la reproducción. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República, 2016.
- (5) PULEO AH. *10 palabras clave sobre mujer*. Verbo Divino, 1995; p. 36.
- (6) PATEMAN C. *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos, 1995; p. 150.
- (7) FERNÁNDEZ AM. *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós, 1993; p. 161.
- (8) FERNÁNDEZ AM, TAJER D. Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En Checa S. (comp.). *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

