

CONSIDERACIONES TEÓRICAS: LA SALUD SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MUJERES

THEORETICAL CONSIDERATIONS: SEXUAL HEALTH AND PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN WOMEN

Irina Sibaja López¹
irinasibaja@gmail.com

Fecha de recepción: 28 mayo 2012 - Fecha de aceptación: 01 octubre 2012

Resumen

El presente trabajo busca mostrar la importancia de estudiar la salud sexual y su relación con la prevención de infecciones de transmisión sexual en mujeres, desde la perspectiva sociológica. Lo anterior, a partir del abordaje teórico de las representaciones sociales, como una herramienta analítica que permite conocer las maneras en que expresa la salud sexual de las mujeres, y su vinculación con la prevención, en tanto acciones socialmente significativas.

Palabras claves: Salud, salud sexual, prevención, género, sexualidad, representaciones sociales, mujeres, infecciones de transmisión sexual, sociología

Abstract

This research shows the importance of sexual health and its relation with the prevention of sexually transmitted infections in women, from a sociological perspective, based on a theoretical approach of social representations, as an analytical tool which allows to know how sexual health expresses itself on women and where is the connection with the prevention as social meaningful actions.

Keywords: Health, sexual health, prevention, gender, sexuality, social representations, women, sexually transmitted infections, sociology

1 Escuela de Sociología, Universidad de Costa Rica.

Introducción

El presente artículo constituye un intento por acercarse al tema de la salud sexual desde la perspectiva sociológica, a partir de un análisis teórico, y con ello contribuir a la discusión de esta importante temática. La reflexión tiene su antecedente y origen en el trabajo final de graduación elaborado en coautoría con la Licda. Ana Catalina Ramírez Abarca (Ramírez y Sibaja, 2006).

Si bien la salud ha sido largamente considerada una problemática médico-sanitaria, los problemas actuales en este campo desafían este paradigma y reivindican la necesidad de aproximarse a ella desde un enfoque social. Dentro de los retos que enfrentan las instituciones proveedoras de servicios de salud, los estados y las comunidades están las infecciones de transmisión sexual (ITS) en sus diferentes tipos.

En lo que respecta a las ITS, la asimetría coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad. Desde el punto de vista biológico, las mujeres tienen más probabilidades de contraer una infección de este tipo al tener contacto con una pareja infectada (Schmunis, 1993) y, desde el punto de vista social, los mayores niveles de pobreza, exclusión y desigualdad social las ubica en situaciones de desventaja a la hora de proteger su salud.

A pesar de los esfuerzos que se realizan desde diversos sectores sociales, el reto aún consiste en diseñar y llevar a cabo estrategias acordes con los cambios en los comportamientos sexuales de nuestras sociedades actuales, que permitan desarrollar de manera efectiva el tema de la prevención. Para ello, se torna cada vez más imprescindible acercarse a la toma de decisiones de los individuos de manera comprensiva e integral, a partir de los elementos de la cotidianidad de la vida de las personas, aspectos que han estado ausentes en el transcurso del tiempo en las ciencias médicas (Cerruti, 1993).

El desafío es de orden global y Costa Rica no es la excepción. Si bien el país se ha destacado a nivel mundial por sus muy buenos índices en materia de salud, la incidencia de ITS, especialmente en las mujeres, plantea la necesidad de repensar la prevención más allá de la visión y técnicas médicas, como uno de los mayores

obstáculos para lograr una atención desde el punto de vista social.

PUNTO DE PARTIDA: La salud de las mujeres en la agenda nacional y las ITS

El logro de una larga y saludable vida que permita fortalecer la capacidad humana y brindar mejores oportunidades ha constituido uno de los propósitos fundamentales de los gobiernos del mundo. En consecuencia, se ha generado una creciente preocupación por los temas relacionados con el bienestar de la población; un ejemplo de ello son las transformaciones en la forma en que se abordan los problemas de salud. Al respecto, dentro de los cambios que se han dado se incorporó la especificidad de género, de modo que el tema de la salud de las mujeres ha ido cobrando relevancia en el ámbito internacional.

Además de sus características biológicas, la salud de las mujeres tiene especificidades asentadas en las condiciones sociales que experimentan, diferentes a la de los hombres. Por ejemplo, en Latinoamérica, a las mujeres se les ha asignado socialmente la tarea de criar, cuidar de los hijos y proteger a las personas que las rodean. También les ha correspondido la mayor parte de la responsabilidad de preservar la salud de sus familias y sus comunidades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) visibiliza este proceso cuando rescata la importancia de la mujer y del entorno social. De aquí la relevancia de considerar la especificidad de género en la construcción de la salud en las sociedades.

En la Conferencia de Viena de 1993, se reconocieron los derechos humanos de las mujeres, hecho decisivo que permitió resaltar el tema del género en la protección internacional de estos derechos, cuando se indica en el punto 41 del texto que “sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, se confirma el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios” (Naciones Unidas, 2012). Los cambios gestados a partir de entonces alcanzaron el tema de los derechos sexuales y reproductivos. En 1994, en el Cairo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo planteó un enfoque más inclusivo del derecho de las personas a la salud desde la

perspectiva de género (Baltar y Doría, 1998), de modo tal que hablar de la salud integral de las mujeres implica ir más allá de la buena salud. Un punto relevante es que la salud y los derechos sexuales y reproductivos se consideran un bien social, es un aspecto de la vida que no debe concebirse de forma individual, sino que debe ser resuelto colectivamente; por tanto, se reconoce que la salud y la sexualidad refieren a valores culturales socialmente creados (Barzelatto, 1998).

Contrario a lo esperado, América Latina ha tenido que disminuir progresivamente los presupuestos destinados a la salud pública (entre otros), debido a la aplicación de políticas neoliberales dictadas por las agencias financieras para impulsar los procesos de reforma de sus Estados. Por tanto, para hablar de los alcances que han tenido estos cambios a nivel de la salud en los países latinoamericanos, hay que tener en cuenta la evolución histórica de estos contextos, especialmente los llamados procesos modernizadores del Estado y la reforma del sector salud que empezaron a gestionarse en algunos de estos países en la última década (Palma, 2001).

A pesar de la situación anterior, las políticas públicas de los gobiernos en América Latina y de los diversos organismos internacionales, con la intención de cumplir con lo propuesto en el Cairo, han operacionalizado el concepto de salud integral de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos por medio del

(...) acceso a los servicios de salud, específicamente, planificación familiar, asistencia prenatal, al parto y posparto, asistencia a salud materno-infantil, infertilidad, aborto inseguro, enfermedades de transmisión sexual y otras condiciones de salud relativas a la sexualidad humana. El concepto también plantea que el acceso universal debe reflejar equidad, medida por proxies como la diferencia relativa en el acceso, uso, disponibilidad de recursos (financiamiento, recursos materiales y humanos, etc.), calidad de los servicios, según zona geográfica, etnia, clase económica, fase del ciclo de vida, etc. Son dimensiones con un grado de interrelaciones que confirman la complejidad antes mencionada (Rodríguez y Perpétuo, 2011:12).

Costa Rica no es ajena a lo anteriormente; no obstante, debido a que su historia presenta características particulares con respecto al resto de Centroamérica y de América Latina que le han permitido, de una u otra forma, alcanzar mejores

índices de salud, educación y cobertura estatal en promoción social, muy cercanos a los de países desarrollados. El país se ha caracterizado por tener una seguridad social universal y solidaria, fundamentos que se buscaron mantener con la modernización del sector salud, además de la equidad en el acceso a los servicios.

Todo ello debemos comprenderlo en un contexto colectivo que liga la salud de las mujeres, pero, sobre todo, la salud sexual de éstas, al cuerpo femenino y su connotación asociada al pecado y lo prohibido, que ha estado presente a lo largo de la historia. El siglo XX muestra un “imaginario social marcado por el peligro a la contaminación y al contagio de pestes y plagas, no sólo biológicas, sino también sociales y culturales” (Hidalgo, 2004: 30). Este proceso se centró en la persecución y discriminación de los grupos considerados amenazantes. Dentro de éstos se encontraban las mujeres.

Por lo dicho, la medicina se apropia del discurso hegemónico de la purificación social, ya que pretendía luchar contra la muerte y eliminar ciertos grupos sociales. Por lo que se comienzan a instaurar, según Hidalgo (2004), medidas de “higienización basados en los conocimientos médicos positivistas”. La higiene pública se encarga de la supervisión y el manejo del tratamiento de los enfermos, desde una perspectiva científica, y se instaura como una forma de control social.

El proceso de modernización implicó para las mujeres una nueva realidad que les brindó diferentes oportunidades y formas de inserción social. Sin embargo, la transición del siglo va a caracterizar no sólo a América y a Europa, sino también a Costa Rica, y va generar nuevos enfrentamientos que implicaron confrontaciones entre nuevos actores sociales; las mujeres se convirtieron en sujetos históricos que venían, de acuerdo con Hidalgo (2004) “a tomar la palabra y la acción en un mundo profundamente excluyente, jerárquico y opresivo”.

En este sentido, se ha luchado por promover la prevención de las ITS, desde una perspectiva más equitativa, en la cual se promuevan los derechos sexuales de la mujer. Por ello, en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, se planteó en el Programa de

Acción que, según Días (2005), “los gobiernos deberían formular políticas nacionales sobre la base de una mejor comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual”.

En 1999, en Nueva York, se establecen de nuevo acuerdos relacionados con las medidas claves para seguir ejecutando el Programa de Acción del Cairo. Asimismo, en el 2004, en Santiago de Chile se ratifica nuevamente lo establecido en el Cairo con la “Declaración de Santiago”, en la cual se hace un fuerte énfasis a los temas relacionados con el género y la mujer y se insta a trabajar intensamente en ellos. Este acuerdo fue firmado de forma unánime por todos los países latinoamericanos, incluyendo a Costa Rica. Además, las Naciones Unidas en el 2011 da seguimiento a dichos acuerdos, con el fin de establecer la situación de la políticas sociales sobre el tema en los países de América Latina (Rodríguez y Perpétuo, 2011).

Estos convenios se ubican dentro de un marco nacional no muy prometedor para su puesta en práctica. Esto como parte, según la OPS (2004), de un “contexto centroamericano caracterizado por una situación de desventaja socioeconómica”, que, además de ser muy vulnerable a los cambios internacionales, ha tenido que enfrentar variaciones internas y generar un detrimento en distintos sectores de la sociedad y economía; por ejemplo, se disminuyó el presupuesto para política social y servicios públicos, entre ellos, los de salud.

A pesar de lo anterior, y con el objetivo de brindar una cobertura en salud más igualitaria, Costa Rica crea una serie de medidas legislativas para proteger la salud de las mujeres: la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer y la Ley General de Salud que les garantizan el derecho a recibir información y atención en salud. (Palma, 2001). También, se constituyó la Comisión Interinstitucional sobre Derechos Reproductivos y Sexuales, la cual considera que las personas tienen el derecho de controlar todos los aspectos de su salud, las medidas del Estado en relación con el género tienen como propósito garantizar un servicio más equitativo. Asimismo, en mayo de 1998 es aprobada la Ley General del VIH/SIDA, un instrumento para la gestión de

políticas en salud (OPS, 2004). A partir de esta Ley, se crea el Consejo Nacional de Atención Integral al VIH/SIDA (CONASIDA) como ente rector de la salud sobre este tema en el país. Además, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en diciembre del 2010 actualiza la Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género que comenzó a regir desde ese año y hasta el 2020 (CCSS, 2010). Sobre el tema, se indica que nuestro país en la actualidad, a diferencia de otros países en el área

(...) se caracteriza por la promoción activa de los medicamentos contra el VIH y Sida como un patrimonio de la humanidad, propuesta presentada por la OPS, el ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El CONASIDA (Consejo Nacional de Atención Integral al VIH y Sida) ha fortalecido sus acciones de integración de organismos estatales y no estatales para ejecutar eficazmente los mecanismos de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, como parte de la Política Nacional de Salud 2002-2006 (Rodríguez y Perpétuo, 2011:40).

Sin embargo, en América Latina y nuestro país

(...) pese a los esfuerzos para alcanzar las metas y la gran voluntad social para disminuir las brechas, la llamada “brecha de implementación” es la más difícil de transponer. Es la distancia entre la declaración o incluso la formalización de un propósito —por ejemplo, mediante leyes— y la puesta en práctica de medidas concretas para lograr resultados que se expresen en la desaparición de las inequidades, una vez que, como se ha visto, muchas de las iniciativas nacionales, tienen como público, justamente aquellos con los indicadores más desfavorables (Rodríguez y Perpétuo, 2011:41).

Las mujeres continúan siendo un sector vulnerable frente a estas infecciones, no sólo por su mayor propensión biológica al contagio (algunas son más transmisibles de hombre a mujer), sino también por sus condiciones socioculturales, las cuales condicionan el empoderamiento que tengan sobre sus cuerpos y su sexualidad; lo que además supone retos para la plena comprensión de la temática. Al respecto, en la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva correspondiente al año 2010, se analiza en alguna medida el tema al exponer que

(...) si bien existe un buen nivel de reconocimiento de formas de prevención del VIH, persisten aún mitos sobre las

formas de transmisión, lo que indica que se deben seguir haciendo esfuerzos para que la información necesaria para la prevención del VIH llegue a todas las personas, en particular a las personas con menor escolaridad y residentes en las zonas rurales.

Aunque ha aumentado el uso del condón en términos generacionales, y a pesar de que una inmensa mayoría lo reconoce ampliamente como el modo de prevención del VIH más seguro, siguen existiendo importantes brechas en el uso sistemático del mismo (Ministerio de Salud, 2011: 12).

A pesar de los avances, las desigualdades y deficiencias en la materia preventiva que siguen dándose en los países de la región; la incorporación del enfoque de género en las políticas sociales y en las propuestas de prevención de las ITS debe desarrollarse más, a partir de su adecuado entendimiento.

ACERCAMIENTO TEÓRICO: Una propuesta para el abordaje de la salud sexual de las mujeres

Analizar la salud sexual, como objeto de estudio sociológico o de las ciencias sociales es una ardua labor si pensamos que para ello es ineludible abordar el tema de la sexualidad. Pudor y deseo, curiosidad y rechazo, provocación y censura son tan sólo algunas de las reacciones antagónicas que provoca la sexualidad como objeto de discusión pública. En la vida individual, la sexualidad es un cuarto oscuro, una de las partes más íntimas de la cotidianidad. En la vida en sociedad, la sexualidad es un eje organizador, uno de los instrumentos más susceptibles al control social. Nos preguntamos entonces ¿cómo abordar un tema que, aunque tan propio de la vida humana, es un foco de censura? y, sobretodo, ¿cómo abordar la construcción de la salud sexual sin olvidar que son los temores y deseos de nuestra sexualidad lo que hay de fondo?

Como una de las posibles respuestas a estas preguntas, se hace un recorrido teórico que permita trazar una ruta de análisis que facilite el abordaje del tema en discusión. En los apartados que siguen a continuación, conceptos como salud, salud sexual, riesgo y género serán abarcados desde la teoría social, tratando de vislumbrar la tensión entre lo micro y lo macro. Para lograrlo, la

teoría de las representaciones sociales como referente teórico posibilita una mejor comprensión de la salud sexual y su vínculo con la prevención de las ITS. Desde esta perspectiva, las formas de entender la salud sexual de las mujeres constituyen representaciones sociales en las que convergen diferentes discursos sobre salud, sexualidad y género. Del mismo modo, también se estudia la salud y la prevención como hechos sociales que se construyen desde la vida cotidiana de las personas, según la forma en que se representan el mundo y su vivencia de género.

El mundo vital y las representaciones sociales

En la vida cotidiana, las personas necesitamos orientarnos para poder emprender acciones e interactuar con los demás. Hoy, definir el medio ambiente en el cual desarrollamos nuestras vidas, biológicas y sociales se hace cada vez más difícil. Desde los inicios de nuestra historia, los seres humanos hemos buscado transformar el mundo en el que habitamos. Esta transformación no ha sido solo física, sino también simbólica, en la medida en que hemos atribuido significados a los diferentes eventos que suceden a nuestro alrededor. Sin olvidar que dentro del mismo entorno son varios los significados sociales que coexisten y que crean mundos, espacios vitales diferentes. De este modo, se construye el mundo vital, o espacio de la vida, en el cual se integran la naturaleza, las producciones sociales y el individuo, y se construye la realidad social.

El mundo vital es aquel en el que se desarrolla la vida cotidiana. En este sentido, se retoma a Alfred Schutz (1899-1959) quien plantea la existencia de un “mundo de la vida”, dado, por supuesto, en el cual tiene origen el “mundo de la vida diaria” (Ritzer, 2005). Para este autor, este mundo es intersubjetivo, nos es dado y nos constriñe, pero también actuamos sobre él, “el mundo es algo que debemos modificar por nuestras acciones o que las modifica” (Schutz, 1974). Así, las personas experimentan la tensión entre lo social y lo individual, entre ser constructoras de la realidad social y ser construidas por ella. En este contexto, la acción, en tanto acción individual socialmente significativa, tiene gran

importancia, pues es en ella que convergen los condicionamientos sociales y las reelaboraciones individuales de la realidad.

Ahora bien, cabe preguntarse ¿cómo nos orientamos en este mundo? ¿Qué guía nuestras acciones? ¿Cómo es que logramos la intersubjetividad? Para hacerlo necesitamos referentes comunes que nos orienten frente al mundo y que nos permitan compartirlo y objetivarlo. Para esto creamos representaciones sociales de la realidad.

Las representaciones sociales, como categoría de análisis sociológico, ya habían sido sugeridas años atrás por Emile Durkheim (1889). En efecto, Durkheim ya había visualizado en su teoría la existencia de las representaciones, tanto individuales como colectivas. Para él, las primeras eran inestables y efímeras, mientras que las segundas, según Elejabarrieta, 1991, citado en Araya (2001), constituían “una suerte de producciones mentales sociales, una especie de “ideación colectiva” que las dota de fijación y objetividad.”. No obstante, es propiamente en la década de los 60, cuando Serge Moscovici (1979) propone el concepto de las representaciones sociales y abre desde la psicología social un nuevo campo de estudio para las ciencias sociales.

Para Moscovici (1979) el individuo es una construcción social que a la vez construye su mundo social a través de las representaciones sociales, las cuales están en constante formación mediante la interacción social. Con base en esto, define las representaciones sociales como:

(...) una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de comportamientos y la comunicación entre los individuos...La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979:17-18).

En esta conceptualización de las representaciones sociales, se hace notable el aporte de la tradición fenomenológica de Schutz (1974) y, posteriormente, de Berger y Luckmann (1984), quienes se interesan por la manera en que los individuos construyen la realidad social. Para los tres, la intersubjetividad juega un rol elemental

pues permite compartir el mundo en la cotidianidad, de modo que, según los segundos, la realidad de la vida cotidiana se da por establecida.

Esta misma idea es retomada por Jodelet (1991) quien ve en las representaciones “teorías espontáneas”, versiones de la realidad cargadas de significaciones y formas de conocimiento. De manera general, esta autora afirma que la representación social “es una forma de conocimiento, socialmente elaborada y compartida, dirigida hacia un fin práctico y orientado a la construcción de una realidad común” (traducción propia), de modo que su estudio es tan importante como el del conocimiento científico.

Lo anterior nos lleva a considerar un espacio determinado en el estudio de las representaciones sociales: la cotidianidad. En efecto, es en el intercambio “cara a cara” en el que las representaciones sociales circulan y se reconstruyen. El medio por el cual llevamos a cabo este intercambio es la comunicación, la cual, según diversos autores, tiene una relevancia explícita para el estudio de las representaciones sociales. La comunicación, según Jodelet (1991), es el vector de transmisión del lenguaje, el cual a su vez es transmisor de representaciones sociales e incide sobre los aspectos estructurales y formales del pensamiento social. Para Moscovici (1979) la comunicación y el lenguaje son una fuente de estudio de las representaciones sociales, pues afirma la importancia de lo simbólico en sus contenidos.

Sin embargo, son los significados transmitidos por el lenguaje, y no el lenguaje en sí mismo, lo que interesa. En este sentido, se retoma a Michel Foucault (2004) quien no se interesó por el lenguaje, sino por el discurso, como sistema de representaciones (Hall, 1997). Para Foucault, el discurso tenía forma lingüística, pero también práctica, de aquí que nos abra el espectro de análisis de las representaciones hacia las prácticas sociales, más allá del uso del lenguaje. De esta manera, las representaciones sociales no son unidades aisladas, más bien hacen parte de formaciones discursivas que construyen la realidad y que “cobran vida” mediante las prácticas sociales. Por ejemplo, los mecanismos mediante los cuales el discurso biomédico ejerce su poder se pueden analizar en el uso de un lenguaje científico,

pero también en prácticas como en la relación médico-paciente.

Así, los discursos nos proporcionan una fuente de realidad “legitimada” que nos constriñe y que hace del saber, más que una autoridad de la verdad, la verdad en sí misma. Foucault también da al discurso un sentido histórico en la medida que define y provee de significado a las prácticas propias de cada época. Esto nos permite pensar en los diferentes significados que adquiere la salud y la enfermedad en la historia de acuerdo con quien habla acerca de ellas o bien, comprender los mecanismos discursivos mediante los cuales se ha controlado la sexualidad.

Lo anterior no invalida el planteamiento que tiene el efecto de la acción individual sobre la realidad. Al contrario, nos permite considerar que es mediante prácticas discursivas que los individuos actúan sobre ella, ya sea apropiándose de los discursos “verdaderos” o bien, resistiendo a ellos mediante discursos transgresores.

En síntesis, se propone estudiar las representaciones sociales como formas de conocimiento mediante las cuales se construye la realidad social. Las representaciones sociales circulan por medio de los discursos y cobran vida a través de las prácticas discursivas de la cotidianidad. Si bien nos son heredadas y compartidas, las representaciones sociales no son inmutables, ya que son susceptibles de cambio gracias al intercambio individual: así como las representaciones sociales construyen el mundo, los individuos construimos las representaciones sociales. Para el tema que aquí nos interesa, el de la salud sexual, podríamos decir que las representaciones sociales de salud sexual son formas de conocimiento acerca de la salud sexual a través de las cuales las personas se guían al tomar decisiones; están cargadas de los discursos sobre salud y sexualidad que coexisten en cada mundo vital. Todo ello a partir de un análisis contextualizado, en el marco del mundo vital de las personas en tanto construcción social, histórica y subjetiva que dota de significado al territorio natural y le proporciona al individuo, conocimiento sobre él.

Comprendiendo la salud

Hablar de qué es la salud, de manera general, y la salud sexual en particular, nos introduce en el debate histórico de cómo se las ha comprendido a lo largo del tiempo. Desde luego, este tema nos lleva también a considerar las prácticas sociales mediante las cuales se construye la salud y los discursos que las producen y, con ello, la configuración de las representaciones de salud sexual.

En la historia occidental, la medicina científica, asentada en los siglos XVIII y XIX, trajo consigo el auge del paradigma biologista de la salud. Desde el punto de vista de las prácticas sociales, este se tradujo en una institucionalización y profesionalización de la medicina científica por la vía de los servicios de salud, con el establecimiento de un sistema médico.

Así como el positivismo y las ciencias naturales alcanzaron el auge durante la modernidad, las ciencias sociales también encontraron voz en esta corriente histórica. La psicología, la sociología, la historia y otras disciplinas hacen una ruptura con el modelo naturista, y abarcan áreas hasta ahora dominadas por las ciencias “puras”. Esto se tradujo en una integración de lo social a la concepción de salud y en el planteamiento de una perspectiva que cuestionó su determinación biológica. Lo llamado “social” alude al reconocimiento de las características individuales y colectivas de los procesos de la salud y la enfermedad, como determinantes materiales y subjetivos.

Desde este punto de vista, de acuerdo con San Martín (1985) “(...) el concepto de salud es dinámico e histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones de cada época (relaciones de producción)”. La salud pasa a entenderse como un concepto que expresa complejas relaciones entre tres elementos constituyentes: el biológico, el psicológico y el social. En un intento por expresar estos cambios, se ha replanteado la salud desde conceptos como el de salud integral, que buscan evidenciar que el individuo y su medio ambiente (ecológico y social) hacen parte de una misma unidad. Se plantea la necesidad de considerar un marco de relaciones que hagan

referencia, no solo a la integración sistémica, sino a las relaciones entre el sistema social y el ambiente vital de las personas.

Lo que se traduce en analizar la salud en tanto “hecho” socialmente construido mediante prácticas discursivas (como la medicina), en el cual las personas experimentan subjetivamente y objetivizan mediante representaciones sociales, en su mundo vital; también significa enfocarse en los procesos en que las personas construyen y representan su salud y en la prevención como parte de este proceso. Con ello, se da el reconocimiento y la incorporación de la salud sexual dentro de los lineamientos de trabajo de organizaciones como la OMS, para quien:

La salud sexual es un estado físico, emocional, mental y social de bienestar en relación con la sexualidad. No es solo la ausencia de enfermedad, disfunción o flacidez. La salud sexual requiere un acercamiento respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual pueda ser alcanzada y mantenida, los derechos sexuales de las personas deben ser respetados, protegidos y alcanzados (OMS, 2006, trad. propia).

El surgimiento del concepto de salud sexual ejemplifica el carácter histórico que tiene la salud y que debe también ser interpretado a la luz de la dinámica de las sociedades. Este va a cambiar de acuerdo con los discursos existentes; siendo el punto de convergencia entre la salud y la sexualidad, en el cual esta última se reconoce como un elemento central del ciclo vital de las personas.

La prevención y el riesgo

El mundo vital presenta riesgos para la vida cotidiana de los individuos. Los fenómenos naturales, los virus y las bacterias son algunos ejemplos de peligros que nos ponen en riesgo, pero también, la inseguridad, las guerras y la pobreza, son percibidos por las personas como situaciones que ponen en riesgo su experiencia vital. Así, pueden ser naturales y sociales.

No obstante, el peligro no constituye por sí mismo un riesgo. El riesgo está mediado por el contexto en que se presente el peligro; es decir,

por las condiciones del mundo vital, ya que es producto de la interacción de los individuos. Por esto, el riesgo es una producción social, podríamos decir que las ITS son un peligro para la salud que se convierte en riesgo dependiendo de las prácticas sexuales y de las condiciones en que éstas se realicen.

Lo anterior nos lleva a plantear que el riesgo no existe si no es percibido como tal; por ejemplo, si no conozco la existencia de las ITS, el sexo sin condón es una situación que no se percibe como riesgosa. De aquí que lo relevante no es definir qué situaciones son realmente de riesgo, sino cómo se perciben; es decir, la percepción del riesgo.

Por ello, Mary Douglas (1985) plantea que la construcción de la noción del riesgo es social y un lenguaje centrado en lo individual no hace, sino ocultar esta característica. Para esta autora, la aceptabilidad del riesgo alude a un concepto mediante el cual se reconocen los factores sociales y su percepción, porque nos remite directamente a las representaciones sociales de la salud sexual que hemos construidos en nuestro espacio vital.

Por lo que se desprende que la percepción del riesgo y su aceptación social provoca una respuesta, deseable o indeseable; por ello, la toma de decisiones acerca de cómo se actúa ante el riesgo es una temática de interés. Dentro de este grupo de acciones se encuentra la prevención, como una respuesta al riesgo percibido que busca minimizar la presencia del peligro.

La pluralidad de prácticas preventivas se hace evidente y con ello también la disputa por legitimarlas, así como el conocimiento en el significado que adquieren en tanto acción social. Lo que nos lleva, desde el plano teórico, a considerar el origen cultural que sustenta la percepción del riesgo y a plantear la prevención como una acción socialmente significativa. Una respuesta al riesgo de contraer VIH no puede ser entendida sin tener en cuenta las normas sexuales socialmente establecidas (como la monogamia), ni aquellas nuevas que generará (por ejemplo, una vuelta a la abstinencia premarital).

Así, cuando Zas (2006) señala que toda acción preventiva tiene un encausamiento, podemos plantear que toda acción preventiva tiene una orientación. En este sentido, la construcción de

salud, en tanto conjunto de acciones preventivas, tiene una orientación que se relaciona con las representaciones de salud de la población y con la percepción del riesgo.

La Identidad, el género y la sexualidad de las mujeres

Lo antes señalado se tiñe de un color distinto cuando se analiza el tema de la sexualidad desde la mirada femenina. El género es mucho más que un tema de mujeres. Se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres (Lamas, 2002). Este produce, según el autor, “un imaginario social con una eficiencia simbólica contundente y da lugar a concepciones sociales y culturales sobre la masculinidad y la feminidad”, lo que marca la percepción que las mujeres y los hombres tienen de lo social y la manera en que experimentan sus vivencias cotidianas.

Al plantear el tema del género, encontramos el poder como uno de sus componentes centrales, que marca la forma en que se articulan las relaciones entre los géneros. En la relación social, de acuerdo con Salles (2002), “el género alude a la convivencia humana y a las acciones que dicha convivencia crea y recrea, pautadas por el poder y ancladas en la sólida base de la diferencia”.

Aunado a ello, el género es un aspecto configurador de la identidad de los individuos que se construye a partir del proceso de socialización, en el cual se internalizan los patrones y la ideología de la sociedad, mediada por la vida social y por la acción individual (Baró, 1990). Además de guiar y configurar la identidad social, la identidad de género implica el abordaje de la complejidad y la variedad de las articulaciones entre sexo, género y diferencia sexual en una sociedad particular. Proceso que conduce a la subjetividad y conforma las prácticas con las que el sujeto expresará su género (representaciones sociales).

Uno de los ejes centrales en torno al cual se organiza la identidad femenina es la sexualidad. La sexualidad humana es un concepto que no sólo hace referencia a la posesión de un

sexo, sino también a sus aspectos psicológicos y sociales, así como a las prácticas y diferentes manifestaciones de cómo vivirla. Si bien, tiene un elemento biológico, este se encuentra inmerso en una estructura de, según Rodríguez (2002) “redes sociales de los significados que tiene para la cultura, desde el cuerpo, las reacciones corporales, incluso los líquidos corporales asociados a la sexualidad, hasta el porqué de ejercer de una manera la sexualidad, con qué se debe ejercer y en qué condiciones”.

Es importante señalar lo que Foucault (2005) plantea como sexualidad, ya que para él no debe ser entendida sólo como un impulso que las fuerzas sociales deben controlar, más bien, es un punto de referencia específicamente denso para las relaciones de poder, algo que puede ser utilizado como un foco de control social. Los espacios simbólicos para cada género son diferentes desde el punto de vista cultural, y las relaciones entre mujeres y hombres están mediadas en lo público por la sexualidad (Lagarde, 1992). Por tanto, es un constructo que se transforma con los cambios propios de la dinámica social y que forma parte del mundo vital de las personas.

RECAPITULANDO: Reflexiones finales

En suma, las reflexiones teóricas son “lentes” mediante los cuales observamos los hechos que estudiamos. Por supuesto, ninguna consideración teórica tiene carácter de verdad universal ni es inmutable. Al contrario, toda reflexión teórica de partida busca ser enriquecida a la llegada, después de una experiencia empírica.

Lo anterior, sobretodo con un tema tan amplio como la salud sexual de las mujeres, siendo un fenómeno complejo y que, si hablamos de prevención en salud sexual, son muchas las variables que intervienen. No se trata solo si tal o cuál estrategia preventiva resulta la más apropiada o inapropiada, sino de comprender las dinámicas sociales e individuales que están de fondo en su elección.

En síntesis, las representaciones sociales como perspectiva de estudio sociológico ayudan a agrupar las distintas maneras en que se expresa la salud, tanto en creencias, conocimientos, valores y opiniones, para poder darles una unidad y

relacionarlas con las prácticas. La relación entre representaciones sociales y discursos ese gran utilidad para caracterizar las primeras. No se trata aquí de qué va primero, si el discurso precede o prosigue a la representación social, sino en reconocer su mutua interacción. Finalmente, las representaciones, como concepto analítico, también posibilitan establecer la orientación actitudinal que sirve para comprender las acciones preventivas.

Con respecto a estas últimas, se destaca que detrás de la elección individual hay un conjunto de discursos sociales respecto a la salud, a la prevención, al género y la sexualidad que cobran vida en las prácticas y mundo vital de las mujeres. Estos discursos se condensan en las representaciones sociales de salud sexual y orientan la práctica preventiva, que orientan a las mujeres a resolver las demandas que se les impone en las múltiples relaciones de pareja que puedan tener. En este sentido, la orientación va entonces a brindar un “bagaje” discursivo que sirva de referente para responder a la lógica de la prevención.

El fin último del este trabajo es dejar abierta la reflexión, aquí se expusieron sólo algunos puntos de partida teóricos, pero la discusión no acaba, más bien inicia, ya que prestar atención a lo social es reconocer la diversidad en que tiene origen la salud sexual y la prevención de ITS en las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuaderno de Ciencias Sociales, FLACSO, 127. /84p.
- Baltar, M., y Elisabette D. (1998). Saúde Reproductiva na América Latina e no Caribe. San Paulo: Editorial 34: 183-207
- Barzelatto, J. (1998). Desde el control de natalidad hacia la salud sexual y reproductiva, María Isabel, Doría y Elisabette Baltar (eds.). Saúde Reproductiva na América Latina e no Caribe. San Paulo: Editorial 34: 150-165.
- Berger, P. y T. Luckmann. (1984). La construcción social de la realidad. Madrid: 7ª reimpresión: Amorrortu-Murguía.
- Burin, M. y I. Meler. (2001). Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Paidós: Psicología Profunda.
- Caja Costarricense del Seguro Social (2010). Política Institucional de Igualdad y Equidad de Género (2010-2020). San José, Costa Rica. 44p.
- Cerruti, S. (1993). Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. Documentos de Trabajo: Sexualidad, Salud y Reproducción. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Colegio de México. Vol.6: 19-124p.
- Denise, J. (1991). Représentations Sociales: Un domaine en expansion. Les représentations sociales. Francia: Sociologie D'aujourd'hui.
- Di Tella, T., H. Chumbita, S. Gamba y P. Fajardo. (2004). Diccionario de ciencias sociales y políticas. Buenos Aires: Ariel
- Díaz, S. (2005). Situación de la salud reproductiva y salud sexual en Costa Rica: Una Breve Descripción. San José, Costa Rica.
- Donati, P. (1994). Paradigma médico y paradigma sociológico. Manual de Sociología de la salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Douglas, M. (1985). La aceptabilidad del riesgo según las Ciencias Sociales. Barcelona, España: Paidós.
- Fernández, A. (1994). La Mujer de la Ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires, Argentina: Paidos.
- Focault, M. (2004). Historia de la Sexualidad: el uso de los placeres. Buenos Aires, Argentina: Editores Siglo XXI.
- . (2005). Historia de la Sexualidad: la voluntad de saber. Buenos Aires, Argentina: Editores Siglo XXI.
- Giddens, A. (1995). La Transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. España: Ediciones Cátedra S.A.
- Gogna, M., E. Pantelides y S. Ramos. (1997). Las Enfermedades de Transmisión Sexual: género, salud y sexualidad. Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad y Centro de Estudios de Población.

- Hall, S. (1997). *Representation Cultural: Representations and Signifying Practices*. The Open University.
- Hidalgo, R. (2004). *Historias de las mujeres en espacio público en Costa Rica ante el cambio del siglo XIX al XX*. Cuadernos de CLACSO
- Lagarde, M. (1992). *Identidad de género*, Centro Juvenil "Olof Palme." Managua, Nicaragua.
- Lamas, M. (2002). *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*, ed. Marta Lamas. *Cuerpo, diferencia sexual y género*, 131-60. México: Editorial Taurus.
- Martín, I. (1990). *Acción e ideología. Psicología Social desde Centroamérica*. El Salvador.
- Martínez, A. (1997). *La Identidad femenina: crisis y construcción*, ed. María Luisa Tarrés. *La voluntad de ser: mujeres en los noventas*. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Colegio de México.
- Ministerio de Salud (2011). "Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010". San José, Costa Rica.
- Organización Panamericana de Salud. (2004). *La Situación de VIH/SIDA en Costa Rica*. San José, Costa Rica: OPS.
- Ortiz, M., y A. Zamora. (1998). *Soy una mujer de ambiente. Las mujeres en prostitución y la prevención del VIH/SIDA*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Palma, C. (2001). *Concepciones de salud en un grupo de mujeres con dos enfermedades crónicas, diabetes e hipertensión, y la relación con su autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina*. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica: Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Antropología.
- Ramírez, A. e I. Sibaja. (2006). *Representaciones sociales de salud sexual en mujeres jóvenes solteras y su incidencia en la prevención de infecciones de transmisión sexual*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Sociología. San José: Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales.
- Ritzer, G. (2005). *Teoría Sociológica Clásica*. México: Mc Graw Hill.
- Rodríguez, Y. (1993). *Bases epistemológicas para una aproximación teórica y metodológica a las representaciones sociales de la sexualidad en adolescentes desde la perspectiva de género*. Documentos de Trabajo: sexualidad, salud y reproducción, vol. 6. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Colegio de México.
- Rodríguez, L. y I. Perpétuo. (2011) *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994*. Naciones Unidas, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Serie Población y Desarrollo N° 102. Santiago, Chile.
- Salles, V. (2002). *Sociología de la cultura, relaciones de género y feminismo una revisión de aportes*. Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género: aportes desde las diversas disciplinas, 435-57. México: Colegio de México.
- San Martín, H. (1985). *La Noción de salud y la noción de enfermedad*. Salud y Enfermedad. México: La prensa médica mexicana.
- Schutz, A (1974). *Estudios sobre teoría social II*. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu.
- Shmunis, G. (1993). *Enfermedades infecciosas en la mujer. Enfermedades tropicales e infecciones de los órganos de la reproducción.* Documentos de Trabajo: sexualidad, salud y reproducción, vol. 6. México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Colegio de México.
- Villegas, O. y A. Castillo. (2003). *Bases para la atención médica integral en el primer nivel de atención*. San José, Costa Rica: Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social.

Páginas consultadas

- Moscovici, S. (1979). *Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Huemul, Sociedad Anónima. <http://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf> (Setiembre 2012).

Organización Mundial de la Salud. (2006) http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#3 (Octubre 2006).

Organización de la Naciones Unidas (2012). Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos Viena <http://www.un.org/es/development/>

devagenda/humanrights.shtml (Setiembre 2012)

Zas, B. (2006). “Prevención en salud. Algunos referentes conceptuales” <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml> (Octubre 2006).