

# **De las desigualdades sociales a las diferencias culturales.**

## **Género, “raza” y etnicidad en la Salud Sexual y Reproductiva en Colombia<sup>1</sup>**

*Mara Viveros Vigoya*

*Departamento de Antropología, Universidad Nacional de Colombia*

*Franklin Gil Hernández*

*GESSAM, Universidad Nacional de Colombia*

### **Introducción**

En este artículo queremos plantear una reflexión sobre las transformaciones que se operan en el marco de la Salud Sexual y Reproductiva (en adelante SSR) y particularmente sobre los usos de las categorías teóricas de género y etnicidad en las instituciones prestadoras de servicios en SSR. La pertinencia de nuestro aporte en el eje temático sobre saberes médicos, biopolíticas y sexualidad obedece a que el discurso de la SSR, fruto del encuentro de tres campos de saber diferenciados: la antropología médica, la teoría de género y los nuevos desarrollos teóricos en el campo de la sexualidad<sup>2</sup>,

---

1 Estas reflexiones, así como los datos presentados en este artículo, son tomados de nuestra investigación “Evaluación Cualitativa de Programas de SSR en poblaciones jóvenes de Bogotá (una lectura de género, clase, color de piel y orientación sexual)”. Fundación Ford. División de Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia.

2 Este origen múltiple constituye su riqueza pero también su debilidad por la dificultad de articular las problemáticas y dinámicas internas de cada uno de estos campos.

es uno de los discursos productores de saber autorizados y legitimados en el mundo contemporáneo para definir lo que es y debe ser la sexualidad. Particularmente, si se tiene en cuenta que este discurso está íntimamente ligado a las intervenciones en salud pública y a la promoción de nuevas actitudes y comportamientos sexuales.

La elección de las categorías de género y etnicidad para hablar de la operacionalización de las políticas en SSR por parte de las instituciones prestadoras de servicios no es casual, ya que estas dos categorías han sido incorporadas por los organismos internacionales y las entidades gubernamentales en el diseño de las políticas públicas y programas derivados. Pese a que la inclusión de éstas es un logro importante, es necesario reflexionar sobre la forma en que han sido asumidas y sobre los efectos reales de esta inclusión. Aunque estas dos categorías hayan estado presentes en los programas, lo han estado de maneras distintas y en respuesta a dinámicas históricas diferentes. En efecto, el género está en el origen mismo del concepto de SSR, asociado al cabildeo de los movimientos feministas dentro de los organismos internacionales (Viveros, 2003). Por el contrario la etnicidad, un concepto de inclusión reciente en los debates de SSR, responde al lugar privilegiado que se ha asignado a la diferencia cultural en el contexto actual de la globalización y del muticulturalismo (Cf. Kymlicka, 1996; Taylor, 1994).

Teniendo en cuenta lo anterior, queremos entender cómo se transforman y adaptan estas categorías bajo el efecto de la institucionalización de la SSR y cuáles son las modalidades de dicha transformación y adaptación. Este proceso de transformación y adaptación puede expresarse de diver-

sas formas: como visibilización de nuevos problemas sociales; como aplicación práctica de categorías teóricas, dando lugar algunas veces a la simplificación de éstas; o como mero ejercicio retórico. Igualmente, tener en cuenta las distintas trayectorias que sigue esta institucionalización: de los movimientos sociales a la academia, de la academia a las agencias financiadoras, de las agencias financiadoras a la academia, de los movimientos sociales a las agencias financiadoras y de ellas a los programas, etcétera.

### **El concepto de SSR y sus procesos de institucionalización<sup>3</sup>**

Vale la pena recordar que el origen del concepto de SSR está íntimamente relacionado con el movimiento feminista de las décadas de 1960 y 1970 cuyas luchas pusieron en evidencia el carácter político de la sexualidad y la reproducción. En el ámbito de la salud, las luchas feministas se expresaron, por ejemplo, en la búsqueda de la liberación de la anticoncepción y del aborto, asociada a la reivindicación de la capacidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos. La postura contestataria de estas contiendas hizo visible, política y socialmente la perspectiva de género en la salud y llevó estas cuestiones del ámbito privado al público, convirtiendo al cuerpo, en objeto de disputas políticas. Éstas motivaron el interés por los problemas de salud ligados a la reproducción y a la sexualidad por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud -OMS- a finales de la década de 1980 (Scavone, 1999; Viveros, 2003).

---

<sup>3</sup> Véase de manera más extensa en Viveros, 2003.

La enunciación del concepto de SSR fue el resultado de negociaciones entre las organizaciones no gubernamentales feministas y los organismos internacionales. Desde el inicio de los debates preparatorios de la Conferencia de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, se expresaron muy claramente las contradicciones entre los fundamentos implícitos en las tareas de control poblacional y demográfico y los ideales de autonomía y libertad presentes en las reivindicaciones feministas. (Scavone, 1999).

Uno de los resultados más importantes de estas negociaciones fue el logro de la institucionalización del concepto de SSR cuyos efectos han sido muy diversos. Por un lado, se observa una mayor divulgación, conocimiento y visibilidad de la problemática de la salud reproductiva en el conjunto de la sociedad y un mayor compromiso de las organizaciones gubernamentales con el tema. Por el otro, se obtiene el reconocimiento social del trabajo y de las reflexiones elaboradas por las mujeres feministas en esta área y se posibilitan, por primera vez, alianzas entre algunas organizaciones no gubernamentales feministas y organizaciones internacionales.

Aunque la adopción del concepto de SSR buscó oponerse a las políticas autoritarias de control demográfico, sobre todo en los países del sur, no eliminó el riesgo político asociado a la imposición de modelos reproductivos ajenos a los intereses de las mujeres, máxime cuando se trataba de aquellas de los grupos étnico-raciales dominados. La institucionalización del concepto de SSR ha traído como consecuencia inesperada la utilización de una nueva retórica y de un nuevo vocabulario por parte de los organismos internacionales y de las asociaciones de planificación familiar,

para tratar el tradicional tema del control poblacional y desarrollar las políticas y prácticas demográficas de antaño.

El desarrollo del concepto de SSR significó también el surgimiento de nuevas perspectivas sobre las cuestiones reproductivas que rompieron con la exclusividad de las explicaciones bio-deterministas de la reproducción e incluyeron en el análisis la autonomía y libertad de los sujetos implicados en los eventos reproductivos. En resumen, emergieron aspectos subjetivos, políticos, económicos, sociales y culturales que permanecían ocultos detrás del enfoque medicalizado de la reproducción. Adoptar este concepto permitió plantear que ya no se concebía la anatomía como destino para las mujeres (Beauvoir, 1950), ni la maternidad como una fatalidad biológica, asumiendo los problemas de la reproducción como resultados de las relaciones de género.

### **El género en la SSR**

El papel asignado a las relaciones de género en la SSR, como un componente crítico que ponía en cuestión la asociación que se hacía entre mujeres y reproducción, con las consecuentes desventajas para la salud de las mujeres y sus roles familiares, no mantuvo su fuerza inicial.

Pese a que la perspectiva de género ha sido uno de los temas más recurrentes en las políticas y programas de SSR, no hay consenso sobre lo que ésta significa. En ocasiones el género es utilizado como una variable sociodemográfica y no como un concepto transversal en las relaciones sociales. La forma más común de utilizar este concepto es hacer un inventario de las diferencias entre hombres y mujeres, generando atenciones diferenciadas para unos y otras. Un uso

menos común que el anterior es concebir el género como ordenador jerárquico. Este último enfoque haría mayor énfasis en los derechos sexuales y reproductivos y generaría acciones transformadoras de dichas jerarquías y de sus efectos en las prácticas médicas, en las formas de caracterizar las poblaciones y en la manera de pensar la sexualidad, la prevención y el riesgo. Las construcciones de género determinan actitudes y comportamientos que conllevan riesgos específicos de morbilidad y mortalidad, así como diferencias en la utilización y acceso a los servicios de SSR.

En una escala macrosocial, la división sexual del trabajo practicada por las distintas instituciones tiene consecuencias sobre la asignación, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para el mantenimiento de la SSR en el ámbito individual y sobre el acceso diferencial a las prestaciones de salud y seguridad social. A esto se suma que el discurso médico y las tecnologías reproductivas han intervenido de manera preferencial y lesiva en los cuerpos de las mujeres, asignándole a estas prácticas tecnológico-médicas un papel central en la reproducción de la dominación masculina (Viveros, 2003).

Incluso, más allá de las consideraciones de la pertinencia de la categoría de género para las poblaciones intervenidas, conviene pensarla como una categoría relacional, tal como fue concebida inicialmente. En ese sentido, es necesario tener en cuenta que las y los funcionarios (médicos (as), enfermeros (as), sicólogas (os), trabajadoras (es) sociales, etcétera) también son sujetos de género y que en ellas y ellos operan prejuicios, concepciones y actitudes de género. Aunque en algunos programas se critican los efectos de la jerar-

quía de género en el contexto social de los sujetos intervenidos, pocas veces se mira cómo opera esta categoría en el entorno mismo de trabajo de los programas: en las trayectorias laborales, en el trato cotidiano, en las formas de presentación personal exigidas a las mujeres, etcétera.

En resumen, asumir de manera rigurosa el género como perspectiva, implica comprender su incidencia en las desigualdades sociales y comprometerse en la transformación de las prácticas que refuerzan y reproducen viejos o nuevos modelos de dominación.

### **Etnicidad y “raza” en la SSR**

Antes de abordar cómo ha sido incluido el tema de la etnicidad y la “raza” en el ámbito de la SSR, es necesario hacer varias precisiones. En primer lugar, reconocer que la etnicidad redefine las relaciones de género y las enmarca en una dinámica social de mayor amplitud. En segundo lugar, que hay elementos comunes en los mecanismos de funcionamiento de estas dos categorías, especialmente porque los rasgos naturales, sexuales y fenotípicos, han sido utilizados como fuentes de explicación de las relaciones sociales de dominación, poder y explotación basadas en el género y la etnia. Finalmente, que el carácter social y construido de las categorías étnicas y de género no significa que no tengan efectos reales.

Respecto al origen de la inclusión de la etnicidad en los debates sobre SSR, podemos decir que está asociada a la denuncia feminista de las desigualdades sociales entre los países del norte y del sur; a las mayores dificultades experimentadas por las mujeres de los países del sur (objeto de

categorizaciones étnicas); al acceso a los servicios de salud reproductiva y a una información confiable en materia anticonceptiva. Además, tal inclusión se relaciona con la identificación de las diferencias culturales como obstáculos para la implementación de programas de salud.

A propósito del actual marco multicultural y a la vez racializado de las relaciones étnicas, resultado de la historia colonial de América Latina, debemos tener en cuenta que en el mundo contemporáneo la noción de “etnicidad” ha reemplazado frecuentemente a la de “raza”. Bien sea porque se ha considerado que la utilización de este segundo término perpetúa la existencia del racismo o porque su historia es vista como políticamente incorrecta (Wade, 1997). Aunque es importante mantener una distinción entre “raza” y etnicidad, también es necesario señalar que las identificaciones raciales y étnicas se superponen tanto analítica como prácticamente, pues ambas se refieren a la transmisión de características a través de las generaciones, a aspectos fenotípicos y a la localización en una geografía cultural (Wade, 1997).

Existen por lo menos tres vínculos directos entre la SSR, la etnicidad y la “raza”, que pueden rastrearse con relativa facilidad en la historia latinoamericana. El primero se refiere a las condiciones de salud propiamente dichas y a las notables desigualdades que se pueden identificar en indicadores de calidad de vida de las poblaciones negras e indígenas respecto al resto de la población nacional. El segundo, tiene que ver con la relación entre los saberes terapéuticos de los distintos grupos étnicos y los conocimientos medicinales de origen europeo. El tercero, alude a la relación que sostiene la institución médica con los grupos objeto de categorización étnica. Estos tres nexos



señalan que la etnicidad y la “raza” incorporan elementos como el capital social, la ubicación geográfica, las creencias, las tradiciones y el ejercicio de los derechos ciudadanos que inciden en la posibilidad que tiene un grupo social, de vivir saludablemente o de enfermarse en el ámbito de la sexualidad y la reproducción (Viveros, 2003).

Desde los inicios de la colonización y a lo largo del período colonial, tanto los nativos americanos, como las personas negras esclavizadas, 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 demográfica importante y una serie de procesos de estigmatización. Esta estigmatización - con fuertes consecuencias de representación en el presente- asignó a las poblaciones americanas, africanas y a sus descendientes, 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 el surgimiento 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. La realidad multicultural y pluriétnica de las naciones latinoamericanas continuó siendo durante largos años objeto de políticas y programas sociales homogeneizantes, (incluidos los de salud) con intención “redentora” y civilizadora (Bonfil, 1989).

Sólo desde la mitad del siglo XX las luchas indígenas y recientemente los movimientos sociales afroamericanos, rei-

vindicaron, además de demandas territoriales, lingüísticas, culturales y de autonomía política, los derechos sociales, entre ellos los de salud, a los cuales deben acceder en equidad todos los ciudadanos. Por otra parte, la precaria inserción laboral de indígenas y afroamericanos en el proceso de modernización de la economía, no les permitió beneficiarse de los servicios de salud de la Seguridad Social. En síntesis, la huella que la extrema marginación económica, jurídica y social, la dominación político-militar, el vasallaje y la esclavización de los grupos descendientes de las etnias americanas y africanas, no desapareció con las reformas sociales independentistas, con los procesos posteriores de democratización, ni mucho menos con el desarrollo económico capitalista. Por el contrario, la internacionalización de la economía consolidó 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 incluidos los de SSR.

En el presente, el reconocimiento de la pertinencia de una perspectiva étnica (a veces adoptada sin pensarlo), motiva acciones de atención y promoción de la salud desde un enfoque diferencialista, que muchas veces no tiene en cuenta la configuración histórica de estas diferencias como desigualdades, abordándolas principalmente como dificultades culturales, que hacen parte de la “naturaleza” de estas “poblaciones”.

Finalmente, existe la posibilidad de considerar el saber médico como una práctica cultural. La salud pública ha funcionado también como un sistema normativo que en América Latina estuvo asociado a una vasta empresa de aculturación de las poblaciones indígenas y africanas. Igualmente, la puesta

en marcha de programas de lucha contra las grandes endemias estuvo siempre asociada a prácticas de inferiorización y sumisión de estas poblaciones, es decir, a la constitución de unas relaciones políticas específicas en las cuales la sociedad europea ejerció su poder a través de la imposición de sus saberes médicos y de sus controles sanitarios (Fassin, 2001).

Esta imposición de la definición legítima de las divisiones y visiones del mundo social es una de las explicaciones para entender por qué la mayoría de los médicos sigue planteando hoy que en diversos grupos indígenas y negros, objetos de racialización, hay un problema de “educación” (expresada en términos de preparación académica), responsable de su situación de salud. También, por qué, desde algunos enfoques de salud, se sigue suponiendo que se conoce de antemano cómo son sus relaciones de género, sexuales y reproductivas y por qué se las sigue tratando como fenómenos sin historia.

### **La inclusión de las diferencias en una campaña nacional**

A continuación quisiéramos presentar algunas reflexiones acerca de una campaña nacional sobre el uso del condón dirigida a mujeres con un importante componente mediático (televisión, radio, afiches). Esta campaña, desarrollada por una organización no gubernamental de salud sexual y reproductiva, revela la forma como se ha tratado el tema de las diferencias de género y étnico-raciales en el ámbito del mercadeo de los servicios de salud sexual y reproductiva, en concordancia con el ambiente multicultural que se advierte en el país, especialmente en los medios de comunicación. Su consigna es llegar a mujeres de condiciones muy diversas:

urbanas, indígenas, negras y campesinas, para promover la práctica de cargar el condón y cuestionar una serie de prejuicios sobre las mujeres que lo portan. Así lo refieren dos funcionarias:

El objetivo final de la campaña es que todas las mujeres, de todos los colores, de todas las razas, de todas las formas, digan que el condón están dispuestas a cargarlo ellas. (Entrevista funcionaria 5)

La idea es que, todas las mujeres podemos cargar el condón sin que esto signifique que nos van a hacer una mala propuesta o que [somos muy recorridas] y no solamente... eh... digamos la... la raza negra, sino todas mujeres: blancas, mestizas, todas poder decir el condón lo cargo yo. (Entrevista funcionaria 4. Subrayado nuestro)

El desarrollo de la campaña está acompañado de un trabajo con mujeres campesinas de Boyacá, indígenas wayúu y algunas mujeres de las grandes ciudades del país. Los afiches presentan diversas representaciones de mujeres: desde la mujer negra de la primera serie, una modelo profesional, pasando por la actriz de televisión de la segunda (una mujer joven *blanca-mestiza* de un conocido programa de televisión centrado en los jóvenes de sectores populares), hasta las próximas, cuyos afiches aún no vemos. Es evidente que sólo en un contexto que proclama las diferencias culturales, como un valor en sí mismo, se puede generar una campaña de salud con estas características.

Cabe resaltar, sin embargo, que tanto esta campaña como el trabajo de la organización que la realizó hacen parte

de una labor muy valiosa en el país en la problemática de SSR. Este trabajo expresa un esfuerzo de esta institución por utilizar otros lenguajes y prácticas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y por incorporar el marco multicultural derivado del proceso constitucional de 1991 que, si bien no está desprovisto de problemas, es un importante logro en la construcción de una ciudadanía incluyente.

No obstante, a nuestro parecer, el lema de llegar a todas las mujeres *de todos los colores, formas y tamaños*, más que expresar un encuentro intercultural, es una estrategia publicitaria y de intervención social que incorporó los discursos circundantes sobre la diferencia para instaurar una serie de comportamientos uniformes a través de un lenguaje adaptado culturalmente a mujeres diversas. Su primer objetivo es lograr una identificación con estas mujeres en las imágenes, pero también que sean ellas mismas, marcadas por la diferencia, quienes hablen a sus *iguales*, utilizando una metodología relativamente difundida en las intervenciones de SSR como es la de pares multiplicadores. En resumen, si el punto de partida de la campaña es la inclusión de la diversidad, en este caso cultural, el punto de llegada es una homogeneización de esta diversidad a través de una propuesta única, referida a la promoción del porte del condón.

### **“Una mujer, simplemente una mujer”**

Es sorprendente, aunque cada vez lo sea menos, que la primera imagen de la serie publicitaria sea la de una joven negra. También es novedosa la puesta en escena de la imagen, aún más si hablamos de las campañas de salud en Colombia, pues, aunque la mujer aparece representada con un

atributo étnico, el peinado (los *dreads*), está situada en una atmósfera citadina y moderna poco usual y sin las utilerías acostumbradas en las representaciones de las personas negras: tambores, palmeras, sol, pobreza, hambre.

Cuando preguntamos por las razones para escoger a una mujer negra en esta campaña, la respuesta ofrecida por los funcionarios entrevistados expresó el esfuerzo por resaltar lo indiferente que resultaba la escogencia para representar a las mujeres colombianas en general. Sin embargo, esta supuesta indiferencia resulta paradójica frente al objetivo de la campaña, ya que justamente pretende mostrar distintos *tipos* de mujeres: indígenas, campesinas, urbanas y negras, proclamando un mismo mensaje: “el condón lo cargo yo”. Es decir, no es casual que aparezca una mujer negra como una forma de expresar la diversidad, aunque sea difícil explicitarlo. Al igual que lo señala Zenaida Osorio (2001), a propósito de los manuales escolares, la presencia de la mujer negra en la publicidad responde a la idea de que esta figura sirve para resaltar las diferencias al máximo y, por tanto, también la igualdad.

Una funcionaria nos hizo el siguiente comentario sobre algunas confusiones en relación con la intencionalidad de la campaña y con ciertas asociaciones hechas por algunos receptores:

Fíjate que cuando empezamos la campaña con el afiche [...], una persona de [de la institución], un gerente me dijo, claro me parece muy bien, porque el SIDA de los negros, así tenía que ser, que lo carguen ellos. Claro, eso me lo dice, un gerente nuestro, enseguida hici-

mos esa reflexión, claro, nunca había sido con esa intención de las mujeres negras y el SIDA, la promiscuidad y las mujeres negras, o la protección y las mujeres negras, sino ella como símbolo de mujer. No importa que fuera negra. Es más, cuando escogimos la foto [...] teníamos, más o menos 12 mujeres, 12 fotografías de mujeres distintas, y la foto [...] se escogió en un grupo focal también, de eso que acá nos han implementado para seleccionar materiales publicitarios. No fue una cosa de esta mujer es encantadora y ésta es la que nos cae bien y pongámosla aquí. Hicimos una selección de 12 fotografías, de 12 mujeres distintas, y a la gente le encantó. (Entrevista funcionaria 5. El subrayado es nuestro)

En relación con la recepción de la campaña, cabe resaltar que las reacciones son múltiples, ya que una de las características de los mensajes publicitarios es su polisemia. No hay una sola manera de decodificar los mensajes y leer los discursos publicitarios, porque la historia narrada “parece” que la contara quien mira el afiche; dicho de otra manera, cada espectador o espectadora participa activamente en la creación de esta narración (May, 1997). Veamos a continuación qué tipo de reacciones se manifestaron a propósito de esta representación, aclarando que las distintas reacciones pueden coexistir en una misma persona:

- Valoración positiva del cambio en la representación.
- Ausencia de identificación. Algunas personas no se sintieron interpeladas dado que no hay muchas mujeres negras en Bogotá.

- Crítica a la campaña por su inadecuación al gusto masculino. Algunas personas dijeron que el mensaje no era adecuado publicitariamente porque la mujer representada “*no es el tipo de mujer que le gusta a los hombres*”, como aseveró una usuaria del programa.
- Conformidad con el contenido. De acuerdo con una de las entrevistadas “*es entre los ‘negros’ que hay que hacer promoción para el condón porque son los más afectados por el SIDA*”.

Citamos en extenso una de las respuestas a nuestra pregunta:

- *¿Qué le suscita el afiche, qué le transmite?*

Me suscita diferencia. Que tenemos que entender que somos diferentes pero como que no se identifican, porque resulta que la niña mulata, ella sale en un video [...] y yo he visto un poco en los jóvenes que se mueren de la risa [...] pero como que no tienen una identificación realmente, porque la niña es minoría, porque su raza no es mayoría aquí en Bogotá. Me suscita que es romper un poco con el esquema de la niña de raza blanca (Entrevista funcionaria 6).

Lo que encontramos en estas respuestas es que a pesar de las intenciones incluyentes de la campaña, el mensaje es interpretado desde una lógica racializada. Es decir, a pesar de que se pretende mostrar a “una mujer, simplemente una mujer”, salen a flote estereotipos, prejuicios y asociaciones estigmatizantes a partir del fenotipo de la modelo. En algunas opiniones, se encuentran las asociaciones, corrientemente realizadas en el ámbito de la salud, entre personas negras y



VIH-SIDA o entre personas negras y promiscuidad sexual, así como las disociaciones entre lo negro y lo bello. Algunos, incluso, pueden asignarle a la modelo del afiche un lugar de origen, señalando que es chocoana e identificándola como alguien “que no es de aquí”, y con quien el público receptor de la campaña no tiene posibilidad de identificación.

En resumen, aunque el discurso publicitario en cuestión pretende presentar las diferencias como atributos axiológicamente neutros, las interpretaciones y lecturas expresadas evidencian que las diferencias tienen connotaciones valorativas, construyen jerarquías y están relacionadas con desigualdades sociales.

### **El condón: ¿un asunto de mujeres?**

-¿Cuáles fueron los objetivos de la campaña?

“Básicamente lo que pretendíamos era empezar un proceso con las mujeres. De que aprendan a decidir ellas, a negociar ellas y a que entiendan que el elemento condón, aunque es de uso masculino, porque no tenemos condón femenino, la decisión es suya también. Entonces que lo carguen ellas, que lo porten ellas, que no les dé pena, que lo aprendan a manipular”. (Entrevista funcionaria 5)

El objetivo principal de la campaña mencionada era *empoderar*<sup>4</sup> a las mujeres en el uso del condón y como lo dice una de las funcionarias, “*se trata de una campaña agresiva ya que*

---

4 Utilizamos *empoderar* y *empoderamiento* porque, a pesar de ser un extranjerismo, el reemplazo de frases en español como “dar poder”, “promover”, “generar liderazgo”, entre otras, no recogen el sentido completo de este término de origen feminista, que precisamente se refiere a los procesos políticos y pedagógicos que pretenden que personas tradicionalmente ubicadas en posiciones dominadas ejerzan poder y que ese poder contribuya a la reivindicación del grupo dominado al que pertenecen (Cf. León, 1997)

*pone en cuestión varios prejuicios que se tienen en torno a las mujeres que portan el condón*”. Las reacciones que suscitó la campaña entre las usuarias y usuarios de los programas de SSR pueden agruparse de la siguiente manera en función de las percepciones de su contenido de género: las de jóvenes usuarias que la califican positivamente, porque cuestiona prejuicios sobre la sexualidad de las mujeres (pasividad, falta de autonomía y falta de iniciativa principalmente); las de jóvenes usuarias y usuarios a quienes les ha parecido agresiva o promotora de la promiscuidad de las mujeres; y, por último, las de jóvenes usuarias que se quejan porque la idea no es equitativa, ya que siendo el único método anticonceptivo diseñado para los hombres, “*resulta que ahora también las mujeres se los tiene que cargar*” (entrevista grupal 2), añadiendo una obligación más a las mujeres en relación con la anticoncepción y los cuidados en salud.

El presupuesto del que parte la campaña es ciertamente importante: conseguir el *empoderamiento* de las mujeres en asuntos de sexualidad y salud. Sin embargo, la campaña presenta debilidades en el logro del objetivo del *empoderamiento*. ¿Acaso no serán los hombres quienes necesitan una campaña de este tenor para que se apropien del tema, asuman su papel en la SSR y dejen de entorpecer los procesos de toma de decisiones anticonceptivas de las mujeres? No sobra mencionar la cantidad de mujeres que se ponen dispositivos o se operan a escondidas de sus maridos, por ejemplo? De cierta manera, la campaña perpetúa los obligatorios roles educativos y de cuidado de la salud que han sido asignados a las mujeres. La debilidad de la campaña consiste en seguir atribuyendo a las mujeres un papel central en las decisiones

anticonceptivas y reproductivas, restando importancia a la participación masculina en la SSR. Por otra parte, es necesario considerar que estas decisiones no dependen sólo de la voluntad una mujer *empoderada*, sino también de la persistencia del género como estructura social que limita el ejercicio de su autonomía.

Igualmente, es importante aclarar que la inclusión de los hombres en los programas de SSR no es, en sí misma, un indicador de perspectiva de género. De cierta manera, los hombres ya han estado presentes en los programas, como acompañantes de sus parejas a una cita médica o “llevándolas para que planifiquen”, pero esta presencia no ha sido significativa en la medida en que no ha contribuido al logro de la equidad. Tampoco la creciente afluencia de hombres a los servicios de SSR constituye un avance en sí mismo, (aunque las mujeres siguen siendo sus principales usuarias) ya que el motivo principal de consulta de este número creciente de hombres está relacionado con problemas de impotencia o ligados a su desempeño sexual. Su presencia en los servicios no es un indicador de la mayor implicación en prácticas que busquen disminuir las disparidades de género existentes en materia de SSR, sino otra muestra de la perpetuación de los roles de género en el ámbito de la sexualidad. Una perspectiva diferencialista de género no es suficiente para contrarrestar las desigualdades sociales que las relaciones de género producen en el campo de la salud. Si bien la salud de las mujeres y las acciones afirmativas de acceso y promoción relacionadas con ella deben ser un tema fundamental en la agenda de salud pública, es necesario promover una real participación masculina en los programas y acciones de SSR.

## **A modo de conclusión**

Más que intentar dar una visión completa de los usos de las categorías de género y etnicidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios en SSR, el objetivo de este artículo tuvo por explorar la forma en que han sido incorporados estos enfoques en sus prácticas y discursos.

Hemos señalado, en primer lugar, que si bien el proceso de institucionalización del género y de la SSR es un importante logro para la divulgación, conocimiento y visibilidad de los principales problemas en este campo, también ha comportado varios riesgos: la simplificación de estos conceptos y la neutralización de sus contenidos políticos o usos, que corresponden más a las demandas de corrección política exigidas por los organismos internacionales financiadores que a una seria reflexión por parte de las instituciones prestadoras de servicios.

En segundo lugar, hemos mostrado la pertinencia de incluir una perspectiva étnico-racial en los programas de SSR. A nuestro modo de ver, es necesario visibilizar el carácter social y construido de las categorías étnicas y sus consecuencias en las relaciones sociales de dominación y poder; igualmente, analizar las desigualdades sociales y las representaciones estereotipadas de la sexualidad a las que dan lugar. Es fundamental evaluar desde esta perspectiva, tanto las acciones como los marcos teóricos y metodológicos a partir de los cuales se hace intervención y promoción en SSR en Colombia.

En tercer lugar, hemos indicado la importancia de tener en cuenta el contexto social en el que han sido introducidas las categorías de género y etnicidad en el ámbito de la

SSR. El contexto al que nos referimos es el del multiculturalismo, que introduce una forma particular de entender la diferencia, como un valor en sí mismo, e ignora los nexos existentes entre estas diferencias y las desigualdades sociales. Agregamos, además, que la exaltación actual de las diferencias culturales no ha impedido que ciertas poblaciones sigan siendo objeto de prácticas racializadas.

Por último, hemos examinado las ambigüedades con las que han sido tratadas las diferencias de género y etnicidad en la esfera del mercadeo publicitario de los servicios de SSR. Este análisis nos permite afirmar que, si bien se han realizado esfuerzos muy valiosos por parte de las instituciones prestadoras de servicios de SSR para ampliar las perspectivas de trabajo en la intervención y en la promoción en salud, la fuerza, tanto del discurso medicalizado de la sexualidad como de la lógica del mercado prevaleciente en los servicios de salud, neutraliza muchos de estos esfuerzos y sigue orientando muchas de las prácticas de SSR en el país.

## Bibliografía

Beauvoir, Simone de. 1950. *Le deuxième sexe I. les faits et les mythes*. París: Folio Essais.

Bonfil, Guillermo. 1989. *México profundo. Una civilización negada*. México: Grijalbo.

Fassin, Didier. 2001. "Au coeur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses", en *Une critique de la santé Publique. Une approche anthropologique*. Dozon, J. P. y D. Fassin (dirs.). Pp. 47-69. París: Balland.

Hall, Stuart. 1997. *Representation: Cultural representations and Signifying practices*. Londres: Sage Publication.

Kymlicka, Will. 1996. *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona: Paidós.

León, Magdalena. 1997. "El empoderamiento en la teoría y la práctica del feminismo", en *Poder y empoderamiento de la mujeres*. León, M. (Comp.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Scavone, Lucía. 1999. "Anticoncepción, aborto, y tecnologías conceptivas", en *Género y salud reproductiva en América Latina*. Scavone, L. (Comp.). Pp. 21-57. San José de Costa Rica: Editorial LUR

Taylor, Carles. 1994. *Multiculturalisme. Différence et démocratie*. París: Aubier.

Osorio, Zenaida. 2001. *Personas Ilustradas. La imagen de las personas en la iconografía escolar colombiana*. Bogotá: Colciencias.

Viveros, Mara. 2003. "Género y salud reproductiva en Colombia", en *La Salud Pública Hoy Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Franco, S. (Ed.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Viveros, Mara. 2004. Proyecto de investigación: "Evaluación Cualitativa de Programas de SSR en poblaciones jóvenes de Bogotá (una lectura de género, clase, color de piel y orientación sexual)". Fundación Ford, División de Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Wade, Peter. [1993] 1997. *Gente negra, nación mestiza. Dinámicas de las identidades raciales en Colombia*. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia, ICAN, Siglo del Hombre, Universidad de los Andes.