

## ENTRE SABER Y ACTUAR: RELACIONES DE GÉNERO Y PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA EN MUJERES DE SECTORES POPULARES DE ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BS.AS.\*

MabelGrimberg\*\*

### RESUMEN

Sintetizamos en este artículo resultados del estudio etnográfico en mujeres de 15 a 35 años de sectores populares, residentes en el cordón sur de la Ciudad de Buenos Aires, área de mayor incremento de casos de Vih-Sida, mayor pobreza, degradación y violencia urbana. Los resultados destacan que entre «saber» y «actuar» median complejos procesos que entrelazan representaciones estigmatizantes y generizadas del Vih-Sida como «problema de otros» y modalidades de relación social y sexual, atravesadas por estereotipos y roles de género. Desde ahí sostenemos que las propuestas de prevención deben partir del *conjunto de la práctica social*, y específicamente de las relaciones de género; articular *estrategias relacionales* entre mujeres y varones. Más aún, cuando la creciente precarización de la vida social, intensifica la histórica vulnerabilidad de las mujeres de sectores populares, a la vez que supone crecientes contextos de interacción social que apelan y dependen del papel socioeconómico y simbólico de las mismas.

**Palabras Claves:** Vih-Sida, Prevención, Construcción Social, Género, Sexualidad.

---

\* Este trabajo fue originalmente presentado a la II Reunión de Antropología del Mercosur, Piriápolis, 11 al 14 de noviembre de 1997.

\*\* Dra. en Antropología Social. Universidad de Buenos Aires. Investigadora del CONICET. Argentina.

## ABSTRACT

We present several results of an ethnographic study among women from 15 to 35 years old belonging to popular sectors that live in the southern area of the City of Buenos Aires. This area presents the highest numbers of Hiv-AIDS cases and high levels of poverty, degradation and urban violence. Our results show that between "knowing about" and "behaving" there exist complex processes in which we find the operation of stigmatized and gendered representations of Hiv-AIDS as "others problem" and social and sexual relations crossed by gender stereotypes and roles. We believe that the planning of prevention must take as a point of departure the consideration of global social practices and, specifically, the characteristics of gender relations. Moreover, the increasing precarization of social life intensifies poor women's vulnerability and social interaction contexts that appeal to the socio-economic and symbolic role played by women.

**Key Words:** Hiv-AIDS, Prevention, Social Construction, Gender, Sexuality.

## INTRODUCCIÓN

Presentamos algunos resultados de la línea de género de un proyecto sobre construcción social del problema Vih-Sida, centrado en la categoría de hegemonía<sup>1</sup>. Este estudio indaga en las relaciones e identidades de género, en esta etapa, desde la perspectiva de la mujer.

El sostenido crecimiento del Vih-Sida en nuestro país, en particular entre jóvenes y sobre todo entre mujeres, pone de manifiesto condiciones de vulnerabilidad diferencial en las que, una compleja trama de estereotipos y relaciones de género dificultan las posibilidades reales de prevención por parte de las mujeres. En efecto, el problema Vih-Sida compromete núcleos estratégicos de la vida social y de las dimensiones de la subjetividad, a la vez que actualiza categorías clasificatorias morales de estigmatización social de prácticas, sujetos y grupos sociales.

En particular pone de manifiesto, los límites de construcciones sociales que reducen la sexualidad a «reproducción» o «patología», dejando fuera entre otros, el complejo deseo/placer, la movilidad del objeto sexual, los procesos de mercantilización, los procesos de control/subordinación en las relaciones de

género. El peso de una construcción social que asocia Vih-Sida a «grupos» o a «comportamientos de riesgo»: homosexualidad/heterosexualidad promiscua/drogadicción, ha tendido a reducir la complejidad de las prácticas sociales a «actos riesgosos/peligrosos», responsabilizando a los individuos y oscureciendo aspectos básicos de las trayectorias y la vida cotidiana de sujetos y grupos sociales (Grimberg,1996).

El centro del problema es su articulación a la complejidad del sujeto, se inscribe en un proceso en el que está en juego la diversidad sexual, los modelos de sexualidad, las categorías organizativas que sustentan identidades individuales y colectivas; parte sustancial del problema es justamente el estatuto que asuma esta diversidad (Grimberg, M.1996). Pero a la vez, y esto debe ser reconocido, se inserta en procesos en curso desde finales de los sesenta, tales como los de «liberación sexual», de «lucha contra las formas de discriminación social», de «derechos humanos» y más específicamente de derechos «gay-lesbicos» y «reproductivos», entre otros.

Un recorrido por la producción epidemiológico-social muestra que la mayor parte de los estudios han centrado en la mujer como «pareja de adictos» o como «víctima de la infidelidad conyugal», ponderando el rol de «transmisión» de la enfermedad o su relevancia en términos de responsabilidad en los tratamientos médicos, en el cuidado de los enfermos y en la evitación del embarazo en los casos de seropositividad (Ligouri, 1995, Macram,1996). Otros estudios han criticado los procesos de atención institucional en la medida en que su organización apela y reproduce el papel tradicionalmente asignado a la mujer de «cuidar y asistir al enfermo», reforzando los estereotipos y los sentimientos de dependencia, pasividad y sumisión (Macintyre,1996).

Un aspecto significativo del problema ha sido revelado por las investigaciones que desvinculan la asociación sexualidad-reproducción y desbiologizan la sexualidad, en este sentido, son crecientes los estudios que hacen énfasis en la necesidad de articular variables de género y étnicas, para recuperar la complejidad de la problemática de la sexualidad, las indentidades de individuos y grupos, así como los derechos humanos comprometidos (Schepper-Hudges,1994; Campbell, 1995).

Recientemente, sin embargo, ha comenzado a criticarse la focalización unilateral en la mujer tanto de los estudios epidemiológicos o de ciencias sociales, como de los programas preventivos. Así, desde una perspectiva de género, se ha

señalado que la prevención de la «epidemia heterosexual» se ha centrado en la mujer, relativizándose el rol de los hombres en la toma de decisiones y su gravitación como responsables de su salud y de la salud de la mujer (Campbell, 1995).

Desde esta perspectiva, el género es considerado una construcción social cuyas dimensiones básicas son la configuración de las identidades, las relaciones de poder, y las asimetrías sociales en el acceso y el control de recursos materiales y simbólicos entre mujeres y varones (Szás, 1997). Varios trabajos muestran que las identidades, como asignación social y construcción subjetiva, comprometen dimensiones de la vida cotidiana directamente vinculadas a los problemas planteados por el Vih-Sida (Szás, 1997). Otros destacan que la relación entre identidad de género y autocuidado asume un papel prioritario en las prácticas de prevención en torno del Vih-Sida (Bronfman, 1995; Campbell, 1995).

Las relaciones de poder son un aspecto constitutivo de las relaciones sociales y sexuales de género. En particular las relaciones de poder en el contexto de las relaciones sexuales heterosexuales condicionan el potencial de negociación de «sexo seguro» por parte de las mujeres (Miles, 1993). Parte del problema es que varones y mujeres no perciben sus «necesidades» como similares sino como opuestas, en el marco de una economía sexual y emocional en la que se posicionan como antagonistas según una división del trabajo al mismo tiempo material y emocional (Miles, 1993). El uso mismo del preservativo pone en cuestión y actualiza los sentidos otorgados a la sexualidad y a la pareja, su inclusión incorpora el fantasma de la fidelidad-infidelidad, la presencia virtual de un «otro» que pone en crisis un modelo «femenino» esperado (Fernández, 1992)

A su vez, como han planteado distintos autores el énfasis en el cambio de comportamientos de la mujer, en la necesidad de negociar un sexo seguro, ha desconocido las posibilidades reales de la mayor parte de las mismas en controlar los comportamientos de sus parejas (Campbell, 1995; Szás, 1997).

Debe tenerse en cuenta que las relaciones de género se articulan a su vez a otras desigualdades sociales tales como las de clase y étnicas. Así, distintos estudios han puesto de manifiesto que, tanto las desigualdades en el acceso y el control de recursos materiales y simbólicos, como la autonomía y la capacidad de tomar decisiones se hacen más problemáticos en los sectores populares (Koblinsky, et.al 1993; Lara, Salgado, 1994).

En este contexto, como han reiteradamente señalado estudios socioantropológicos y como lo muestra nuestra propia investigación, el conocimiento sobre Vih-Sida y fundamentalmente la información técnica, no guarda relación directa con las prácticas sexuales, a pesar de una evidente preocupación en algunas mujeres, aquellas de sectores populares revelan límites en su capacidad de actuar de acuerdo con la información de que disponen. Las relaciones de poder y en particular los componentes de la identidad masculina frecuentemente entran en conflicto con las orientaciones de prevención en Vih-Sida. Cabe preguntarse entonces por las características de los saberes y las modalidades de las prácticas en contexto más global de las condiciones de vida de mujeres de sectores populares.

### APUNTES METODOLÓGICOS

Este estudio se centra en mujeres jóvenes de 15 a 35 años de sectores populares residentes en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, en particular de los barrios de San Telmo, Boca y Barracas. Entrevistamos a un total de 30 mujeres en dos o más sesiones con una duración variable de un máximo de 2 horas cada sesión. Utilizamos una *técnica de selección por criterios* a partir de la definición conceptual y operacional de unidades de estudio, que requiere definir de manera previa las categorías desde las cuales se seleccionarán los informantes, éstas fueron *edad y relacionamientos de género*<sup>2</sup>. Para la selección combinamos las estrategias de trabajo con informantes clave en el rol de "reclutadoras" y de trabajo con redes (también denominada técnica de "bola de nieve") a partir del seguimiento de las redes de solidaridad extensa (no parientes: amigas, vecinas y conocidas) de las informantes seleccionadas en la primera instancia.

Señalamos muy sintéticamente algunas características que consideramos relevantes del conjunto estudiado. Nuestras informantes viven en inquilinatos, casas tomadas, piezas de hoteles y en menor medida en departamentos económicos alquilados, en los barrios de San Telmo, Boca y Barracas. En un contexto de heterogeneidad de modalidades de unidades domésticas, menos de la mitad corresponden a unidades «nucleares» -de pareja con hijos-, mientras que casi un cuarto eran unidades a cargo de una mujer, considerando sus dos variantes: nuclear y extensa. Proceden de la Provincia de Buenos Aires y en menor medida de otras provincias y de países limítrofes.

Salvo las menores de 20 años, la mayor parte se encontraban conviviendo en pareja<sup>3</sup> con más de 5 años de relación. Los hijos son una característica común

(20 de las 30 mujeres) en un número variable (tres casos con más de 5 y dos con más de 7). Un aspecto significativo es que la mayor parte de estas informantes han tenido su primer hijo en edades tempranas: seis entre los 14 y 17 años, y nueve entre los 18 y los 20 años. En un alto número de casos (más de la mitad), estas mujeres han tenido su primer hijo sin un compañero, ya sea con o sin apoyo familiar.

Las informantes tienen en su mayoría estudios secundarios incompletos, sólo unas pocas completaron este nivel, tenían estudios terciarios sin completar o estaban realizándolos en el momento de nuestro trabajo de campo. Al mismo tiempo, resulta significativo el número de informantes que no supera la escolaridad primaria (4 casos), si se tiene en cuenta que se trata de población urbana y joven. Algo más de la mitad tenía algún tipo de ocupación remunerada, mientras que un cuarto manifestó estar «desocupada» en el momento del trabajo de campo o ser «ama de casa». En su mayor parte son asalariadas en modalidades precarias e inestables de condición laboral<sup>4</sup>.

### «SABER DE SIDA»

En términos generales el conjunto estudiado no pone de manifiesto información errónea sobre el VIH-Sida y sus formas de transmisión, sin embargo, el peso de categorías normativo-morales fuertemente estigmatizantes de sujetos y comportamientos, introduce confusiones y notables ambivalencias en el contexto de las representaciones y las prácticas.

Con el objetivo de permitir una mirada de conjunto, puntualizamos de manera sintética tres aspectos de este «saber»: las definiciones, las formas de transmisión y las formas de prevención.

#### *a. Las «definiciones»*

El «Sida» emergió espontáneamente como problema durante distintos tramos de las entrevistas, en particular en los referidos a «las enfermedades más graves desde el punto de vista social» y «los problemas más importantes del barrio».

Mirado desde las «enfermedades más graves desde el punto de vista social», el VIH-Sida encabeza, a notable distancia de otras (cáncer, meningitis, tuberculosis, alcohol, droga).

En el tramo de análisis de los «problemas más importantes del barrio» resulta colocado detrás de problemas como trabajo/ empleo y vivienda, siguien-

do a la mención de inseguridad, violencia, drogas o alcohol. Este posicionamiento se mantiene cuando se considera los "problemas de salud del barrio", detrás de la mención de problemas como "droga" y "alcohol".

Las referencias a «la droga», «el alcohol» y las vinculaciones establecidas con «el Sida» ponen de manifiesto una percepción del problema tanto en términos de «enfermedad» como de «seguridad».

Significativamente, apareció muy débilmente en aquellos tramos autoreferenciales que remitían al contexto de relatos de relacionamientos y relaciones sexuales, a los problemas que le preocupaban personalmente, o a los temas hablados con la pareja o los amigos. En este marco si bien su delimitación como problema social resulta clara, se ubica más como un problema de «otros», externo al espacio particular de sus preocupaciones.

La mayor parte de nuestras informantes utilizó la denominación de «el sida» para referirse al problema, definiéndolo en términos de:

enfermedad infecciosa / contagiosa  
 no hay cura/ es mortal  
 los medicamentos no curan, prolongan la vida/ mejoran la vida/  
 impiden que se enfermen y se mueran  
 venérea / enfermedad de transmisión sexual  
 es un virus  
 consume/ adelgaza / mancha la piel / palidez/ se cae el pelo /  
 fiebre/ desgano / decaimiento / ganglios

La clave de la representación está en su configuración como enfermedad *infecciosa*. En este carácter es identificada como enfermedad de transmisión sexual, ya sea bajo esta denominación o la de "venérea".

para mí son todas enfermedades venéreas el Sida también lo considero como una enfermedad venérea aunque no es totalmente así / porque las otras se curan (S.34.PC)<sup>5</sup>.

#### *b. Las formas de «transmisión»/ «contagio»*

Un aspecto a destacar es que si bien los términos «transmisión» y «contagio» fueron alternativamente utilizados durante las entrevistas, el peso lo concentra este último.

El Sida se contagia por la droga, aquí todos estos chicos que se están drogándose hacen cualquier cosa también se emborrachan / qué sabés con quien se acuestan (S.27.PC.)

mucho no sé pero en mi cuadra dónde yo vivo murieron bastante personas de Sida que se juntaban enfrente o en la esquina que se drogaban / realmente yo no sé si tenerles lástima o bronca porque no sé (P.18 SP.)

Las informantes refirieron de distintas maneras a las «formas de transmisión» del Vih-Sida, su análisis permite distinguirse tres clases:

Una primera refirió a «vías de transmisión»:

*vía sexual/contacto con semen*

*vía sanguínea / contacto con sangre/por la sangre/sangre con sangre de madre a hijo*

Una segunda restringió a prácticas específicas

*relación sexual sin preservativo*

*usar jeringas sin cambiar agujas/ compartir jeringas*

*hacer transfusiones con sangre no esterilizada*

*usar elementos quirúrgicos no esterilizados*

Una tercera, por último remitió a prácticas generales

*relación homosexual*

*relación anal*

*penetración*

*jeringas/inyecciones*

*inyectarse/picarse*

*drogarse*

### *c. Las formas de «prevención»*

Si bien se evidencia reconocimiento de medidas específicas de prevención tales como *usar preservativos, no compartir jeringas / cambiar agujas, usar material descartable, etc.*

cómo se previene para mí // y cómo se previene o sea tenés dos opciones o no te acostás con nadie (risas)... este... o te ponés profilác-



ticos o si trabajás en un lugar público de atención médica obviamente tomando todas las precauciones o sea no tocar // sabiendo que hay un infectado de sida o sea una aguja no la vas a ir a tocar así / (A.24.PVC.)

no sé si es una regla segura pero bueno tomando ciertas precauciones ... no tener relaciones sexuales sin protección, ... cerciorarse que jeringas y esas cosas sean descartables y bueno hasta donde yo sé, tomando ese tipo de precauciones no sé si habrá otras formas de con... yo creo que... que son ésas pero bueno, no sé si habrá otras (M.25.PC.)

Se manifiestan al mismo tiempo, visiones "preventivas" de un elevado nivel de generalidad y fuerte contenido prescriptivo de orden moral:

*ciudarse*

*hacer lo debido*

*saber con quién estás*

*no drogarse*

Más en particular, aquellas relacionadas globalmente con la sexualidad o con las modalidades específicas de relacionamientos de género.

el sida cómo se previene y bueno es / *no drogarse* lo más importante no y / y *no hacer cosas malas* qué se yo, *no tener relaciones sin*, con o otras parejas / *sólo con su pareja* (S.27.PC.)

Quizás lo más significativo aquí es destacar la definida gravitación de un constructo que asocia *pareja estable / conocimiento-confianza con seguridad de no contraer* el Vih.

porque bueno ahora / ya no tanto porque los hombres capaz que tienen más la precaución, antes la gente no era de tener una pareja constante no y / y si los hombres no todos los hombres pero la mayoría son de cambiar de pareja / ahora por el sida se cuidan más si / hay que evitar las parejas ocasionales / creo que más no / cuando tenes tu *pareja permanente le tenes confianza* / (L.28.SP)

cuidándote y porque si hay gente que tenga Sida es porque van y están con otras mujeres o hombres, *no con las pareja estables*, para mí es eso. (V.20.PC.)

En síntesis, resulta claro la presencia de representaciones que combinan componentes de carácter cognitivo, por ejemplo la identificación de formas de transmisión definidas por el modelo biomédico, con otros de carácter prescriptivo-moral, a partir de la asociación de la enfermedad a prácticas socialmente sancionadas como "promiscuas" o "transgresoras" (en referencia a la sexualidad y el uso de drogas). El peso de categorías normativo-morales fuertemente estigmatizantes de sujetos y comportamientos, refuerza visiones generalizantes que globalizan sin distinguir prácticas específicas de transmisión (descontrol, promiscuidad, drogarse, relaciones sexuales ocasionales, relaciones sexuales con desconocidos) y de prevención (cuidarse, no drogarse, pareja estable, fidelidad, etc.)

### **LAS PRÁCTICAS: ESTEREOTIPOS Y ROLES DE GÉNERO**

En esta investigación nos aproximamos a la sexualidad<sup>6</sup> (Grimberg, 1996) como proceso que no sólo se desenvuelve, sino se construye en una historia con otros. En este marco trabajamos con el concepto de trayectorias sexuales para captar esa historia en los sujetos, centrandó básicamente en el proceso de la iniciación sexual y el desempeño sexual posterior.

Para esta presentación sintetizamos algunos de los hitos más significativos de manera de mostrar el peso de las construcciones genéricas en términos de estereotipos y roles en las relaciones sexuales.

a.- La mayor parte de nuestras informantes han tenido su iniciación sexual aproximadamente entre los 15 y los 17 años, en seis de ellas más temprano (un caso de 12, otro de 13 y cuatro de 14 años). En todos los casos, por primera relación sexual las entrevistadas entienden penetración vaginal.

En particular en aquellas mayores de 20 años, su sexualidad se encuentra fuertemente asociada a la vida reproductiva. De éstas, diez manifestaron haber quedado embarazadas de su "primer novio" y ocho de parejas posteriores sin contar el actual. La categoría 2 de mujeres entre 20 y 24 años resultó particularmente significativa, ya que de las ocho jóvenes, cinco habían tenido su primer hijo solas, con o sin apoyo familiar, mediando o no un abandono directo por parte del varón. Otra, embarazada de su "primer novio" a los 15 años, inició la convivencia a partir de ese momento, mientras que la octava se encontraba embarazada y sin pareja estable, conviviendo con sus padres, en el momento del trabajo de campo

Ocho de ellas (tres de la categoría 2, cuatro de la categoría 3 y una de la categoría 4) relataron haber sido “abandonadas” embarazadas ya sea por su “primer novio” o por una pareja posterior.

b.-En su mayoría mantienen relaciones sexuales con cierta periodicidad (solo tres de las más jóvenes, menores de 19 años, no habían completado su iniciación sexual en el momento del trabajo de campo). En torno de las mismas confluyen distintas denominaciones entre las que se destacan: *hacer el amor/relación sexual/coger/transa completa/hacer/tener sexo/ir a la cama/acostarse/encamarse/curtir*.

Salvo para “*transa completa*” o “*curtir*”, terminología utilizada por las más jóvenes, las denominaciones espontáneas no muestran diferencias por edad.

c.-Las informantes reconocieron distintas modalidades de relacionamientos. El *amor/estar enamorada* fue el principal parámetro de diferenciación utilizado para distinguir entre *novios/parejas* y *relaciones*. Sin embargo, mientras las mayores de 25 años, sobre todo aquellas mujeres con pareja estable (conviviente o no) hicieron más énfasis en sus relaciones de “pareja estable” y en “el amor”:

dos parejas anteriores / con una conviví, no eran como ahora aunque yo los quería , el primero me dejó embarazada (S. 29.PC.)

con mi primer novio tuve mis dos primeras hijas / la relación duró de los 15 a los 20 años, pero nunca vivimos / él reconoció a las nenas pero no se ocupó de ellas // mi papá se enojó mucho en cada embarazo me pegó, pero luego se encargó de las rietas / a la primera que vivió con él la quiso un montón hasta un punto que después cuando yo me venía a Buenos Aires él no me dejaba que la traiga porque me decía no que ella es mía y yo la crié y como se crió al lado de él/ él se hacía dueño de ella / tuve otros novios, D. con el que salí 5 meses, L. estuve 4 años y ahora J. (M. 30.PC.)

Las dos categorías menores (entre 15 y 24 años) refirieron un mayor número relacionamientos y encuentros sexuales en los que primaba sólo “las ganas”, “el estar bien”, entre otras expresiones.

para la mujer no es solo sacarse la calentura (...) otra cosa es que salgas con el pibe y llegues / llegues a hacerlo / pero no siempre estás

perdidamente enamorada porque/ eh a veces curtis / curtir es verse más seguido, te gusta alguien y lo ves o te vas con él seguido/ bueno te cuento / con dos / el año pasado y éste (A.17.SP)

además de dos parejas / yo salí con dos, porque me gustaban, *tenía ganas / pero amor no era / les tenía confianza, eran compañeros no me iban perjudicar* (L. 21.SP.)

Además del "amor" o "estar enamorada", "la seguridad", "la confianza" y "el conocimiento" resultan relevantes para distinguir con quién "se tiene o no" relaciones sexuales.

Tal como lo expresan los testimonios presentados, predomina una visión dicotómica que distingue entre "acto sexual" o "hecho físico", encarnado en la penetración -primera unidad de sentido-, y la posibilidad de "puede o no" incluir "amor" o "sentimientos" -segunda unidad de sentido-:

la relación sexual es según como lo hagas/ con amor por ejemplo es distinto / para mí es distinto (S.27.PC.)

la relación sexual, ... digamos, te sacás las ganas pero, no ( ) más bien eh una calentura// el amor pasa por un sentimiento (M.25.PC).

una relación sexual *se puede tener con cualquiera*, que... o con alguien que te guste aunque no lo quieras, aunque qué se yo, porque *tenés ganas y listo*. En cambio, cuando hacés el amor es otra cosa, estás enamorada. (L.21.SP)

En todos los casos, una manifiesta distinción y tensión entre el orden de "lo físico" y el del «amor» define y separa entre distintos tipos de relacionamientos. Esta contradictoriedad da cuenta de un escenario ambigüo entre lo "permitido" y lo "no permitido" bajo los términos de "normal" y "anormal"

si usted esta con su pareja y: y la quiere a su pareja es hacer el amor y hacer las cosas // sexualmente / yo pienso así no // porque yo estoy con mi pareja y lo quiero / entonces se hacerle sexualmente... / (risas) cómo se dice yo voy a hacer el amor con él porque yo lo quiero es normal (M.17.PC)

hacer el amor es hacerlo con alguien que se quiere que se le tiene confianza y bueno eso es hacer el amor alguien que se quiere y que se cree que la otra persona lo quiere a uno la quiere / que hay un amor y que entonces sí se puede hacer el amor si los dos tienen amor y se quieren tanto entonces sí se puede hacer el amor y tener relación sexual es tener relaciones por el simple hecho de *curiosidad de saber* qué es tener relaciones / que conozco muchas chicas que lo hicieron // no sé para mí resulta medio también (...) *si por eso prefiero esperar hasta cuando sea* pero hacer el amor no tener relaciones por el simple hecho de curiosidad o saber que uno siente o que siente el otro no hacer el amor (C.19.SP. SRS)

Como hemos señalado en otro trabajo (Grimberg, 1995), el análisis de las prácticas sexuales pone al descubierto el peso de una construcción biológico-moral dominante de la sexualidad -como heterosexualidad exclusivamente reproductiva- que delimita la frontera entre sexualidad "normal" y "anormal" e instituye prácticas como "naturales" y "no naturales". Esta construcción:

- sostiene una representación dicotómica de las relaciones sexuales que separa y pone en tensión "hecho / acto físico" y "afecto / amor",

- escinde y coloca el deseo, el placer y la iniciativa sexual en el varón, y la aceptación-concesión en la mujer, constituyéndose "el amor" entre éstas en requisito, garantía y justificación de la práctica sexual. Su articulación a una noción romántico-altruista del amor, coloca a la mujer en el lugar de la entrega, el sacrificio y la concesión.

y si una está enganchada... cuando póngale una vez hace el amor y después ya / ya piensa que *todo es del hombre ese* // ya póngale se entrega (M.17.PC.)

el amor es altruismo básicamente altruismo o sea el *sacrificio de sí mismo* por el bienestar del otro // lo más importante es cuidar al otro (E.35.PC.)

una amiga que es casada me dijo... lo que pasa que hacer el amor no es algo físico tenés que entregar el alma, me dijo (risa) y eso me requedó y no sé / me acuerdo que me re ayudó porque no era algo físico ni sentí que era algo acá me di cuenta y me ayudó a abrirme ¿no? (M.25.PC)

d.- En este contexto, las relaciones sexuales son “necesarias” y un “complemento” del “amor”:

y también, para mí también como le digo si... es para mí es un complemento del amor, estar... es lo más lindo que hay aparte a base de eso tenés un hijo, se hacen los hijo entonces es algo que que se tiene que tener en una pareja (V.20.PC)

y que la pareja se aprecie se quiera / que sea un complemento / que sé yo no que sea un acto sexual como un animal y que // creo que hasta los animales se quieren (risas) en el acto sexual / pero que sea algo más / no sé a mí vos para tener relaciones sexuales con alguien tenés que sentir algo porque no podés tener una relación sexual y no sentir nada a mí me parecería / no sé medio absurdo (G.26.PC)

Sin diferencias por edad o por tipo de relacionamiento, y tanto desde las expectativas (modalidad esperada) como desde lo efectivamente realizado, la iniciativa y el control de la relación está en manos del varón. Esta iniciativa cubre tanto el promover inicio, como el desenvolvimiento de la relación en términos de propuestas, posiciones, formas de prácticas, etc.

y el hombre es el que más provoca que pase algo. El es el que empieza. Y siempre con un juego de manos está provocando. O empieza tocando el pelo. O me agarra de atrás de la cintura (M. 25.PNC.)

supuestamente tiene que empezar el hombre (N.27.PNC.)

Las posiciones sexuales ocupan un lugar relevante en relación a la iniciativa y el control de la relación. En efecto, “arriba” y “abajo” no sólo son parámetros espaciales, su significación remite a: capacidad de movimiento, márgenes de maniobras. “Arriba” y “abajo” son lugares de poder.

- arriba=el lugar de las riendas/manija {dominación, actividad, propuestas}

- abajo= el lugar del me ...hacen / piden, etc.{subordinación, pasividad, concesión}

En la mayor parte de los casos, estos lugares no son discutidos, por lo contrario, resultan naturalizados desde los estereotipos de género, formando parte de las preferencias:

la normal hacemos (él arriba) / para mí que es como que me entrego mejor / lo siento más se supone que es mejor para el hombre y para la mujer / yo tengo que estar muy tranquila porque me cuesta (S.29.PC.)

Articulado a este estereotipo de género, el rol de la mujer no puede sin embargo, entenderse como pasivo. Los datos muestran una diversidad de prácticas de distinta significación, por un lado, es parte del rol de la mujer el responder de alguna manera, el “decir sí o no” o el “poner límites”:

empieza él / qué se yo como a cargocearme, que empieza que me toca el pelo, que me toca la oreja, y... y bueno así me empieza a cargocear digamos, son cosa que él sabe como empezar y yo le respondo (V.20.PC)

Por el otro, se reconoce de manera manifiesta y se hace énfasis en un rol de género explícitamente inductivo: “provocar”, “seducir”, “emitir señales”

después que llega de trabajar y se baña (...) *lo provooco* y / y él viene me abraza.... yo lo miro y le digo ah dejame de joder y él viene y está y me agarra y bueno ya después... (M.17.PC).

y por ejemplo yo... este... yo duermo con / *con pantalón cortito* y a él *le encanta eso/esa es la señal* / cuando no quiero: *ponele no le doy bolilla* me pongo un pantalón largo (risas) entonces el ya se da cuenta ... o me pongo un jogging o cualquier cosa / o sino me pongo un pantaloncito cortito si a él le gusta (S.27.PC.).

El peso de un “deber ser como mujer”, por ejemplo el expresar desconocimiento e inexperiencia sexual, “*el tener que esperar*”, “*hacerse la difícil*”, “*poner resistencia*”, etc. instituidos como “comportamientos esperados” y necesarios para el desempeño de los roles masculinos, limitan la iniciativa y capacidad de negociación de las mujeres, ya sea como componentes del imaginario o como experiencias concretamente vividas:

si pero vos tenés que dar en ese momento / liberate dice (...) pero no puedo... qué se yo / son tantas las cosas que que a uno / *yo pienso siempre que pensará él porque siempre te dicen capaz que vos lo hiciste con*

*el otro / oh yo le digo no para que me diga, así mejor me quedo piola // viste y no es así, capaz que yo quiero hacer algo nuevo o / no sé empezar / una vuelta estábamos / teníamos una relación y ya íbamos a empezar y yo empecé yo empecé ese día no, y qué se yo y me dice así, seguro que así habrás hecho con el otro // ah cuando me dijo así yo / dije nunca más empiezo nada / son cosas que te trauman no // porque qué se yo / porque tuviste una pareja anterior él piensa que capaz que con la otra pareja capaz lo que con el otro sí conmigo no (L.28.SP-separada.)*

e.- Las relaciones sexuales constituyen simultáneamente algo no siempre deseado por nuestras entrevistadas. Estos estereotipos dificultan reconocer el propio deseo, a la vez que legitiman prácticas coercitivas por parte del varón como parte "natural" del rol de la mujer.

En efecto, nuestros datos muestran a la iniciación sexual como un proceso fuertemente contradictorio, al que "se llega" sobre todo por iniciativa o presión del varón, y a la que se suma en algunos casos las presiones de pares, amigas, primas, etc., "que ya habían debutado".

*yo no quería primero, pero él insistía/. Tenía miedo, vergüenza, y miedo / no sé al dolor (C. 18.PC)*

*y bueno (...) que me daba miedo, tenía vergüenza, todo junto. Por eso no, no me decidía. O sea yo ya le había dicho que sí, pero no sé por qué no, no entraba al hotel, yo. También tenía una presión de que tenía que hacer algo, tenía dos amigas que ya habían debutado y hablábamos / ellas me decían también que no tuviera miedo (M.25.PC.)*

Los indicadores de coerción abarcan una amplia gama de situaciones, desde la aceptación de la relación en sí como "obligatoria" (una clara referencia se encuentra en el siguiente primer testimonio), pasando por acceder a su inicio frente a algún tipo de presión, o a posiciones o modalidades de prácticas no deseadas durante su desarrollo.

*Si digo que no quiero tener relaciones, mi esposo comienza con los celos, y dice que ando con otro hombre (G.26.PC.M)*

*pensaba que no iba a tener más por el momento / no iba a tener más hijos, estaba muy decidida pero después no me dio tiempo ni de*



decidirme, después que tuvo una [primera relación] se terminaron las decisiones mías (...) no sé si los desea pero es que no se controla y por eso discutimos también / porque yo le digo que / que todo tiene un límite este, no es cuestión de todo sexual no es / (...) *a veces hay que complacerlo para no aguantarlo / qué se yo/ de mal humor, porque lo noto raro* (S. 29.PC.M)

Los relatos de las informantes en la indagación sobre alternativas de comportamiento - "qué hace" cada uno- en momentos no consensuales, pusieron de manifiesto la ocurrencia de tensiones y momentos de distinta conflictividad, como también de distinto tipo de resolución. La mayor parte de estos casos, se refieren a comportamientos de presión - "insisten" - por parte del varón en torno de prácticas no deseadas por ellas.

*/ no, no yo cuando él pide no le hago / yo me tengo que sentir a gusto [que hace él en ese caso ?]  
me cargosa, me sigue pidiendo// siempre vuelve a pedir (...)  
[y vos entonces que hacés]  
y según, a veces si yo (...) le hago / pero no / una pasadita nada más y ya está / para que se deje de joder* (N.35.PC.)

*si le llego a decir que no / insiste un poco, pero si sigo con el que nó, él se juega a que yo ceda (...) y bueno / a veces / sé que a él es algo que le gusta practicar entonces a veces digo que sí para que él esté bien si él está bien yo estoy bien,* (S.34.PC.)

f.-Si bien el conjunto de las entrevistadas evidencia disponer de importantes elementos cognitivos en relación al cuidado sexual, y al preservativo como forma de protección (del embarazo, de enfermedades/ infecciones sexuales y del sida en ese orden), su utilización resulta sumamente escasa, tanto en la iniciación como en los posteriores relacionamientos sexuales.

El uso de preservativo es una práctica eventual, en primer término como práctica acotada a los momentos iniciales de una relación de pareja o a relacionamientos ocasionales; en segundo, como práctica alternada con otros métodos de cuidado o simplemente con ninguno en los casos de relaciones definidas como «estables».

Entre otros, el relato de las informantes destaca:

- Una representación del preservativo como masculino, un "asunto de hombres", iniciativa y responsabilidad del varón (uso efectivo, compra, tenencia, momento y características de su colocación), a partir de la cual la capacidad de intervención de la mujer se reduce a solicitar.

- Una aceptación naturalizada de la resistencia del varón y/o su directa negativa al uso, a partir de una identificación negativa en términos de placer sobre todo con énfasis en el varón («él no siente»)

- La relación [uso =encuentros ocasionales o relaciones con desconocidos] / [no uso= conocimiento, confianza, pareja estable] revela una línea de significación en la que, "conocimiento" y "confianza" no solo refieren a un saber "de enfermedades", sino, sobre todo, a un saber de la "conducta" del otro. Un *saber moral* cuyos soportes básicos son las nociones de *estabilidad y fidelidad*.

## REFLEXIONES FINALES

Los resultados alcanzados muestran que entre la percepción y categorización del problema Vih-Sida y las prácticas, *median* modos y trayectorias de vida, así como modalidades específicas de relación social y sexual en las que son relevantes los estereotipos y roles de género. En efecto, en el marco de las relaciones de poder que organizan las relaciones de género, la fuerza de un "deber ser como mujer", instituido en "comportamientos esperados" y «necesarios» para el desempeño de los roles masculinos, limitan la iniciativa y capacidad de negociación general de las mujeres, y en particular, las posibilidades de negociar «sexo seguro».

Estos estereotipos dificultan reconocer el propio deseo, a la vez que legitiman prácticas coercitivas por parte del varón como aspecto "natural" del rol de la mujer. La articulación a otras desigualdades sociales en relación con el acceso y el control de recursos materiales y simbólicos, o la autonomía y la capacidad de tomar decisiones, constituyen condiciones de vulnerabilidad específica en las mujeres jóvenes de sectores populares.

Al mismo tiempo, debe reconocerse que la centralidad de la noción de "contagio" y el contexto normativo-moral que asocia Vih-Sida a «droga»/

«promiscuidad»/ «homosexualidad», sostienen la percepción del problema como «problema de otros», refuerzan el imaginario de garantías y seguridades morales, y diluyen en definitiva, las posibilidades de prevención.

Las actuales orientaciones de prevención, si bien han avanzado en la crítica a modelos pedagógico- prescriptivos, continúan enfatizando de manera unilateral en el «cambio de comportamientos» de la mujer y en el objetivo de fortalecer los procesos de negociación de «sexo seguro». Tales programas no consideran el contexto general de las condiciones de vida y de relación de estas mujeres, niegan la complejidad de las prácticas sexuales y de los mecanismos de control que las mismas involucran, desconociendo, por tanto, las posibilidades reales de las mujeres en controlar los comportamientos de sus parejas. Mas específicamente, estos programas ignoran los modelos culturales sobre la sexualidad y las identidades sexuales, así como los aspectos vinculados al complejo deseo-placer en la mujer.

Mirada de conjunto, la problemática del Vih-Sida en relación con la mujer descubre la gravitación de procesos socioculturales y políticos que naturalizan la sexualidad, la pareja, la maternidad, etc, oscurecen los aspectos de subordinación de las relaciones de género, y sobre todo, tienden un velo que no permite ver (y apropiarse) las resistencias y las pequeñas iniciativas o transformaciones que las mujeres realizan cotidianamente.

Desde ahí sostenemos que las propuestas de prevención deben partir del *conjunto de la práctica social*, y sobre todo, de la especificidad de las relaciones de género, más aún cuando la creciente precarización de la vida social, no solo intensifica las condiciones históricas de vulnerabilidad de las mujeres de sectores populares, sino supone contextos de interacción social cada vez más numerosos (desde las redes de parentesco y solidaridad a programas sociales gubernamentales y no gubernamentales) cuya actividad apela y depende del papel socioeconómico y simbólico de las mujeres.

## Notas

- <sup>1</sup> Proyecto Trianual «La construcción social del VIH-sida en personal de salud, jóvenes y mujeres de sectores populares» (FI-063, UBACyT) realizado entre 1994 y 1997. El equipo de investigación de la línea Género esta compuesto por las Licenciadas Blanca Carrozzi, Leticia Lahite, Liliana Mazzetelle, Claudia Olrog y Elvira Risech.
- <sup>2</sup> De acuerdo con las mismas establecimos:
  - cuatro tramos de edad : de 15 a 19 años (Categoría 1), de 20 a 24 años (Categoría 2), de 25 a 29 años (Categoría 3) y 30 y más (Categoría 4)
  - tres categorías de relacionamientos: pareja conviviente, pareja no conviviente, y sin pareja.
- <sup>3</sup> Las mujeres casadas representaban una significativa minoría (6 casos), en todas el casamiento fue una decisión posterior, e incluso tras períodos relativamente largos de convivencia y tenencia de hijos.
- <sup>4</sup> Una empleada administrativa municipal, en una escuela, contratos temporarios en empresas de limpieza de oficinas, empleadas domésticas, tareas de limpieza en una guardería comunitaria y en un jardín de infantes, etc.
- <sup>5</sup> Identificamos cada testimonio con una inicial -correspondiente a un nombre ficticio-, la edad y el tipo de relacionamiento: SP (sin pareja) PNC (pareja no conviviente) y PC (pareja conviviente).
- <sup>6</sup> Consideramos tres dimensiones de análisis (Grimberg,1995):
  - a- la consideración del complejo deseo-placer y la movilidad del deseo sexual;
  - b- las modalidades de intercambio sexual en relación con los modelos de familia/ unidad doméstica y sus cambios, la estructuración de roles en la vida cotidiana (incluida las modalidades de inserción laboral), los procesos de control y subordinación en las relaciones de género, etc.
  - c- los significados sociales asignados a la sexualidad en cada contexto histórico, en relación con los modelos de "lo femenino" y "lo masculino", las modalidades culturales de expresión sexual, etc.(Standing,1992)

## BIBLIOGRAFÍA

- ARIZA y Oliveira, O.  
1996 "Acerca de la condición femenina: propuesta de un marco analítico".  
Mimeo. El Colegio de México, México.

BRONFMAN, M. Minello, N.

- 1995 "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En Bronfman, M. (ed) *Sida en México. Migración, adolescencia y género*. Información Profesional Especializada, México.

CAMPBELL, C.

- 1995 "Male gender roles and sexuality implications for women's Aids risk and prevention" en *Social Science and Medicine*. Vol 41, No2, pp 197-210.

FERNÁNDEZ, A.

- 1992 "Introducción" y "Mujeres, heterosexualidad y Sida". En: Fernández, A. (comp.). *Las mujeres en la imaginación colectiva, una historia de discriminación y resistencias*. Paidós, Buenos Aires.

FOUCAULT, M.

- 1990 *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

GRIMBERG, M.

- 1995 "Sexualidad y construcción social del Sida. Las representaciones médicas". En: *Cuadernos Médico Sociales*, 70, Rosario.
- 1995 "El problema de la mujer en la construcción médica del Vih-sida". En: *Desidamos*. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer/ FEIM. Año 3, No 1, Buenos Aires.
- 1996 "Representaciones de la mujer desde la construcción médica del Vih-sida". En Filding, L. y Méndes Diz, A.: *La salud en debate. Estudios sociales*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales, Ed. CBC. Buenos Aires.
- 1996 "La construcción del problema Vih-sida: tensiones conceptuales". En: *Seminario sobre Vih-sida*. Fac. de Ciencias Sociales. UBA. Buenos Aires.
- 1997 *Demanda, Negociación y Salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990*. Fac. de Filosofía y Letras- CBC. UBA Ed. Buenos Aires.

GRIMBERG, M.; Margulies, S. y Wallace, S.

1997 "Construcción social y hegemonía. Representaciones médicas sobre el Sida. Un abordaje antropológico" En: Kornblit, A (comp) *Sida y Sociedad*. Ed. Espacios, Bs.As.

KOBLINSKY, et.al

1993 *The Health of Women: A global perspective*. Westview, Boulder.

LAMAS, M.

1986 *La antropología feminista y la categoría género*. Nueva Antropología. Vol VIII, N° 30, México.

LARA, M y Salgado, N.

1994 "Mujer, pobreza y salud mental". En: Altorre et al. *Las mujeres en la pobreza*. GIMTRAP, El Colegio de México. México.

LIGUORI, A.

1995 "Relaciones de género y apoderamiento femenino". En: *Enfoques de investigación sobre VIH/Sida en Salud Reproductiva. Perspectivas en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

MACINTYRE, S. et.al.

1996 "Gender differences in health: are things really as simple as they seem?" En: *Social Science and Medicine*. Vol. 42, No 4, pp 617-624.

MACRAM, Susan y otros

1996 "Women's health: dimensions and differentials" En: *Social Science and Medicine*. Vol. 42 No 9 pp1203-1216.

MILES, L.

1993 "Women, Aids and power in heterosexual sex, a discourse analysis". En: *Women's Studies International Forum*, 16(5):513-522.

SCHEPPER-HUDGES, N.

1994 "AIDS and the social body". En: *Social Science and Medicine*, Vol 39 No 7.

**STANDING, H.**

- 1992 "AIDS. Conceptual and methodological issues in researching sexual behavior in Sub-saharian-Africa. En : *Social Science and Medicine*. Vol. 34 No 5.

**SZASZ, I.**

- 1997 "Género y Salud. Algunas reflexiones". IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, Morelos, México. 2 al 6 de junio.