

Diritti e salute sessuale: un'alleanza da rafforzare

di Geeta Rao Gupta*

Il tema della salute sessuale, e più in generale della salute riproduttiva, è stato il principale oggetto del mio lavoro negli ultimi dieci anni. So che mia madre, una donna di 73 anni, sarà fiera di me, perché affronto un argomento sul quale anche lei ha lavorato negli ultimi dieci anni, educando - nell'India rurale - le adolescenti e le loro madri al diritto a una sessualità sana, che è strumento fondamentale per la salute e lo sviluppo dell'intera comunità.

Fino alla Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo del Cairo il termine "salute riproduttiva" era stato usato come sinonimo di pianificazione familiare, soprattutto in rapporto all'uso di contraccettivi per contenere la crescita demografica. Per via di questo significato così ristretto, i programmi di pianificazione familiare nel mondo sono andati avanti senza che venisse pienamente riconosciuto il ruolo centrale del comportamento sessuale nella sfera della riproduzione. Di fatto, per assurdo che ciò sembri, negli ultimi 40 anni la sessualità e la salute sessuale sono state escluse dai dispositivi dei programmi di pianificazione familiare, e dalle politiche mondiali in materia.

C'è voluta la pandemia dell'Aids, la morte e il pericolo d'infezione, per costringere le istituzioni sanitarie a concentrare l'attenzione sulla sessualità umana. E anche così, le istituzioni hanno puntato più sul comportamento a rischio dei singoli, piuttosto che cercare di riconoscere la complessità del contesto sociale, i fattori economici, culturali e politici, in cui quel comportamento si produce. I messaggi pubblicitari di prevenzione dell'Aids, promossi dalle istituzioni, hanno messo l'accento sulla responsabilità individuale, con spot in cui si proponeva l'astinenza sessuale, o si diceva di usare il preservativo, di ridurre il numero di partner, di essere fedeli, senza rendersi conto che per molta gente, in tutto il mondo, il corso della vita sessuale, così come della vita in generale, è determinato da forze che sfuggono al controllo individuale.

Questo è stato documentato con chiarezza dalle ricerche sulla vita sessuale delle donne, quali ad esempio il Women and Aids Research Program dell'International Center for Research on Women (Programma di ricerca su donne e Aids del Centro internazionale per la ricerca sulle donne), un progetto finanziato da USAID, che ha supportato 17 ricerche in 13 paesi.¹ Grazie al grande impegno, alla passione e al duro lavoro dei gruppi di ricerca, questi studi hanno rivelato la realtà dell'esperienza sessuale delle donne, che fosse negativa o positiva rispetto alla sessualità umana. Una realtà che, quasi sempre, è comunque molto diversa da quella immaginata.

* Geeta Rao Gupta presiede l'International Center for Research on Women. La corrispondenza va inviata a Geeta Rao Gupta, ICRW, 1717 Massachusetts Avenue NW, Suite 302, Washington D.C. 20036, USA

¹ Gli studi di Women and Aids Research Program sono stati condotti nei seguenti paesi: Brasile (2), Jamaica, Mauritius, Messico, Nigeria, Papua Nuova Guinea, Senegal, Sud Africa, Tailandia (2), Zimbabwe (2).

I risultati delle ricerche riflettono le parole di donne, uomini, ragazzi e ragazze di ogni parte del mondo. Rivelano l'esistenza di molte donne e ragazze che gioiscono del sesso, in grado di esprimere i loro desideri sessuali, e che non hanno paura di dare voce al loro bisogno di soddisfazione sessuale.

«Quando si è abituati al sesso, non se ne può fare a meno, e appena un uomo mi tocca, mi sento eccitata».

Studentessa adolescente delle Mauritius

Come in ogni altra parte del mondo, anche nei paesi in via di sviluppo ci sono molte adolescenti che vedono il sesso come una componente dell'amore romantico, e il cui desiderio di essere amate e di amare è una delle ragioni principali dell'attività sessuale.

«Si fa sesso per poter rafforzare l'amore».

Ragazza adolescente dallo Zimbabwe

E ce ne sono altre ancora convinte che sia possibile invece l'amore senza sesso, se solo potessero frenare i desideri dei loro ragazzi.

«Il motivo per cui non mi fido dei ragazzi è che loro non credono all'amore senza sesso».

Studentessa liceale dello Zimbabwe

Ma la stragrande maggioranza delle ragazze intervistate esprime confusione, paura, mancanza di informazione e partecipazione passiva.

«Le ragazze della nostra età, quando si sposano, ci raccontano in che consiste la relazione uomo-donna. Dicono che dopo il matrimonio ci vestiranno bene, ci porteranno da un uomo e ci faranno dormire con lui. E ci dicono di non essere spaventate, di non gridare e di restarcene quiete».

Adolescente indiana

Le donne vivono, sul sesso, l'esistenza di un doppio standard culturale: loro devono arrivare vergini al matrimonio e restare fedeli, mentre gli uomini non sono veri uomini se non hanno già avuto molte amanti prima del matrimonio.

«Non è carino che una ragazza abbia molti fidanzati, ma ai maschi è permesso».

Ragazzo adolescente dello Zimbabwe

Per molte donne il sesso è un peso da accettare in silenzio, o un bene da vendere per assicurarsi la sopravvivenza e la protezione.

«Avevo paura, mi chiedevo cosa lui mi stesse facendo... Dicevo a mia suocera che avrei voluto che la notte non scendesse mai, perché di notte suo figlio veniva a

dormire con me... non lo faceva mai di giorno. Lei rideva di queste cose che le dicevo...».

Una donna indiana, sposata prima di raggiungere la pubertà

E per troppe donne poi, la sessualità si associa alla mancanza di controllo, alla violenza, l'abuso e soprattutto a un rimbombante silenzio.

«Gli dicevo qualche volta che non volevo farlo, e che lui veniva da me solo per il sesso. Allora lui si arrabbiava e mi picchiava, mi diceva che non mi piaceva solo perché avevo qualcun altro».

Donna indiana sposata prima della pubertà

Dal momento che tutte queste ricerche sono focalizzate sulle donne, abbiamo imparato meno cose sulla sessualità maschile. Ne risultano però alcune immagini, vivide e coerenti, della costruzione socioculturale della sessualità dei maschi: l'immagine dei maschi che hanno la necessità assoluta dello sfogo sessuale - quello che qualcuno ha definito il "modello idraulico" della loro sessualità; l'idea che siano sempre gli uomini e i ragazzi a prendere l'iniziativa, a insegnare il sesso alle loro partner, a sapere tutto ciò che c'è da sapere. Perfino quando i maschi non hanno avuto modo di reperire informazioni precise sul sesso, ci si aspetta semplicemente che imparino tutto dalla strada. Per loro, l'imperativo è di dover sempre corrispondere all'immagine del *macho* che ha tutto sotto controllo, quella di dover continuamente fare nuove conquiste, di dover provare in ogni campo la propria virilità e, soprattutto, di dare continue assicurazioni sulla propria eterosessualità.

«Ho sofferto perché ne sapevo pochissimo sul sesso. Purtroppo mi sono sposata vergine, e ho aspettato che mio marito mi insegnasse...».

Donna brasiliana

«Mi ha spiegato tutto un ragazzo più grande. Mi ha detto che devo cominciare a toccarla finché non diventa così debole che non può più resistere».

Ragazzo adolescente dello Zimbabwe

«[Il rapporto anale] è una conquista, perché le donne non vogliono mai prenderlo lì... Quando glielo metti lì "le svergini un'altra volta". Così ho ottenuto una cosa che è difficile da ottenere».

Uomo brasiliano

Questi dati, e queste immagini così vivide, ci illuminano su come i ruoli sessuali prestabiliti - insieme a numerosi fattori economici, sociali, culturali e politici - sono alla base dello squilibrio di potere nelle relazioni sessuali; sono dati che ci danno la misura del grado in cui tale squilibrio forgia l'esperienza individuale della sessualità, nonché del grado della vulnerabilità rispetto alle infezioni trasmesse sessualmente. Dati che sottolineano la necessità che le donne abbiano più potere di controllo sulla propria vita sessuale, la necessità di ridefinire la sessualità maschile in modo che

venga esercitata sugli uomini una minore pressione, la necessità di enfatizzare il rispetto reciproco e il valore della reciproca soddisfazione sessuale.

Dunque, per arrivare a una condizione di salute sessuale, così come a una sana sessualità, dobbiamo superare la nostra focalizzazione sul rischio individuale e considerare il problema della vulnerabilità nel suo insieme. Dobbiamo superare il modello tradizionale di salute pubblica per passare a un'analisi che includa il ruolo dello sviluppo economico e sociale, e che consideri le opportunità offerte da una piena affermazione dei diritti umani.

Nel definire e promuovere il benessere dell'umanità sono coinvolti sia la salute pubblica che i diritti umani. Il raggiungimento di quell'obiettivo ci richiede di sfidare e trasformare le strutture politiche, sociali ed economiche che impediscono agli individui una piena realizzazione del loro potenziale umano in modalità non distruttive e rispettose dell'altro. Garantire il diritto di ciascuno/a all'autodeterminazione nella sfera sessuale è essenziale per garantire il rispetto della dignità umana: assicurare la salute sessuale è un compito centrale nella promozione dei diritti umani.

Ma per riuscire davvero a fare dei passi avanti, per raggiungere il nostro obiettivo comune, è necessario che chi lavora nel campo della salute pubblica e chi opera in quello dei diritti umani, proceda con molta cautela. Dobbiamo essere certi di non lastricare la strada che porta al disastro con le nostre buone intenzioni, e fare tesoro dell'unificazione della nostra diversa esperienza. Dobbiamo, in particolare, essere così accorti da porci le seguenti quattro domande fondamentali.

Primo: come va impostata la nostra causa per assicurare la salute sessuale e la dignità umana delle persone?

È necessario attingere all'esperienza del movimento internazionale delle donne per l'affermazione dei diritti umani. L'affermazione del diritto all'autodeterminazione delle donne come diritto individuale, per esempio, è stata immediatamente usata per creare un discorso di falsa dicotomia e polarizzazione nel quale noi siamo state accusate di promuovere il bene individuale a spese dell'armonia sociale, di sostenere l'individualismo a spese della collettività.

Dobbiamo essere prudenti, e consapevoli di questa manovra politica; fare attenzione, quando chiediamo l'*empowerment* individuale, a chiederlo non solo come un diritto individuale in sé, ma per il bene dell'economia collettiva e il benessere sociale. In questo faremmo bene a ispirarci all'approccio delle politiche sulla salute pubblica, che identifica nella salute dei singoli individui l'ingrediente essenziale per assicurare la salute delle popolazioni. Dobbiamo enfatizzare il fatto che la richiesta di più potere alle donne non è un gioco a somma zero: un maggiore potere delle donne non intacca e riduce quello degli uomini, per esempio. Il potere non è un concetto finito – più potere per uno significa, alla fin fine, più potere per tutti. Questo è vero a livello di nucleo familiare, dove le ricerche mostrano che una donna che ha un maggiore accesso alle risorse produttive e all'istruzione, migliora la salute e il benessere economico dei suoi figli, della sua famiglia. Ed è vero anche ai macro livelli: dove si concede alle donne più istruzione e risorse produttive, lo status economico delle comunità e di interi paesi migliora. Questo vale anche sul piano della salute sessuale:

incoraggiare le donne a proteggere se stesse, a far sentire la propria voce, dar loro l'accesso alle tecnologie, libera gli uomini dai ruoli stereotipati che li vogliono unici responsabili della protezione dalle infezioni.

Secondo: come dovremmo definire il diritto alla salute sessuale?

Abbiamo urgente bisogno di chiarezza su ciò che è possibile proteggere e promuovere usando i concetti tradizionali nel campo dei diritti umani: chiarezza sulle eventuali differenze nelle definizioni che possono essere usate nel Nord e nel Sud del mondo. Nel Nord possiamo definire come diritti sessuali una maggiore libertà di espressione sessuale, mentre nel Sud gli stessi diritti possono più probabilmente essere definiti come la libertà di dire no. E' necessario ripensare ai termini che usiamo in modo da accentuare ciò che abbiamo in comune, piuttosto che le nostre differenze. E dunque, perché il termine "sessualmente attivo", generalmente usato per descrivere individui che praticano il sesso, non può descrivere anche le donne che decidono invece di rifiutarlo? Dal punto di vista dei diritti umani, una donna che sceglie di dire no è altrettanto autonoma di quella che sceglie di dire sì – e questo è un punto che le politiche sanitarie devono capire. Sebbene i due comportamenti sembrino completamente diversi, va notato che entrambe le definizioni – dire no, dire sì – fanno parte della stessa visione. Sottolineare il diritto di entrambe fa parte del bisogno umano di dignità, di poter forgiare il proprio destino e comportamento sessuale: di mantenere il controllo della situazione. Ed è questo che deve guidare gli sforzi per un progresso sia nel campo della salute pubblica che in quello della promozione dei diritti umani.

Terzo: come possiamo aiutare un individuo ad avere più potere rispetto al proprio diritto alla salute sessuale?

Una delle possibili risposte consiste nello smontare le componenti del potere per creare un'ipotesi di intervento attivo.

Sono cinque le componenti essenziali del potere: l'informazione/istruzione; le risorse economiche; la mobilità/accesso; il supporto sociale; norme, politiche e leggi favorevoli. Il rapporto tra ciascuna di queste componenti, la salute sessuale e la vulnerabilità, è un rapporto evidente. I dati del Women and Aids Program hanno rivelato l'esistenza di larghe aree in cui le donne sono vulnerabili. Molte donne sanno davvero poco sul sesso e sulla fisiologia della riproduzione, e il loro accesso a queste informazioni è severamente limitato da norme sociali secondo le quali le donne devono restare ignoranti e passive per quanto riguarda la sessualità. Questa mancanza d'informazione compromette la possibilità per le donne di negoziare modalità più sicure nei rapporti sessuali. La vulnerabilità economica delle donne, causata da un accesso limitato alle risorse, fa sì che le donne abbiano scarse possibilità di negoziare rapporti sessuali meno a rischio; scarsa possibilità, ad esempio, di troncature relazioni rischiose dal punto di vista della salute sessuale; o anche, la stessa vulnerabilità le spinge a vendere il proprio corpo per poter sopravvivere. Inoltre l'accesso delle donne ai servizi è limitato dalla loro scarsa mobilità. Per molte donne la distanza è una barriera insormontabile; il loro tempo libero è limitato e l'opportunità di viaggiare per reperire cure, o informazioni, è molto scarsa. Le donne che sentono mancare il supporto sociale della loro famiglia, o della comunità di altre donne, si

percepiscono come dipendenti dagli uomini per la sicurezza e il conforto, perfino quando la relazione è basata sulla violenza e sull'abuso. La vulnerabilità della donna è assolutamente incrementata da quelle norme, leggi e politiche che non garantiscono loro i diritti basilari, come quello alla proprietà, all'integrità fisica, o l'accesso alla formazione culturale.

Restando nel campo donne/Hiv-Aids, poniamoci ora la domanda finale: come può, l'alleanza tra promozione della salute pubblica e promozione dei diritti umani aiutare le donne a proteggere la loro salute sessuale? Come può una simile alleanza promuovere l'accesso delle donne alle cinque componenti del potere? La sanità pubblica, se riconosce il ruolo degli stereotipi di genere nel compromettere la salute sessuale delle donne, può innanzitutto usare la battaglia per i diritti umani per sollevare la questione dell'iniquità tra i sessi e della discriminazione.

Il servizio sanitario potrebbe (e dovrebbe) farlo, appellandosi per esempio a quelle convenzioni specifiche sui diritti umani che impongono di rendere disponibili tecnologie e servizi di supporto per le donne. Dovrebbe chiedere le risorse per sviluppare tecniche preventive controllate dalle donne, come le creme microbicide; erogare servizi nei tempi che sono più convenienti per le donne, integrare i servizi, così da rendere semplice per le donne l'uso di un poliambulatorio; dovrebbe rendere accessibili alle donne i preservativi e le terapie contro le malattie a trasmissione sessuale, situandoli in luoghi che le donne possano raggiungere senza paura di essere viste e di subire la condanna sociale; e, dove è possibile, il servizio sanitario dovrebbe portare tutto ciò nelle comunità, così che la distanza non costituisca una barriera insormontabile.

Gli attivisti e le attiviste per i diritti umani e chi si occupa di salute pubblica dovrebbero inoltre unire le forze per promuovere in modo più attivo ed efficace l'uguaglianza tra i sessi, respingendo la tendenza dei servizi sanitari a rafforzare stereotipi sessuali dannosi, in cambio di un piccolo vantaggio a breve termine. Nella propaganda anti Aids, per esempio, per vendere più preservativi, viene spesso perpetuata una immagine della sessualità maschile predatoria, violenta, irresponsabile. Ogni aumento dell'uso dei preservativi raggiunto grazie a tali campagne, viene pagato nei tempi lunghi dai diritti umani delle donne: deve cessare. È improbabile che tale aumento sia sostenibile nel tempo, perché erode le vere fondamenta della prevenzione anti Aids: un comportamento sessuale responsabile e rispettoso. Inoltre gli stessi maschi ne vengono danneggiati, perché l'immagine *machista* della sessualità maschile mette sotto pressione gli adolescenti e limita la capacità di esprimere il loro bisogno di maggiore informazione, le loro paure e i loro dubbi.

Chi lavora nella sanità pubblica può e deve unirsi agli attivisti dei diritti umani nel chiedere misure che migliorino lo status economico e sociale delle donne, come quelle relative all'accesso femminile all'istruzione. Anche se nella sanità pubblica qualcuno potrebbe percepire questo compito come un compito estraneo al proprio campo, bisogna riconoscere che le pandemie come quella dell'Aids - portatrici di morte per le donne e per le loro famiglie - costituiscono una drammatica opportunità per chiedere quei cambiamenti nelle politiche sociali. Nel campo dei diritti umani,

questo esempio è una sfida per coloro che lavorano da anni per promuovere i diritti civili e politici: una sfida a usare la loro esperienza nel campo della ricerca e della mobilitazione per dimostrare l'importanza critica del promuovere i diritti economici e sociali, creando così una visione dei diritti umani in cui la dicotomia artificiale fra queste diverse categorie di diritti venga finalmente superata.

Affinché questa collaborazione funzioni abbiamo bisogno di riconoscere e condividere i valori positivi che guidano le nostre diverse discipline. La sanità pubblica può portare in questa unione il valore dell'obiettività, di basare le attività su una ricerca rigorosa. I diritti umani, d'altro canto, possono dare un contributo valorizzando la partecipazione e l'inclusione - un valore spesso ignorato nel campo della salute pubblica, per motivi legati al prevalere dell'approccio medico sanitario.

Concludendo, lasciate che vi racconti la conversazione avuta con mia figlia nel 1992, quando lei aveva sette anni, una conversazione che mi ha convinta che il lavoro che stavo facendo sulle donne atteneva ai diritti umani, non solo alla sanità. Tornando a casa dal lavoro, un giorno, lei mi ha chiesto, piuttosto spaventata, come facevano gli adulti che praticavano sesso a proteggersi dall'Hiv. Confesso che cominciai a farle un sermone sull'importanza dell'astinenza sessuale, e della fedeltà senza compromessi dopo il matrimonio e andavo avanti con questo bel discorso quando lei mi ha interrotto e mi ha chiesto: «Sì sì, va bene, ma quando sarò grande e vorrò fare sesso, cosa devo fare?».

Allora mi sono messa vivacemente a spiegarle cos'era un preservativo e come si usava. «Ok», mi ha detto, «ma questo è quello che usano i maschi per proteggersi, giusto? Cos'è che fanno le donne?».

«Convincono i maschi a usarli», ho risposto.

È scoppiata a piangere e mi detto, con grande angoscia: «Ma non è giusto mamma. E se non riesco a convincerlo?».

Vi lascio con questo pensiero – ci sono troppe cose in questo mondo che non sono giuste. Se lavoriamo insieme possiamo provare a rendere la vita più giusta per i nostri figli e le nostre figlie.

Lecture consigliate

L. Freedman, “Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights”, in *Health and Human Rights*, 1(4) 1995, pp. 314-348.

S. Gruskin, “Negotiating the Relationship of HIV/AIDS to Reproductive Health and Reproductive Rights”, in *The American University Law Review* n. 44 (4), 1995, pp. 1191-1206.

L. Heise, “Violence Against Women: Translating International Advocacy into Concrete Change”, in *The American University Law Review* n. 44 (4), 1995, pp. 1207-1212.

G. Rao Gupta e E. Weiss, *Women and AIDS: Developing a New Health Strategy*, International Center for Research on Women, Washington D.C., 1993.

E. Weiss, D. Whelan e G. Rao Gupta, *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World. Findings from the Women and AIDS Research Program*, International Center for Research on Women, Washington D.C., 1996.