

## Introducción

# LA MULTIDIMENSIONALIDAD DEL CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. UNA INTRODUCCIÓN

Laura L. Rodríguez Wong<sup>1</sup>

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un aspecto de la vida humana que envuelve muchas más dimensiones que las meramente clínicas. El hecho de considerar la SSR de una manera integral fue, en verdad, un cambio de paradigma mundial que se consolidó con ocasión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, realizada en Cairo, donde:

*“El aspecto fundamental de este cambio de paradigma fue apartarse de la noción de que la población es esencialmente una variable macroeconómica de la planificación y las políticas y pasar a adoptar un enfoque basado en los derechos humanos, en el cual el aspecto fundamental es el bienestar de las personas...*

*... Como parte de ese cambio de paradigma, la CIPD afianzó la planificación de la familia, que otrora había sido el principal centro de atención de las políticas y programas de población, dentro de un marco más amplio de salud reproductiva y derechos reproductivos, inclusive la planificación de la familia y la salud sexual”. <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch1/index.htm> (29/11/2008)*

Si bien es cierto que desde la CIPD se llegó a un consenso sobre su definición e importancia, es cierto, también, que, tratándose de un concepto integral envuelve, coherentemente, hombres y mujeres; niños, jóvenes, adultos y ancianos; individuos, familia, comunidad y gobiernos. Siendo así, es evidente la multiplicidad de dimensiones que surge cuando se trata de producir o difundir conocimiento sobre SSR. Una reflexión a la

luz de su definición acuñada sobre el manto de la CIPD, por ejemplo, trae a tona las dimensiones como las que aparecen en el cuadro 1.

Debido a las casi infinitas dimensiones que la SSR tiene, las prioridades de una agenda de investigación, además, estarán siempre sesgadas por la formación del profesional que la defina. Un demógrafo definirá sus prioridades sobre SSR en la medida en que esta determine el crecimiento y la composición de la población; antropólogos y sociólogos desearán privilegiar los procesos sociales de formación de la familia para mejor conocer la SSR. Las prioridades pueden, aún, depender de la especialidad que por ventura el profesional tenga: un médico pediatra puede pensar que la SSR debe centrarse en la salud materno-infantil; un genetista podrá inclinarse por definir la SSR en función de la reproducción de células tronco; profesionales dedicados a la salud mental podrán reivindicar que el estudio de la SSR enfoque al individuo desde antes del nacimiento hasta el fin de la vida, después de todo, las normas de convivencia interfieren, con mucha frecuencia, en la sexualidad del ser humano. Muchos representantes de la Sociedad civil, como el movimiento feminista, priorizan las relaciones de género como *la* variable que debe ser incluida en cualquier generación de conocimiento sobre SSR, y en esta línea, estudios sobre el comportamiento reproductivo masculino debieran ser incluidos. Otros grupos, en cambio, priorizan la variable etnia y otros, aún, urgen que la SSR se estudie sobre el prisma de la desigualdad social. Religiosos pueden limitar su enfoque a la función de tener hijos de la mujer –y, eventualmente, de la pareja. Planificadores pueden relacionar SSR a la cantidad de habitantes del planeta, y al descubrir que *ya no se tienen hijos como antes*, pueden correr el riesgo de dispensar su atención a la SSR.

Esta multiplicidad de conceptos, dimensiones e intereses, al mismo tiempo que dificulta el consenso sobre prioridades de una agenda de investigación en SSR facilita el reconocimiento de la urgencia por generar conocimiento y evidencias que contribuyan a la solución de los igualmente múltiples problemas que existen con relación a la SSR.

En base a los términos incluidos en el cuadro 1 podríamos enumerar muchas más especialidades del conocimiento humano y continuaremos encontrando diferentes puntos de vista sobre las prioridades para avanzar en el conocimiento de la SSR. El aspecto positivo de esta falta de consenso sobre las prioridades de investigación en lo que se refiere a la SSR es que, en un momento en que, no más se discute sobre su importancia, ella llama nuestra atención, obligándonos, de esta forma, a organizar el pensamiento, dialogar con múltiples disciplinas, y, en las diferencias, encontrar las comuniones que nos permiten reconocer los problemas de la SSR e identificar las muchas lagunas de conocimiento que existen.

**Cuadro 1**  
**Selección de Conceptos y Dimensiones mencionados**  
**en una definición de Salud Sexual y Reproductiva**



*Fuente: Elaborado con base a la definición de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*

En esta línea de raciocinio, la presente publicación es una muestra de la atención dada por los profesionales ligados a estudios de población a las más diversas prioridades de la SSR. Ella es una selección de los trabajos presentados en las tres primeras conferencias de la Asociación Latino Americana de Población (ALAP)<sup>2</sup>. El conjunto de artículos seleccionados retrata tanto la situación de la SSR en América Latina como la óptica a través de la cual la ALAP la estudia. Los trabajos han sido agrupados en cinco partes, con el siguiente contenido:

**La Parte I de este libro “Pocos hijos: meta alcanzada ¿Meta? ¿Alcanzada?”** tiene como racionalidad una de las pocas comuniones referidas anteriormente: la rapidez con que se viene dando el descenso de la fecundidad en la Región. Esta trayectoria surge en una América Latina de significativa diversidad socioeconómica, contradiciendo –tal como algunos países asiáticos lo hicieron– la certeza de que la disminución de la fecundidad ocurre, solamente, si fueron satisfechas las demandas de salud reproductiva. (Ver por ejemplo, Potts e Campbell; 2005).

Son cinco artículos los que componen esta sección. Los tres primeros oscilan en torno del posible ingreso de grupos poblacionales a fases más avanzadas de la transición demográfica una vez que la disminución de la fecundidad es incontestable. Los dos primeros pasan muy de cerca por la segunda transición demográfica (STD), y a pesar de encontrar indicadores propios de una STD, constatan, como Alfonso Armas (2008) que ella no representa lo que es en contextos europeos. Ya el tercer artículo, decididamente constata que, los países latinoamericanos que considera, están, por lo menos, abandonando la primera fase de la transición de la fecundidad. Los últimos dos artículos que componen esta primera parte tratan de la anticoncepción, que, se sabe, es el determinante próximo absolutamente más importante en la disminución de la fecundidad registrada en América Latina. Lo notable de esta característica es la diversidad de los métodos usados en los países seleccionados.

Siendo la baja fecundidad uno de los indicadores de una posible segunda transición demográfica (STD) y que está presente en las ciudades de Montevideo y Buenos Aires, **Wanda Cabella, María Constanza Street y Andrés Peri**, abren este capítulo con el trabajo *“La Segunda Transición Demográfica en Montevideo y Buenos Aires. Una contribución a su estudio desde una perspectiva biográfica”* y discuten esta posibilidad. Uno de los ejes de discusión gira en torno de la incorporación del ingrediente posmoderno que caracteriza a los países en curso de la STD a los valores familiares: En “ambas orillas del Río de la Plata, los indicadores muestran cierto avance respecto a los valores nacionales... .. Tanto el patrón de cambio como los niveles alcanzados parecen indicar, al menos desde la perspectiva de los indicadores demográficos, que ambos países se encuentran experimentando los cambios que predice la STD” Esta enfática constatación es seguida de inquietantes incógnitas: “¿se trata de un fenómeno que involucra a todos los sectores sociales? ¿Las diferencias entre estratos sociales se amplían o reducen a lo largo del tiempo? Las respuestas a estas preguntas cobran amplia relevancia en el marco del debate actual, ya que apuntan a dilucidar en qué medida los comportamientos observados son producto de los procesos de difusión de nuevas pautas culturales y en qué medida son reflejo de las formas de exclusión de los sectores más vulnerables.” Encuestas de carácter biográfico responden parcialmente a las incógnitas levantadas por los autores y ofrecen evidencias aparentemente contradictorias, como por ejemplo, preferencias reproductivas insatisfechas, en mayor medida, entre mujeres que cohabitan; esta condición, como se sabe, es un estatus típico de una STD. Así, concluyen los autores: “Uno de los factores que caracteriza nuestras sociedades es la incertidumbre que se instala en la vida de los individuos, la cual puede provenir del postmodernismo, como en el caso europeo, pero también de los procesos de desestructuración en el marco de sociedades cada vez menos igualitarias, con escasa intervención del

Estado en la reducción de las desigualdades... ... Los cambios en la nupcialidad que acompañan la STD traducen entonces las diversas formas en las que puede concretarse la vida en pareja y en familia en un contexto de incertidumbre creciente”.

El segundo artículo dentro de un contexto de bajos niveles de fecundidad, al cual todos los países latinoamericanos muy probablemente llegarán en el corto plazo, es de autoría de **Andrés Perí e Ignacio Pardo**. Ellos estudian también, la precaria implantación de las preferencias reproductivas en uno de los países más educados del continente: **“Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?”** La hipótesis central presume que las mujeres de clase media tienen menos hijos que los deseados, mientras que las mujeres de clase baja tienen más hijos que los que declaran como ideal. “Si bien se dan los comportamientos esperados (en mayor medida, son los sectores bajos en nivel socioeconómico y educación quienes tienen más hijos que lo deseado), se verifica una tendencia general por la cual tener una fecundidad menor a la deseada es más común de lo que se preveía”. Dar a las mujeres el derecho de tener el número deseado de hijos –en que pese cualquier connotación ideológico-política– fue siempre la consigna de los defensores de la planificación familiar. Actualmente, y cada vez con más frecuencia, surgen grupos poblacionales que no tienen el número deseado de hijos: los tienen en número menor. Es pertinente preguntar: ¿es esto una violación de los derechos reproductivos de las parejas? En fin, volviendo al estudio de Perí y Pardo, ellos concluyen por la necesidad de políticas diferenciadas por sector social para reducir la insatisfacción entre el deseo y la fecundidad real. Más aún, proclaman, audazmente, por el cumplimiento de “la máxima de la sociedad de contracepción perfecta: que cada persona tenga los hijos que desea”.

Forma parte de esta triade de artículos sobre baja fecundidad la contribución de **Adriana de Miranda-Ribeiro, Eduardo L.G. Rios-Neto y José Antonio Ortega**. Buscan evidencias sobre el futuro comportamiento reproductivo, prediciendo posibilidades de niveles menores aún. Es el trabajo **“Declínio da fecundidade no Brasil e México e o nível de reposição: efeitos tempo, parturição e quantum”**. Se trata de una contribución analítico-metodológica comparando los mega-países del continente destacando lo que hilvana estos tres artículos: la meta (¿meta?) de una fecundidad inferior al nivel de reposición poblacional alcanzada en menos de medio siglo. La importante contribución de Miranda-Ribeiro y sus colegas es el descubrimiento de grandes posibilidades de continuación de la disminución de un nivel de fecundidad que ya es muy bajo. Segundo los autores, esto ocurriría debido a cambios en el *tempo* –que implica un proceso de postergación de la edad al tener los hijos. Brasil y México estarían en una primera fase de transición demográfica que se caracteriza por ba-

jar la fecundidad en todas las edades y órdenes de nacimiento, sin postergación de la edad al tener el hijo; en esta fase, el *quantum* predomina. En la segunda fase, mayor educación y empleo femenino, cambios en la formación y disolución de uniones, entre otros factores, tienden a postergar la fecundidad; en esta fase, el efecto *tempo* es preponderante. En la tercera fase, la postergación finaliza pero no hay recuperación completa de la fecundidad en las edades más avanzadas; en esta fase, el efecto *quantum*, vuelve a predominar. Segundo los autores, Brasil y México están en la primera fase de la transición de la fecundidad y por eso, experimentan disminución (efecto *quantum*). “La cuestión crucial es si los dos países entrarán – y si entran, cuándo – a la segunda fase de la transición de la fecundidad”.

Esta primera parte concluye con la presentación de dos estudios sobre la prevalencia de la anticoncepción. Uno de ellos trata de Brasil y Colombia y la predominancia de la esterilización, de los autores **Flávia Alfenas Amorim, Suzana Cavenaghi y José Eustáquio Diniz Alves**: “*Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia – com especial menção à esterilização feminina e masculina*”. La peculiaridad de este trabajo son los universos de estudio: poblaciones donde la esterilización voluntaria es altamente predominante y donde, al mismo tiempo, el hombre comienza a aparecer en estadísticas tan acostumbradas a contabilizar casi que exclusivamente mujeres. La esterilización voluntaria tiene en común, en estos países, apenas, el hecho de ser típica entre los mayores de 30 años y con más de dos hijos. De resto difieren, tanto en la legislación como en la oferta que estos métodos tuvieron – y tienen, aún. En el Brasil, a pesar de ser prohibida por ley, la esterilización, sobretudo femenina – afirman los autores– siempre fue una práctica presente en el sector público y privado. Se infiere de este artículo que la demanda por ligadura era atendida por el sistema público vía procedimientos irregulares como por ejemplo, inducción de partos por cesárea. En Colombia, la trayectoria habría sido semejante a no ser por la implementación de servicios de planificación familiar, principalmente dirigido a segmentos de población más pobres. Con relación a la anticoncepción masculina, y específicamente la vasectomía, ambos países muestran señales tímidas de aumento de su prevalencia y los autores se inclinan por apostar en una consolidación de esta tendencia. De ser así, algunas incógnitas, bastante elaboradas en las consideraciones finales, deben ser desvendadas: ¿qué métodos serán substituidos? ¿Obedece este cambio a la oferta de más información y más opciones de planificación familiar? ¿Este patrón de comportamiento traerá, implícitas, relaciones de género más equilibradas?

El otro artículo, de **Mário Ernesto Piscocoy Díaz y Marisa Alves Lacerda** compara dos países andinos, Perú y Bolivia: “*Conhecimento, atitude e características sociodemográficas associadas à demanda por*

**contraceção no Peru e Bolívia**”, como el título indica, mide la demanda insatisfecha por anticoncepción en dos contextos relativamente pobres de América Latina y donde, a diferencia de la mayoría de sus vecinos, la prevalencia de uso de métodos tradicionales es relativamente alto. Los autores llaman la atención —en virtud del enorme peso de la abstinencia sexual como práctica anticonceptiva— sobre el desconocimiento del ciclo de ovulación.

Este trabajo es de gran relevancia, pues la importancia de medir la demanda insatisfecha por anticoncepción se justifica en gran parte porque ella es responsable, en la palabra de los autores, por enormes gastos en salud pública y también por pérdidas sociales y humanas, en la medida que está asociada a embarazos no deseados y, consecuentemente, a abortos clandestinos, a la mortalidad materna y a condiciones degradantes de la salud de los niños.

Al constatar importantes diferenciales en la dicotomía urbano-rural, este estudio destaca el papel del gobierno enquanto principal proveedor de métodos anticoncepcionales, como una forma de contrarrestar el efecto perverso de las desigualdades sociales y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres en los países analizados.

Por último, una contribución adicional del artículo es la consideración de características del compañero para medir la demanda insatisfecha por anticoncepción. Aspecto raramente considerado en otros estudios. Entre los resultados que los tomadores de decisiones deben considerar está el efecto positivo de la discusión de planificación familiar con el marido o compañero sobre la demanda por anticoncepción.

**La parte II de este libro: “Adolescencia: cultura, riesgos y reproducción: cómo intervenir para mejorar la SSR”** está dedicada a un importante segmento de la población: a los jóvenes de 15 a 19 años, responsables por lo que en Demografía se acostumbra denominar *fecundidad adolescente*. En un contexto de generalizado descenso de la fecundidad, como mencionado, y donde las mujeres tienen la oportunidad de permanecer más tiempo dentro del sistema educativo y entrar al mercado de trabajo en mejores condiciones que en épocas pasadas, sorprende que el nivel de fecundidad de las jóvenes haya permanecido inalterado y en muchos casos, inclusive, aumentado. Dadas las posibilidades de realización del ser humano del siglo XXI, existe un consenso generalizado sobre la escasa —y muchas veces nula— conveniencia de un embarazo adolescente. De hecho, las tendencias de aumento registradas en la maternidad/paternidad son consideradas resultantes de un complejo problema social y de naturaleza demográfica, cultural y, aun, política (Furstenberg, Jr. F.F.; 1998; Almeida et al., 2006). Es, talvez, en las consecuencias que trae el comportamiento reproductivo para los adolescentes, donde las desigualdades sociales son más reveladoras.

Adicionalmente, sorprende, también, que sus niveles de fecundidad sean, comparativamente, similares a aquellos encontrados en países de muy incipiente transición demográfica, mientras que entre las mujeres de 30 o 35 y más años de edad, estos niveles sean, a veces, más bajos que los equivalentes encontrados, por ejemplo, en países de Europa central. ¿Por qué ha disminuido tan poco la fecundidad entre los adolescentes? ¿Qué riesgos corren los jóvenes cuando se trata de SSR? Los artículos de esta sección del libro fueron seleccionados con la finalidad de ayudar a buscar esta respuesta.

**El artículo de Jorge Rodríguez Vignoli** es el paño de fondo que documenta la discusión propuesta: ***“Reproducción en la adolescencia en América Latina y El Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial?”*** Además de presentar extensiva evidencia, el autor demuestra que la escasa correlación entre la fecundidad adolescente y la fecundidad total es tal vez una característica típica de América Latina. Demuestra, también, que, contrariamente, no es, más, un fenómeno típico de jovencitas rurales o sin escolarización. La insistencia de la fecundidad adolescente de permanecer en niveles altos resultaría, como dicho líneas antes, de un complejo multidimensional; de “un síndrome de modernidad truncada en dos ámbitos: i) sexual, por la combinación de una liberalización de la conducta sin un aumento de la capacidad de control anticonceptivo personal (psicológico y familiar) y material (acceso a servicios); y, ii) social, por un aumento de las acreditaciones formales (en particular, educación) sin una expansión consecuente de las oportunidades materiales (en particular, trabajo).” El autor da, adicionalmente, extrema importancia al comprometimiento de los servicios de salud para que los cambios esperados se tornen realidad.

El comportamiento reproductivo del cual resulta la fecundidad adolescente, aunque obvio, debe ser explicitado: no es un fenómeno exclusivamente femenino, y por esta razón, los hombres tienen que formar parte del análisis y la dimensión género es, consecuentemente, traída a colación. Los cuatro artículos siguientes incorporan, en diversas medidas, esta dimensión en la línea de discusión levantada por Jorge Rodríguez.

**Carlos E. Aramburu y Rosario Arias Quincot**, mediante un estudio cualitativo presentado en el artículo ***“Dimensiones culturales del embarazo en la adolescencia”*** concuerdan con la complejidad del fenómeno: “...el embarazo adolescente es la parte visible, es como la punta de un iceberg. Por debajo hay una serie de procesos, imágenes, valores que no todos comparten de la misma manera, pero que se entrecruzan y tocan. Es decir, pueden coexistir varios modelos mentales contradictorios”. El papel masculino no es discutido directamente, pero está presente a lo largo del análisis y se extiende, no solamente al actor de las relaciones que culminan en el embarazo, sino también, a los roles de padre, her-

mano o jefe del hogar de origen de la joven, tal como sugieren las frases incluidas en el artículo y que se reproducen a seguir:

*“Ya tenía 15 años y me seguían pegando peor, no querían que yo tenga un enamorado (...) no querían que yo salga a la calle (...) De ahí se enteraron que yo tenía mi enamorado, le contaron a mi hermano y mi hermano entonces me agarró a golpes” (del texto de Aramburu y Quincot – En esta publicación)*

*“Yo metí la pata (se embarazó) porque mi papá no quería que estea con él. O sea pensando yo, o pensando los dos (...) teniendo un hijo íbamos a poder vernos, y estar juntos (...)” (del texto de Aramburu y Quincot – En esta publicación)*

Así, una de las recomendaciones de los autores es la de incorporar la perspectiva de género que involucre a los varones. “Las representaciones masculinas en torno a la sexualidad y al embarazo constituyen un factor fundamental para explicar la alta incidencia de embarazo adolescente en nuestro país (Perú)”.

Un artículo que explícitamente considera ambos sexos para comprender la sexualidad adolescente es el de **Ivonne Szasz**. La comparación de las diversas realidades del mundo joven para contextualizar la iniciación y prácticas sexuales en México y Chile en: **“Las prácticas sexuales de los jóvenes en dos países latinoamericanos y su relación con los contextos sociales y la desigualdad”** le permite constatar las “diversas realidades y diversas normas respecto de las prácticas sexuales de los jóvenes”. “En algunos segmentos de nuestras sociedades, sobre todo en las zonas rurales y en los estratos de menor ingreso socioeconómico, las normas que vinculan la sexualidad de las mujeres jóvenes al parentesco y al matrimonio continúan siendo observadas. En otros contextos y grupos sociales más modernizados y escolarizados, donde se exigen mayores niveles de autonomía a los individuos, las normas sobre el comportamiento sexual adecuado se multiplican y diversifican, correspondiendo más a un campo de decisión y responsabilidad individual que a una vigilancia social”. La autora constata una diversificación de conductas, de relaciones desequilibradas de género y de desigualdades sociales en las prácticas sexuales. Todas ellas están asociadas a la situación conyugal, inserción escolar, laboral y migratoria; así como a la presencia de embarazos y el acceso a la anticoncepción y a la interrupción de embarazos. Estas conductas, afirma Szasz, “están estrechamente vinculados al orden de género y a la estructura de clases sociales vigente en cada país”.

Acompañado las desigualdades sociales constatadas en el trabajo de Szasz, el trabajo de **Fátima Juárez y Tais de Freitas**, muestra de forma concreta los riesgos de adolescentes masculinos en situación vulnerable.

El artículo **“El comportamiento sexual riesgoso entre los adolescentes varones de áreas de bajo-ingreso en Recife, Brasil”**, contribuye, oportunamente, para disminuir la falta de evidencias para incorporar la población masculina en estrategias de mejor SSR. Analiza detalladamente los factores involucrados en conductas sexuales de riesgo entre jóvenes de una favela brasileña y muestra las barreras para prácticas sexuales seguras y los factores que facilitan una mejora en la salud reproductiva. Los varones, afirman las autoras, imaginan que la transmisión de DST sólo ocurre con parejas ocasionales, no con aquellas emocionalmente estables. De esta forma, la asociación directa entre uso de condón y grupos de alto riesgo es un obstáculo para el uso del condón en todos los tipos de pareja y, por consiguiente, pone en riesgo de transmisión de DST a todos los jóvenes. Las autoras sugieren fuertemente la inclusión de educación sexual en el currículo de enseñanza media, y, en consonancia con Rodríguez Vignoli, enfatizan el papel crucial del Sistema de salud. Específicamente del sistema de atención básica. “Los condones son distribuidos gratuitamente en casi todas las clínicas de salud; sin embargo, para registrarse para la dotación de condones, el joven tiene que inscribirse y pasar por una revisión médica. Los jóvenes de nuestro estudio señalaron que les disgusta el control médico para obtener los condones... Una gran proporción de jóvenes se beneficiaría de un mejor acceso a los condones y anticonceptivos si fueran distribuidos de una forma más adecuada y amigable.”

El último trabajo de esta sección, enfoca, como el anterior, una dimensión poblacional menor para mejor evaluar las posibilidades de intervención. Las autoras **Grisell Rodríguez Gómez y Marisol Alfonso de Armas** construyen un marco teórico que incluye como principal referencia el trabajo de Davis, K. y Blake, J. 1967 para ser aplicado a la comunidad: **“La comunidad urbana como un espacio para incidir en la salud reproductiva adolescente. Un estudio de caso”**. Se estudia el papel de las redes horizontales y verticales de apoyo en la comunidad, el rol de la iglesia y la religiosidad y el papel de las familias y la transmisión de los valores a través de ellas. Preocupadas con el inicio precoz de la fecundidad –aunque no necesariamente de la vida sexual– y los extremadamente bajos niveles de la fecundidad total en Cuba, las autoras recomiendan que cualquier intervención para modificar las tendencias reproductivas considere los vínculos encontrados mediante el análisis de esas redes. “Resulta posible recomendar a los gobiernos urbanos locales, estrategias de acción que permitan desde las peculiaridades de cada comunidad una adecuada y eficaz incidencia en comportamientos reproductivos y de salud sexual sobre todo hacia la población joven, tomando en cuenta las peculiaridades de cada sitio y las características de dichas comunidades”.

**La parte III de este libro: “Derechos reproductivos: salud materna, salud de los niños, salud de las mujeres”** en sintonía con los artí-

culos anteriores y con la ya mencionada multidimensionalidad, muestra otras facetas de la SSR. En otras circunstancias esta sección habría sido, quizás, la más evidente —o la primera— una vez que la salud de la mujer, muy frecuentemente, en el pasado reciente, era la salud materna! Esta dimensión, continúa presente, sin embargo, nos parece conveniente que venga acompañada de otra dimensión: de la de derechos reproductivos.

Así, el primer artículo de esta sección, es de **GlauCIA dos Santos Marcondes y Ana Paula Belon**. Trata de la mortalidad materna, y sobre la premisa de que, particularmente en Salud Pública, la medición de cualquier fenómeno sería un asunto de derechos humanos, presentan el artículo ***“Mortalidade materna: um estudo dos níveis e das causas de óbitos no México e no Brasil entre 2000 e 2004”***. Se trata de una contribución solitaria, pues fueron las únicas profesionales que, a lo largo de las tres conferencias de ALAP, se preocuparon con el tema. Es preocupante, pues según ellas, datos recientes muestran que la reducción anual de las muertes maternas en América Latina habría sido algo en torno de 2,2%, muy distante de lo establecido por los Objetivos del Milenio, que establece una disminución anual de 5,5% al año. El artículo señala el actual nivel de mortalidad materna para estos países y destaca algunas de las intervenciones de éxito para disminuirlo; citan, por ejemplo, el funcionamiento de los comités de vigilancia materna y el papel de los movimientos feministas. Sin dejarse llevar por el pesimismo, las autoras destacan los avances significativos con relación a los servicios de salud y de los sistemas de información “Hay, sin embargo, aun, un largo camino a ser recorrido para garantizar no solamente el derecho a la salud si no también, mejores condiciones de vida para mujeres, hombres y niños”.

Forma parte de esta sección, el artículo de Andrea Collado Chaves, con un oportuno ejercicio sobre el retorno social del potencial de la mujer en cuatro países centroamericanos y que llama la atención para la desigualdad social: “Analfabetismo y su costo en el deterioro de la salud de materno infantil en Centroamérica”. Con un desarrollo metodológico muy claro, la autora cuantifica el efecto y los costos del deterioro de la salud de las madres en edad fértil y sus hijos menores de cinco años debido a la falta de educación formal de estas mujeres. “El efecto final cuantifica los beneficios que las sociedades dejaron de percibir en términos de los ingresos laborales perdidos. Las cuestiones éticas están consideradas y la autora tiene conciencia de que el valor de un ser humano va más allá de mediciones de ingresos y de la limitación metodológica de no haber tratado con datos longitudinales. Aún así, el artículo consigue aproximarse a la magnitud de las pérdidas causadas por no alfabetizar a la mujer. “El analfabetismo le costó a Centroamérica 166 millones de dólares. Lo real de estas estimaciones es que algunas de estas pérdidas ya se dieron y son producto de las brechas en educación formal que existen en los países. Por ejemplo, durante el quinquenio anterior fallecieron alrededor de

11.000 menores de cinco años a causa de que sus madres no fueron alfabetizadas. Evitar estas muertes le habría costado a los sistemas de salud de Centroamérica alrededor de \$100 dólares anuales por infante, a cambio un beneficio que excede los \$3000 dólares por niño o y niña que lograra sobrevivir”. Sin duda, la réplica de este ejercicio metodológico puede servir “como base para estudios de costo-beneficio o costo-efectividad, que puedan en un futuro cercano orientar las decisiones económicas y políticas de cada país”.

El siguiente artículo dentro de esta sección, al igual que los otros, relaciona aspectos de la SSR y la desigualdad que domina América Latina: ***“La mortalidad por cáncer cérvicouterino y de mama en Colombia y México como expresión de las desigualdades socioeconómicas”***. Las autoras **Rubby Marcela Martínez Bejarano** y **Carolina Martínez Salgado** se valen de estadísticas recientes y demuestran que las dos enfermedades son, realmente, serias amenazas para la salud y la vida de las mujeres. Al aplicar lo que ellas denominan *Análisis Individual*, encuentran que las desigualdades en los factores sociodemográficos y las condiciones de acceso a los servicios de salud son determinantes de los niveles de mortalidad de estas patologías “toda vez que están significando un altísimo número de años de vida perdidos y años de vida saludable perdidos. Esto ameritaría que los planes de salud consideraran estas desigualdades para adaptar sus estrategias a estas diferencias y hacerse acorde a las necesidades particulares de cada región”. Los factores de riesgo para las patologías estudiadas son múltiples y los datos utilizados comprueban y reflejan la heterogénea distribución regional de la mortalidad por estas condiciones. Lo que las autoras enfatizan, sin embargo, son las desigualdades socioeconómicas que acentúan la desigualdad frente al riesgo de enfermar y de morir por estas causas.

**La parte IV de este libro: “Las uniones conyugales – contribuciones para su estudio incorporando la dimensión género”** reúne dos artículos. La diferencia con las otras secciones, numéricamente con más contribuciones, es indicativa de la dificultad de trabajar con esta dimensión, pues *género*, sabemos, no es sinónimo de *sexo*<sup>3</sup>. El género estaría determinado por complejos procesos socio-culturales económicos y aún, ambientales. Así, podemos tener inúmeros tratados sobre SSR según sexo; ciertamente, tratarán de todas las dimensiones mencionadas a lo largo de esta introducción, dividiendo los análisis según hombres y mujeres. Muy pocos, sin embargo versarán sobre SSR y género, es decir, sobre las relaciones construidas para relacionar hombres y mujeres.

Así, el trabajo ***“Tipo de unión y violencia de género: una comparación de matrimonios y uniones consensuales en América Latina”*** de las autoras **Teresa Castro Martín, Teresa Martín García y Dolores Puga González** hace un esfuerzo por documentar el difícil tema de la violencia de género, sabiendo de antemano de la escasez de investigaciones

sobre las interrelaciones entre tipo de unión e igualdad de género en América Latina. El trabajo incluye una importante revisión bibliográfica sobre el tema, buscando evidencias en contextos desarrollados, donde el aumento de la cohabitación va de la mano con mejores oportunidades para las mujeres. Los resultados del análisis, con base en cuatro países (República Dominicana, Perú, Nicaragua y Colombia) apuntan a que la posición de la mujer es más desfavorable y la convivencia en pareja más problemática en las uniones consensuales que en las matrimoniales. Después de controlar por la duración de la unión y numerosas características y apuntar las posibles limitaciones de los datos y de la metodología, las autoras concluyen “que las mujeres en uniones consensuales tienen un mayor riesgo de sufrir violencia conyugal que las mujeres casadas”. Como en previos artículos, se deduce de los resultados de estas autoras, que la cohabitación en América Latina no tiene las mismas connotaciones que tiene en contextos desarrollados. Otro hallazgo peculiar: las mujeres más educadas, que contarían con mayores recursos –tanto económicos como sociales– les permitirían abandonar una unión insatisfactoria y, tendrían menos riesgo de sufrir violencia conyugal. La educación, afirman las autoras, no impide la violencia intrafamiliar.

Siguiendo la línea de cambios en uniones conyugales buscando indicios de una segunda transición demográfica, **Adriana Pérez Amador** presenta el artículo: “***La disociación entre el inicio de la vida sexual y la unión conyugal en México: dos aproximaciones metodológicas***”. El artículo cuenta con una importante revisión bibliográfica sobre la evolución de la nupcialidad en México y presenta abundante evidencia empírica sobre el asunto con un tratamiento metodológico bastante adecuado. Los resultados señalan que habría, de manera incipiente, algunos rasgos de STD en México. Aunque se notan grandes divergencias en el patrón de comportamiento según género con relación al riesgo de uniones y disoluciones, las divergencias intergeneracionales, afirma la autora, no son tan evidentes. Entre los varios hallazgos diferenciados por género, vale la pena mencionar el riesgo de unión asociado al embarazo: “Este hecho aumenta el riesgo de unión para ambos sexos, pero la intensidad es mayor para los hombres. Una mujer embarazada al momento de unirse, se une 20% más rápido que aquella que no estaba embarazada cuando se unió; y un varón, cuya pareja estaba embarazada, se une 50% más rápido que aquel que aún no esperaba un hijo al momento de unirse”.

**La parte V de este libro: “Salud sexual y reproductiva y población indígena en Latino América”,** reúne tres artículos representando la diversidad indígena del continente.

El artículo de **Lilia Rodríguez** muestra cómo la falta de sintonía entre la visión occidental y la indígena puede propiciar la injusticia social. Sabiendo que en países andinos, los indicadores de salud, muestran brechas asociadas a factores culturales, especialmente a la discrimina-

ción étnica presente en los servicios públicos de salud, presenta el artículo **“Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el hospital ‘San Luis de Otavalo’, Ecuador”**. Explica la falta de acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud pública a pesar de la oferta disponible. Describe el desencuentro entre las percepciones y prácticas de salud de las mujeres indígenas y las concepciones y prácticas del personal de salud sobre el proceso reproductivo. “El escaso conocimiento que tiene el personal de salud sobre la cultura andina indígena, constituye un obstáculo al mayor acceso de las mujeres indígenas a los servicios del hospital. Junto al escaso conocimiento existen también prejuicios respecto de las prácticas comunitarias. Los discursos oficiales y legítimos sobre la salud, están concentrados en el personal de salud. No obstante, los agentes de salud comunitarios desarrollan otros discursos y otras prácticas que sin ser oficiales, tienen legitimidad en el mundo indígena.” La posibilidad de encuentro de prácticas de salud distintas, sustenta la autora, es posible sobre la base de reconocimiento y respeto, y reconociendo: (i) que la visión occidental de la salud no puede predominar, (ii) el Ecuador es heterogéneo, y (iii) los saberes y prácticas de salud del mundo indígena tienen su propia filosofía..

El artículo sobre los pueblos indígenas brasileños de **Heloisa Pagliari y Marta Azevedo**, con el título: **“Comportamento reprodutivo de povos indígenas no Brasil. Interface entre a demografia e a antropologia”** trae importantes subsidios desde el punto de vista de las dos disciplinas mencionadas en el título para la salud sexual y reproductiva entre los pueblos indígenas brasileños, que, como se sabe, tienen un contacto delimitado con el resto de los brasileños. Las autoras alertan, en las primeras líneas del trabajo, la amenaza de desaparecimiento de estos pueblos y su reciente recuperación, como preámbulo para introducir al lector a una parte del mundo de la reproducción humana entre los pueblos indígenas. Son presentados varios pueblos, cada uno con sus especificidades y detalles que atienden al interés, tanto de antropólogos como de demógrafos. Por la peculiaridad de la cultura indígena brasileña, el choque de posturas entre estos pueblos y el resto no se manifiesta en este artículo, no en lo que se refiere a la SSR, por lo menos.

El artículo **“Masculinidad y reproducción en comunidades indígenas peruanas”** de **Miguel Ángel Ramos Padilla** completa la selección de artículos que integran la parte dedicada a la población indígena. No obstante, integrar esta sección, trata de aspectos que son transversales a la SSR. En primer lugar, su objeto de estudio, identificando el hombre, incursiona por las relaciones de género; en segundo lugar, a partir de la exploración de los imaginarios sociales de los varones respecto a la reproducción y a la manera como viven su masculinidad busca entender la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad real. Es un trabajo de mu-

cha riqueza para entender la procreación y las relaciones de género entre comunidades indígenas, cuyas conclusiones podrían extenderse con relativa facilidad a toda la región andina. A partir de análisis cualitativo cuidadosamente elaborado, como las citas a seguir, el autor descubre la gran y doble presión social por tener hijos (hombres) y por darles condiciones económicas seguras:

*“Yo trataría de responder de que se trata de una cuestión equivocada de machismo tonto, el hombre que mientras más hijos tiene es más macho, eso he escuchado en muchas partes. En relación que he tenido amigos y todo, existe la creencia de que el más macho tiene más hijos” (del texto de Ramos Padilla, en esta publicación)*

*A veces también ellas dicen ‘papito a mi hermano le has puesto a ese colegio ahora yo también voy ir ahí’, y eso ya preocupa (...) De repente no podemos tener alcance suficiente para dar educación a los hijos. Es que ahora al hijo y a la hija también se le hace educar, ahora ya no hay herencia, eso es en vez de herencia” (del texto de Ramos Padilla, en esta publicación)*

Finalmente, el autor concluye que la afirmación de la masculinidad, “siguiendo el modelo hegemónico del macro sistema social, se impone” convierte al hombre en un “factor fundamental de riesgo para la fecundidad no deseada que contradice los derechos reproductivos de las mujeres, pero también de los mismos varones.”

**Cuadro 2**  
**Definición de salud reproductiva y sexual y de derechos reproductivos y sexuales según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo \***

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.” (Párrafo 7.2)

“Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...” (Párrafo 7.3)

\*Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD.

Reproducido de: OMS “Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo” - Organización Mundial de la Salud, Ginebra / Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas incluido el Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/ Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana ([https://www.who.int/reproductive-health/publications/es/strategy\\_es.pdf](https://www.who.int/reproductive-health/publications/es/strategy_es.pdf) - 29/11/2008)

**Cuadro 3**  
**Congresos realizados por la Asociación Latino Americana**  
**de Población (\*)**

1. Población, pobreza, desigualdad y exclusión en América Latina y Caribe Caxambú, São Paulo, Brasil, 18 - 20 de Septiembre 2004
2. La demografía latinoamericana del siglo XXI - Desafíos, oportunidades y prioridades. Guadalajara, México, 3-5 Septiembre de 2006
3. La población de América Latina y el Caribe: Retos en torno a la desigualdad y la diversidad. Córdoba, Argentina, 24 - 26 de septiembre de 2008.

(\*) <http://www.alapop.org/>

## Notas

- 1 CEDEPLAR/UFMG – Dpto de Demografía. Este trabajo cuenta con el apoyo del programa de auxilio a la investigación del Conselho Nacional de Tecnologia e Pesquisa (CNPq) del Brasil.
- 2 Ver en el Cuadro 3 el detalle de las tres conferencias;
- 3 La siguiente frase, ejemplifica bien la diferencia entre estas categorías conceptuales: “Atenea nada tiene de sexo, excepto el género, y nada de mujer excepto la forma”. En: Raymond Williams, *Keywords*, Nueva York, 1983, p. 285. Citado por: Joan W. Scott (Sin fecha) *El género: una categoría útil para el análisis histórico* - <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf> (Em 30/11/2008)

## Bibliografía

- ALFONSO ARMAS M. (2008) “No es lo mismo pero es igual: A singularidade da segunda transição demográfica em Cuba” – Tesis de doctoramiento – Cedepplar/UFMG – Belo Horizonte, 2008.
- ALMEIDA M. C. C., Aquino E.M. L. Pinheiros de Barros, A. (2006) School trajectory and teenage pregnancy in three Brazilian state capitals – In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(7):1397-1409, jul, 2006.
- DAVIS, K. y Blake, J. 1967. “La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico.” En *Factores Sociológicos de la Fecundidad* CELADE, Naciones Unidas, Universidad de Chile. Gráfica Panamericana, México, D.F.
- FURSTENBERG, Jr. F.F. (1998) When Will Teenage Childbearing Become a Problem? The Implications of Western Experience for Developing Countries. In: *Studies in Family Planning*, Vol. 29, No. 2, Adolescent Reproductive Behavior in the Developing World (Jun., 1998), pp. 246-253.

POTTS, M. e Campbell M. (2005) Reverse Gear: Cairo's Dependence on a Disappearing Paradigm. In: *Journal of Reproduction & Contraception* (2005) 16 (3):179-186.