

La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción*

Susana Lerner** e Ivonne Szasz***

El enfoque de salud reproductiva adoptado en El Cairo en 1994, en la medida en que expresa de manera más adecuada y realista las necesidades y demandas de los individuos en los componentes básicos de sus vivencias reproductivas, tiene implicaciones sumamente relevantes y sobre todo novedosas que plantean grandes retos tanto en el campo de las políticas públicas y los movimientos sociales como en el de la producción y difusión de conocimientos científicos y su traducción en políticas y acciones de la sociedad civil. No obstante, también se han levantado voces que advierten sobre diversos problemas y conflictos en torno a la viabilidad de la aplicación de este concepto. A partir de tal enunciado se presentan en este texto los resultados de una investigación documental sobre la génesis del enfoque de salud reproductiva desde la diversidad de lógicas que orientaron la investigación sociodemográfica y las intervenciones en México. Las posibilidades de diálogo entre la investigación académica y la acción social en dicho campo se ilustran mediante la descripción de actividades de investigación, de debate y de interacción con los programas gubernamentales y la sociedad civil que ha emprendido el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

Palabras clave: salud reproductiva, políticas públicas.

Fecha de recepción: 27 de febrero de 2002.

Fecha de aceptación: 17 de enero de 2003.

Introducción

En las últimas décadas del siglo XX se fue transformando la perspectiva de la investigación social sobre la reproducción humana, la sexualidad y la salud, al incluir elementos de derechos humanos, desigualdad social y desigualdad de género. De la misma manera se fueron transformando los vínculos entre la investigación y la intervención al participar nuevos actores en las decisiones sobre estos temas. El surgimiento del concepto de salud reproductiva como paradigma teórico concep-

* Una versión preliminar en inglés de algunas partes de este artículo está siendo considerada para publicarse en una posible compilación de Richard Parker que se titula "Agenda de investigación y acción sobre sexualidad y cambio social".

** Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Correo electrónico: slerner@colmex.mx

*** Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Correo electrónico: iszasz@colmex.mx

tual y como enfoque instrumental y operativo ha contribuido de manera decisiva en la transformación de este escenario. Se trata de un ámbito de reflexión e investigación social muy incipiente, que puede ser abordado desde diversos enfoques, perspectivas, escenarios, actores, propósitos y miradas disciplinarias.

En este artículo se presentan los resultados de una investigación documental sobre la génesis del enfoque de salud reproductiva y los cambios que permite introducir en los vínculos entre la investigación sociodemográfica y las intervenciones en México. La estrategia analítica consistió en elaborar una breve reconstrucción histórica de los contextos sociales y los debates internacionales que dieron origen a los programas de Planificación Familiar y luego de Salud Reproductiva en México, enfatizando la diversidad de lógicas que orientaron las investigaciones y las intervenciones. Se sustenta la hipótesis de que el enfoque de salud reproductiva abre posibilidades de diálogo entre la investigación académica y la acción social en este campo. Para ilustrarla se describen las actividades de investigación, de debate y de interacción con los programas gubernamentales y con la sociedad civil que ha emprendido el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. La investigación sobre salud reproductiva se revisó desde el campo de la sociodemografía y desde su experiencia en la investigación académica como insumo para la acción. La metodología para el análisis consistió en exponer las distintas posiciones que se debaten, explicitar las dificultades para la convergencia entre las investigaciones y las intervenciones, y proponer, mediante ejemplos concretos, algunas modalidades de diálogo entre los diferentes sectores e intereses involucrados.

En las primeras tres secciones se presenta un panorama general de las tendencias que han seguido la investigación y las políticas sobre reproducción y sexualidad en las últimas décadas. Una de esas tendencias es el predominio de la preocupación por el crecimiento de la población de las décadas de los años setenta y ochenta. Otra se refiere al contexto de los procesos demográficos y sociales, los movimientos y los debates que propulsaron el surgimiento del enfoque sobre salud reproductiva. Finalmente se hace referencia al especial interés por los derechos humanos y la equidad de género que ha emergido en los últimos años.

En la primera parte de la cuarta sección se presentan algunas perspectivas conceptuales sobre la interacción entre la investigación y las políticas relativas al tema, con la finalidad de dar cuenta de los

obstáculos, problemas y potencialidades de una mayor contribución entre la investigación y la intervención. En la segunda sección se ilustra, valiéndose de algunas experiencias recientes de investigación sobre instituciones de salud, sobre salud reproductiva de los adolescentes, sobre sexualidad y género y sobre violencia intrafamiliar que se han desarrollado en México, algunas cuestiones clave que enriquecen el debate sobre las potencialidades de un mejor vínculo entre la investigación y la acción social en este tema.

Finalmente, en el quinto apartado se proponen una serie de interrogantes para debatir en este escenario de transformaciones profundas en la investigación y las políticas sobre salud reproductiva.

Los antecedentes: el enfoque poblacionista

El tema de la reproducción de la población ha sido central y antiguo tanto en el ámbito de la investigación como en el de la acción, desde la perspectiva disciplinaria de la demografía y de los estudios poblacionales. Si algo se ha ido conformando y modificando en este tema a lo largo de las últimas cinco décadas del siglo XX han sido los diferentes acercamientos conceptuales y metodológicos para abordar el estudio del comportamiento reproductivo, y el cambio drástico de los elementos que intervienen en su regulación. En la investigación se transitó de los esquemas conceptuales estrechos sobre la fecundidad a los más amplios, referidos a la reproducción social. En las intervenciones, aun cuando se ha mantenido en mayor o menor grado el control de la fecundidad (y de la sexualidad conyugal) en el espacio privado e íntimo de la familia y en el correspondiente a las normatividades religiosas y morales, ha emergido el Estado como un agente clave en las acciones emprendidas en el ámbito de la reproducción. Éstas las ejercen sus diversas instituciones sociales mediante el diseño e instrumentación de políticas públicas (principalmente de población y de salud), de programas, de servicios y de una amplia gama de actividades de información, educación y comunicación.

Las intervenciones en población derivaron inicialmente de la preocupación internacional por las relaciones de causalidad entre la población y el desarrollo. Su escenario principal se ubicó en las cinco conferencias mundiales de población auspiciadas por Naciones Unidas –Roma 1954, Belgrado 1965, Bucarest 1974, México 1984, y El Cairo, 1994–. En este escenario, a partir de la conferencia de Belgra

do,¹ pero especialmente después de Bucarest, el debate, tanto a nivel sustantivo como operativo, ha sido una constante que se ha caracterizado principalmente por la exposición de paradigmas o visiones ideológicas antagónicas y polarizadas cuyos contenidos y enfoques se han visto leve o intensamente modificados en el tiempo.

De manera por demás esquemática, los términos iniciales del debate –presentes al menos en las conferencias de Belgrado, Bucarest y México– se fijaron entre las posiciones neomalthusianas, antinatalistas o controlistas, para las cuales el ritmo del crecimiento poblacional se concebía como un obstáculo y una amenaza al desarrollo, y las percepciones desarrollistas, pronatalistas o poblacionistas, que lo consideraban como un elemento positivo del desarrollo.

Estas posiciones tuvieron su origen en la convergencia de diversas situaciones, eventos e ideas que se debatían en la década de los sesenta. Algunos de los argumentos que fundamentaron y legitimaron las intervenciones de los gobiernos para controlar el crecimiento de la población en el tercer mundo fueron: *a)* los ritmos sin precedente en el crecimiento de la población de los países en desarrollo y sus efectos en la estructura económica y social; *b)* las tasas relativamente bajas de crecimiento económico y la brecha creciente entre los países ricos y los pobres; *c)* las posiciones ideológicas, inquietudes y presiones de los países más desarrollados sobre ciertos aspectos de índole geopolítica; *d)* los desarrollos tecnológicos en el campo de la biomedicina, con el surgimiento de anticonceptivos de gran efectividad como el dispositivo intrauterino (DIU) y los métodos hormonales. La lógica que subyacía en las deliberaciones y recomendaciones emanadas de las conferencias mundiales de población consistía en considerar al Programa de Acción Mundial como un instrumento de ciertas políticas diseñadas para armonizar el desarrollo de los países con sus tendencias demográficas y lograr así el mejoramiento de la calidad de vida de la población (Araica, 1997; Balán, 1999; Berquó, 1999; Finkle y McIntosh, 1994; Lassonde, 1997; Martínez 2000, Zurayk, 1999, entre otros).

Como parte de este escenario de movilización internacional, cabe destacar la emergencia de otras iniciativas que fueron desarrolladas a fi-

¹ Cabe aclarar que en esta conferencia los temas que suscitaron mayor interés fueron los de fecundidad, ya que se reconoció la centralidad de este fenómeno en el desarrollo y en la planificación familiar. Dado que la naturaleza de esta conferencia era más bien de carácter científico que normativo, se omitieron pronunciamientos directos y explícitos para desarrollar las intervenciones.

nes de los sesenta y que llevaron a la inclusión de dos cuestiones adicionales relacionadas con el debate poblacional: el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en materia de fecundidad, y la condición o estatus de la mujer. La Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968, reconoció como un derecho humano básico la capacidad de las personas para decidir el número de hijos que tendrían y el espaciamiento entre ellos. En ese mismo año se estableció la Comisión sobre el Estatus de la Mujer en Naciones Unidas, que propició la realización de estudios nacionales específicos en torno a las condiciones de vida y bienestar de la mujer y sus hijos, incluyendo los derechos sobre su fecundidad. Finalmente, la celebración en México de la Primera Conferencia Internacional sobre la Mujer en 1975, en el marco del Año Internacional de la Mujer, permitió acoger las demandas de los movimientos feministas, entre las cuales se priorizaba el control de su cuerpo y por tanto de su propia capacidad reproductiva. A partir de la Conferencia Mundial de Población en Bucarest, el derecho a la integración y a la mayor participación de las mujeres en el proceso de desarrollo, y en particular la decisión libre, responsable e informada de ambos cónyuges en cuanto al tamaño y momento de su descendencia –sintetizada en la noción de paternidad responsable– “emergió como la bandera de los defensores de una mayor aceptación de la planificación familiar” (Berquó, 1999: 26) y como parte de las recomendaciones de los diversos programas de acción emanados de las distintas reuniones internacionales (Figueroa, 1999).

A la luz de este panorama, a partir de la década de los setenta los gobiernos de los países en desarrollo se vieron ante la necesidad de establecer políticas de población y de diseñar acciones encaminadas a instituir la intervención gubernamental en el control del crecimiento de la población. Lo anterior se llevó a cabo mediante el pronunciamiento de una política de población o con la incorporación y ampliación de programas de planificación familiar (PPF), hecho que asumió diversas modalidades, temporalidades y atención (véase para más detalle Thomas y Grindle, 1994). Así, se puede identificar a un grupo mayoritario de países del Tercer Mundo que formularon una política de población y de programas y acciones explícitos por parte de los gobiernos (por ejemplo, México e India) o bien actuaron sin el pronunciamiento de una política explícita o implícita en torno al crecimiento de la población, pero con una situación de *laissez faire* por parte del Estado, que permitió o apoyó acciones explícitas de planificación familiar por parte de instituciones privadas o de la sociedad civil (como en el caso de Brasil) (véase Martine, 1996; Balán, 1999).

De esta manera las políticas de población adquirieron en la mayoría de los países un estatuto central en el discurso y en la planeación del desarrollo. En teoría éstas cubrían los diferentes procesos que componen la dinámica poblacional –nacimientos, muertes, distribución de la población y flujos migratorios–, y procuraban la articulación de dichos procesos con los de desarrollo con el afán de lograr un mayor bienestar para la población. Sin embargo en la praxis fueron orientadas y limitadas, mediante el establecimiento de metas, a reducir los niveles de fecundidad. Residualmente se aminoró la mortalidad materno-infantil como resultado de la disminución y espaciamiento de los embarazos.

También en los años setenta se desarrolló en América Latina una vasta corriente académica crítica de los enfoques reduccionistas sobre la dinámica demográfica. Esta corriente exploraba los complejos vínculos existentes entre la organización productiva, la desigualdad social y las mediaciones institucionales y familiares, y el comportamiento reproductivo de la población. El pensamiento crítico latinoamericano vinculaba los procesos de asalariamiento de la fuerza de trabajo, las diversas estrategias familiares y las desigualdades sociales con el acceso diferenciado a la anticoncepción y a la salud de distintos grupos; sin embargo sus investigaciones fueron escasamente consideradas por las políticas de población (Patarra y Ferreira, 1986; Faria, 1973, 1988; Balán, 1984).

Los PPF diseñados para reducir la fecundidad centraron sus acciones en la provisión gratuita de métodos anticonceptivos modernos, ampliando el acceso y la cobertura de la población a los mismos, y desarrollando vastas campañas de información, educación y comunicación. Tales campañas fueron homogéneas y no tomaron en cuenta la diversidad de condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, las cosmovisiones, valoraciones y percepciones de la población sobre la maternidad, el valor de los hijos, las identidades femeninas y masculinas, ni las necesidades y percepciones de hombres y mujeres en su ámbito familiar, reproductivo e individual, ni tampoco las diversidades de las prácticas relacionadas con los eventos reproductivos (Berquó, 1999; Kabeer, 1998; Lerner y Quesnel, 1994; Mungido, 1999; Zurayk, 1999).²

² No hay que dejar de mencionar otros programas existentes en México y en otros países, como el de “salud materno-infantil” y el de “sobrevivencia en la infancia”, así como la iniciativa de “maternidad sin riesgo” y el que se denomina “salud sexual”. Los tres primeros representan iniciativas de intervención iniciales que fueron anteriores al

Aunque el concepto teórico operativo de los PPF hacía mención a la libre, informada y responsable decisión por parte de las parejas para limitar su descendencia y optar por los métodos anticonceptivos, reconociendo el respeto a los derechos de los individuos para ejercer la planificación familiar de manera voluntaria, en la práctica un gran número de evidencias constató lo contrario. Asimismo, a pesar de que en la formulación teórica del concepto de planificación familiar se reconocía el papel de los varones en el proceso de toma de decisiones en cuanto al tamaño de la descendencia y en el cuidado de los hijos, en la ejecución de los programas ellos fueron excluidos. De manera semejante fueron omitidos otros ámbitos y actores que ejercen influencia en el comportamiento reproductivo. Las mujeres unidas en edad fértil fueron el objeto y el instrumento central y exclusivo de los PPF para lograr los fines antes mencionados, pero ellas no participaron en el diseño o ejecución de los programas ni expresando sus necesidades. No obstante que dichos programas fueron concebidos como el mecanismo principal para mitigar y reducir la pobreza en la gran mayoría de la población de los países en desarrollo valiéndose de la expectativa de ahorro de los recursos familiares y sociales resultante de la menor fecundidad, con un consecuente aumento del bienestar social de las familias, en las décadas siguientes la pobreza creció, y con ello se evidenció el simplismo y falacia de la lógica inherente a este tipo de argumentaciones (Figueroa, 1999; Lerner y Quesnel, 2002; Sen, Germain y Chen, 1994; Welti, 1998; Szasz y Lerner, 2001).

Dos aspectos adicionales caracterizan este contexto. Por un lado los gobiernos otorgaron la responsabilidad de la instrumentación de los PPF a las instituciones de salud, y por el otro las acciones fueron dirigidas exclusivamente hacia las mujeres unidas en edad fértil, convirtiendo a ambos en los actores clave para lograr el éxito de las intervenciones en este campo, lo que condujo a una medicalización de la

enfoque de salud reproductiva. Están relacionados no sólo con las prácticas anticonceptivas, sino que y sobre todo incluyen elementos importantes vinculados con las condiciones de salud de las mujeres, con la sobrevivencia de ellas y sus hijos, con las condiciones en que ocurren los principales eventos reproductivos, como el embarazo y el parto, y con la sexualidad y las prácticas sexuales. En ellos, así como en otros estudios, reflexiones y debates, se hace alusión a la situación de desigualdad de las mujeres, a la toma de decisiones libre e informada respecto a la maternidad, a los derechos reproductivos y su relación con las nociones de autodeterminación corporal y sexual, asociados a los dilemas de carácter ético (Corona, 1995; Elu y Langer, 1994; Faúndes, Hardy y Pinotú, 1989; Figueroa, Aguilar e Hita, 1994; Maine y Freedman, 1993; Sai y Nassim, 1989; Salles y Tuirán, 1995).

procreación. Como advierte Martínez, los PPF se caracterizaron por dos tipos de perspectivas mutuamente incluyentes: en la primera, que se denomina “prioridad demográfica” subyace la necesidad urgente de estimar metas programáticas para reducir los niveles de crecimiento de la población. La segunda es “la prioridad médica”, en la cual el establecimiento de metas programáticas se dio en términos de tasas de cobertura, continuidad en el uso de métodos anticonceptivos modernos y adopción de anticonceptivos seguros y no reversibles. El enfoque de la “prioridad médica” enfatiza la mejoría de la calidad de los servicios, pero continúa con una orientación medicalizada y dirigida a las mujeres unidas. De hecho, los anticonceptivos seguros y no fácilmente reversibles son los que las mujeres no pueden controlar directamente (Martínez, 2000).

El contexto demográfico, social y político de la Conferencia de El Cairo

En el caso de México, como en el de muchos otros países en desarrollo, la aplicación de los PPF fue muy exitosa en el logro del descenso rápido de la fecundidad y la disminución consecuente de las tasas de mortalidad materna e infantil. No obstante aún se observan desigualdades y rezagos en ciertos grupos sociales y culturales. A pesar de estos logros, en la medida en que las intervenciones en el comportamiento demográfico se vieron acompañadas de políticas desfavorables en los campos económico y social, como son las políticas neoliberales y de ajuste estructural, el descenso de la fecundidad coincidió con un dramático y creciente empobrecimiento de la población. A su vez, los cambios en las percepciones sobre las políticas sociales y los gastos gubernamentales y la consecuente reducción de los recursos del Estado han dificultado las intervenciones de políticas dirigidas al mejoramiento del ingreso y el bienestar social de los sectores mayoritarios que viven en la pobreza (Szasz y Lerner, 2001).

Otro aspecto no suficientemente considerado por las expectativas iniciales de las políticas de población y de los PPF fueron las consecuencias de la inercia demográfica. A pesar del descenso de los niveles de fecundidad y de la mortalidad materno infantil en países como México, se han observado en las últimas dos décadas los mayores volúmenes de población en edad fértil, de embarazos y de nacimientos. A su vez, por efecto de esta inercia demográfica, las demandas en los

sistemas educativo, de salud, de previsión social y en el mercado laboral han aumentado, si bien esto no implica que se desconozca que los efectos habrían sido aún más graves de no haberse dado el descenso de la fecundidad. Este esquemático análisis de las condiciones de vida de la población mexicana a fin de siglo ocurre después de 25 años de exitosa aplicación de los PPF y puede ser equiparado al de otros países del Tercer Mundo. Reitera y confirma uno de los argumentos expuestos por varios países en desarrollo en las conferencias mundiales de población de Bucarest y México, en el sentido de que sin políticas de desarrollo social y económico adecuadas, las intervenciones exitosas sobre la dinámica demográfica no resultaron en mayor bienestar para la población.

Asimismo, a pesar del éxito de los PPF en la reducción de la fecundidad, se ha reconocido ampliamente que la eficiencia de los mismos fue decayendo con el tiempo y han surgido con mayor intensidad una serie de cuestionamientos a las modalidades y características de aplicación de estos programas. Por una parte los investigadores, los defensores de derechos humanos y de la salud y algunas voces de la sociedad civil, en especial del movimiento feminista, han dado cuenta de manera creciente de los costos y efectos perversos que han acarreado estos programas para las mujeres. La reducción casi exclusiva de los métodos anticonceptivos a la salpingoclasia y el DIU, la alta frecuencia de esterilizaciones femeninas, las deficiencias en la información, las fallas en el consentimiento de las mujeres en la práctica anticonceptiva, la falta de atención de efectos secundarios de la anticoncepción, y el escaso control que la atención médica permite a las mujeres sobre su cuerpo y el proceso reproductivo, son algunos de estos efectos. Además, la necesidad de atender la epidemia del VIH/SIDA hizo evidente la falacia de limitar las consecuencias de la actividad sexual a las mujeres unidas y al ámbito familiar.

Dado que los programas y sus recursos se dirigieron hasta hace pocos años de manera exclusiva a las mujeres unidas en edad fértil que acceden a los servicios de salud cuando están embarazadas, se excluyó de tales servicios a las púberes, las jóvenes solteras, las mujeres sin pareja y las que no han tenido hijos, las infértiles, las que han tenido problemas derivados del uso de anticonceptivos, las mayores de 49 años, y los varones de todas las edades. La concentración de las intervenciones de salud materno infantil y de las políticas de población hacia objetivos de control de la fecundidad también desvió los objetivos de dichas políticas al no considerar otros procesos demográficos y de

salud reproductiva. A la vez, se ha cuestionado su legitimidad en términos de derechos humanos y su efectividad para mejorar las condiciones de salud y bienestar. Las elevadas tasas de fecundidad, así como los mayores rezagos demográficos y sociales, se concentran en los grupos jóvenes, en las personas que tienen menor acceso geográfico, social y cultural a los servicios médicos, y en los grupos que experimentan con mayor frecuencia el trato vertical y discriminatorio. Como consecuencia de estas características de las políticas y los PPF, las desigualdades sociales, las características de género, etnia, generación y derechos, así como la inclusión de la sexualidad, han surgido como centrales en el análisis de la reproducción y en los paradigmas que conforman el enfoque de la salud reproductiva (Dumble, 1999; Figueroa, 1998; Jeffery y Jeffery, 1997; Murphy y Merrick, 1997; Sen *et al.*, 1994; Szasz y Lerner, 2001).

En la década de los noventa se recrudeció el debate acerca de los logros de la planeación demográfica, del crecimiento económico y de la distribución social que caracterizaron las políticas de los países en desarrollo a partir de los sesenta. En especial, el centro de los debates residió en el carácter burocrático, técnico y desvinculado de consideraciones sociales de programas como los PPF. La brecha que separa el diseño y aplicación de estos programas de las condiciones a las que van dirigidos determina que no alcanzaron un efecto significativo en las condiciones de vida de la población pobre, o en la autonomía y los derechos de las mujeres, de los hombres, de los jóvenes y de los pueblos étnicamente subordinados (Calvancati, 1997; Kabeer, 1998; Kuznets, 1996; Lassonde, 1996; Lutz, 1996; Martine y Villarreal, 1998; Myers, 1997; Ness y Golay, 1996; Sen *et al.*, 1994; Oliveira, 1998). En este mismo sentido, como advierte Zurayk (1999: 43), se trata de programas que si bien operaron bajo la máscara del bien público, ignoraron o fueron poco sensibles a las percepciones de los hombres y las mujeres sobre sus necesidades y prioridades.

Un último elemento a considerar, pero quizá uno de los fundamentales, fue la creciente participación de los movimientos de mujeres organizadas en las actividades preparatorias durante y después de la reunión de El Cairo en su calidad de defensoras de las condiciones de salud, estatus y bienestar de las mujeres, así como de interlocutoras de las necesidades y perspectivas de ellas. Estos grupos canalizaron gran parte de las demandas y se adhirieron a las discusiones y gestiones en el campo de la salud reproductiva. Otros grupos que influyeron fueron los que se movilizaron para hacer frente a la epide-

mia del VIH/SIDA. Como también afirma Zurayk (1999: 46, citando a Petchesky, 1995), la participación de los grupos de mujeres de la sociedad civil en esta arena política condujo al reconocimiento de la auto-determinación reproductiva y sexual de las mujeres como parte de sus necesidades de salud básica y de sus derechos humanos. Estos grupos hicieron frente a posiciones de otros actores que defendían la percepción patriarcal tradicional y hegemónica de la familia, la reproducción y la sexualidad. También impugnaron, junto con algunos actores del medio académico, la posición neomalthusiana (controlista) del crecimiento de la población, que consideraba al exceso de nacimientos como principal causa de la crisis global económica y del medio ambiente.

Lo anterior ilustra algunas de las inquietudes que se manifestaron en la década de los ochenta en torno a la aplicación de las políticas de población y de los PPF encaminados a la regulación de la fecundidad. Estos debates y movilizaciones culminaron con la propuesta de diferentes y nuevas acciones e intervenciones, como las correspondientes al enfoque de la salud reproductiva. De ahí la necesidad de plantear las siguientes interrogantes e intentar responderlas: ¿En qué consiste este cambio de enfoque?, ¿cuáles son algunas de las dudas, tensiones y conflictos que se desprenden de él?, ¿cuáles son algunos de los nuevos o diferentes conceptos y elementos incorporados en este enfoque?, y ¿cuáles son algunos de sus principales supuestos y retos?, ¿cómo se traducen en intervenciones en este campo?

La década de los noventa y el enfoque de salud reproductiva: la atención a los derechos humanos y a la equidad de género

El enfoque de salud reproductiva adoptado en El Cairo, de acuerdo con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se conceptúa como el estado de completo bienestar físico, mental y social (y no sólo la ausencia de enfermedad o molestia) en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad. Por lo tanto, la salud reproductiva considera los siguientes aspectos: *a*) que los individuos puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual; *b*) que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y cada cuánto hacerlo (lo que significa que hombres y mujeres tienen derecho a estar informados y a acceder a métodos seguros, efectivos, accesibles y culturalmente aceptables de anticoncepción entre los cua-

les puedan elegir); *c*) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, y *d*) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno infantil (lo que implica el derecho al acceso a servicios de salud de buena calidad) (Barzelatto, 1998 y 1994; Fathalla, 1992; Ford Foundation, 1991; Sai y Nassim, 1989; Salles y Tuirán, 1995; United Nations, 1994).

Este enfoque, en la medida en que expresa de manera más adecuada y realista las necesidades y demandas de los individuos en sus vivencias reproductivas, tiene implicaciones sumamente relevantes y sobre todo novedosas que plantean desafíos tanto en el campo de las políticas públicas y los movimientos sociales como en el de la producción y difusión de conocimientos científicos.

No obstante, también se han levantado voces que advierten sobre diversos problemas y conflictos en torno a la viabilidad de la aplicación de este concepto. Por ejemplo, algunos autores se refieren al carácter amplio, vago, multidimensional y cargado de juicios de valor poco precisos que dificultan su traducción en políticas, en el establecimiento de prioridades, así como en la evaluación de las acciones que se emprendan (Brachet, 1995; Cleland, 1996; Welti, 1998). Otros, representantes de posiciones controlistas, manifiestan sus inquietudes y reservas ante la débil e insuficiente atención otorgada al problema de la estabilización del crecimiento de la población. Plantean que al no priorizar los programas para reducir la fecundidad podría existir una posible reducción de apoyo político y financiero en este campo (Murphy y Merrick, 1997; McIntosh y Finkde, 1995; Welti, 1998). Algunos más, por el contrario, argumentan que el sesgo operativo y medicalizado de este enfoque ocasiona que las acciones se concentren de manera prioritaria o casi exclusiva en mejorar los problemas de oferta y demanda de los servicios de salud en general o de los anticonceptivos en particular (Berquó, 1999; Balán, 1999; Berer, 1998). Otros más subrayan los problemas y conflictos inherentes a la puesta en práctica de este enfoque, en el cual se incluyen aspectos relacionados con comportamientos que suelen considerarse como íntimamente personales o moralmente sancionados por ciertos sectores y grupos conservadores, como la sexualidad extraconyugal, la diversidad de orientaciones sexuales y la interrupción de embarazos. Otras facetas del enfoque cuestionadas por los sectores conservadores son también complejas y no están exentas de tensiones sociales, entre ellas los derechos de las mujeres, la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres, y las relaciones de poder entre diversos actores

y agentes, entre otras (Berquó, 1999; Balán, 1999; Berer, 1998; Mundigo, 1992). Finalmente, y como una cuestión clave que será tratada más adelante, otras voces apuntan hacia el conflicto real o aparente entre las metas de las políticas de población centradas en el control de la fecundidad y las que subyacen en la perspectiva de la salud reproductiva, consistentes en el respeto a los derechos individuales, las mejores condiciones de salud y la equidad (véase entre otros Balán, 1999; Caldwell, 1996; Cleland, 1996; McIntosh y Finkle, 1995; Mundigo, 1992; Murphy y Merrick, 1997).

Reconociendo que este nuevo enfoque está aún en proceso de maduración en cuanto a su construcción y aplicación, nos sumamos a los autores que reconocen la riqueza y potencialidad del mismo. Más aún, parafraseando a Tamayo (1988, citado en Salles y Tuirán, 1995: 15) en sus reflexiones en torno al concepto propuesto por la OMS, consideramos que dicho concepto “no es una definición operacional de salud con la que podamos trabajar y cumplir, sino más bien la meta ideal a la que todos debemos aspirar” y en la cual debemos comprometernos críticamente desde nuestros distintos intereses, roles y quehaceres. El enfoque de salud reproductiva permite cuestionar el excesivo y casi exclusivo interés por las intervenciones tendentes a la regulación y control de la fecundidad subyacentes en la mayoría de los PPF, así como las visiones estrechas para la explicación del comportamiento reproductivo que han predominado en los países anglosajones. Permite, además, dar cuenta de los principales conceptos, dimensiones e implicaciones innovadoras que son clave de la agenda de acción e investigación adoptada en El Cairo y que ponen de manifiesto el principio integrador e incluyente de este concepto.³

Una de las implicaciones centrales del enfoque de salud reproductiva consiste en privilegiar la equidad de género como un principio básico y dominante. Este principio orienta los esfuerzos y acciones conducentes a empoderar a las mujeres y convertirlas en sujetos activos involucrados en las decisiones que son centrales para su propia vida y su familia. Se espera modificar así las condiciones de subordinación, aceptación y docilidad que han caracterizado la identidad

³ Los argumentos que se exponen en los párrafos siguientes sistematizan algunas de las principales reflexiones de diversos autores, las cuales han alcanzado un alto grado de consenso en el tema (véase entre otros, Balán, 1999; Barzelato, 1994 y 1998; Berquó, 1999; Finkle y McIntosh, 1994 y 1996; Mundigo, 1992 y 1999; Petchesky, 1995; Salles y Tuirán, 1995 y Zurayk, 1999).

femenina. Este aspecto se vincula con una de las nuevas cuestiones clave incorporadas en el enfoque de salud reproductiva, que ha estado presente en los debates sobre las intervenciones en población, y que alude a los derechos humanos. En especial destacan los conceptos de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres. Estos derechos se refieren al respeto a la libertad sexual y reproductiva y a la existencia de opciones –acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos– libres de coerción. Incluyen la toma de decisiones libre para decidir la interrupción de un embarazo, en particular en situaciones de violencia y coerción, y la disponibilidad y acceso a servicios profesionales y de calidad para hacer efectivo el derecho a la maternidad libremente elegida. Se refiere asimismo a la autodeterminación en el comportamiento reproductivo, incluyendo la realización de abortos permitidos de acuerdo con las causales sancionadas por la ley.

En nuestra opinión el enfoque de salud reproductiva permite rescatar la rica tradición académica de estudios sobre las influencias de la desigualdad socioeconómica en el comportamiento reproductivo que se desarrolló en América Latina, incluyendo a México, en los setenta y en los ochenta. Las inequidades de género están articuladas con otras desigualdades sociales y el estudio de la reproducción humana requiere la comprensión conjunta de estas cuestiones. El enfoque sobre salud reproductiva se nutre de los valiosos estudios existentes en México sobre las relaciones entre la participación económica, la dinámica familiar y la reproducción (Samuel, Lerner y Quesnel, 1994; Lerner y Quesnel, 1994; García y Oliveira, 1994; Oliveira, Eternod y López, 1999; García, 1999; Quilodrán, 2001).

La conceptualización del desarrollo humano y de las intervenciones en el comportamiento reproductivo que contiene este enfoque, centrado en el bienestar del individuo, estima a las mujeres como sujetos de derechos humanos: son sujetos de derechos iguales no sólo en todos los eventos reproductivos sino también en todas las esferas de la vida –en los ámbitos matrimonial, educativo, de trabajo, y en cuanto a la igualdad de ingreso y de participación social y política–. El enfoque de salud reproductiva, al haber centrado su objetivo en los actores usuarios de los servicios, en satisfacer sus necesidades en salud y sus intenciones y preferencias reproductivas, ha pretendido eliminar las metas cuantitativas de las políticas de población y de la evaluación de la efectividad de los PPF. La evaluación de este enfoque privilegia la autodeterminación individual, el respeto a los derechos reproductivos y sexuales, el mayor acceso y la mejoría en la calidad de los servicios de sa-

lud, y en general en el bienestar de la población. Como expresa Balán (1999: 202) "... en la actualidad las metas poblacionales pueden ser orientadas al crecimiento de la población, orientadas al bienestar y la salud y (o) orientadas a los derechos humanos y la equidad de género", y la naturaleza de las acciones es definida por la intersección de estas metas independientes y con frecuencia conflictivas.

Otra dimensión revolucionaria contemplada en el campo de la salud reproductiva se refiere a la prioridad que se otorga a la sexualidad y a las condiciones y prácticas de riesgo relacionadas con la salud de los individuos. La relevancia que le conceden el movimiento internacional de mujeres y las ONG participantes en la Conferencia de El Cairo representa el reconocimiento del derecho al erotismo, el goce, el bienestar y el disfrute de la sexualidad. También representa el reconocimiento de los distintos ámbitos donde se ejerce la sexualidad –más allá de la pareja conyugal y procreativa– y de la diversidad de sus manifestaciones, así como de las relaciones de poder que se ejercen en las esferas de la sexualidad y la reproducción. El interés reciente por los derechos y el bienestar en la sexualidad se relaciona con la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) y con la creciente conciencia de la prevalencia y las consecuencias de las infecciones de transmisión sexual (ITS) para la salud de las personas, pero éste es un tema debatido que no ha merecido un adecuado reconocimiento en los acuerdos internacionales ni en la práctica de los programas.

El enfoque de salud reproductiva ha favorecido la ampliación de las intervenciones para dar cuenta de las percepciones, necesidades y demandas de varios grupos de población que con anterioridad eran omitidos, como el de las adolescentes, las parejas que viven en uniones no formalizadas, las mujeres y madres solteras, y las mujeres en todas sus etapas de vida, anteriores y posteriores a la reproducción. A ello se agrega el interés en la necesidad de involucrar a los varones, no sólo en cuanto actores que intervienen en la toma de decisiones o como usuarios de métodos anticonceptivos, o para lograr una mayor igualdad de género, sino considerados además en tanto sujetos de derechos y obligaciones en la formación familiar, en la sexualidad y en la reproducción. Tanto hombres como mujeres deberían participar de acuerdo con la diversidad de roles e identidades construidos social y culturalmente, pero también de acuerdo con sus posibilidades individuales y colectivas de opción, toma de decisiones y acción social. Estos cambios se contraponen con los sesgos ideológicos y normativos prevalentes en los PPF, que consideran como único arquetipo a la familia

conyugal y a la heterosexualidad, y a las mujeres unidas como las responsables y protagonistas exclusivas de la salud reproductiva. De la misma manera el enfoque procura eliminar la visión simplista y reduccionista de asumir que la temporalidad de los problemas y las condiciones de salud reproductiva se limitan a las edades reproductivas y no son consecuencia de etapas anteriores o no tienen implicaciones en las posteriores a estas edades. Finalmente rescata la estrecha asociación que existe entre las condiciones de vida, el grado de equidad en las relaciones, y la libertad sexual y reproductiva. De esta manera el enfoque rescata los vínculos entre las condiciones de vida, la equidad y el bienestar sexual y reproductivo. La salud reproductiva no es únicamente la consecuencia de comportamientos individuales, sino sobre todo un resultado de las condiciones de nutrición y bienestar previas a la etapa reproductiva, y del tipo de relaciones sociales en que ocurren los comportamientos. Las condiciones de participación económica y social, la autonomía individual y la capacidad de movilización social son también decisivas durante y después del periodo reproductivo.

El enfoque de salud reproductiva sostiene que es necesario ampliar y mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Incluye los servicios relacionados con los eventos reproductivos —como la atención prenatal, durante el parto y posparto, los de anticoncepción o los de atención materno infantil, y abarca también una amplia gama de otros servicios vinculados con la reproducción y la sexualidad, como los de prevención y tratamiento del cáncer cérvico uterino, de las anemias, del cáncer mamario, de infecciones del tracto reproductivo, ITS, VIH/SIDA, infertilidad, y los correspondientes a la menopausia y postmenopausia. Este enfoque a su vez implica revisar, modificar y adecuar los programas e intervenciones dirigidos a determinados grupos de población —adolescentes, grupos marginales, indígenas, etc.— para que tomen en cuenta las necesidades, demandas y especificidades de los mismos. Lo anterior implica romper con la homogeneidad conceptual, normativa y operativa de los programas y servicios de salud que solían utilizarse indistintamente en los diferentes contextos sociales y culturales de un país y entre los diversos sectores de la población. Los programas anteriores, al no considerar las diversidades y especificidades culturales, sociales y económicas en estos contextos y grupos, han provocado el rechazo a la integración irregular y caótica de las mujeres, y a la exclusión de los jóvenes y de los hombres en los servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Estos rechazos y exclusiones se expresan en la llamada demanda insatisfecha de anticonceptivos.

Una de las situaciones de mayor tensión y conflicto en las intervenciones responde al antagonismo que se observa entre la lógica y racionalidad médica y de los prestadores de servicios y la lógica y racionalidad de las y los usuarios de los mismos. No existe diálogo ni comprensión de los diferentes significados, valores, actitudes, costumbres y prácticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Este antagonismo se expresa en los significados del uso de métodos anticonceptivos, en la atención durante el parto, en la calidad y calidez de los prestadores de servicios médicos comparados con los agentes tradicionales, o ante la falta de atención a situaciones sensibles y permeadas por valores morales, como la violencia doméstica, la coerción sexual, o el respeto a la autodeterminación reproductiva y a los derechos reproductivos y sexuales. En estas situaciones se observa la confrontación de diferentes lógicas. Los programas de salud reproductiva deben implicar el diseño y puesta en marcha de procedimientos y mecanismos que conduzcan a un cambio de la lógica médica unilateral que ha prevalecido por más de 25 años en la instrumentación de los PPF por una lógica que responda al naciente enfoque de salud reproductiva. Este enfoque aspira a que se tomen en cuenta cuestiones como género, equidad, sexualidad, derechos sexuales, derechos reproductivos, calidad de la atención y prácticas médicas alternativas. Sobre todo, que se tengan presentes las necesidades que expresan las personas afectadas por los programas.

Un aspecto adicional, novedoso y altamente relevante, se refiere a los actores participantes en la implementación de este enfoque, pues exige la asociación y articulación efectivas de diversas fuerzas sociales. La responsabilidad y el compromiso no sólo recaen en el Estado, en diversos organismos gubernamentales y en particular en las instituciones de salud. Tampoco se les otorga esa responsabilidad exclusivamente, y sobre todo, a las propias mujeres, a pesar de la centralidad que adquiere la perspectiva individual en el enfoque de la salud reproductiva. Es a las organizaciones de la sociedad civil, en especial a las defensoras de los derechos y de la salud de las mujeres y de las minorías sexuales, a quienes se les atribuye el rol más importante en la instrumentación, seguimiento y cumplimiento de los acuerdos establecidos en la Conferencia de El Cairo. A estas organizaciones o grupos organizados de la sociedad civil se les considera actores corresponsables y legítimos, dado el relevante papel de carácter internacional y nacional que han desempeñado en la preparación, en el transcurso y en el seguimiento posterior a las conferencias internacionales de El

Cairo y Beijing. En gran parte ello obedece a que en dichas reuniones se acogieron las demandas que algunos grupos de mujeres venían planteando con anterioridad en relación con las condiciones de salud y bienestar de las mujeres, en la defensa de los derechos de las mismas y como un cuestionamiento a la orientación e implicaciones de los programas y acciones de las políticas de población.

Finalmente, uno de los aspectos más inquietantes que se han presentado después de la conferencia de El Cairo es la disminución del financiamiento internacional en este campo, aunada a un contexto de recursos gubernamentales limitado y en constante reducción. Los recursos del Estado han disminuido, en especial en las políticas sociales y de salud que se requieren para la expansión de los servicios y actividades en salud reproductiva. Esta situación, por otra parte, se ha visto acompañada por un dramático y creciente empobrecimiento de la población en la mayoría de los países en desarrollo y por la desvinculación de los sectores financiero y empresarial frente a la necesidad de sustentar económicamente las políticas sociales.

De lo anteriormente expuesto, y no obstante los interrogantes no resueltos o insuficientemente claros que plantea el enfoque de salud reproductiva, se desprende que este enfoque, así como la Agenda del Cairo, han significado un cambio drástico y crucial en la conceptualización de la problemática que deriva de la relación población-desarrollo, en el quehacer académico en este campo, y en los debates sobre las características, orientaciones e intervenciones que es preciso considerar en las políticas públicas en materia de reproducción humana, de sexualidad y de salud. Los hallazgos de investigación en salud reproductiva que presentaremos en la siguiente sección son parte de una estrategia inicial que ilustra el potencial y la relevancia de la participación de la academia en la orientación del diseño y seguimiento de las políticas, de las acciones de la sociedad civil y de las modalidades de intervención en este campo.

La investigación académica como apoyo para la intervención: una estrategia para mejorar los vínculos entre investigación social y acción en salud reproductiva⁴

Algunas perspectivas conceptuales sobre la relación entre investigación e intervención

En su conceptualización inicial, formulada por organismos internacionales, el enfoque de salud reproductiva responde a una definición centrada en lo instrumental y lo operativo, y en consecuencia, a una orientación enfocada hacia la intervención. Desde el punto de vista del conocimiento científico representa además un paradigma teórico sustantivo. Para muchos autores el concepto de salud reproductiva no resulta muy apropiado debido a su reduccionismo a los aspectos de salud y porque se vincula con el proceso de medicalización que ha caracterizado a las intervenciones en el ámbito del comportamiento reproductivo.

Independientemente de estos cuestionamientos, resulta relevante y legítimo reconocer que muchas de las intervenciones y acciones de los gobiernos y de la sociedad civil en el ámbito de la salud reproductiva se fundamentan o deben fundamentarse en resultados de in-

⁴ La importancia que se ha otorgado al tema de la investigación aplicada no es reciente, aunque cada vez son mayores las presiones de los organismos internacionales y las agencias de financiamiento por orientarse en esta línea. Testimonio de este antiguo interés son los esfuerzos emprendidos en el mundo por el International Review Group of Social Sciences Research on Population and Development (IRG) constituido en 1976 como resultado de las discusiones entre los representantes de agencias donantes y algunos profesionales de África, Asia y América Latina. Su objetivo, según exponen los responsables de este proyecto (Miró y Potter, 1980), consistió en hacer recomendaciones para optimizar la investigación que contribuyera a formular y mejorar las políticas de población en los países en desarrollo. En Latinoamérica destacan las iniciativas emprendidas durante la década de los setenta por el Programa de Investigaciones Sociales sobre Problemas de Población relevantes para América Latina (PISPAL), que formó parte de la Comisión de Población y Desarrollo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. El PISPAL fue producto de un esfuerzo conjunto de varios centros de investigación de la región para la promoción y la ejecución de investigaciones sobre las interrelaciones de los fenómenos de población y los sociales, culturales, económicos y políticos, a fin de sustentar empíricamente la reflexión teórica y contar con la información y la base científica requeridas y más pertinentes para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de población. También habría que acreditar la relevancia de esta línea de trabajo mencionando los múltiples y variados seminarios, coloquios, y grupos de trabajo internacionales, regionales y nacionales, así como las numerosas y diversas publicaciones y trabajos en revistas especializadas y para sectores más amplios.

vestigación social. Los esquemas o marcos conceptuales desarrollados dan cuenta de la complejidad, la riqueza y la gama de dimensiones e interacciones que deben intervenir en el análisis de la reproducción, la sexualidad y la salud.

Las recomendaciones, las propuestas y las demandas de la sociedad civil y de la academia se refieren a múltiples aspectos. Entre ellos destacan los factores que intervienen para facilitar u obstaculizar las acciones programáticas, las prioridades en materia de intervenciones que se deben identificar de acuerdo con la magnitud de los problemas y las necesidades y demandas de la población, los cambios en la estructura, organización, funcionamiento y financiamiento de los servicios, y las modalidades de interacción entre los prestadores de servicios y las usuarias considerando las relaciones de género y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. No obstante es sumamente importante subrayar que los hallazgos de investigación no necesariamente son tomados en cuenta en el proceso de formulación e implementación de políticas, ya que ambos procesos obedecen a lógicas diferentes e independientes. La investigación y la acción tienen distintos objetivos, intereses y compromisos en juego, posiciones ideológicas y fuerzas sociales (Lynn, 1978; Patton *et al.*, 1977; Bronfman, Langer y Trostle, 2000). Como dicen Trostle y Bronfman (1999: 309 citando a Weber) “las decisiones políticas son independientes de la razón... la política –el arte de gobernar individuos– no está basada en la racionalidad científica”.⁵

Diversas estrategias y marcos analíticos permiten aproximarse a examinar la relación entre la investigación, la formulación de políticas y las acciones de los movimientos sociales y ONG. Aun cuando se trata de esfuerzos no desarrollados, y mucho menos aplicados directa y explícitamente al nuevo y complejo campo de la salud reproductiva, o sea, que incluyan la conceptualización amplia, integral y holística que subyace en él; su adecuación a este campo es un esfuerzo que debe ser realizado.

Entre estas estrategias destacan dos acercamientos que han sido tradicional y extensamente utilizados desde mediados de la década

⁵ El texto de ambos autores ilustra con claridad la complejidad del tema y sintetiza algunos de los problemas que se dan en la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones: las diferentes expectativas de los actores que entran en juego en la utilización de los resultados de investigación y en el proceso mismo de elaboración de políticas, la diversidad de tipos y calidades de investigación, la viabilidad de utilizar sus resultados y recomendaciones, y los mecanismos y procedimientos que se emplean para la circulación y difusión de los hallazgos de investigación entre los tomadores de decisión, entre otros.

de los sesenta. El primero de ellos se ubica en el campo de la investigación sobre fecundidad, en particular la correspondiente a la elaboración de las grandes encuestas sociodemográficas, cuyos objetivos no sólo perseguían la acumulación de conocimientos, sino también la utilización de sus resultados para fundamentar y legitimar ciertas orientaciones y modalidades de intervención conducentes a modificar y regular los niveles de fecundidad de la población y a evaluar los logros de las políticas y programas. Concretamente nos referimos a la diversidad y multitud de encuestas internacionales, y a las regionales y nacionales que se han realizado en México sobre fecundidad, planificación familiar, salud y dinámica demográfica. El amplio cuerpo de conocimientos generados sobre el tema ha variado en el tiempo de acuerdo con los marcos teóricos construidos, la revisión crítica a los mismos, la incorporación de categorías analíticas e indicadores producto del avance en el conocimiento existente, y la identificación de problemas de investigación. Los objetivos de estas encuestas respondieron un poco a las inquietudes y demandas del propio sector académico, especialmente a las necesidades de los responsables de la conducción de programas y acciones y, aunque en menor medida y hasta épocas más recientes, a planteamientos de las organizaciones no gubernamentales. Sin la menor duda, los hallazgos de estas investigaciones han sido utilizados para monitorear y evaluar los cambios esperados en los niveles de fecundidad, y sobre todo para dirigir y enfocar las intervenciones en determinados grupos y sectores. A alguno de esos grupos pertenecen las mujeres con mayores niveles de fecundidad (como fueron las mayores de 35 años de edad con más de tres hijos en los programas iniciales, o las adolescentes y las de los sectores más marginados en zonas urbanas, rurales e indígenas).

El segundo enfoque, denominado *Investigación Operativa (IO)*, inicialmente se dirigió a evaluar la calidad –aceptabilidad, eficiencia y efectividad– de los servicios de planificación familiar con el propósito de promoverlos, mejorarlos y ofrecer alternativas en su distribución. Este enfoque privilegió la perspectiva de los proveedores y del personal de los servicios de salud y se interesó en el funcionamiento, logística, organización y administración de los servicios ofrecidos. Con el tiempo, tal enfoque se ha ido modificando en forma sustantiva –ahora presta mayor atención a los procesos, las relaciones sociales, los actores participantes y las características– y también en su carácter metodológico y analítico. Por ello representa un ejemplo que ilustra la

manera en que puede ser utilizada la investigación para fomentar, fortalecer y mejorar los programas e intervenciones.⁶

En la década de los noventa se desarrollaron otros esquemas conceptuales propios para ser utilizados en el análisis de la relación entre la investigación y la política en el campo de la salud reproductiva. Uno de estos esquemas es el desarrollado por Walt (1994a) y utilizado por Bronfman, Langer y Trostle (2000) en la investigación novedosa y pionera que realizaron para conocer la interacción entre los investigadores y los tomadores de decisiones en relación con cuatro programas de salud identificados como prioritarios en México: planificación familiar, sida, vacunación y cólera.⁷ De acuerdo con estos autores, Walt identifica las siguientes cuatro categorías analíticas conforme a su relevancia para conocer las contribuciones específicas de la investigación en la formulación de políticas: *a)* el contenido de la investigación y la política; *b)* los actores participantes; *c)* los procesos de interacción que se dan entre la investigación y la política, y *d)* las características del contexto, que se refieren a las condiciones vigentes en el Estado y la sociedad civil para participar en la política y en la investigación, que varían según los propósitos y perspectivas que se privilegien en cada investigación (para una exposición más amplia de dicho esquema véase Bronfman, Langer y Trostle, 2000: 5-12). Se trata asimismo de categorías analíticas utilizadas en un buen número de investigaciones que abordan temas relacionados con la salud reproductiva en México, y resultan altamente pertinentes para indagar acerca del posible impacto de la investigación en la redefinición y reorientación de los programas y acciones en el campo de la salud reproductiva.

Finalmente, otra perspectiva para abordar el análisis de la interacción de la intervención y la investigación consiste precisamente en

⁶ Al respecto véase entre otros los textos de Foreit y Frejka, 1999; y Seidman y Horn, 1991, que brindan una excelente síntesis de las contribuciones y logros de la IQ, así como numerosas publicaciones realizadas y editadas por diversas instituciones, como el Population Council.

⁷ El objetivo del estudio realizado por estos autores fue reconstruir los procesos mediante los cuales es utilizada la investigación por los responsables de la elaboración de políticas y programas; asimismo se propusieron caracterizar estos procesos, identificar los elementos que posibilitan o impiden transformar los resultados de una investigación y proponer estrategias para incrementar el uso de los mismos. La investigación se llevó a cabo valiéndose de entrevistas en profundidad aplicadas a dos tipos de actores, investigadores y tomadores de decisiones, en relación con los cuatro programas mencionados. En estos cuatro programas existía una trayectoria de interacción en ambos tipos de actores, investigadores y tomadores de decisiones.

privilegiar las principales características y orientaciones del enfoque de salud reproductiva adoptadas y puestas en práctica en la Agenda de El Cairo para dar cuenta del significado y el alcance de esta interacción, y sobre todo para mostrar las contribuciones que la investigación puede brindar en distintas direcciones. La investigación social puede servir para mostrar la manera en que los supuestos implícitos en el enfoque de salud reproductiva están siendo implementados en diversos programas, considerando sus aciertos y sus contradicciones; o puede servir para advertir acerca de los factores omitidos en este enfoque y en la reorientación de los programas, lo que representa importantes retos para lograr una mayor y mejor calidad, eficiencia y efectividad en ellos; o puede servir, en general, para confrontar las intenciones teóricas con los hechos reales en la práctica. En este último sentido, el muy sugerente estudio de Kobklinsky y Nachbar (1999) muestra la validez de algunos de los supuestos implícitos en la retórica del Programa de Acción de El Cairo asumidos como dimensiones de políticas, y la manera en que éstos son resueltos en la práctica, ilustrándolo con el Programa de Maternidad sin Riesgos en Indonesia. Su análisis se enfoca en los actores usuarios de los servicios.⁸ La priorización de la perspectiva de estos actores, como reiteran las autoras, implica considerar que las mujeres están incluidas y participan en los programas y servicios. Se trata de examinar si los programas responden a las necesidades y demandas que son relevantes para las mujeres (y los hombres) y si el mayor acceso a estos servicios depende de la calidad de los mismos; también se trata de analizar el respeto a la libertad de decisión de los individuos. Dicha orientación, que otorga prioridad a las voces, percepciones y necesidades de las mujeres y de los actores sin voz, en general ha sido la perspectiva privilegiada en numerosas investigaciones en este campo y en las acciones de los grupos de la sociedad civil. A su vez es la que ha mostrado ser más adecuada para dar cuenta con mayor profundidad y rigor de las diferentes dimensiones y circunstancias que rodean la salud reproductiva de las personas.

⁸ Las autoras especifican que en inglés ese término se define como “orientación al cliente o servicios para clientes”, lo cual no resulta muy afortunado por su sesgo mercantilista y relacionado con las reformas del sector salud que ponen especial atención en el mercado.

Algunas experiencias recientes de investigación académica y sus potencialidades para la acción

En esta sección nos interesa mostrar la pertinencia de algunos enfoques de investigación y de diálogo entre investigadores y tomadores de decisiones sobre salud reproductiva que se orientan hacia la línea propuesta por el programa de acción de El Cairo. Sus resultados ilustran los elementos que pueden ser considerados para la definición de agendas de acción en este campo. Reconocemos que contemplar los resultados de la investigación en el diseño de las acciones es una tarea compleja y, sobre todo, que exige una mayor interacción entre los académicos y los diversos actores responsables de la elaboración de las políticas y programas vinculados con la salud reproductiva. Para ello seleccionamos cuatro modalidades diferentes de experiencias de investigación que se llevaron a cabo en el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, que dan cuenta de diferentes formas de interacción entre la academia, las instituciones públicas y los actores de la sociedad civil. Este programa respondió a la iniciativa desarrollada en 1991 por la Fundación Ford en su programa intitulado "Salud Reproductiva. Estrategia para la década de los 90". Su propósito es impulsar un conocimiento profundo de las dimensiones sociales y de las políticas públicas que afectan el bienestar de la reproducción humana. Sus objetivos generales son: *a)* promover, fortalecer y consolidar la capacidad de investigación y de formación de recursos humanos de excelencia en salud reproductiva desde una perspectiva interdisciplinaria en el campo de las ciencias sociales; *b)* impulsar y contribuir a la formación de responsables de la prestación de servicios y encargados de la elaboración de planes y programas, tanto de instituciones gubernamentales como de organizaciones no gubernamentales sobre aspectos sociales de la salud, y *c)* llevar a cabo un amplio programa de difusión, colaboración e intercambio entre investigadores de diversas disciplinas y centros académicos del país y fuera del mismo, entre éstos y los responsables de diseñar e instrumentar políticas públicas, así como con representantes de diversas organizaciones de la sociedad civil.

El programa está estructurado en torno a las áreas temáticas sobre las que trabajan los investigadores participantes y desarrolla actividades de investigación grupales e individuales, así como docencia e intercambio.

En este apartado se describen cuatro ejemplos que permiten ilustrar el estilo de trabajo de dicho programa, pues consideramos que su

orientación hacia el diálogo entre los investigadores sociales de la academia y otros sectores permite una mayor convergencia de conocimientos e intervención. Tales ejemplos no agotan las actividades del programa, entre las que destacan los debates sobre participación de los varones en la reproducción, sobre derechos reproductivos, sobre ética y sobre consentimiento informado.

Investigación sobre el papel de las instituciones de salud en el comportamiento reproductivo en las zonas rurales

Una de las áreas prioritarias del Programa Salud Reproductiva y Sociedad comprende la temática de las instituciones sociales. La investigación sobre las instituciones de salud ha sido abordada no sólo a partir de las prácticas relacionadas con la instrumentación de los programas de planificación familiar y salud reproductiva, sino también en tanto instancias de mediación entre las familias, las parejas y las mujeres. También se han abordado dichas instituciones en tanto espacios de socialización, control, intervención y negociación entre los agentes de salud (proveedores de servicios) y las mujeres (usuarias de servicios de PF y/o de atención materno-infantil).

En este apartado se da cuenta de una investigación que fue realizada en una zona rural del estado de Morelos. La perspectiva analítica que se privilegió⁹ se centró en las transacciones que se dan entre las mujeres y los principales actores que ejercen una influencia en su comportamiento reproductivo, como son el cónyuge, la familia de origen, la comunidad, y particularmente los diversos agentes de salud, tanto de las instituciones públicas como de los sistemas tradicionales (Lerner y Quesnel, 1992, 1994 y 2002; Lerner, Quesnel y Yáñez, 1994; Lerner, Quesnel y Samuel, 1999).

Esta investigación permitió identificar diversos procesos socioeconómicos y algunos cambios conceptuales que coadyuvaron en la disminución de la fecundidad. Los resultados encontrados han permitido constatar la marcada diferenciación entre las mujeres en el acceso y uso de medios anticonceptivos, así como en sus prácticas relacionadas con los eventos reproductivos –prenatales, durante el parto y con posterioridad a él–. Esta diferenciación obedece, por una parte, a las variadas vi-

⁹ Esta perspectiva analítica utilizó diversos acercamientos para examinar los comportamientos reproductivos de las mujeres: contextual, institucional, transaccional y biográfico (Lerner y Quesnel, 2002).

vencias y experiencias de las mujeres a lo largo de sus respectivas trayectorias en las distintas etapas de su vida (infancia, adolescencia, noviazgo, primeros y siguientes años de vida matrimonial, etc.). Por otra parte, es también resultado de las relaciones sociales que se van estableciendo a través del tiempo entre distintos actores sociales y que tienen como consecuencia la interiorización de percepciones, normatividades, valoraciones y actitudes en el ámbito de la maternidad, de la reproducción, y de las prácticas e intervenciones de los diversos sistemas de salud.

Entre los principales hallazgos se observó que la emergencia de nuevos o diferentes ideales y comportamientos —en materia de fecundidad, en la valoración de los hijos e hijas, en el tamaño de la descendencia, en las necesidades de una mano de obra familiar numerosa o no, en las valoraciones y expectativas sobre los hijos, etc.— se relacionan con las transformaciones económicas de las unidades de producción de las familias, con el proceso de asalariamiento de la mano de obra familiar y con las oportunidades de acceso a los mercados de trabajo internos y externos al lugar de residencia. Las posibilidades de residir, aun por tiempos reducidos, en comunidades distintas de las de nacimiento se constituyen en nuevos espacios de socialización que inciden en diferentes grados en el cambio de percepciones, expectativas, actitudes, ideales y prácticas reproductivas en la medida en que son diferentes de los que siguen vigentes en la comunidad de origen. Asimismo, los cambios en las condiciones económicas no sólo acentúan el empobrecimiento de las familias, sino que también afectan dichos ideales como consecuencia del aumento en los costos de alimentación, salud y, sobre todo educación. A su vez, los cambios en la composición y estructura demográfica de las familias, que ha sido en gran medida resultado de los efectos de la disminución de la mortalidad y del mantenimiento de altos niveles de fecundidad hasta principios de los años ochenta, incidieron en una cohabitación prolongada entre tres generaciones y en el retraso de la trasmisión de bienes materiales —en especial la tierra— y no materiales en el seno de la familia (Lerner y Quesnel, 1985, 1989 y 2002; Quesnel y Lerner, 1989). Aunado a ello también se observó una diferenciación de dichas representaciones e ideales relacionada con la permanencia o cambio en los roles e identidades de género que ejercen una influencia en el tamaño de la descendencia y en la demanda de regulación de la fecundidad (Lerner y Quesnel 1989; Gautier y Quesnel, 1993).

De acuerdo con lo expuesto, una de las conclusiones de este estudio cuestiona el determinismo lineal y simplista que adjudica a los PPF la

causalidad exclusiva o casi exclusiva de la disminución de la fecundidad y de los cambios en el comportamiento reproductivo. Este simplismo no considera que ciertas condiciones materiales e ideológicas favorables coadyuvaron en la legitimación y aceptación de dichos programas.

Por otra parte, las lecciones que se obtienen de esta investigación advierten acerca de las divergencias entre la lógica, racionalidad, percepciones y necesidades de los diferentes actores, particularmente entre los agentes que proporcionan los servicios de salud y las mujeres o usuarias de estos servicios. Los resultados, si bien se refieren a los programas de planificación familiar, pueden hacer evidentes algunas cuestiones clave a ser considerados en el diseño y ejecución de los programas sobre salud reproductiva, y en especial en las intervenciones de los prestadores de servicios.¹⁰

En relación con el proceso de autonomía y empoderamiento de las mujeres en torno a sus decisiones reproductivas se muestra que si bien la transacción entre ellas y los prestadores de servicios ha llevado a una mayor, aunque todavía limitada autonomía relativa de algunas respecto a sus parejas, también ha contribuido a la marginación de los cónyuges en el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la reproducción, en particular en cuanto al uso de métodos anticonceptivos. Dicho proceso se ve coartado por la creciente y predominante influencia de los agentes de salud, en ocasiones impuesta y coercitiva. Se advierte una elevada y creciente práctica de cesáreas –a menudo injustificada– que según la lógica médica conduce a la mujer a la ligadura de trompas. Los agentes de salud aprovechan el momento del parto para inducir a la mujer a aceptar la esterilización. Es evidente una creciente medicalización de la procreación y sobre todo del parto. Estas vivencias y experiencias en la prestación de los servicios son parte de los elementos que ilustran los efectos indeseados de las intervenciones de los agentes de salud y los obstáculos y limitaciones que llevan a ciertas mujeres a acudir a los servicios tradicionales. De la misma manera, las condiciones de autoridad, sumisión, consenso o conflicto en el seno de la pareja resultan decisivas para las prácticas reproductivas, así como para su integración o exclusión de los servicios de salud públicos.

¹⁰ El estudio al que hacemos referencia en el texto, coordinado por Susana Lerner, fue realizado en un contexto rural mexicano. No obstante es interesante advertir la similitud de los hallazgos de esta investigación con estudios hechos en otros contextos mexicanos, así como en otros países (véase, entre otros, Castro, 2000; Castro y Bronfman, 1998; Fernández y Forti, 2000; Jasis, 2000; Koblinsky y Nachbar, 1999; Szasz, 1999).

Otra cuestión identificada por esta investigación son las tensiones existentes entre el sistema público de salud y las prácticas tradicionales. La mayor o menor exclusión o integración de las mujeres a los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar y la confrontación entre los sistemas de atención dependen de los múltiples y complejos elementos que intervienen. La evaluación positiva o negativa por parte de las mujeres respecto a sus experiencias o vivencias anteriores en sus eventos reproductivos en los servicios médicos en comparación con los servicios tradicionales constituye un elemento altamente discriminador que reforzará o debilitará el proceso de exclusión o integración de éstas a los servicios públicos. Las creencias, costumbres y cosmovisiones en relación con los eventos reproductivos, así como el reconocimiento de la mayor eficacia de los servicios médicos ante situaciones más riesgosas son elementos antagónicos que también subyacen en este proceso. Asimismo, la confrontación entre las normas, los valores y las prácticas propuestos por los agentes de salud y los vigentes en las familias de origen, sobre todo cuando la pareja vive con la familia del cónyuge (durante el inicio de su vida conyugal) se vinculan con las mayores posibilidades de acceso o no a los servicios medicalizados. Aunado a ello, los hallazgos de esta investigación muestran que la trayectoria reproductiva irregular y caótica de las mujeres, que se caracteriza por el recurso a diversos métodos anticonceptivos con subsecuentes fracasos, obedece entre otros factores a los efectos propios de estos métodos, al uso inadecuado e inapropiado de ellos, y a la ausencia de opciones anticonceptivas disponibles en las instituciones públicas.

En el sistema de salud tradicional las parteras respetan la especificidad, costumbres y prácticas vigentes en las comunidades en torno a la procreación, a diferencia del sistema de salud "biomédico", racional, que si bien parece insensible e indiferente a las mujeres como individuos sujetos de derechos, es particularmente eficaz y seguro en condiciones y prácticas de alto riesgo, como los partos con mayores complicaciones. Entre otras complejidades que intervienen cabe mencionar la posición asimétrica de los médicos respecto de las mujeres en términos de posición social, género, poder y autoridad, que se evidencia durante las consultas y en el momento del parto. Esta asimetría se advierte claramente en la imposición de opciones por parte de los agentes de salud, tanto respecto a las prácticas anticonceptivas como a las intervenciones obstétricas, en ocasiones innecesarias. Otras limitaciones y obstáculos para el acceso a estos servicios son las gran-

des distancias, la ausencia en el momento oportuno de medios de transporte, los reducidos horarios de atención y los costos. A la vez, el temor ante algunas intervenciones médicas, como las cesáreas, que son una práctica extendida y no siempre necesaria, lleva a ciertas mujeres a preferir el auxilio de la partera en el momento de dar a luz a pesar de los posibles efectos negativos e indeseados, sobre todo en embarazos considerados de alto riesgo.

Finalmente, otra conclusión de esta investigación advierte sobre la pobreza cultural de las instituciones de salud, que remite a la inadecuada, insuficiente y en ocasiones ausente cultura médica, social y ética de sus instituciones y agentes. Igualmente destaca la ausencia de una cultura de salud reproductiva por parte de las mujeres como resultado de conocimientos insuficientes, de sistemas de información inadecuados, de falta de conciencia acerca de los riesgos y complicaciones relacionados con su salud reproductiva, y de las múltiples y antagonicas creencias e influencias que imbuven otros actores en ellas (Lerner y Quesnel, 2002). En este sentido, como expresan acertadamente Koblinsky y Nachbar (1999: 92) al referirse a la discrepancia entre las necesidades expresadas por las mujeres y las consideradas por los proveedores de salud,

las mujeres pueden desconocer muchos problemas de salud reproductiva (por ejemplo, infecciones de transmisión sexual tales como la gonorrea) [...] Las mujeres y sus familias pueden no reconocer las complicaciones obstétricas cuando ocurren [...] Ciertos problemas de salud reproductiva (por ejemplo, un parto complicado) pueden ser vistos como normales. Otros problemas (por ejemplo, la muerte materna) pueden ser considerados místicamente como partes del destino de una mujer. Otros más (como por ejemplo la retención de placenta) pueden atribuirse erróneamente al comportamiento de las mujeres.

Los resultados de esta investigación plantean cuestiones esenciales que implican revalorar y redimensionar el alcance de las investigaciones para orientar las acciones. Investigaciones como ésta, en situaciones de mayor acercamiento entre los prestadores de servicio y los investigadores, permiten que estos resultados se traduzcan en la incorporación de las necesidades y demandas de los usuarios de los servicios de salud reproductiva en las acciones e intervenciones que realizan los profesionales de la salud.

Investigación sobre las intervenciones en salud reproductiva de adolescentes en la Ciudad de México: un ejemplo de monitoreo de programas de acción

Desde 1993 el área de trabajo sobre sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes del PSRS se propuso un vasto programa de investigación en diversas zonas y sectores sociales del país sobre los elementos socioculturales de la sexualidad y la salud reproductiva en este grupo generacional, que ha generado importantes conocimientos sobre el contexto social de la sexualidad, el embarazo y la anticoncepción entre los jóvenes mexicanos.¹¹

El área de trabajo sobre adolescentes y jóvenes ha desarrollado también importantes vínculos con los sectores gubernamentales encargados de su educación y salud, y ha intervenido al difundir los resultados de la investigación social entre los directivos y prestadores de servicios médicos para jóvenes. Las investigaciones han permitido deconstruir el estereotipo del embarazo en la adolescencia surgido en los países desarrollados, según el cual se trata de un fenómeno reciente y en crecimiento, producto de la liberación sexual, que interrumpe la escolaridad y la futura carrera profesional de las jovencitas. En México el embarazo previo a los 20 años ha disminuido proporcionalmente de manera notable con el reciente incremento de la escolaridad de las mujeres jóvenes, y la gran mayoría de las que se embarazan antes de los 20 años ya han concluido sus estudios, con un promedio de escolaridad de ocho años y procuran embarazarse para iniciar una unión conyugal, y no por una creciente liberalidad sexual. La investigación social también muestra que las construcciones socioculturales sobre las identidades de género, la formación de parejas y la maternidad dificultan el uso de anticonceptivos entre los y las jóvenes solteras, en especial si se trata de métodos de barrera que también sirven para prevenir las ITS. En especial, la investigación desarrollada en este eje del programa ha permitido constatar que existen claras diferencias en el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes y jóvenes dependiendo de su contexto social y cultural.

Una de las experiencias de investigación del área de adolescentes y jóvenes del PSRS es una investigación socioantropológica sobre pro-

¹¹ Claudio Stern coordina el área de trabajo sobre adolescentes y jóvenes. Para conocer algunos resultados de estas investigaciones véase Stern, 1995, 1997, 1997a; Stern y Medina, 1999; Stern y Reartes, 2001; Gogna, 2001; Stern *et al.*, 2002.

gramas de intervención que ilustra las potencialidades de los vínculos entre la investigación y la acción que ha emprendido este programa académico. Se trata de una investigación sobre las políticas y programas de salud para jóvenes en la Ciudad de México, que toma en cuenta tres puntos de vista: 1) el desarrollo mismo de los programas y las necesidades de los proveedores de salud; 2) las necesidades expresadas por los adolescentes que acuden a esos servicios, 3) la adecuación de estas intervenciones con los acuerdos suscritos por el gobierno mexicano en las conferencias de El Cairo y Beijing (mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes y asegurar el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos).¹²

Con las preguntas de investigación se trataba de conocer cómo se conceptualizan los problemas que dan origen a los programas de salud reproductiva específicos para adolescentes y jóvenes en la Ciudad de México, cuáles son los elementos que posibilitan u obstaculizan el logro de sus objetivos y cuáles son las percepciones de los jóvenes atendidos en cuanto a la calidad de los servicios que reciben y la atención a sus demandas.

Los resultados indican que casi la totalidad de la población atendida en estos servicios está integrada por adolescentes embarazadas, la mayor parte unidas maritalmente, y que sus prioridades son la atención del embarazo y el parto y la anticoncepción post-parto o post-aborto. Se les proporcionan cuatro tipos de métodos anticonceptivos después del parto: dispositivos intrauterinos, hormonales, condones y salpingoclasias. Sin embargo, los prestadores de servicios aseguran que el desabasto de métodos hormonales y condones es muy frecuente, y que solamente les es posible proporcionar un número muy limitado de condones por mes. En la práctica los servicios prestados se concentran en la anticoncepción post-parto mediante la colocación de dispositivos intrauterinos y la asesoría sobre anticoncepción y prevención de ITS, además de algunas cirugías anticonceptivas a mujeres menores de veinte años.

No se ofrece en estos servicios asesoría sobre la anticoncepción de emergencia ni sobre la doble prevención (usar condones para pre-

¹² Esta investigación forma parte de un proyecto en colaboración que se realizó coordinadamente en las ciudades de Buenos Aires y São Paulo como una de las actividades del Consorcio de Programas sobre Salud Reproductiva y Sexualidad en América Latina, conformado por NEPO en Brasil, CEDES en Argentina y PSRS de El Colegio de México.

venir las ITS cuando se está usando el DIU), ni logran atender a los adolescentes varones ni a las jovencitas que aún no se han embarazado. La mayor parte de las jóvenes embarazadas o de las madres a quienes atienden ya formaron una pareja conyugal y viven con su compañero en la casa de sus suegros o en la de sus padres. La asesoría y los discursos del personal de salud que atiende a los jóvenes no incluyen ninguna mención a las cualidades placenteras y eróticas de la sexualidad; únicamente se trata sobre los peligros y los efectos no buscados.

Los obstáculos identificados por los proveedores consisten en el rechazo social al uso de anticonceptivos por los jóvenes, la nula participación de los adolescentes varones en los servicios, la violencia de género, la resistencia de las jovencitas sin pareja a usar el DIU, incluso después de un parto, y las desfavorables y conflictivas relaciones familiares que motivan a las jovencitas a embarazarse para salir de sus casas. Las usuarias identifican como sus principales problemas el embarazo no deseado y las ITS, y expresan que sus causas son la incomunicación y los problemas familiares. Proponen como estrategias de solución la promoción del uso del condón, su distribución en las escuelas, la difusión de la existencia de los programas de salud para adolescentes, y las pláticas dirigidas a los padres de los jóvenes.

La investigación concluyó que en las instituciones estudiadas de la Ciudad de México no se cuenta con servicios preventivos para los jóvenes, sino principalmente servicios de atención materno infantil para las adolescentes embarazadas y prevención anticonceptiva posterior al embarazo, pero ni siquiera en estos casos una adecuada prevención de las ITS. Se observó que existe un grave desabasto de condones, y que los programas excluyen a la pareja, la familia y la comunidad. Los jóvenes del sector social que atienden no son llamados a participar ni en el diseño, ni en el desempeño, ni en la evaluación de los programas, por lo cual el personal de salud desconoce sus necesidades. También se observó que los programas, la asesoría y las percepciones del personal de salud están diseñados como si fueran dirigidos a jóvenes estudiantes de clase media o alta cuyos problemas sociales se derivan de su propia conducta y que tienen una especie de "exceso" de libertad sexual, particularmente los varones. En la práctica, las jovencitas embarazadas que atienden pertenecen a los mayoritarios sectores populares y pobres de la urbe, dejaron de estudiar tiempo antes de embarazarse, y en su mayor parte viven con su pareja.

Los resultados de esta investigación se discutieron en un taller en donde participaron los encargados de las políticas y programas públi-

cos de salud para jóvenes del Distrito Federal, diversas ONG y prestadores de servicios de salud e investigadores sociales, con la finalidad de aportar elementos para mejorar los servicios para jóvenes. El taller permitió un acercamiento muy importante de estos profesionales y, conjuntamente con los informes de la investigación, los cuadernos de trabajo y las recomendaciones para políticas que se elaboraron, se ha logrado que los programadores más sensibles se dispongan a lograr un acercamiento a las necesidades de los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva, a las opiniones de los investigadores y activistas, y a los problemas sociales y de salud reproductiva que experimentan los jóvenes. Sin procesos de intercambio como éstos, los programas de salud para jóvenes continuarán siendo imaginados desde la perspectiva de los adultos de las clases medias acomodadas y de los países desarrollados, sin tomar en cuenta el contexto social y la perspectiva de los propios actores.

Vínculos entre la investigación social y la acción de los organismos de la sociedad civil sobre sexualidad y género¹³

En el PSRS se organizó desde 1993 un seminario interdisciplinario y multisectorial de encuentro y debate sobre sexualidad y género. Su objetivo central fue la conformación de una red de investigadores, activistas y prestadores de servicios que trabajan tanto en la academia como en instituciones gubernamentales o en organizaciones de la sociedad civil. Las actividades del seminario periódico de discusión han consistido en fomentar el desarrollo de investigaciones sociales sobre el tema con el propósito de que den cuenta de su complejidad y diversidad y sean útiles para el diseño y análisis de las acciones en este campo. Para llevar a cabo estas discusiones se ha requerido el intercambio de los conocimientos existentes y la confrontación de puntos de vista, así como la revisión crítica de enfoques teóricos contruidos con base en contextos sociales diferentes, y la incorporación de las inquietudes de activistas, prestadores de servicios y conductores de programas y acciones en la definición de los problemas de investigación y los enfoques para su abordaje.

El cuerpo de investigación social generado sobre el tema, tanto en el PSRS como en otras instituciones académicas, si bien es todavía

¹³ Área de trabajo coordinada por Ivonne Szasz.

muy incipiente, ha permitido identificar diversas cuestiones clave para la intervención en este campo. Unas se refieren a los vínculos entre la construcción de las identidades de género y los comportamientos sexuales, otras a las relaciones de poder en el ejercicio de la sexualidad, y otras a las relaciones entre las desigualdades socioeconómicas y las vulnerabilidades en este campo.

Una de las actividades desarrolladas en este eje del programa consistió en emprender una revisión bibliográfica y elaborar una síntesis de los principales estudios sobre el vínculo entre la sexualidad y la construcción social de las masculinidades en México. Esta revisión permitió profundizar en los significados de la masculinidad para las prácticas sexuales. Los estudios exponen que los conocimientos sobre el placer erótico y las demostraciones de experiencia y de atrevimiento sexual frente a otros varones parecen reafirmar las identidades masculinas. Estas investigaciones son el principio de un proceso de comprensión de las complejas relaciones entre la extrema estigmatización del comportamiento afeminado de los varones y la permisividad hacia prácticas homoeróticas diversas y silenciadas. Las investigaciones dan cuenta de represiones, profundos temores y ansiedades en algunos varones mexicanos relacionados con la sexualidad, así como de complejos vínculos entre estas emociones y ciertas acciones de control, abuso o violencia sexual. Se asignan significados muy diferentes a las actividades eróticas ejercidas con parejas con quienes se tienen vínculos emocionales y compromisos familiares, respecto de los encuentros sexuales no conyugales, sean homo o heterosexuales. Esta polaridad se refiere tanto a la significación erótica de las prácticas como a sus vínculos con las identidades masculinas.

A la vez, concepciones muy arraigadas culturalmente sobre la sexualidad masculina como un imperativo biológico incontrolable se vinculan con la permisividad social hacia la poliginia y la división de lo femenino en dos imágenes irreconciliables: la mujer erótica y activa, quien debe ser acosada sexualmente, y la mujer recatada, que no manifiesta deseos sexuales. Ambas imágenes contienen elementos amenazantes para las identidades masculinas, que están en la raíz de muchos comportamientos violentos. El estudio de estos significados ha permitido identificar normatividades, estereotipos y características culturales y subjetivas que empobrecen las posibilidades de intercambios eróticos placenteros y mutuamente enriquecedores; asimismo han reconocido obstáculos, limitaciones, alternativas y posibilidades para las acciones de prevención de efectos indeseados o daños a la salud.

En este eje del programa y en el relativo a los adolescentes y jóvenes se emprendió también una revisión de las investigaciones que se refieren a los vínculos entre la construcción de las identidades femeninas y la sexualidad. Estos estudios han destacado la importancia de ciertas formas de comportamiento sexual para preservar la legitimidad social de las mujeres y su valor para formar parejas conyugales, así como la necesidad del embarazo para poder iniciar un compromiso conyugal con sus parejas. La anticoncepción, y particularmente el uso del condón, suele percibirse como una expresión pública de actitudes sexuales muy activas en las mujeres, pues simbolizan la búsqueda exclusiva del placer en las relaciones sexuales, conducta que no se considera adecuada para las jóvenes. Estas cuestiones culturales dificultan la anticoncepción previa a las uniones maritales y a la maternidad. En particular, el uso de métodos de barrera que sirven también para la prevención de las ITS simboliza un comportamiento social promiscuo.

Respecto de las relaciones de poder en el ejercicio de la sexualidad, las investigaciones sociales han identificado la inhibición de las manifestaciones de deseo sexual como un recurso de negociación para las mujeres carentes de poder. También mencionan al juego de apariencias incluido en la seducción, como inhibidor de la previsión y la prevención en los comportamientos sexuales. Otras investigaciones aseguran que la permisividad social hacia la poliginia y hacia la resolución violenta de conflictos es fuente de muchas manifestaciones de abuso y violencia sexual que imposibilitan la prevención por la imprevisión de los eventos y la indefensión de las víctimas.

En los debates del seminario sobre sexualidad y género se han discutido investigaciones elaboradas en otras instituciones que aportan elementos decisivos para la acción en este campo. Con relación a los vínculos entre las desigualdades socioeconómicas, la vulnerabilidad social y la sexualidad, las investigaciones discutidas dan cuenta de una sustantiva expansión de las industrias del comercio sexual voluntario e involuntario en el que participan mujeres, hombres, jóvenes y niños, así como de la producción y comercio de videos pornográficos. Desde el punto de vista de la oferta, el comercio sexual permanente u ocasional se ha transformado en una alternativa laboral conveniente para niños y niñas, y para mujeres y hombres jóvenes con baja escolaridad y la necesidad de obtener ingresos inmediatos, particularmente entre poblaciones que migran temporalmente, transmigrantes, o desplazadas o marginadas. La movilidad espacial y las limitaciones del

mercado de trabajo juvenil parecen transformarse crecientemente en factores de riesgo para el comportamiento sexual de los menores. La expansión del comercio sexual y del abuso y la explotación infantil y juvenil se relaciona en algunos casos con diversas formas de violencia y en la casi totalidad de ellos con intermediarios entre el o la joven o el niño y los clientes. Se advierte también una multiplicación de las formas del comercio sexual y una proliferación de los intermediarios. La gran cantidad de intereses económicos de los intermediarios y empresarios de estos negocios dificulta la investigación y la prevención dirigida a estos niños y jóvenes para quienes tal comercio constituye la mejor alternativa de trabajo que han encontrado. Mucho más difícil aún es la investigación e intervención con los clientes, con los intermediarios, y con las parejas de los y las jóvenes.

En otras investigaciones elaboradas en otras instituciones y discutidas en el seminario se han identificado rasgos particulares de las culturas sexuales en México que dificultan la prevención. Se ha advertido especialmente el silencio u ocultamiento de una amplia gama de relaciones homoeróticas entre varones que tienen también parejas femininas. Este tipo de prácticas no se relaciona con una identidad homosexual ni con el concepto occidental de bisexual, que también remite a una identidad asumida. Se refiere a actos que se mantienen en silencio y corresponden frecuentemente a prácticas sexuales ocasionales que no se vinculan con relaciones de pareja. Se presume que el carácter generalizado y no asumido de estas prácticas se vincula con las formas de transmisión del VIH y con la tendencia a la feminización de la epidemia. Otro rasgo se refiere a la tolerancia social hacia la multiplicidad de parejas sexuales entre los varones, basada en la creencia en impulsos biológicos irrefrenables y en el potencial de las prácticas sexuales para reafirmar la identidad masculina. La aceptación social de este tipo de prácticas puede ser el trasfondo de la creciente morbimortalidad por cáncer cérvico-uterino entre las mujeres de los estados del sur y sureste del país, por tratarse de un tipo de cáncer que se origina en la transmisión sexual del virus del papiloma humano (VPH), que tiene una alta prevalencia entre la población mexicana.

Otra actividad de este eje del programa ha consistido en identificar la inclusión de estos aportes de la investigación social en las intervenciones. A pesar del considerable avance de la investigación social sobre la sexualidad, las intervenciones para la prevención del contagio sexual del VIH escasamente la toman en cuenta. En una revisión reciente de 48 acciones de intervención de distintas dependencias gu-

bernamentales y de la sociedad civil que concursaron para ser seleccionadas como las mejores prácticas preventivas del contagio sexual del VIH-SIDA en México, se observó que la mayor parte se dirige a la población adolescente o joven que asiste a instituciones escolares o en general a toda la población. Entre esas “mejores prácticas” no aparece ninguna acción preventiva dirigida a la extendida población de hombres heterosexuales que ocasionalmente tienen relaciones sexuales con otros hombres, ni tampoco hacia las parejas femeninas de esos varones, y muy pocas hacia los clientes de trabajadoras del sexo comercial. Asimismo hay entre ellas muy pocas acciones preventivas hacia los trabajadores del sexo comercial, hacia los clientes de estos últimos, hacia los intermediarios del comercio sexual, hacia las parejas de trabajadores y trabajadoras del sexo comercial, y ninguna hacia las parejas de varones que tienen multiplicidad de parejas sexuales (Uribe y Magis, 2000).

En cuanto al contenido de las intervenciones, la mayor parte se limita a la emisión de información sobre el VIH-SIDA y sus formas de contagio y prevención. En cuanto a su vínculo con la investigación social, 30% de las acciones no está basado en investigación alguna, 34% se basa en investigación epidemiológica de otros países o en la psicología educativa, y 25% incluye algún tipo de investigación previa a la intervención, consistente en medir conocimientos, evaluar impactos o hacer un diagnóstico rápido. Apenas 11% se basa en las evidencias de la investigación sociocultural sobre sexualidad y género que se ha realizado en México o incluye alguna forma de investigación sociocultural en la intervención, como la investigación participativa, la investigación-acción de corte antropológico o la investigación sociológica cualitativa (Uribe y Magis, 2000).¹⁴

Entre las posibles causas de esta incomunicación entre la investigación socioantropológica y la intervención en sexualidad cabe destacar el carácter incipiente del diálogo entre las ciencias sociales y las

¹⁴ Tanto en México como en otros países de América Latina existe una rica tradición de investigación participativa para la prevención en salud que retoma la metodología de Paulo Freyre, así como cierto desarrollo de la investigación antropológica y sociológica cualitativa en salud, que se realiza desde hace 20 o 30 años. No obstante, en los últimos cinco años han surgido frecuentes intentos de agencias internacionales para “capacitar” a los investigadores y activistas latinoamericanos en investigación cualitativa, reduciéndola a técnicas como los diagnósticos rápidos y los grupos focales adaptados de la mercadotecnia, y desconociendo la riqueza de formación y experiencia en investigación social cualitativa de alto nivel que existe en América Latina (Paiva, 1996; Villaseñor y Alfaro, 1995; Szasz y Lerner, 1996).

biomédicas en la prevención de la salud sexual. El estatuto científico del conocimiento biomédico y epidemiológico es mucho más valorado socialmente que el de las ciencias sociales entre el personal de los servicios de salud e incluso entre los activistas y organismos de base de la sociedad civil. Frente a este panorama, las acciones de intercambio intersectorial y diálogo interdisciplinario iniciadas por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad desde hace algunos años asumen un potencial innovador que podrá traducirse en el futuro en un vínculo más estrecho entre la investigación social y la intervención en sexualidad.

Un ejemplo de investigación-acción originada en la academia: el proyecto piloto sobre violencia doméstica¹⁵

Desde 1995 se formó en el PSRS un grupo de trabajo sobre violencia doméstica y salud reproductiva. Este grupo se propuso iniciar un proceso de investigación que tomara en cuenta los objetivos y actividades de los movimientos sociales que se han ocupado del problema. Las preguntas de investigación, los modelos y los desarrollos conceptuales han estado enmarcados en una perspectiva crítica y han establecido una constante comunicación con los espacios de acción del movimiento feminista.

Este grupo se planteó como objetivos legitimar el tema en los espacios académicos, con una estrecha interacción con las ONG y los servicios públicos de salud, y combinar la investigación con la intervención. Su finalidad ha consistido en lograr el reconocimiento de la violencia doméstica como un problema de salud pública, de desigualdad de género y de inequidad social en México.

Se propuso que la violencia doméstica no solamente fuera entendida como un ejercicio de poder y control cotidiano que se ejerce en el ámbito intrafamiliar, sino que también se abarcara la fuerza de reproducción social del fenómeno en las instancias de atención a la salud, ya que ésta reproducción social se vale de la negación e invisibilización de los fenómenos en los servicios de salud. Conjuntamente se propuso explorar las posibilidades de proponer alternativas de atención viables en esos espacios para facilitar el proceso de desarticulación de la violencia. Tales formas se fueron construyendo en la experiencia

¹⁵ Grupo de trabajo coordinado por Irma Saucedo.

de las organizaciones feministas, pero se requirió su sistematización y validación en el ámbito académico para lograr su reconocimiento en los espacios médicos de atención a la salud. El proyecto consistió en desencadenar un proceso de desestructuración de la violencia doméstica que afectara simultáneamente el nivel institucional y el de la atención individual.

Para llevar a cabo esta propuesta fue preciso crear un espacio de intercambio de experiencias entre los centros de atención del movimiento de mujeres, los profesionales que atendían a las víctimas de la violencia familiar en instituciones de salud y de procuración de justicia, y los investigadores interesados en el tema. Ese espacio se materializó en el Grupo de Trabajo sobre Violencia Doméstica y Salud Reproductiva, iniciado en el PSRS en 1995.

En los debates del Grupo de Trabajo se deconstruyeron los estereotipos de las miradas disciplinarias sobre el tema, se reinterpretaron los hechos violentos que suelen presentarse en el ámbito familiar y se analizaron las dinámicas institucionales en los espacios de salud, para detectar los mecanismos de reproducción social de la violencia de género. El grupo sirvió como una arena discursiva para las experiencias del movimiento feminista y como lugar de validación de las ciencias sociales en un ámbito de atención a la salud. Paradójicamente, también se constituyó en un espacio que permitió a los profesionales que desempeñaban funciones operativas de atención a la salud que su voz fuera tomada en cuenta por los investigadores sociales de la academia.

De esta manera el Grupo de Trabajo se convirtió en el primer espacio de intervención en violencia doméstica en el entorno institucional de la salud. Su meta fue enriquecer las percepciones y sensibilizar a quienes nombran y clasifican los efectos que tienen los hechos violentos sobre la salud y las decisiones sexuales y reproductivas en los niveles teórico y práctico. El supuesto fue que el ensanchamiento de las percepciones, aunado a propuestas prácticas de manejo de casos, se traduciría en mejoras en la calidad y oportunidad de la atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

El grupo elaboró una propuesta colectiva de investigación e intervención que se conformó a partir de iniciativas de profundidad y calidad heterogéneas, pero que tuvieron la oportunidad de enriquecerse con la discusión y los debates grupales y de ser retroalimentadas en sucesivas presentaciones de propuestas, avances y resultados. El primer paso fue la identificación de los ámbitos de investigación que

se requerían para atender el problema de la violencia intrafamiliar desde la perspectiva de las ciencias sociales. De todos ellos se decidió priorizar el de las instituciones de salud.

De esta manera, a partir de la experiencia del grupo de trabajo la coordinadora del área elaboró un proyecto de investigación e intervención para ser operado conjuntamente por el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer y el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, en coordinación con la Secretaría de Salud y numerosas instituciones. En una primera etapa la investigación grupal exploró las percepciones de los diferentes profesionales de la salud, las dinámicas institucionales que influyen en las características de la atención y las normas institucionales, con la finalidad de identificar los elementos que contribuyen a reforzar socialmente el fenómeno de la violencia de género en la familia y que dificultan su desestructuración. También se llevó a cabo una investigación antropológica sobre la violencia doméstica en una zona indígena de México. En la segunda etapa se realizó una intervención en instituciones de salud ubicadas en cuatro lugares del país: la capital de la República, dos ciudades de estados fronterizos del norte del país, y una pequeña ciudad enclavada en la zona rural e indígena, donde se realizó la investigación antropológica.¹⁶ El modelo de intervención requirió la construcción de amplios equipos profesionales multisectoriales e interinstitucionales, así como su especialización en las dimensiones sociales de la violencia doméstica, de tal manera que pudieran abordar la atención preventiva del fenómeno. A la vez requirió la elaboración de diagnósticos institucionales de las unidades de salud donde se estableció el modelo de atención.

Para llevar a cabo la intervención se conformaron redes de profesionales interesados en el tema. Las redes interinstitucionales y multisectoriales que se organizaron en estos cuatro lugares del país contaron con la participación de profesionales de unas 35 instituciones en promedio, tanto de atención a la salud y de procuración de justicia como de organismos no gubernamentales y de la academia. Estos equipos se reunieron periódicamente con la intención de coordinar las actividades preventivas y de atención. Para su especialización se

¹⁶ Este proyecto de intervención fue apoyado con recursos de El Colegio de México, de la Fundación Ford y del Banco Interamericano de Desarrollo y fue coordinado desde el PSRS y el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México.

impartió un diplomado sobre violencia intrafamiliar de 200 horas de duración en las tres ciudades tras establecer convenios con universidades. Una de las facultades participantes está reuniendo recursos para abrir la primera clínica de atención a la violencia doméstica del país. Otros planes de formación y especialización, que incluyen la zona indígena, consistieron en seminarios teórico-metodológicos de sesenta horas de duración. Fue con estos seminarios que se conformaron los grupos multidisciplinarios dentro de las unidades de atención a la salud; asimismo dichos seminarios obtuvieron reconocimiento curricular por parte de las secretarías de salud estatales. Conjuntamente se conformaron grupos de reflexión para mujeres que sufren violencia doméstica y para varones agresores, así como diversos talleres de sensibilización para profesionales de la salud.

El modelo de intervención consiste en la institucionalización de programas de detección, registro y atención en las instituciones de salud, la creación de sistemas de referencia para la atención integral, la construcción de redes interinstitucionales para este efecto, y el desarrollo de los grupos de reflexión para hombres y para mujeres en instancias de salud y comunitarias. El modelo ha requerido flexibilidad para detectar las diversas manifestaciones y percepciones del fenómeno en distintos contextos del país, así como para probar y adaptar formas diferenciales de respuesta y mecanismos que puedan servir para desarticular su reproducción social. El modelo de intervención probado en estos cuatro lugares fue reconocido por la Secretaría de Salud como el formato a seguir para la atención de la violencia doméstica en todos los programas de salud reproductiva de México. Con base en la experiencia lograda por la intervención de este equipo multidisciplinario que se organizó desde la academia se elaboró un *Manual de atención a la violencia doméstica* que servirá como guía normativa para los programas de salud reproductiva en todos los estados del país. Conjuntamente se ha propuesto la construcción de un sistema de registro universal para unidades de atención a la salud que contará con instrumentos para el registro y captura de información sobre la relación entre la violencia doméstica y la salud sexual y reproductiva de las mujeres atendidas en las instituciones de salud.

Esta experiencia de intervención que se basó en la investigación y fue impulsada y coordinada desde la academia constituye un ejemplo crucial de la potencialidad de intercambio entre la investigación social y la intervención que se abre a partir del surgimiento del enfoque de salud reproductiva.

Consideraciones finales

Las experiencias descritas en los párrafos precedentes representan un modelo de enriquecimiento mutuo de relaciones entre la investigación social, los programas gubernamentales y las acciones de la sociedad civil organizada y los movimientos sociales. Destacan el papel clave de la investigación académica en ciencias sociales y los beneficios que ofrece a la academia la oportunidad de nutrirse con los aportes de otros actores. Al mismo tiempo plantea una serie de interrogantes tanto en términos del propio quehacer de investigación como de las intervenciones en el campo de la salud reproductiva.

El principal antecedente de las intervenciones públicas y privadas en salud reproductiva y sexualidad fueron las acciones sobre planificación familiar que se iniciaron en América Latina y en muchos países en desarrollo entre finales de los años sesenta y principios de los setenta.¹⁷

Si bien el origen de estas intervenciones es múltiple, se centró principalmente en la creencia de que el crecimiento acelerado de la población en los países pobres sería el principal obstáculo para su desarrollo, y por tanto una estrategia central para la planeación del desarrollo consistía en que los gobiernos y las agencias privadas intervinieran para controlar ese crecimiento demográfico. La intervención consistió en suministrar anticoncepción moderna a las mujeres casadas por medio de los servicios públicos de salud o de servicios privados de bajo costo, y en modificar las preferencias sobre el "consumo" y producción de hijos en las familias. Estas creencias sobre el impacto negativo del crecimiento demográfico en el desarrollo fueron sustentadas por los gobiernos de los países desarrollados desde los años setenta, y se basaron en teorías e investigaciones demográficas y económicas formuladas precisamente en esos países. Las tesis sobre el control demográfico como condición para el desarrollo fueron refutadas por la academia de los países latinoamericanos en cuanto a su aplicación universal (Patarra y Ferreira, 1986; Fucaraccio, 1994; Faria, 1973, 1988; Saint-Martin, 1983; Balán, 1973, 1979, 1984).

El tipo de investigación social que se elaboró en América Latina en los años setenta evidenció la existencia de vínculos más complejos

¹⁷Otras intervenciones correspondieron a las iniciativas de la OMS sobre maternidad sin riesgos y sobrevivencia infantil, que no se desarrollaron en este trabajo porque no tuvieron un efecto directo en los cambios del comportamiento reproductivo ni de la sexualidad.

entre la dinámica demográfica y el desarrollo. Se ligaba críticamente con las inquietudes de los movimientos sociales y de un buen grupo de académicos que vinculaban el desarrollo económico con una mayor justicia social, y exploraba los complejos vínculos entre el comportamiento reproductivo y la estructura de clases sociales y sus modificaciones; asimismo ponía un especial énfasis en los cambios en la organización familiar y las preferencias reproductivas derivados del proceso creciente de asalariamiento de la fuerza de trabajo, y analizaba tanto las estrategias familiares de sobrevivencia y reproducción en un contexto demográfico y económico cambiante, como la diversidad de intereses y relaciones de poder intra y extrafamiliar vinculados con las diferencias de género, generacionales y de acceso a puestos de trabajo y recursos. Fue escaso el impacto de estas investigaciones en las intervenciones gubernamentales, en parte por el antagonismo propio de esos años entre los movimientos sociales y los sectores gubernamentales (Lerner y Quesnel, 1994; García y De Oliveira, 1994; Balán, 1973, 1979, 1984; Faria, 1988; Alves de Souza, 1994).

La mayor parte de las investigaciones sobre el comportamiento reproductivo se desarrollaron en México para orientar las intervenciones gubernamentales y correspondieron a vastos programas de generación de datos sobre la fecundidad y la anticoncepción. Desde fines de los ochenta, estas encuestas incluyeron además preguntas sobre salud materno infantil. Se trató de encuestas mundiales diseñadas en las naciones que aportaban recursos para la anticoncepción, cuyo lenguaje se adaptaba a cada país. El análisis de estos datos no se concentró en el medio académico, sino que correspondió principalmente a un ciclo de investigación e intervención ejecutado y evaluado por los organismos gubernamentales. Otros instrumentos para la evaluación de estas intervenciones fueron las investigaciones operativas.

A fines de los años ochenta se impulsó una corriente de investigación promovida por los movimientos sociales y en particular por el movimiento de mujeres sobre los efectos de las intervenciones en población en los derechos humanos de las mujeres. En particular solicitaban que se examinaran si existía verticalidad en la aplicación de los programas gubernamentales de anticoncepción. Algunas de las investigaciones surgidas de estas inquietudes sociales aportaron evidencias sobre irregularidades en el consentimiento informado, en especial respecto de los dispositivos intrauterinos y las cirugías anticonceptivas femeninas, así como en la escasa o nula disponibilidad de otros anticonceptivos en los servicios públicos de salud. A su vez advertían que esta escasa oferta de anti-

concepción gratuita vinculada con las preferencias de las y los usuarios resultaba en un exagerado número de esterilizaciones y de abortos que se habrían podido evitar con una mejor oferta de anticonceptivos (Figueroa, 1994, 1999; Berquó, 1999; Oliveira, 1999). En México, a pesar de los programas gratuitos de planificación familiar y su amplia cobertura, más de 85% de los anticonceptivos hormonales y de barrera se adquieren en farmacias privadas (Secretaría de Gobernación, 1995). Este estilo de intervención resultó en una paradójica combinación entre las fallas en el consentimiento sobre métodos quirúrgicos o clínicos y en el desabastecimiento y la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos de bajo costo que pudieran controlar directamente los y las usuarios.

La expansión de la epidemia del VIH y la persistencia del inicio temprano de la procreación fueron las preocupaciones que dieron origen a la inclusión de preguntas sobre prácticas sexuales en las encuestas gubernamentales sobre fecundidad y anticoncepción, así como en algunas encuestas epidemiológicas del sector salud en los años noventa. Nuevamente se aprecia un escaso vínculo entre esas encuestas gubernamentales, la investigación académica y los movimientos sociales. Las intervenciones para la prevención del VIH-SIDA basadas en estos estudios tuvieron un impacto reducido que en parte fue consecuencia de que no se contó con la misma voluntad política ni con los recursos que se aportaron para controlar la fecundidad. Tal vez el motivo central de este escaso impacto se relaciona con los cambios en el papel de los gobiernos latinoamericanos desde los años ochenta, que han visto disminuidos sus recursos para la salud y su capacidad para la intervención en la dinámica social.

Vinculado con los movimientos que dieron origen a la Conferencia de El Cairo, ha surgido otro tipo de investigación académica, que se ejemplificó en este trabajo mediante las acciones del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. Este programa rescató por una parte la rica y diversa tradición crítica y la experiencia de investigación sociodemográfica sobre el comportamiento reproductivo desarrollada en América Latina desde los años setenta, y por otra promovió las investigaciones ligadas con las demandas de los movimientos sociales surgidos en los años ochenta, ampliando el espectro de las investigaciones hacia la salud reproductiva, la sexualidad, las identidades, las relaciones de género y los derechos humanos en contextos de desigualdad social.

Este tipo de investigaciones estableció una nueva forma de interacción con las instituciones gubernamentales y con la sociedad civil. Ha

preservado el carácter crítico e independiente de la investigación académica frente al accionar político del gobierno y de la sociedad civil, pero estableciendo redes, planteando debates y proyectando interacciones sistemáticas con los agentes de las políticas gubernamentales y de las acciones sociales. Este tipo de interacción de la academia con los sectores organizados de la sociedad ha propiciado cierto acercamiento a los problemas y demandas de distintos grupos de la población en la definición de las agendas de investigación. Conjuntamente, ha permitido sensibilizar a los agentes gubernamentales sobre las complejidades y especificidades de las sociedades y las culturas que existen en México, más allá de los objetivos de las políticas públicas diseñadas internacionalmente. Asimismo tal interacción facilita el monitoreo y el seguimiento de las intervenciones con la independencia y rigurosidad que caracteriza a la academia, lo que abre oportunidades para el rediseño de las intervenciones de acuerdo con los conocimientos científicos sobre realidades particulares y sobre las necesidades y características de distintos grupos de la población. Finalmente, hace posible que no solamente las acciones gubernamentales, sino también las comunitarias y aquellas ligadas con movimientos sociales se basen en conocimientos sólidos sobre las culturas y las necesidades de diversos actores sociales, y favorece que los académicos se nutran de las agendas de estos movimientos sociales en la definición de problemas de investigación.

En este escenario de profunda modificación de los actores sociales que participan en la investigación y la intervención y de sus relaciones mutuas, pero al mismo tiempo de profundización de las desigualdades sociales y las disparidades entre países, la investigación social y la acción en salud reproductiva y sexualidad debe plantearse diversas interrogantes:

—¿Cuál será el estatuto social de la investigación académica ligada a las demandas de los movimientos sociales en el actual escenario de reforma de los servicios de salud?

—¿Cuáles serán los recursos que sustentarán las investigaciones en ciencias sociales y las acciones de la sociedad civil en salud reproductiva en un contexto de creciente empobrecimiento de la población que sufre los mayores problemas de salud?

—¿Cómo intervendrán las relaciones sociales de poder (nacionales e internacionales, macro y micro) en la definición de agendas de investigación y de intervención mediante la asignación de recursos para la generación de datos, la investigación académica y las acciones sociales sobre salud reproductiva?

—¿Dónde y cómo se tomarán las grandes decisiones sobre el contenido de las políticas sociales de los países y sobre los recursos y agentes que las llevarán a cabo?

—¿Cómo influirá el creciente empobrecimiento de amplios sectores de la población en la posibilidad de que sus necesidades y problemas —y sus especificidades culturales— sean reconocidas por las agendas de investigación e intervención?

—¿En qué medida y por medio de cuáles mecanismos contribuirán los sectores financiero y empresarial —nacional y transnacional— a sustentar la investigación social y las intervenciones en salud reproductiva si éstas no contribuyen directamente al crecimiento económico?

—¿Cómo mantendrá el sector académico su independencia crítica frente a los sectores gubernamental y privado —nacional e internacional— en la definición de los problemas de investigación y la generación de conocimientos sólidos que orienten las intervenciones?

—Reconociendo la existencia de lógicas diferentes que orientan la investigación y la acción, ¿cuáles pueden ser los procedimientos y mecanismos que deben desarrollarse para que los resultados de la investigación académica sean debatidos, socializados y considerados en la definición y ejecución de los programas, acciones e intervenciones en el campo de la salud reproductiva?

En nuestra opinión éstos son algunos de los interrogantes que enfrentan la investigación social y las acciones en salud reproductiva al empezar el siglo XXI. Los caminos emprendidos por el programa académico sobre salud reproductiva desarrollado en El Colegio de México sugieren algunas alternativas para generar un mayor intercambio entre la investigación y la acción en este campo.

Bibliografía

- Alves de Souza, G. (1994), "Difusao de practicas resritivas da procriacao: momentos, mecanismos e determinacoes", en *IV Conferencia Latinoamericana de Población: La transición demográfica en América Latina*, México, ABEP/Celade/IUSSP/Prolap/Somede, pp. 306-319.
- Araica A. H. (1997), "De la estadística demográfica a la demografía política. Otra transición", en C. Welti (coord.), *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, México, Programa Latinoamericano de Actividades en Población (Prolap)/Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IISUNAM), pp. 25-64.

- Balán, J. (1999), "Concluding Remarks: Differentials in Policy-Making and Implementation" en A. I. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, Lieja, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 201-207.
- (1984), "Contribución latinoamericana al estudio de la relación entre población y desarrollo: balance y perspectivas", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, vol. 1, México, UNAM/El Colegio de México/PISPAL, pp. 45-61.
- (1979), "Migraciones, mano de obra y formación de un proletariado rural en Tucumán, Argentina, 1870-1942", *Demografía y Economía*, vol. 10, núm. 2 (29), pp. 201-234.
- (1973), "Migraciones en el desarrollo capitalista brasileño: ensayo de interpretación histórico-comparativa", *Migración y Desarrollo*, núm. 3, pp. 65-104.
- Barzelato, J. (1998), "Desde el control de natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional", en E. Dóric Bilac y M. I. Baltar da Rocha (coords.), *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*, São Paulo, Prolap/ABEP/BEPO/Unicamp/Editora 34, pp. 39-50.
- (1994), "Preface. Keynote Address", trabajo presentado en la XXI Conference of the National Council for International Health, Virginia, Arlington (inédito).
- Berer, M. (1998), "Sex, Sexuality and Sexual Health", *Reproductive Health Matters*, vol. 6, núm. 12, pp. 7-10.
- Berquó, E. (1999), "The ICPD Programme of Action and Reproductive Health Policy Development in Brazil", en A. I. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, Lieja, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 24-41.
- Brachet Márquez, V. (1995), "La investigación en salud reproductiva en México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 1, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- (1985), "Le planning familial au Mexique. Processus de formation d'une politique publique", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 3, núm. 1, pp. 9-34.
- Bronfman M., A. Langer y J. Trostle (2000), *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México, Instituto Nacional de Salud Pública/Manual Moderno.
- Caldwell, J. C. (1996), "The International Conference on Population and Development, Cairo 1994. Is its Plan of Action Important, Desirable and Feasible?", *Health Transition Review*, vol. 6, núm. 1, pp. 71-72.
- Calvancati, C. (1997), "A Partnership for Women", *People and the Planet*, vol. 6, núm. 1, pp. 20-22.
- Castro, R. (2000), "Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos", en C. Stern y C.

- Echarri (coords.), *Salud reproductiva y sociedad: resultados de investigación*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, pp. 33-66.
- y M. Bronfman (1998), "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", en J. G. Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, pp. 205-238.
- Cervantes, A. (1999), "Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: Una propuesta analítica", en B. García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 363-430.
- Cleland, J. (1996), "ICPD and the Feminization of Population and Development Issues", *Health Transition Review*, vol. 6, núm. 1, pp. 107-110.
- Corona, E. (1995), "Salud sexual y reproductiva", México, Asociación Mexicana de Estudios Sexuales (AMES) (mimeo.).
- Dumble, L. (1999), "Women's Illiteracy, Not a Neo-Malthusian Time Bomb. A Feminist View of the 1999 Population Summit", informe de UNFPA.
- Elú, Ma. del C. y A. Langer (eds.) (1994), *Maternidad sin riesgo en México*, México, Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos.
- Faria, V. (1988), "Políticas de governo e regulacao da fecundidade: consecuencias nao anticipadas e efeitos perversos", trabajo presentado en la Conference on the Demography and Inequality of Contemporary Latin America, Universidad de Florida, 3 a 6 de febrero (mimeo.).
- (1973), "Organizacao da producao e dinamica populacional", en *Reproducción de la Población y Desarrollo*, núm. 2, São Paulo, Clacso.
- Fathalla, M. F. (1992), "Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead", en J. Khannam, P. F. A Vanhook y P. D. Griffing (eds.), *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future*, Ginebra, WHO (número especial del vigésimo aniversario).
- Faundes, A., E. Hardy y J. A. Pinotti (1989), "Commentary on Women's Reproductive Health: Means or End?", *International Journal of Gynecology and Obstetric*, vol. 3, sup., pp. 115-118.
- Fernández T. y S. Forti (2000), "Prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en una comunidad otomí del estado de Querétaro", en C. Stern y C. J. Echarri (coords.), *Salud reproductiva y sociedad: Resultados de investigación*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.
- Figueroa, J. G. (1999), "Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos", en B. García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 61-102.

- (1998), "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva", *Cuadernos Saúde Pública*, vol. 14, supl.1, pp. 87-96.
- (1994), "Una propuesta multidisciplinaria para el estudio de la esterilización femenina", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm 1 (25), pp. 105-128.
- , B. Aguilar y G. Hita (1994), "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos", *Estudios Sociológicos*, vol. 12, núm. 34, pp. 129-154.
- Finkle, J. L. y C. A. McIntosh (1996), "Cairo Revisited: Some Thoughts on the Implications of the ICPD", *Health Transition Review*, vol. 6, núm. 1, pp. 110-113.
- y C. A. McIntosh (1994), "The New Politics of Population", en J. L. Finkle y C. A. McIntosh (eds.), *The New Politics of Population. Conflict and Consensus in Family Planning, Population and Development Review*, vol. 20, sup. pp. 3-36.
- Ford Foundation (1991), *Reproductive Health: A Strategy for the 1990's*, Nueva York, Ford Foundation.
- Foreit, J. L. y T. Frejka (eds.) (1999), *Investigación operativa en planificación familiar. Lecturas selectas*, Nueva York, The Population Council.
- Fucaraccio, A. (1994), "Temas de población y desarrollo", en *Políticas de Población en Centroamérica, el Caribe y México*, México, INAP/UNAM/Prolap.
- García, B. (coord.) (1999), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía.
- y O. de Oliveira (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- Gautier, A. y A. Quesnel (1993), *Politique de population, médiateurs institutionnels et fécondité au Yucatán (Mexique)*, París, ORSTOM.
- Gogna, Mónica (coord.) (2001), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y São Paulo*, Argentina, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad.
- Hanslwwka, H. E. (1985), "Measuring the Health of Population. Indicators and Interpretations", *Social Science and Medicine*, vol. 21, núm. 12, pp. 1207-1224.
- IUSSP (1999), "Seminar on the Production and Circulation of Population. Knowledge", *Bulletin*, núm. 3, Lieja, IUSSP.
- Jasis, M. (2000), "A palabras de usuaria, ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur", en C. Stern y C. J. Echarri (coords.), *Salud reproductiva y sociedad: Resultados de investigación*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, pp. 97-143.
- Jeffery, R. y P. Jeffery (1997), *Population Gender and Politics: Demographic Change in Rural North India*, Cambridge, Cambridge University Press.

- Kabeer, N. (1998), "Gender, Demographic Transition and the Economics of Family Size: Population Policy for a Human-Centred Development", trabajo presentado en el seminario Population Poverty and Environment, Roma, 26 a 30 de octubre (inédito).
- Koblinsky, M. y N. Nachbar (1999), "The Challenge of Implementing Integrated Reproductive Health Interventions", en A. I. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, Lieja, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 90-109.
- Kuznets, S. (1996), *The Earthscan Reader in Population and Development*, Londres, Earthscan.
- Langer A., M. Bronfman y J. Trostle (2000), "Lecciones aprendidas sobre la vinculación entre investigación y toma de decisión en el campo de la salud", en M. Bronfman, A. Langer y J. Trostle (comps.), *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México, Instituto Nacional de Salud Pública/Manual Moderno, pp. 157-170.
- Lasonde, L. (1997), *Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Fondo de Cultura Económica.
- (1996), *Coping with Population Challenges*, Londres, Earthscan.
- Lerner, S. y A. Quesnel (2002), "Contextos, instituciones y actores sociales: hacia un enfoque múltiple de las relaciones entre condiciones de vida y comportamientos reproductivos", en C. Rabel y M. E. Zavala (comps.), *La fecundidad en condiciones de pobreza: una visión internacional*, Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 25-46.
- y A. Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación de la regulación de la fecundidad en México", en F. Alba y G. Cabrera (eds.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 85-118.
- y A. Quesnel (1992), "La dimensión institucional en la regulación de la fecundidad en México", en *Proceedings: The Peopling of the Americas*, México, IUSSP/ABEP/FCD/PAA/Prolap/Somede, pp. 97-117.
- y A. Quesnel (1989), "Transformation de l'espace familial, social et économique au Yucatán: l'émergence des conditions d'une nouvelle pratique de la reproduction", en *Actes du Congrès International de la Population*, vol. 1, Nueva Delhi, IUSSP, pp. 157-212.
- y A. Quesnel (1985), "La estructura familiar como expresión de condiciones de reproducción social y demográfica. El caso de la zona henequenera de Yucatán", *Población y Desarrollo*, núm. 5, pp. 157-212.
- , A. Quesnel y O. Samuel (1999), "Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain", *Sciences Sociales et Santé*, vol. 17, núm. 1, pp. 67-103.
- , A. Quesnel y M. Yáñez (1994), "La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm. 3 (27), pp. 543-578.

- Lutz, W. (1996), *The Future Population of the World*, Londres, Earthscan.
- Lynn, L. E. Jr. (1978), "The Question of Relevance", en L. E. Jr. Lynn (comp.), *Knowledge and Policy: The Uncertain Connection*, Washington, National Academy of Sciences, pp. 12-21.
- Maine, D. y L. P. Freedman (1993), "Women's Mortality: A Legacy of Neglect", en M. Koblinsky, J. Timyan y G. Jill (eds.), *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Westview Press, pp. 147-170.
- Martine, G. (1996), "Brazil's Fertility Decline 1965-95", *Population and Development Review*, vol. 22, núm. 1, pp. 47-72.
- y M. Villarreal (1998), "Gender and Sustainability: Reassessing Linkages and Issues", trabajo presentado en el seminario Population Poverty and Environment, Roma, 26 a 30 de octubre (inédito).
- Martínez, C. (2000), "Planificación familiar: un programa con larga historia", en M. Bronfman, A. Langer y J. Trosle (comps.), *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México, Instituto Nacional de Salud Pública/Manual Moderno, pp. 51-89.
- McIntosh, C. A. y J. L. Finkle (1995), "The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm?", *Population and Development Review*, vol. 21, núm. 2, pp. 223-260.
- Miró, C. y J. E. Potter (1980), *Population Policy. Research Priorities in the Developing World*, Londres, Frances Pinter.
- Mundigo, A. I. (1999), "Reproductive Health: The Challenges of a New Field", en A. I. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, Lieja, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 5-23.
- (1992), "Reproductive Health and Sexual Behaviour: An Unusual Survey of Research Demand and Knowledge Needs in Developing Countries", trabajo presentado en la conferencia The Peopling of the Americas, Veracruz (inédito).
- Murphy, E. y T. Merrick (1997), "¿Abandonó El Cairo a la población de las políticas poblacionales?", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 12, núms. 1 y 2 (34-35), pp. 349-366.
- Myers, N. (1997), "A Smashing Success", *People and the Planet*, vol. 6, núm. 1, *Reproductive Health: An Achievable Revolution*, p. 27.
- Ness, G. y M. Golay (1996), *Population and Strategies for National Development*, Londres, Earthscan.
- Oliveira, Ma. C. (1999), "Políticas populacionais e saúde: reflexoes a partir da experiencia brasileira em saúde reprodutiva", trabajo presentado en el Foro sobre Población y Sociedad en el México del Siglo XXI, Ciudad de México, El Colegio de México/Academia Mexicana de Ciencias, octubre.
- Oliveira, O. de (1998), "Reflexiones sobre la sociología del desarrollo", trabajo presentado en la 21st. International Congress Social Justice. Past Experience and Future Prospects, Montreal, Latin American Studies Association.

- , M. Eternod y M. de P. López (1999), "Familia y género en el análisis sociodemográfico", en B. García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía.
- Paiva, V. (1996), "The Sexual Subject: Societal Vulnerability, Gender and Empowerment", trabajo presentado en la International Conference on Re-conceiving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, 14 a 17 de abril.
- Patarra, N. y C. E. Ferreira (1986), "Repensando a transicao demográfica: formulacoes críticas e perspectivas de analise", *Textos NEPO*, núm. 10, Campinas, Brasil.
- Patton, M. Q. *et al.* (1977), "In Search of Impact: An Analysis of the Utilization of the Federal Health Evaluation Research", en Ch. Weiss (ed.), *Using Social Research in Public Policy Making*, Lexington, DC Heath, pp. 141-163.
- Petchesky, R. (1995), "From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines", *Reproductive Health Matters*, vol. 6, pp. 152-161.
- Potter, J., O. Mojarro y D. Hernández (1986), "Influencias de los servicios de salud en la anticoncepción rural de México", *Memorias de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, vol. 1, México, UNAM/Somede, pp. 261-281.
- Quesnel, A. y S. Lerner (1989), "El espacio familiar en la reproducción social: grupos domésticos residenciales y grupos de interacción", en O. de Oliveira, M. Pepin Lehalleur y V. Salles (comps.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, UNAM/El Colegio de México/Porrúa, pp. 39-79.
- Quilodrán Salgado, Julieta (2001), *Un siglo de matrimonio en México*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- Richter J. (1998), "Sexuality Today: Research and Practice", *Reproductive Health Matters*, vol. 6, núm. 12, pp. 13-16.
- Saint Martín, M. (1983), "Habitus de classé e estrategias de reproducao", *Población y Desarrollo*, vol. 4, Clacso, São Paulo, pp. 377-396.
- Salles, V. y R. Tuirán (1995), "Dentro del laberinto. Primeros pasos para la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud Reproductiva y Reproducción*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Sai, F. T. y J. Nassim (1989), "The Need for a Reproductive Health Approach", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 3, pp. 103-113.
- Samuel, O., S. Lerner y A. Quesnel (1994), "Hacia un enfoque demoantropológico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación: reflexiones a partir de un estudio realizado en la zona de influencia del ingenio de Zacatepec", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm. 1 (25), pp. 71-104.

- Satia, J. (1999), "Managing Quality Reproductive Health Programs: Issues and Challenges", en A. I. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, Lieja, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 61-89.
- Secretaría de Gobernación, Poder Ejecutivo Federal (1995), *Programa Nacional de Población, 1995-2000*, México, Consejo Nacional de Población.
- Seidman, M. y M. C. Horn (1991), "Operations Research . Helping Family Planning Programs Work Better", *Progress in Clinical and Biological Research*, vol. 371, Nueva York, Wiley-Liss.
- Sen, G., A. Germain y L. Chen (1994), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, Harvard University Press.
- Stern, C. (1997), "El embarazo en adolescentes como problema público: una visión crítica", *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 137-143.
- (1997a), "Embarazo en la adolescencia: el problema y las políticas para afrontarlo", en Colectivo Mexicano de Apoyo a la Niñez, *Los hechos se burlan de los derechos. IV Informe sobre los derechos y la situación de la infancia en México, 1994-1997*, México, Comexani, pp. 79-89.
- (1995), "Embarazo adolescente. Significado e implementaciones para distintos grupos sociales", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 8, pp.11-12.
- y G. Medina (1999), "Adolescencia y salud en México", en María Coleta Oliveira (coord.), *Cultura, adolescencia, saúde*, Campinas, Consorcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/El Colegio de México/NEPO-Unicamp), pp. 98-160.
- y D. Reartes (2001), "Estudio de caso. Programas de salud reproductiva para adolescentes en México D.F.", en Mónica Gogna (coord.), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y São Paulo*, Argentina, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reprodutiva y Sexualidad, pp. 117-194.
- *et al.* (2002), "Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México", *Salud Pública de México*, vol. 44, supl. 2.
- Szasz, I. (1999), "La perspectiva de género en el estudio de la migración femenina en México", en B. García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México/Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 167- 210.
- y S. Lerner (2001), "El enfoque de salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo. Aportes de la investigación sociodemográfica", en B. García (comp.), *Población y sociedad en el México del siglo XXI*, México, El Colegio de México.
- y S. Lerner (1996), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México.
- Thomas, J. W. y M. S. Grindle (1994), "Political Leadership and Policy Characteristics in Population Policy Reform", en J. L. Finkle y C. A. McIntosh

- (eds.), *The New Politics of Population. Conflict and Consensus in Family Planning*, supl. del *Population and Development Review*, vol. 20, pp. 51-72.
- Trostle J., M. Bronfman y A. Langer (2000), "Cómo la investigación penetra e influye en las políticas: elementos conceptuales", en M. Bronfman, A. Langer y J. Trostle (comps.), *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, México, Instituto Nacional de Salud Pública/Manual Moderno, pp. 1-12.
- y M. Bronfman (1999), "El papel de la investigación en políticas de salud: una revisión estratégica de la literatura", en M. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas de América Latina*, México, Edamex, pp. 309-322.
- United Nations (1994a), *Program of Action of the United Nations International Conference on Population and Development*, Nueva York, United Nations.
- (1994b), *Report of the International Conference on Population and Development*, El Cairo, 5 a 13 de septiembre, Nueva York (A/CONF. 171/13).
- Uribe, P. y C. Magis (eds.) (2000), *La respuesta mexicana al sida: mejores prácticas*, Conasida/ONUSIDA/Secretaría de Salud (Ángulos del Sida).
- Villaseñor, M. y N. Alfaro (1995), "Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en la adolescencia", trabajo presentado en el Taller sobre Sexualidad y Reproducción, México, Instituto Nacional de Perinatología, 29 a 31 de marzo.
- Walt, G. (1994), *Health Policy: An Introduction to Process and Power*, Londres, Zed Books.
- (1994a), "How Far Does Research Influence Policy?", *European Journal of Public Health*, vol. 4, pp. 233-235.
- Welti, C. (1998), "De la reproducción social a la salud reproductiva", en E. Dória Bilac y M. I. Baltar da Rocha (coords.), *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*, São Paulo, Prolap/ABEP/BEPO/Unicamp/Editora 34, pp. 51-66.
- WHO (1976), *Constitution of the World Health Organization*, Ginebra, World Health Organization (Basic Documents).
- Zurayk, H. (1999), "Reproductive Health and Population Policy: A Review and a Look Ahead", en A. I. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, Lieja, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 42-60.