

Dentro del laberinto: salud reproductiva y sociedad¹

Vania Salles
Rodolfo Tuirán

Decir algo sobre alguna cosa es
decir otra cosa...

ARISTÓTELES

El presente trabajo tiene como propósito esbozar un conjunto de ejes analíticos, acotados a estructuras y procesos sociales relevantes, para explorar la manera en que ciertos contextos sociales influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos, así como en las acciones institucionales y en las prácticas de grupos y personas. Este esfuerzo está dirigido a conformar una propuesta teórico-analítica de utilidad para los programas de investigación en marcha sobre salud reproductiva, tratando de evidenciar la indispensabilidad del enfoque de las ciencias sociales. Sostenemos que este tipo de aproximaciones está en posibilidades de realizar valiosas contribuciones en el campo emergente de la salud reproductiva, como son las de adquirir una comprensión más integrada y cabal de los procesos de salud-enfermedad, de sus determinantes y consecuencias; organizar y ubicar en un contexto más aborador los resultados de la investigación social, biomédica y de salud pública; ayudar a definir prioridades en materia de políticas públicas y orientar la agenda futura de la investigación en esta materia.

Presentación

El presente texto ubica el enfoque de la salud reproductiva en el concierto de las propuestas que lo antecedieron. Su objetivo principal consiste en esbozar algunos elementos orientados a conformar una propuesta teórico-analítica de utilidad para los programas de investigación en marcha, en particular para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

En este trabajo partimos de la identificación de ejes temáticos² acotados a estructuras y procesos relevantes para ejemplificar la indis-

¹ Este artículo forma parte de los esfuerzos de elaboración tendientes a conformar una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. Ésta constituye una versión modificada y resumida de un trabajo previo redactado en 1994 (véase Salles y Tuirán, 1995). Al momento de realizar el mencionado trabajo, Vania Salles era investigadora asociada y Rodolfo Tuirán miembro del Comité Asesor del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

² Este procedimiento ya ha sido utilizado previamente por algunos autores. Brachet (1992), por ejemplo, propone identificar y definir –a partir de las ciencias sociales– contextos influyentes en la salud en general y en la salud reproductiva en particular. El llamado a investigar la salud reproductiva desde la perspectiva de las ciencias sociales constituye una invitación a esclarecer las relaciones entre los diversos dominios que influyen en ella.

pensabilidad del enfoque de las ciencias sociales en el estudio de la salud reproductiva. Con ello procuramos explorar la manera en que ciertos contextos sociales, conceptualmente contruidos en el marco de los mencionados ejes, influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos, así como en las acciones institucionales y en las prácticas de grupos y personas. La elección de los ejes temáticos se sustenta en los siguientes criterios: estar referidos a aquellas estructuras y procesos que permitan integrar simultáneamente dimensiones macro-micro sociales cuya importancia sea evidente en la organización tanto de las opciones materiales como de las orientaciones valorativas, intereses y preferencias de los actores sociales.

De los enfoques estrechos hacia los amplios

Los grandes cambios sociodemográficos sucedidos en el periodo reciente han puesto de manifiesto el carácter "estrecho" de un conjunto importante de interpretaciones y acciones en el campo de la población, la reproducción y la salud. En la bibliografía especializada aparece en forma un tanto reiterada la idea de que un enfoque "estrecho" lleva necesariamente a no apreciar de manera adecuada la influencia que tienen los procesos sociales, económicos, institucionales y culturales sobre los fenómenos de carácter demográfico y epidemiológico, lo cual limita la comprensión de ellos y reduce la capacidad de las acciones sociales que están dirigidas a modificar su curso.

Esta misma referencia a la vocación estrecha del conjunto de interpretaciones e iniciativas institucionales, que abarca una amplia gama de elementos ligados a los aspectos de carácter epidemiológico y sociodemográfico, se aplica también a campos específicos como el de la salud reproductiva (Langer, 1993). Sin embargo, la evidente necesidad de superar los enfoques estrechos no debe conducir a menospreciar sus enormes contribuciones. Partiendo de áreas problemáticas ciertamente delimitadas, dichos enfoques han contribuido a impulsar la investigación y el conocimiento en áreas particulares.

La salud reproductiva, que permea un sinnúmero de fenómenos constitutivos de la sociedad, ganó actualidad en la década de los ochenta como símbolo de una perspectiva novedosa y fresca asociada a los movimientos sociales de orientación ideológica variada. Esta propuesta reconoce el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectivamente; tener y criar hijos saludables; compren-

der y disfrutar su propia sexualidad; y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción (Barzelatto, 1988; Germain y Ordway, 1989; Sai y Nassim, 1989; Dixon-Müeller, 1989, 1993; Fathalla, 1991a, 1991b; Fundación Ford, 1992; Langer, 1993; Maine y Freedman 1993).³

Diversos autores han identificado –mediante el examen de algunas acciones y programas en este campo– una serie de etapas que evidencian la evolución del pensamiento y las intervenciones que se agrupan hoy día bajo el paraguas conceptual de la salud reproductiva. Los programas de planificación familiar, de salud materno-infantil y de maternidad sin riesgos aparecen como momentos iniciales del proceso de reflexión/acción, cuyas aportaciones, así como las críticas que les fueron formuladas, contribuyeron a definir los rasgos característicos del enfoque de la salud reproductiva (Langer, 1993).

En los orígenes de los programas de planificación familiar prevaleció el punto de vista de los agentes institucionales encargados de diseñar y llevar a cabo las políticas de población, privilegiando el uso de los métodos anticonceptivos como eje de las acciones encaminadas a regular el crecimiento demográfico (Rubin-Kurtzman, 1994; Zúñiga, 1994; Langer, 1993; Toro, 1989; Field, 1989). Los programas de salud materno-infantil y sobrevivencia en la infancia constituyen una respuesta a la necesidad ética y práctica de poner al alcance de las mujeres los medios para mejorar su salud y aumentar la probabilidad de sobrevivencia de ellas y sus hijos (Langer, 1993; Langer, Romero y Hernández, 1994; Sai y Nassim, 1989).⁴ Este hecho emerge como un objetivo en sí mismo y como condición para incrementar la aceptación de métodos anticonceptivos.

³ Tres principios básicos orientan la definición de la salud reproductiva, a saber: *i*) la libertad de elección, que se refiere al derecho de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número, espaciamiento y calendario de los nacimientos; *ii*) los vínculos con la sexualidad, que reconoce la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura; y *iii*) la atención al contexto cultural y socioeconómico, que es concebido como inseparable de la salud reproductiva, y que alude, entre otros muchos aspectos, a los roles sociales y familiares de hombres y mujeres, así como a su acceso a la información, la educación, los recursos materiales y financieros y los servicios de salud.

⁴ Como señalan Langer, Romero y Hernández (1994: 1), el término salud materno-infantil incluye “todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio (o los esfuerzos por evitarlos por medio de la planificación familiar), y las condiciones de salud del niño pequeño. Cuando se habla de ‘sobrevivencia en la infancia’ la connotación es aún más precisa, ya que generalmente se limita el alcance al menor de cinco años”.

Un giro importante en el desarrollo conceptual asociado con la planificación familiar es el conjunto de interpretaciones e iniciativas dirigidas a lograr una maternidad sin riesgos. Éstas trajeron a la luz pública el costo que significa para la mujer cumplir con la función social de la reproducción. Como se sabe, el embarazo y el parto constituyen dos de los riesgos más grandes para la salud que enfrentan las mujeres durante la edad fértil. La iniciativa de la maternidad sin riesgo reconoce que la morbi-mortalidad materna es una consecuencia de la posición subordinada de la mujer en la sociedad, que se expresa en dimensiones tales como la nutrición deficiente y los bajos niveles de educación y salud (Faúndes *et al.*, 1989). Las acciones vinculadas con la maternidad sin riesgos buscan “reducir la morbi-mortalidad materna mediante la capacitación de proveedores de servicios de salud (incluso parteras tradicionales), atención del embarazo, parto y puerperio (con especial énfasis en los servicios obstétricos de emergencia) y la planificación familiar. En este contexto, la anticoncepción se reconoce como un medio para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad al disminuir el número de embarazos de alto riesgo” (Langer, 1993: 4).⁵ En diversos autores encontramos este enfoque. Atkin (1993), por ejemplo, examina la manera en que la investigación social podría contribuir a la disminución de los riesgos de morbi-mortalidad materna, señalando para ello tres áreas específicas: 1) los roles de género y la condición de la mujer; 2) las circunstancias alrededor de la concepción; y, 3) la atención durante el embarazo, parto y puerperio, especialmente ante complicaciones de salud ligadas a estos momentos.

Ampliaciones de otra naturaleza también pueden ser encontradas en la bibliografía sobre el tema mediante la formulación de lo que se denomina como salud sexual (Corona, 1994). Este enfoque funciona como un espacio analítico para desplazar los problemas de salud hacia el contexto más amplio de la sexualidad y las prácticas sexuales, desvinculando la reproducción de las cuestiones relativas al sexo.⁶ Se reconoce, por ejemplo, que las actitudes de hombres y mu-

⁵ Así, este tipo de iniciativas se dirige a las mujeres que desean tener hijos y/o están embarazadas y sólo toca indirectamente otros problemas reproductivos (Langer, Romero y Hernández, 1994).

⁶ Esta postura es acorde con el giro observado en las percepciones y prácticas que desvinculan el sexo y la sexualidad de la reproducción. Tanto la sexualidad como las relaciones sexuales fungen como ámbitos más amplios que aquellos donde ocurre el sexo con miras a la reproducción.

geres en torno de la sexualidad y las relaciones sexuales influyen de una manera amplia en diversos ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo por supuesto las prácticas y vivencias vinculadas con el sexo y la regulación de la fecundidad mediante la anticoncepción, la selección del método utilizado y la eficiencia en el uso del mismo.

Una visión adicional, que tiene vínculos evidentes con prácticas transformadoras, es la que enfatiza los derechos reproductivos de hombres y mujeres (Lamas, 1994; Figueroa, Aguilar e Hita, 1994). Los derechos reproductivos se asocian con las nociones de la autodeterminación corporal y la sexual, construidas a partir de principios éticos de carácter universal. Autores como Sai y Nassim (1989) y Maine y Freedman (1993) coinciden en señalar que la salud reproductiva está ineludiblemente ligada al tema de los derechos y las libertades reproductivas. Organizados en torno de principios éticos y prácticas tendientes a garantizarlos (Barzelatto, 1989), estos derechos forman parte de horizontes más vastos que integran los derechos civiles y sociales.

En la bibliografía revisada encontramos también textos en los cuales se aboga por una concepción más integral de la salud de la mujer, que vaya más allá de las funciones reproductivas para extenderse a los problemas de salud tanto en las etapas previas como en las posteriores al periodo reproductivo, así como los asociados con contextos sociales y laborales. Este tipo de discusiones no empieza preguntándose si un tipo específico o particular de intervención, acción o programa contribuye a mejorar la situación de salud de la mujer, sino que subraya como punto de partida la naturaleza de los problemas de salud de la mujer a lo largo de su ciclo de vida y de acuerdo al contexto social del cual forma parte.⁷ Sólo entonces indaga acerca del tipo de intervenciones más adecuadas para encarar esos problemas de manera integral (Maine y Freedman, 1993).

Esta breve revisión muestra la necesidad de dar cabida a las dimensiones sociales que intervienen en los procesos de salud-enfermedad, reconociendo al mismo tiempo la relevancia de las dimensiones biológica y médica inherentes a esos procesos. En consecuencia el en-

⁷ De acuerdo con Germain y Dixon-Müeller (1994), los servicios de salud reproductiva deberían enfocarse a la salud sexual, la anticoncepción, el aborto, el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, servicios ginecológicos y de salud materno-infantil. Es decir, los servicios de salud reproductiva deberían integrar servicios para las mujeres de todas las edades, incluyendo a las adolescentes y las mujeres que se encuentran más allá de las edades reproductivas.

foque de las ciencias sociales para la salud reproductiva debe contribuir a organizar y ubicar en un contexto más abarcador los resultados de la investigación social, biomédica y de salud pública, así como ayudar a definir las cuestiones prioritarias en materia de políticas públicas y orientar la agenda futura de la investigación. Deberá atender también, como lo veremos en la próxima sección, a ciertos criterios para evitar las desventajas inherentes a los enfoques excesivamente globales.

Salud reproductiva: acento puesto en la discusión

La salud reproductiva se suele conceptualizar, siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos (y no nada más la ausencia de enfermedad o molestias)” en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad. Ello implica considerar, entre otros, los siguientes aspectos:

- que los individuos tengan la capacidad de reproducirse, así como de administrar su fecundidad;
- que las mujeres tengan embarazos y partos seguros;
- que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno-infantil; y
- que las parejas puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual (véase, entre otros, Sai y Nassim, 1989; Fathalla, 1991a, 1991b; Fundación Ford, 1992; Langer, 1993; Dixon-Müeller, 1993a; Germain y Ordway, 1989; Zúñiga, 1994; Urbina *et al.*, 1991).

Esta definición de salud reproductiva ha jugado y sigue jugando un papel clave en las reflexiones sobre el tema, lo que ha dado como resultado una cierta proliferación de conceptos de ella derivados que reproducen algunas de sus virtudes y vicios. Como entre los objetivos de la reflexión que se hace en el marco del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México se encuentra el de estimular la discusión de este concepto, proponemos a continuación, aunque sea sólo de manera incipiente, algunos comentarios, no todos referí-

dos directamente a la salud reproductiva, que pueden ser de utilidad para detectar algunos problemas teórico-metodológicos asociados con su uso.

La reflexión de Pérez Tamayo (1988) nos recuerda que lo propuesto por la OMS “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” (p. 216). El concepto de salud reproductiva, al derivarse de tal marco, encierra una concepción positiva de la salud, por lo que deviene una meta. Se trata de una definición que está anclada en una perspectiva instrumental, al apuntar a la deseabilidad de logros y metas fijadas apriorísticamente. En ella se tienden a privilegiar los fines sin que los procesos que intervienen sean claramente dilucidados. Sin embargo debe considerarse, como lo apunta Viviane Brachet (1992: 6), que cada meta, para concretarse exitosamente, implica acciones y un conjunto de condiciones socialmente dadas y reproducidas constantemente.

Uno de los problemas más graves de la concepción positiva de la salud es la falta de acuerdo sobre lo que significan algunos de los términos implicados en su definición (por ejemplo, “completo” y “bienestar”), la manera como se miden y las unidades en que se expresan (Pérez Tamayo, 1988).⁸ Al respecto, Hansluwka (1985) identifica cuatro dificultades en la tarea de conceptuar la salud: 1) la vaguedad del concepto; 2) la multidimensionalidad del fenómeno; 3) los juicios de valor implicados en la definición; y, 4) la imposibilidad de establecer una operacionalización adecuada. A su vez Brachet (1992: 4) señala que en la definición de salud reproductiva existe la misma dificultad que en la de la salud sin adjetivos.

Los niveles de salud se manifiestan en varios grados, que van desde la salud positiva, concepto que incluye el desarrollo biosíquico y el bienestar, hasta el extremo irreversible de la muerte, pasando por la enfermedad sin complicaciones y la enfermedad que produce incapacidad temporal o permanente. En este marco resulta relevante señalar, como lo hacen Frenk *et al.* (1991: 454), que “una concepción di-

⁸ Conforme a la definición de la OMS, “la salud y la enfermedad dejan de ser conceptos opuestos y simétricos, de modo que es posible no estar enfermo pero al mismo tiempo tampoco disfrutar de plena salud [...] Si nos apegamos a la definición de salud de la OMS el hombre puede estar dentro de cualquiera de tres estados: enfermo, sano y un tercero (el más frecuente, desde luego) en que ni está enfermo ni goza de plena salud y para el que no existe una denominación aceptada” (Pérez Tamayo, 1988: 215).

námica de la salud y la enfermedad no puede limitarse a visualizar un estado de salud ideal y otro de enfermedad como los dos extremos de un *continuum*, sino que debe incorporar los diversos gradientes dentro de ese *continuum*, es decir, los niveles de riesgo”.⁹ Se ha sugerido que la salud reproductiva está relacionada con la “administración” de los diferentes tipos y niveles de riesgo, por lo que resulta necesario saber cuáles son, de qué manera pueden evaluarse y quién y cómo debería controlarlos (Maine y Freedman, 1993).

Un repaso de lo ya dicho

Existe consenso en torno de la idea de que se requiere un esfuerzo considerable, tanto de los científicos sociales como de los que se dedican a la investigación biomédica y de la salud pública, con el fin de adquirir una comprensión más integrada y cabal de los procesos de salud-enfermedad, así como de sus determinantes y consecuencias. Hay también coincidencias acerca de que en la definición de la salud reproductiva resulta necesario considerar el conjunto de eventos vitales que se inician con la vida sexual, la concepción, el embarazo, el nacimiento, la crianza de la prole y continúan durante las diferentes etapas del curso de vida de los individuos. Uno de los méritos del enfoque de la salud reproductiva es la conjunción de dichos eventos, pero resulta indispensable integrarlos y articularlos mediante el establecimiento de ejes analíticos y conceptuales, lo que supone contrarrestar los matices pragmáticos muchas veces implicados en la formulación de este tipo de conceptos.

Es importante recalcar que los esfuerzos conceptuales recientes contienen una suerte de enfoque más comprensivo que busca trascender algunas visiones “estrechas”. Se reconoce de modo cada vez más extenso que las acciones e interpretaciones en materia de planificación familiar implican, como ya mencionamos, serias limitaciones en términos tanto de su esfera de intervención como de su campo explicativo. El enfoque de la salud reproductiva ha permitido cuestionar el

⁹ De acuerdo con Frenk *et al.*, el concepto de riesgo denota una cierta probabilidad de que un individuo (que tiene características o atributos específicos o que está expuesto a cierto tipo de procesos o condiciones) se enferme o muera. En este sentido, cabe decir que los determinantes de la salud y la enfermedad pueden concebirse como factores de riesgo.

excesivo interés puesto en el pasado a la regulación y control de la fecundidad, otorgando una mayor atención a una de las funciones primordiales de las personas, que es el disfrute y goce de su propia sexualidad, reconociendo explícita o implícitamente que la sexualidad humana no es un fenómeno que se expresa únicamente en la institución familiar o entre personas de diferente sexo. Con ello se rompe con la herencia del viejo discurso controlista que privilegia la administración del potencial reproductivo en demérito de las virtudes eróticas implicadas en la relación sexual.¹⁰

Frente al desarrollo ciertamente vertiginoso de las nuevas tecnologías reproductivas y la proliferación de las ETS, tanto aquellas que se pensaba erradicadas como la aparición de otras nuevas (*vg.* el VIH-sida), resulta insostenible insistir en la supuesta utilidad de los enfoques que excluyen estas realidades de su formulación. Por ello, la ampliación contenida en la definición de salud reproductiva resulta beneficiosa para identificar y examinar las implicaciones de los desarrollos tecnológicos en el campo de la reproducción humana y para encarar los problemas relativos a las ETS, vinculándolos con las cuestiones más amplias de la sexualidad y la salud.

Asimismo, el enfoque de la salud reproductiva propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre las tres dimensiones antes citadas (reproducción, sexualidad y salud) y los derechos del individuo, que hoy día son englobados en el concepto de derechos sexuales y reproductivos. Tal perspectiva, al integrar estos derechos en su formulación, obliga a remarcar los contextos institucional, político y cultural, lo que a su vez permite superar el ámbito restringido de lo biológico (Figuroa, 1992; Cervantes, 1993; Tuirán, 1993; Petchesky, 1994; Fundação Carlos Chagas, 1989). Los derechos sexuales y reproductivos deben comprender, entre otros elementos, el respeto a la libertad sexual y de procreación y la disponibilidad de los medios para hacer efectivo este derecho y no un deber impuesto por el Estado o cualquiera de sus agencias, en una perspectiva de promoción de la salud y educación de la población. Estos derechos conciernen tanto a la prevención de embarazos no deseados, como al tratamiento de la infertilidad y la esterilidad involuntaria. Ello supone el acceso a la información y a los medios necesarios para asegurar la libre opción de los

¹⁰ Al respecto, Toro (1989) señala que la mayoría de los programas de planificación familiar tienden a ignorar la sexualidad de la mujer. Ella sólo es vista como "individuo sujeto al riesgo de devenir embarazada".

individuos y el debilitamiento de las reglas y prácticas de naturaleza autoritaria socialmente instituidas.

El enfoque de la salud reproductiva también pone de manifiesto la importancia de abordar las relaciones de género con una perspectiva de equidad e igualdad, lo cual supone superar, en las interpretaciones y acciones en este campo, los atributos de docilidad y subordinación tomados como inherentes a la condición femenina (Rubin-Kurtzman, 1994). Además, el estudio de la salud reproductiva –desde la perspectiva de las ciencias sociales– presupone destacar los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales que influyen sobre ella (Sai y Nassim, 1989). No debe olvidarse que los individuos no perciben sus necesidades de salud como categorías aisladas, sino como parte de las diversas circunstancias que estructuran, moldean y dan significado a sus vidas (Fundación Ford, 1992; Brachet, 1992; Langer, 1993; Urbina *et al.*, 1991). Por lo tanto, se trata de conceptualizar un nuevo objeto de estudio y un campo de acción que permitan dar cabida a otras dimensiones, además de la biomédica, que intervienen en los procesos de salud-enfermedad. Con frecuencia se considera a la salud y a la enfermedad como cuestiones relacionadas únicamente con la condición física del cuerpo. Sin embargo, las dimensiones social y cultural tienen un efecto profundo sobre la experiencia y aparición de las enfermedades, así como sobre el modo en que se reacciona ante ellas. Conviene recordar, por ejemplo, que el concepto mismo de enfermedad (tomado como mal funcionamiento físico del cuerpo) no es compartido por todas las sociedades y culturas.

Presupuestos analíticos y ejes temáticos

Entendemos que la formulación de un marco analítico es una labor de largo aliento. Por ello, el esfuerzo desplegado tiene como propósitos:

- definir parámetros conceptuales que permitan insertar a la salud reproductiva en un contexto reflexivo mayor, que contemple la sexualidad y la reproducción humanas como expresión de procesos más amplios que ocurren en la sociedad y la cultura;
- explorar de manera tentativa, con el objeto de propiciar una discusión provechosa, la influencia que ejercen ciertas estructuras/procesos sociales relevantes sobre los problemas de interés más inmediato en el campo de la salud reproductiva;

- identificar, siempre que sea posible, rutas mediante las cuales operan algunos procesos macrosociales sobre las prácticas relacionadas con la sexualidad, la reproducción y la salud.

Para construir un marco analítico dirigido a explorar los diversos ángulos de la salud reproductiva es necesario explicar previamente una serie de presupuestos (aquí apenas esbozados) que emergen de todos aquellos esfuerzos de reconceptuación de la reproducción y la sexualidad humanas. Por ello, mencionamos a continuación algunos de estos presupuestos:

- La reproducción humana, amén de ser un hecho biológico, forma parte de procesos más amplios de reproducción social y cultural (Oliveira y Salles, 1986; Tuirán, 1986).
- La sexualidad y la reproducción humanas están inmersas en estructuras y redes de relaciones sociales entre las que se perfilan, por ejemplo, las de poder y subordinación de clase y de género (Oliveira y Salles, 1986). Por tanto, todo esfuerzo de reconceptuación desde la perspectiva de las ciencias sociales debe considerar los arreglos y redes en que se insertan las relaciones sexuales y reproductivas. Dichas relaciones están moldeadas por el contexto más amplio en que ocurren y son influidas por sus transformaciones.
- La distribución de los recursos y el poder (tanto en la sociedad y sus principales instituciones como en las relaciones familiares) no son dimensiones ajenas a las prácticas reproductivas y sexuales de los individuos y de sus grupos de pertenencia.
- Los procesos de reproducción ocurren en contextos sociales y culturales específicos. Como otras prácticas sociales, los comportamientos reproductivos y sexuales pueden ser conceptuados como conductas socialmente estructuradas dotadas de significado (Tuirán, 1986). Estos comportamientos están socialmente estructurados porque se producen entre agentes que ocupan posiciones definidas en la estructura social, pero también están dotados de significado porque presuponen la existencia de sistemas de representación simbólica, por medio de los cuales los actores sociales determinan –no siempre de manera objetiva, instrumental o racional– la viabilidad o inviabilidad de las conductas posibles.

- Las prácticas referidas a la reproducción y la sexualidad son fenómenos contruidos socialmente y por ello mismo reciben una diversidad de significados. A pesar del peso de ciertas normas y reglas culturales hegemónicas que las rigen, ellas pueden ocurrir mediante prácticas culturales alternativas. Por ello, ningún aspecto de la sexualidad y la reproducción humanas es unívoco o universal.
- Ciertas instituciones sociales –como la escuela, el sistema de salud, la Iglesia, la familia, entre otras–, al incidir en diversos campos relevantes (la construcción de las identidades, el control del cuerpo femenino y la división sexual del trabajo, entre otras), contribuyen a moldear los comportamientos reproductivos y sexuales de individuos, familias y grupos sociales (Ginsburg y Rapp, 1991). Sin embargo, los actores sociales no son vistos como meros “soportes” o receptores de reglas, normas, valores, prescripciones y prácticas institucionales que determinan mecánicamente su comportamiento, sino también se reconoce que ellos son “intérpretes” de y reaccionan frente a ellas, ya sea aceptando, modificando o rechazando sus prescripciones y acciones. Esta óptica es indispensable para entender que las instituciones, al mismo tiempo que fungen como instancias *estructuradoras* de comportamientos y actitudes de grupos e individuos, son *estructuradas* por las acciones desplegadas por estos últimos (Giddens, 1984).¹¹

Al ocuparnos de la definición de ejes temáticos, nuestra elección ha recaído sobre aquellas estructuras y procesos de carácter macro-micro social que consideramos relevantes en la estructuración tanto de las opciones materiales como de las orientaciones valorativas, intereses y preferencias de los actores sociales. De esta forma, procuramos explorar la manera en que ciertas estructuras y procesos sociales influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos, así como en las prácticas de salud de grupos y personas. En lugar de arrancar de una teorización abstracta y general –procedimiento ampliamente criticado a la luz de experiencias previas–, partiremos de la identifica-

¹¹ Consideramos que la propuesta de Giddens acerca de la dualidad de la estructura es de suma importancia porque sistematiza la relación entre estructura y acción en una perspectiva diacrónica. Las instituciones aparecen como estructurantes de acciones (comportamientos, actitudes, etc.), pero ellas mismas son estructuradas por acciones pasadas y futuras. Dicho enfoque ya ha sido aprovechado por varios científicos sociales en el campo de la población (Faria, 1988).

ción de cinco ejes temáticos acotados a dimensiones/procesos reconocidamente relevantes:

- desigualdad social, desigualdad de género y pobreza;
- transición demográfica y transición epidemiológica;
- instituciones, agentes, actores y derechos;
- cultura, reproducción, sexualidad y salud;
- sistemas de interacción y redes sociales.

Para los fines de la exposición consideramos que la formulación de estos ejes temáticos encierra una manera de ver la realidad; cada eje temático, expuesto por separado, guarda relación con los demás. La separación, más que reflejar la realidad, representa un recurso heurístico; cada eje puede ser tomado como una dimensión compuesta por otras dimensiones no forzosamente inclusivas o reductibles entre sí, que se presentan bajo la modalidad de intersecciones.

Desigualdad social, género y pobreza

En este apartado privilegiamos el tratamiento de la desigualdad social, la pobreza y las asimetrías de género, intentando mostrar en forma breve algunos de sus vínculos con la salud reproductiva.

Desigualdad social

Investigaciones diversas han mostrado que la probabilidad de enfermar o morir está influida por la posición que los individuos guardan en la estructura social. Las recompensas económicas, que están en función de dicha posición, determinan por lo general el acceso a los bienes y servicios, incluidos los de salud, que son necesarios para garantizar la reproducción cotidiana e intergeneracional de los individuos y sus descendientes.¹² Por ello, el análisis de las prácticas de salud en condiciones de

¹² Si bien el Estado —mediante sus políticas sociales y redistributivas— puede modificar la operación de los mecanismos que rigen, por ejemplo, el acceso a los bienes y servicios relativos a la salud, sabemos que su alcance ha sido limitado y en ocasiones dicha intervención ha tendido a generar nuevas estructuras de acceso estratificado a esos servicios.

desigualdad exige la observación de diferentes tipos de actores, que son tanto los ejecutores de las prácticas como los productores y reproductores de relaciones constituidas asimétricamente.

En términos conceptuales la desigualdad social es un fenómeno multidimensional cuyas ramificaciones son sumamente complejas y diversas. Ésta puede ser visualizada como un fenómeno estructural, socialmente instituido en nuestras sociedades que opera por medio de estructuras de oportunidades, poderes, recompensas y prestigio diferenciales de acuerdo con la posición que los individuos y grupos guardan en la sociedad. Amén de los mecanismos de mercado, la desigualdad se reproduce intergeneracionalmente en el ámbito de la familia mediante la transmisión de la riqueza o de su privación (vista en términos materiales, culturales y simbólicos). En este último sentido, la reproducción de la desigualdad social guarda un vínculo con las condiciones en que ocurre la reproducción humana.

La desigualdad social está presente y permea todos los ámbitos de la vida social, reflejándose en las asimetrías relacionales que encontramos en la génesis y conformación de ámbitos sociales de índole diversa. Al respecto, nos interesa subrayar que la inserción de los individuos en la estructura social enmarca las condiciones y posibilidades de *interacción* y *transacción* con otras personas, grupos, organizaciones e instituciones, definiendo un espacio social y un entretejido de redes, cuyas fronteras están marcadas por el estigma de las distinciones sociales.

El estudio de la desigualdad social y sus repercusiones en la salud ha tendido a destacar la descripción, cuantificación y explicación de las diferencias de daños y riesgos a la salud entre diferentes grupos, así como a examinar la relación entre dichas necesidades de salud y la correspondiente disponibilidad y utilización de los servicios (Lozano *et al.*, 1993: 228).

Asimetrías de género

Sin poder ser excluida del panorama general de la desigualdad social, la que tiene que ver con la de género —a pesar de ser macrosocialmente instituida y de referirse a un sinnúmero de relaciones sociales— tiene particularidades, pues redundante en la subordinación femenina. Se sostiene que las capacidades reproductivas de la mujer han sido usadas por mucho tiempo para oprimirla (Field, 1989). Este tipo de

aseveraciones no debe excluir la necesidad de investigar temas concernientes a los hombres, tales como la construcción social de la paternidad, la masculinidad y la sexualidad.

En lo referente a las mujeres, es conocido que las desventajas derivadas de las asimetrías de género se manifiestan en aspectos tan diversos como: *a)* la división sexual del trabajo, que las mantiene en el ámbito doméstico o las segrega a ocupaciones que trasladan el modelo doméstico al ámbito laboral; *b)* la disponibilidad de menores oportunidades de educación y empleo para ellas; *c)* el acceso a trabajos inestables y mal remunerados; *d)* la responsabilidad de la doble y hasta la triple jornada de trabajo; *e)* la prevalencia de niveles inferiores de salud y bienestar; *f)* la reducida participación de las mujeres en la toma de decisiones en los ámbitos social y familiar; y, *g)* su limitada autonomía personal (Oliveira, Salles y Tuirán, 1994). Tales aspectos provocan una acumulación de desventajas para la mujer que, al intersectarse con otras asimetrías sociales, la exponen y la hacen más vulnerable a situaciones de privación y pobreza.

Ampliamente estudiada por el pensamiento feminista, la desigualdad de género cobra interés para los estudios más amplios que abordan la sexualidad y la salud reproductiva (Figueroa, 1992; Corona, 1994), toda vez que el cuerpo femenino está directamente involucrado en eventos como el embarazo y el parto, así como en las consecuencias de salud derivadas de ellos (por ejemplo, el aborto espontáneo e inducido), así como en las construcciones simbólicas acerca de la sexualidad y el deseo que con frecuencia se encuentran en el cuerpo femenino y en su imagen (Foucault, 1984).¹³ Al respecto, no debe olvidarse que los modos de expresión de la sexualidad constituyen aspectos inseparables de la identidad y los roles de género.

La desigualdad de género permea la estructuración de distintas instituciones sociales, entre las que destaca la familia, con su típica división sexual del trabajo —que corre paralela con una división sexual de las emociones—, ambas enmarcadas en estructuras patriarcales que alcanzan el ámbito de los símbolos, de la ideología, y orientan las pautas más profundas de la socialización y la transmisión cultural de las identida-

¹³ Evidentemente estas percepciones varían de una cultura a otra y en el tiempo, ya que en ocasiones se observa un interés mayor en el cuerpo masculino como emblema de la construcción social del deseo. Además de estar registrado en estudios sobre la sexualidad, en nuestras sociedades se puede advertir este giro en la abundancia de revistas que privilegian el desnudo masculino, que son consumidas no sólo por sectores homosexuales sino también por los femeninos.

des. Ampliamente recalçadas por las psicoanalistas feministas, las identidades de género que se forman en el marco de la socialización desplegada en ámbitos de naturaleza íntima (como el familiar) son estructuradas a partir de lo que la sociedad asigna como atributos de los roles masculinos y femeninos. En este sentido se puede pensar que al mismo tiempo que el género estructura las relaciones familiares, la familia elabora las pautas que, a su vez, reproducen las relaciones de género. Por esta razón las relaciones familiares que tienen como uno de sus hechos originarios, aunque no exclusivos, la puesta en relación de personas de sexos diferentes, están ineludiblemente ligadas a lo que una sociedad elabora como normas de convivencia entre los sexos y como símbolos que atribuyen –vía la construcción del género– lo que consta del ser hombre y del ser mujer. Pero el mencionado vínculo debe ser entendido como una relación de doble alcance, pues también las prácticas familiares cotidianamente vividas, que reciben grados variados de legitimación social, producen nuevos hábitos y nuevas costumbres que transforman los macroprocesos que los conforman (Salles, 1992).

Sería equivocado restringir la construcción del género a ámbitos de naturaleza íntima, pues las formas mediante las cuales opera el género abarcan amplios fenómenos sociales. Scott (1988) propone una crítica a las visiones que limitan el concepto de género a la esfera de la familia y a la experiencia doméstica. La autora destaca que esta manera de enfocar el género, enmarcando el uso de la categoría en relación con el sistema de parentesco (procedimiento encontrado con frecuencia entre los antropólogos), resta importancia a la posibilidad de elaborar una visión más amplia e integral. En las sociedades complejas como la nuestra, la perspectiva citada, además de las elaboraciones en torno de los sistemas familiares y de parentesco, debe incluir el mercado de trabajo, la escuela y otras instituciones sociales que son igualmente contextos formadores de género. En el campo de la salud en general y de la salud reproductiva en particular, los roles y valoraciones de género exponen a hombres y mujeres –de manera diferencial– a procesos protectores o destructivos diversos, los cuales van definiendo riesgos, capacidades de respuesta y efectos terminales.

La pobreza

Diversos autores sostienen que las condiciones materiales de vida intervienen de modo determinante en varios eventos incluidos en el pa-

raguas conceptual de la salud reproductiva. Así, por ejemplo, el resultado de un embarazo, como afirma Leslie (1992), se encuentra profundamente influido por las circunstancias de la vida de la mujer. En dicho resultado intervienen las condiciones económicas y ambientales en las que ella vive, así como su posición social. Esta misma autora añade que el *modus operandi* de los factores socioeconómicos (y también los jurídico-legales, culturales y psicosociales) puede incrementar o limitar la habilidad de las mujeres para promover y proteger su propia salud. Afirmaciones de esta índole llevan a plantear que incluso los componentes voluntaristas en los que descansan algunas de las acciones en el campo de la salud reproductiva encierran aspectos indisolublemente ligados a contextos más amplios que, como la pobreza, delimitan y restringen la estructura de opciones individuales.

El de la pobreza, como el de la desigualdad son debates aún no resueltos tanto en la teoría como en la práctica. Entre los numerosos aportes actuales sobre la pobreza destaca el de Chambers (1983), quien describe la llamada "trampa de la privación" para referirse a conjuntos de factores de cuya interrelación –en el marco de causaciones circulares– resulta muy difícil escapar (Jusidman y Salles, 1994). Los estudios que abordan la pobreza desde una perspectiva de género examinan "los resultados y procesos generadores de privación, enfocándose en particular a las experiencias de las mujeres y preguntándose si ellas forman un contingente desproporcionado y creciente de los pobres. Este señalamiento implica una perspectiva que resalta dos formas de asimetrías que se intersectan: género y clase" (Kabeer, 1992: 1). En esta línea se argumenta que, con base en el género, se construyen identidades, se desempeñan roles específicos, se definen los ámbitos de acción de los individuos dentro del tejido institucional y se deriva el acceso desigual al poder y los recursos (Kabeer, 1992; Salles, 1994; Barquet, 1994; Salles y Tuirán, 1995).

Generalmente los indicadores de pobreza son captados con base en información de hogares, sin reconocer las diferencias extremadamente grandes que en esos ámbitos existen por género y entre generaciones. Aunque sea usual y de utilidad captar y analizar esos indicadores, resulta necesario "descodificar" lo que pasa en los hogares, toda vez que estos espacios son ámbitos de convivencia de personas que guardan entre sí relaciones asimétricas que, al enmarcarse en sistemas de autoridad, permean los vínculos que mantienen. La experiencia derivada de los estudios de familia/hogar sugiere la importancia de tener presente la naturaleza específica de la pobreza femenina,

ya que ésta generalmente escapa a la mayoría de los indicadores disponibles.¹⁴

La pobreza tiene consecuencias graves para la salud. Los pobres están expuestos a mayores riesgos y daños a la salud debido a las condiciones de insalubridad y los peligros que rodean su existencia, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo. Como consecuencia de la malnutrición y la herencia de enfermedades contraídas en el pasado, los pobres también son más propensos a enfermar y su recuperación suele ser más lenta, especialmente si el acceso a los servicios de atención a la salud es limitado. Uno de los principales mecanismos mediante los cuales incide la pobreza sobre la salud de las mujeres es la nutrición deficiente a lo largo de sus vidas.¹⁵ Se sospecha que la subalimentación y la carencia de ciertos nutrientes durante los años fértiles de la mujer aumentan el riesgo de infecciones o hemorragias durante el embarazo o el parto, de preclampsia y de alumbramiento prematuro. La subalimentación puede llevar a la falta de crecimiento. A su vez, la estrechez de la pelvis entre las mujeres con retraso en el crecimiento aumenta el riesgo de mortalidad materna e infantil (Population Reports, 1988).

Entre las carencias de micronutrientes, la más común es la de hierro. La necesidad de hierro en la mujer aumenta considerablemente durante la menstruación y el embarazo. La anemia –escasez de hierro en la sangre– agrava muchas de las complicaciones del alumbramiento y aumenta el riesgo de muerte a consecuencia de hemorragia en el parto. A su vez, la carencia de yodo, que es más común en las mujeres en edad fértil, provoca retrasos en el desarrollo mental y motor, trastornos neuromusculares, bocio, hipotiroidismo e infertilidad. El estado nutricional deficiente suele pasar de una generación a la siguiente. Así, por ejemplo, se sabe que las madres con carencia de yodo dan a luz a más niños con cretinismo y otras anomalías congénitas.

¹⁴ De hecho, al trabajar con encuestas hemos constatado que después de construir las variables de hogar es necesario construir submuestras organizadas con base en el movimiento inverso que permita ubicar a los individuos en el espacio hogareño. La “reorganización” de los hogares con base en la composición por género y generación de sus miembros –entre otras características– facilita la observación de otros atributos y situaciones de suma importancia para la óptica feminista de re-construcción de la realidad.

¹⁵ La desnutrición y el hambre no son monopolio de la mujer. Sin embargo, en muchas sociedades y culturas los alimentos no se distribuyen en forma equitativa según el género. En ocasiones las mujeres están obligadas a comer después de los varones y reciben menos alimentos de alto contenido proteínico y calórico (Population Reports, 1988).

Las investigaciones dedicadas a examinar la situación de salud de las mujeres pobres en países como México han enfatizado, entre otros, los problemas de salud reproductiva (morbi-mortalidad materna, aborto, etc.) y salud mental, alimentación y nutrición deficiente, diversas consecuencias de la violencia masculina sobre la salud de las mujeres, así como los múltiples obstáculos que limitan el acceso de la población femenina a los recursos y servicios de salud (Alatorre, Langer y Lozano, 1994; Lara y Salgado, 1994). Estas investigaciones permiten reafirmar la idea de que las asimetrías de género, al intersectarse con otras formas de desigualdad, tienden a exacerbar la situación de vulnerabilidad de las mujeres.¹⁶ Su condición de pobres las expone a tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad, al tiempo que restringe la utilización y acceso a servicios de salud y atención adecuada. Por si fuera poco, las desventajas asociadas a su género redundan en una alimentación y nutrición deficientes y en un fuerte desgaste físico por las pesadas cargas de trabajo. Además, existen evidencias de que muchas mujeres padecen el confinamiento doméstico y están expuestas a altos niveles de estrés psicológico y a dosis variadas de violencia doméstica y social, tanto de naturaleza física como psicológica.

Transición demográfica y transición epidemiológica

Recurrir a las transiciones tanto demográfica como epidemiológica —como eje temático— nos permite integrar una multitud de procesos que de otra forma tendrían que ser abordados de manera aislada o mediante el recurso de causaciones simples, lo que empobrecería su entendimiento.¹⁷ En términos generales, puede decirse que la transición

¹⁶ La condición social y jurídica de la mujer hace peligrar la salud materna de muchas maneras distintas. Así, por ejemplo, en diversos contextos socioculturales las mujeres suelen recibir menor instrucción escolar que los varones, así como una alimentación y atención a la salud deficientes (incluso no pueden, en algunas culturas africanas, por ejemplo, recibir atención médica en casos de emergencia sin autorización de un hombre).

¹⁷ Como lo han demostrado innumerables estudios realizados en América Latina y otras regiones, la transición demográfica forma parte de los procesos de cambio más amplios (de carácter económico, social, institucional y cultural) que ocurren en la sociedad. Cabe señalar que la transición demográfica ha tenido lugar en contextos que son más amplios que cada tipo particular de transformación (García, Muñoz y Oliveira, 1982; Leslie, 1992). En efecto, entre los elementos de la matriz mayor y también más compleja encontramos procesos de muy diversa naturaleza (sociales, económicos, insti-

demográfica hace referencia al proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación caracterizada por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control a otra de niveles bajos y controlados.¹⁸

Declinación de la mortalidad

La declinación de la mortalidad y la transformación de la estructura de las causas de muerte, que se enmarcan en este apartado en la llamada transición demográfica, son fenómenos que también forman parte de las llamadas transiciones epidemiológica y de la salud (Omrán, 1971, 1983; Lerner, 1973; Caldwell *et al.*, 1990; Vallin *et al.*, 1990; Jamison *et al.*, 1993; Frenk *et al.*, 1991). La transición epidemiológica conlleva, en tanto *tendencias dominantes*, el desplazamiento de los padecimientos infecciosos y agudos por las enfermedades degenerativas y crónicas, el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante y, finalmente, un desplazamiento del peso de la enfermedad y la muerte de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad (Jamison *et al.*, 1993; Frenk *et al.*, 1991; Riley, 1990). Este marco sirve para ubicar los problemas de salud reproductiva en una perspectiva más amplia y de largo plazo.

Diversos autores (Mosley y Cowley, 1991; Jamison *et al.*, 1993; Frenk *et al.*, 1991) sostienen que existen tres mecanismos principales involucrados en la transición epidemiológica: cambios en la estructura por edades; transformaciones en los patrones de riesgo para la salud y disminución en la letalidad de los padecimientos.¹⁹ Dichos autores reconocen que la transición epidemiológica no es un proceso

tucionales y culturales) que influyen en los fenómenos demográficos. Estos últimos a su vez inciden en los procesos más globales (que previamente funcionaron como entornos estructurales de los cambios de carácter sociodemográfico y epidemiológico), con los cuales establecen un complejo entretendido de instancias de múltiple determinación, que son difícilmente aprehendibles mediante acercamientos disciplinarios parcelados (Oliveira y Salles, 1986).

¹⁸ El arranque de la transición, la evolución de los principales parámetros demográficos (considerando tanto sus niveles iniciales como sus ritmos de descenso) y sus factores determinantes han variado considerablemente en el tiempo y en el espacio. El análisis histórico de las transiciones que han tenido lugar en diversos contextos ha permitido poner en claro que las transformaciones sociales, económicas, institucionales y culturales implicadas en el cambio demográfico llevan su tiempo, en muchos casos una o varias generaciones.

¹⁹ Para detalles al respecto, véase Salles y Tuirán (1995).

lineal o unidireccional (Frenk *et al.*, 1991; Vallin *et al.*, 1990; Caldwell *et al.*, 1990). De hecho, la experiencia de los países en desarrollo demuestra, por ejemplo, que pueden existir traslapes entre las diferentes etapas de la transición contempladas en la formulación original de la teoría (Omran, 1971), así como pequeñas o grandes "contra-transiciones" que se expresan en la aparición de nuevas epidemias (VIH-sida) o en el resurgimiento de enfermedades que se creían controladas (*vg.*, cólera, dengue, paludismo, tuberculosis pulmonar, etc.) (Jamison *et al.*, 1993; Frenk *et al.*, 1991).²⁰ Además, la innegable relevancia de las transiciones demográfica, epidemiológica y de la salud no reposa sólo en las modalidades que adoptan sino en sus múltiples y complejas implicaciones y consecuencias de carácter individual, familiar y social.²¹

Transición de la fecundidad y salud reproductiva

El descenso de la fecundidad tiene complejos efectos sobre la salud de las mujeres y su descendencia.²² Se sabe que la limitación del número de nacimientos y el acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos no sólo inciden sobre los niveles de fecundidad, sino también modifican los patrones reproductivos. Hay evidencia de que tales

²⁰ Vallin (1990), cuando examina la experiencia de América Latina, identifica cuatro propiedades o atributos de la transición epidemiológica en la región.

²¹ Así, por ejemplo, la caída de la mortalidad ha tenido un efecto notable sobre el tamaño, composición y organización de la familia, así como sobre la estructuración del ciclo de vida familiar y del curso de vida de hombres y mujeres (Lerner y Quesnel, 1992; Bronfman, Lerner y Tuirán, 1986; Goldani, 1989; Tuirán, 1990; Leslie, 1992).

²² En México los niveles de la fecundidad permanecieron elevados y prácticamente constantes hasta finales de los años sesenta en México (Juárez, Quilodrán y Zavala, 1989). A partir de principios de los años setenta la fecundidad empezó a disminuir rápidamente, en asociación cronológica con la adopción de una nueva política de población y la instrumentación de un programa masivo de planificación familiar (Alba y Potter, 1986). Con el fin de comprender mejor los mecanismos que subyacen en este proceso de cambio, algunos estudios prestaron especial atención al análisis de las llamadas "variables intermedias" o "determinantes próximos", mostrando que los cambios en la nupcialidad y las prácticas de lactancia, no obstante operar en la dirección esperada, habían jugado un papel menor en el descenso de la fecundidad. En contraste, la extensión de la práctica anticonceptiva fue reconocida como la variable de mayor influencia (Potter, 1984; Pullum, Casterline y Juárez, 1985; Alba y Potter, 1986; Pullum, Casterline y Shah, 1987). De hecho, la declinación de la fecundidad y el incremento en la anticoncepción siguieron inicialmente patrones relativamente uniformes entre los diferentes grupos de edad.

cambios influyen, mediante diversos mecanismos, en la salud materna e infantil y en la salud reproductiva en general (Royston y Royston, 1989; Zimicki, 1989; National Research Council, 1989; Cleland, 1992; Maine y Freedman, 1993).

Como se sabe, todos los embarazos y partos representan algún riesgo para la salud de las madres. Sin embargo los riesgos son más elevados entre las mujeres muyjóvenes y entre las de más edad, así como entre aquellas de alta paridad o entre quienes registran intervalos intergenésicos cortos.²³ Cabe señalar que, en adición a los factores de riesgo citados, los problemas médicos preexistentes (hipertensión, cardiopatías, diabetes, etc.), así como una historia obstétrica poco satisfactoria, contribuyen a hacer todavía más vulnerables a las mujeres durante el embarazo y el parto. Asimismo, los embarazos no previstos o no deseados pueden conducir al aborto realizado en condiciones precarias y peligrosas, lo cual incrementa el riesgo de que la mujer sufra hemorragia, infección o muerte. Además de los vínculos directos con la salud de la mujeres, las prácticas de regulación de la fecundidad pueden tener otras implicaciones en diferentes áreas menos exploradas de sus vidas. El acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos seguros y eficientes pone el proceso de regulación de la fecundidad más firmemente en manos de la pareja y de la mujer.

Estos elementos confirman que los patrones reproductivos y los cambios que observan durante el curso de la transición demográfica constituyen determinantes fundamentales de la salud de las mujeres y de sus hijos. Por esta razón, resulta necesario profundizar en el estudio de los diversos condicionantes del comportamiento reproductivo, de las causas y mecanismos involucrados en el descenso de la fecundidad y de sus vínculos con la salud en general y la salud reproductiva en particular. Al respecto, existe consenso en torno de la necesidad de desarrollar un paradigma que permita integrar las diferentes fuerzas y procesos que subyacen en el descenso de la fecundidad. Al respecto, un antecedente relevante es el trabajo de McNicoll, 1978 (véase también Potter, 1984; Miró y Potter, 1984). Dicho autor identifica tres "rutas" principales mediante las cuales las transformaciones en el

²³ Diversas encuestas sociodemográficas realizadas en países en desarrollo revelan que, en promedio, las mujeres que dan a luz antes de los 18 años tienen una probabilidad tres veces mayor de mortalidad materna que las que lo hacen entre los 20 y 29 años; para las mujeres de más de 34 años, el riesgo es cinco veces mayor (Banco Mundial, 1993).

contexto social, económico, cultural e institucional pueden influir sobre el comportamiento reproductivo de los individuos y las parejas: 1) por medio de alteraciones en los múltiples beneficios y costos económicos asociados con la fecundidad; 2) mediante cambios en las presiones sociales y administrativas que inciden sobre el comportamiento reproductivo de los individuos y las parejas; y 3) por medio de modificaciones en los valores internalizados sobre el matrimonio, la fecundidad y la familia.

La teoría clásica de la transición demográfica tendió a subrayar en la explicación de la caída de la fecundidad algunos procesos genéricos de carácter macroestructural que inciden sobre el balance entre costos y beneficios (económicos y no económicos) asociados con la reproducción. Algunos de los procesos destacados en la explicación de los cambios sociodemográficos en los países en vías de desarrollo fueron: 1) la industrialización capitalista tardía y dependiente y la proletarianización de la fuerza de trabajo bajo un modelo de desarrollo excluyente y concentrador; 2) la creciente expansión de la producción mercantil y la consecuente monetarización de la economía; y 3) la ampliación de un mercado de consumo interno dentro de los límites permitidos por la lógica del modelo de desarrollo y la dinámica de la acumulación.²⁴ Más recientemente, la investigación en este campo empezó a alejarse de las teorías que enfatizan los cambios de carácter económico sobre la fecundidad, apuntando en su lugar hacia aquellas explicaciones que asignan a las fuerzas institucionales, culturales y en el terreno de las ideas un papel clave en la inducción del cambio demográfico (McNicoll, 1978; Caldwell, 1988; Bulatao y Lee, 1983; Cleland y Wilson, 1987; Pollack y Watkins, 1992).

En esta línea, diversos autores han intentado establecer una modalidad de análisis que remarca los nexos y vínculos, y por tanto la complementariedad causal, entre los diferentes niveles de determinación. Vilmar Faria (1988), por ejemplo, distingue tres diferentes tipos de determinantes: *a*) los estructurales; *b*) los estructurales próximos; y *c*) los

²⁴ Diversos autores (Przeworski, 1982; Zemelman, 1982; Oliveira y Salles, 1986; Tuirán, 1986; Faria, 1982; Montali y Patarra, 1982; Patarra, Oliveira y Montali, 1985), al revisar las contribuciones de Clacso, reconocieron que las líneas de investigación del enfoque histórico-estructural aportaban puntos de partida importantes e indispensables, aunque ciertamente incompletos ya que dejaban fuera del campo explicativo una serie de procesos relevantes de índole cultural, ideológica e institucional. De hecho, muchos de los estudios orientados por este enfoque tendieron a reducir los determinantes de los fenómenos demográficos a la acción de las estructuras económicas y las políticas del Estado.

próximos (Faria y Potter, 1989). Al releer e interpretar las contribuciones de varias tradiciones, los autores citados proponen un marco multi-causal jerárquico, que entre otras virtudes pone de relieve: *i*) un conjunto de procesos de cambio estructural e institucional relevantes; *ii*) las prescripciones y mensajes transmitidos por las instituciones y sus agentes; *iii*) la estructura de incentivos (o desincentivos) creada por los (viejos y nuevos) arreglos institucionales; y *iv*) las consecuencias (anticipadas y no anticipadas) que se derivan de la operación de los arreglos institucionales sobre el comportamiento reproductivo de individuos y parejas. Las investigaciones realizadas al amparo de este marco han enfatizado y sistematizado la influencia ejercida por un conjunto de procesos estructurales, culturales e institucionales.²⁵

Instituciones, agentes, actores y derechos

Las instituciones se originan en la actividad humana rutinizada y en la acción habitualizada, que son ininteligibles si se les concibe al margen de los ámbitos culturales particulares. Al adquirir historicidad, las instituciones son vividas y experimentadas por los actores sociales como si poseyeran una realidad propia, que se presenta como un hecho externo y coercitivo, toda vez que su origen antecede al nacimiento de los individuos y no es accesible a su memoria biográfica. Las instituciones no sólo producen tipos de acciones, sino también tipos de actores: ellas disponen que las acciones de cierto tipo serán realizadas por actores de un tipo particular (Berger y Luckmann, 1967). Las instituciones señalan la conducta de los individuos y la convierten en rutinas estables y socialmente predecibles, pero también dan forma a la experiencia humana en el nivel cognoscitivo, dándole al espacio social un sentido de inteligibilidad, continuidad y estabilidad, en cuyo marco los individuos pueden predeterminedar sus cursos de acción e incluso innovar. Por ello, puede decirse que es intrínseca a las instituciones su capacidad de regular y controlar la actividad humana.²⁶

La salud reproductiva, concebida en un sentido amplio, alude a muy diversos eventos y procesos que pueden ser abordados en su di-

²⁵ Para una revisión de los últimos aspectos mencionados véase Salles y Tuirán (1995).

²⁶ El ámbito propiamente institucional no se presenta en la realidad como un todo integrado y coherente, sino que está compuesto por diferentes dominios segmenta-

mención de reglas y prácticas sociales, de proyectos y acciones institucionales y de derechos individuales. A partir de estas cuestiones básicas, el presente eje temático identifica con fines analíticos los siguientes tres subejos: el primero de ellos se refiere al de instituciones, agentes y actores; el segundo al de las políticas públicas y leyes; y el tercero al de agentes, actores y derechos.

Agentes y actores sociales

Diversas instituciones sociales han desempeñado un papel destacado en una amplia variedad de campos que tienen estrecha relación con la salud reproductiva. Así, por ejemplo, se ha enfatizado la influencia de dichas instituciones en: 1) la socialización y difusión de una serie de normas y preceptos de comportamiento que dictan cómo conducir la vida sexual y procreativa de las personas; 2) la legitimación del principio público de regulación de la fecundidad; y 3) la institucionalización de la demanda de métodos anticonceptivos. Debido a la influencia ejercida por diversos agentes y actores sociales (tales como los de salud, los relativos a la escuela, a los medios de comunicación, a la religión y a la familia) es indiscutible la necesidad de incorporar dichas referencias en los intentos de conceptualización y teorización relacionados con la salud reproductiva. No debe olvidarse, sin embargo, que las prácticas reproductivas y sexuales –al cristalizarse en normas y costumbres– adquieren por sí mismas cierto grado de autonomía. Para los fines de este artículo nos ocuparemos, brevemente y a título de ejemplo, de instituciones sociales como las de salud pública y de la familia. Para el análisis de otros contextos y acciones institucionales, véase Salles y Tuirán (1995).

Las instituciones de salud

Sin dejar de reconocer la importancia de otras instituciones sociales, diversos autores (Aparicio, 1993; Cervantes, 1993; Figueroa, 1992; Lerner y Quesnel, 1990, 1992; Tuirán, 1988; Alba y Potter, 1986) han

dos, cuyas acciones y mensajes pueden entrar en contradicción entre sí (Lerner y Quesnel, 1990). Cada uno de estos dominios tiene diferentes reglas y prescripciones e interviene –incluso de manera cambiante en el tiempo– en diferentes planos.

puesto de relieve la influencia ejercida por las instituciones de salud. Asuntos tan sensibles como la sexualidad y la reproducción, alguna vez ventilados solamente con las personas más cercanas e íntimas, son ahora rutinariamente discutidos con los agentes de las instituciones de salud (Tuirán, 1988). Dichos agentes han jugado un papel crucial en la redefinición cultural del papel de la sexualidad y la reproducción en la sociedad y en la vida de las personas. Diversos autores han señalado que su participación no ha traído consigo una neutralidad valorativa respecto al sexo y la reproducción. De hecho, ellos pueden ser vistos como "unidades sociales semiautónomas que median entre el mundo público de la burocracia y el mundo privado de la sexualidad y la reproducción" (Tuirán, 1988).

La interacción de los actores sociales con los servicios institucionales de salud y sus agentes ilustra con claridad la existencia de transacciones que se dan en un marco de convivencia pautado por la existencia de relaciones asimétricas en el interior de los sistemas de interacción social. En la bibliografía disponible se advierte asimismo que la relación entre agentes institucionales y actores sociales adquiere formas y matices diversos de acuerdo con la naturaleza, estructura, complejidad y funciones de las organizaciones burocráticas que brindan servicios de salud y planificación familiar.

La movilización de las instituciones de salud y sus agentes en torno del objetivo de promover la regulación de la fecundidad, movilización que por cierto no fue ni ha sido ajena a la ocurrida en el ámbito internacional, ha tenido como resultado una medicalización creciente de las prácticas sexuales y reproductivas y la difusión de nuevos esquemas de procreación, mismos que han logrado extenderse entre las usuarias(os) de los servicios de salud y planificación familiar por medio de actividades tales como el seguimiento pre y posnatal que llevan a cabo sus agentes.

La familia

Son abundantes y conocidos los estudios que mencionan el papel protagónico de la familia en la vida social (García, Muñoz y Oliveira, 1982; Salles, 1992; Oliveira y Salles, 1986). Todos ellos, mediante la investigación de temáticas diversas y por diferentes vías, coinciden en reconocer que la familia es una realidad compleja y multidimensional. En tanto marco institucionalizador de la vida, la familia instaura

una genealogía y produce una filiación, transmite las señas de identidad a sus miembros (apellidos, herencia genética, capital simbólico, etc., articula las líneas de parentesco por medio de un complejo entretreído de fusiones sociales, y constituye un espacio productor/reproductor/controlador de la sexualidad. Se reconoce, sin embargo, que la sexualidad y las prácticas sexuales no se restringen ni se agotan en ese ámbito (Tuirán, 1993).

Los espacios de convivencia familiar son reconocidos como ámbitos institucionales indispensables para observar la recurrencia de un conjunto importante de eventos, fenómenos y procesos de interés para la salud reproductiva. Como ejemplo podemos mencionar: los ciclos de vida individual y doméstico, la división sexual del trabajo, las condiciones económicas en que viven la pareja y su prole (en particular las situaciones de pobreza en sus diferentes grados, particularmente la extrema), el tipo y naturaleza de la interacción de sus miembros, el contenido emocional implicado en ella, el ejercicio del poder y la autoridad, así como el conflicto y la violencia domésticos. Todos estos aspectos y sus interrelaciones ameritan un análisis cuidadoso que busque rescatar de manera cada vez más acotada los impactos multifacéticos de los contextos mencionados sobre la salud en general y la reproductiva en particular. Al respecto, debe recordarse que en el hogar también tiene lugar la producción y transmisión de prácticas vinculadas con la salud. Evidencia de ello la encontramos en la llamada medicina "doméstica" o "casera".²⁷

El hogar suele idealizarse como un refugio de seguridad y felicidad. Sin embargo, la vida hogareña y familiar abarca virtualmente todo el espectro de la experiencia emocional (Salles, 1992; Tuirán, 1993). Es posible que las relaciones familiares sean con frecuencia cálidas y satisfactorias, pero igualmente pueden estar colmadas de las tensiones más agudas (Oliveira y Salles, 1986). La "cara oculta" de la familia presenta numerosos aspectos, incluidos los conflictos y hostilidades entre sus miembros. Uno de ellos, el ejercicio de la violencia en el entorno familiar, tiene consecuencias devastadoras (Tuirán, 1993). Numerosas investigaciones realizadas tanto en países desarrollados como en desarrollo

²⁷ Así, por ejemplo, los enunciados que dicen "la salud empieza en la casa" ilustran esta idea y permiten pensar que las acciones en este campo desplegadas en el hogar sobrepasan las cuestiones inmediatas de higiene y alimentación para alcanzar prácticas de autocuidado, la vigilancia de enfermos y la obediencia de las prescripciones médicas, entre otras.

indican que la violencia doméstica es un fenómeno sumamente extendido que afecta principalmente a menores y mujeres. Por esta razón, algunos autores sostienen que el hogar es quizá el lugar más peligroso de la sociedad moderna.²⁸ La violencia doméstica es considerada hoy día como una cuestión de salud pública, puesto que constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad femeninas.²⁹ Las investigaciones disponibles demuestran, por ejemplo, que entre las mujeres maltratadas el riesgo de aborto espontáneo es doble y el de dar a luz niños de bajo peso es cuatro veces mayor (Banco Mundial, 1994).

Políticas públicas y leyes

El interés sociológico por las políticas públicas se asocia históricamente con la expansión de los ámbitos jurisdiccionales del Estado. Su intervención en el reino de la sexualidad y la reproducción humanas forma parte de las tendencias racionalizadoras que operan en la sociedad moderna, mismas que han implicado el avance permanente de las diferentes modalidades de regulación y control social. Las intervenciones se manifiestan en la existencia de múltiples y complejos mecanismos regulatorios que van desde la promulgación de leyes y la vigilancia ejercida para garantizar su cumplimiento hasta la instrumentación de políticas públicas y la provisión (o ausencia) de servicios tales como los de planificación familiar y anticoncepción, aborto, salud materno-infantil y educación sexual, entre otros.

La efectividad y alcance de dichas regulaciones descansa en la cada vez mayor especialización de las organizaciones gubernamentales y la consiguiente profesionalización de sus agentes. A ello se suma la creciente institucionalización y burocratización de las acciones estatales orientadas a reforzar y ampliar su intervención en el ámbito privado. La institucionalización de dichas acciones se materializa en la proliferación de las agencias públicas que están vinculadas directamente con la "administración" de la conducta sexual y procreativa de individuos y grupos (Donzelot, 1980; Foucault, 1984).

²⁸ Murray Straus (1979), por ejemplo, plantea que el matrimonio y la paternidad proporcionan "licencias para pegar".

²⁹ Más aún, al dañar la capacidad física, mental y emocional de la mujer para ocuparse de su familia, la violencia doméstica afecta también a la salud de otros miembros de la unidad familiar, en especial de los menores (Banco Mundial, 1993).

Aunque es cierto que no es fácil deslindar con claridad la institucionalización de una política de su cristalización en leyes, consideramos importante destacar una línea de investigación que explore aspectos tan diversos como: 1) el carácter, naturaleza y orientación de las políticas estatales que tienen incidencia directa y/o indirecta sobre la salud reproductiva; 2) la evaluación de su impacto; y 3) la correspondencia entre la instrumentación de dichas políticas y el espíritu/letra de las leyes vigentes.³⁰

Un acercamiento interesante a este sub-eje temático ha sido formulado por Brachet (1992), quien vincula los eventos y procesos de la salud reproductiva que ocurren a lo largo del ciclo de vida de los individuos con las políticas públicas. En el gran marco de las acciones estatales, ella subraya las políticas sociales,³¹ las cuales se bifurcan en dos tipos de intervenciones relevantes: las de índole estrictamente focal (*vg.* nutrición complementaria de mujeres gestantes o lactantes y de niños menores de cinco años) y las de carácter global (dirigidas a la población en general). A partir de este esquema, la autora citada explora las posibles consecuencias (anticipadas y no anticipadas) de las políticas sociales sobre la conducta sexual y procreativa de los individuos a lo largo de su ciclo de vida.³²

Este planteamiento nos sirve para señalar —como lo han hecho otros autores— que el Estado organiza sus acciones y regula el acceso de los individuos a esferas de actividad y dominios institucionales diversos mediante reglas que se inspiran parcialmente en el ciclo de vida o en la edad cronológica. De esta forma, el flujo continuo de vida de las personas se transforma en una serie de fases organizadoras del tiempo biográfico (niñez, adolescencia, juventud, edad adulta, etc.) que sirven para establecer y reconocer los derechos y obligaciones de

³⁰ En relación con el aborto, Ortiz Ortega (1993: 27), por ejemplo, sostiene que “la dificultad central del aborto inducido en condiciones de riesgo se deriva de la vigencia de leyes que condenan a éste a la clandestinidad. Es decir, la ley se erige como ejecutora y portadora de valores. Por tanto, el incumplimiento de la legislación no debe hacernos olvidar que dentro del esquema de criminalización vigente, cada decisión individual de interrumpir un embarazo es una transgresión, independientemente de la posición individual de la mujer que recurre al aborto. Vista desde esta perspectiva, en México la decisión de abortar pertenece al Estado y a la sociedad, mientras que las mujeres absorben las consecuencias de la práctica del aborto”.

³¹ Este conjunto está influido por un fenómeno mayor que son las políticas económicas y fiscales.

³² A su vez, dichas conductas se revierten e influyen en la sociedad mediante el resultado agregado de los comportamientos individuales.

los individuos (Mayer y Müller, 1986; Mayer y Schoepflin, 1989; Tuirán, 1990).

Por esta vía, el Estado organiza y define las trayectorias de vida individual. Muchas instituciones de gran interés para la salud reproductiva tales como la institución del matrimonio (Quilodrán, 1991), el sistema educativo (Muñoz y Suárez, 1994), las normas que rigen los derechos ciudadanos (incluso los reproductivos), los códigos que norman las relaciones entre géneros y entre generaciones dentro de la familia (Salles, 1992) y las políticas del Estado en materia tanto de seguridad social (Ham, 1994) como de planificación familiar (Camarena y Salas, 1988; Gribble *et al.*, 1989; Lerner y Quesnel, 1990, 1992), regulan la entrada y salida de los individuos de esos dominios institucionales al tiempo que orientan las acciones estatales mediante el establecimiento de criterios y límites de edad.

Instituciones, acciones y derechos reproductivos

Los procesos de carácter sociodemográfico son el resultado a nivel agregado de un gran número de decisiones, actos y comportamientos individuales y/o familiares aislados que ponen en juego el ejercicio de derechos fundamentales (Miró, 1980; Tuirán, 1988, 1993; Cervantes, 1993). Así, por ejemplo, la fecundidad deriva de prácticas reproductivas que expresan el derecho de los individuos y las parejas a decidir de manera "libre", "responsable" e "informadamente" acerca del número y espaciamiento de sus hijos.

El concepto de derechos reproductivos está asociado a las nociones de autodeterminación corporal y sexual. Este concepto se construye a partir de cuatro principios éticos fundamentales: 1) la igualdad; 2) la diversidad; 3) la autonomía personal (o el principio de personalidad); y 4) la integridad corporal (Petchesky, 1994).³³ Cada uno de estos principios puede ser violado por actos de abuso, omisión, negligencia o discriminación que se originan en instituciones, grupos o personas.³⁴

³³ Dixon-Müller (1993b) señala que es posible distinguir al menos tres dimensiones de los derechos reproductivos: *i*) la libertad de decidir cuántos hijos tener y cuándo (o no) tenerlos; *ii*) el derecho de tener la información y los medios para regular la propia fertilidad; y, *iii*) el derecho de controlar el propio cuerpo.

³⁴ Diversos autores sostienen que los derechos reproductivos están contemplados dentro de los derechos civiles y sociales. T. H. Marshall *et al.* (1974) han distinguido

Políticas públicas y derechos sexuales y reproductivos

Una de las cuestiones fundamentales en este campo tiene que ver con la posible coincidencia o contradicción existente entre las metas sociales y las libertades individuales. Los patrones agregados, que resultan de comportamientos individuales y/o familiares libremente determinados, pueden no ser congruentes con lo que se define en cada contexto histórico-social como "interés colectivo". Las consecuencias sociales de esos actos han sido invocadas tradicionalmente para justificar la intervención gubernamental cuando ello se percibe como deseable y posible (Demeny, 1986; Miller y Sartorius, 1979). Esta perspectiva asume implícitamente que el Estado es una entidad "neutral" que actúa de acuerdo con los mejores intereses de la sociedad y cuyas acciones se fundan en un modelo racional-instrumental de toma de decisiones. Sin embargo, es evidente que ésta es una visión un tanto estrecha tanto del Estado como de las políticas públicas. Entre otros aspectos, esta perspectiva no contempla la estructura y funciones de esa entidad en su vinculación con las fuerzas y centros de poder de la sociedad y, en consecuencia, es incapaz de identificar y comprender los intereses específicos que están detrás de la formulación e instrumentación de las políticas públicas.

Sin pretender plantear una visión conspiratoria de la acción del Estado, conviene formular las siguientes preguntas en relación con las diferentes acciones públicas con incidencia directa en la salud reproductiva: ¿qué intereses y fuerzas sociales participan en la definición e instrumentación de las diversas políticas estatales en este campo?, ¿a quién están dirigidas?, ¿cuáles son los canales de comunicación y de interacción entre el Estado y los diversos grupos de interés?, ¿cómo se traducen las declaraciones de intención de las políticas públicas al nivel del desempeño propiamente burocrático del aparato estatal?, ¿quién gana y —en su caso— quién pierde?³⁵ Este tipo de interrogantes

tres tipos de derechos asociados con el desarrollo de la ciudadanía: *a*) los derechos civiles, que se refieren a los derechos de los individuos plasmados en la ley. Implican, entre otros, la libertad para vivir donde los individuos elijan, la libertad de expresión y religión y el derecho de igualdad ante la ley; *b*) los derechos políticos, en especial el derecho de participar en las elecciones y de desempeñar un cargo público; y *c*) los derechos sociales, que conciernen a la prerrogativa de todo individuo para disfrutar niveles mínimos de bienestar y seguridad económicas.

³⁵ De acuerdo con algunos autores, el enfoque de la salud reproductiva amplía no sólo el alcance de la planificación familiar, sino también el contenido de la política de población (Jain y Bruce, 1993). Al respecto, los autores citados plantean preguntas co-

puede servir de marco para indagar si la instrumentación de algunas políticas públicas entra en contradicción (o no) con las libertades, deseos y aspiraciones de los individuos y las familias. De ahí que de nueva cuenta resulte relevante preguntarse: ¿cómo puede conciliarse en la práctica el respeto a las libertades individuales con la necesidad de alcanzar “metas sociales” específicas?, ¿qué medidas e instrumentos puede utilizar legítimamente un gobierno para garantizar el cumplimiento de los objetivos y metas definidas como “deseables”?, ¿en un continuo que va de la coerción a la permisividad, cuán lejos puede llegar la intervención de un gobierno con el propósito de influir en los comportamientos de los individuos y/o las parejas?, ¿qué recaudos requieren ser adoptados para que la instrumentación de las políticas públicas sea fiel al espíritu y letra de las leyes y normas jurídicas, así como a la declaración de principios, recomendaciones y preceptos internacionales vigentes? (Tuirán, 1993).³⁶

La medicalización de los esquemas reproductivos

Se ha señalado que la creciente complejidad de la tecnología anticonceptiva contribuye a colocar las decisiones acerca de la conveniencia del uso de ciertos métodos específicos de regulación de la fecundidad en manos de los profesionales de la medicina (Tuirán, 1988; Scully y Ladislav-Sanei, 1986). Este hecho forma parte de un proceso más amplio de medicalización del cuerpo humano. En este marco, el desarrollo tecnológico se presenta como una medicalización cada vez mayor no sólo del cuerpo como lugar de gestación, sino también de la vida y la sexualidad (Sommer *et al.*, 1993; Gargallo, 1994; Tuirán, 1993).

Entre las manifestaciones y potenciales implicaciones del proceso de medicalización de los esquemas reproductivos destaca en particular la reducida gama de opciones anticonceptivas a que ha dado lugar ese modelo. Así, por ejemplo, convendría explorar las modalidades

mo las siguientes: ¿la salud reproductiva es una variante de los programas convencionales de planificación familiar o comprende un conjunto enteramente nuevo de iniciativas?, ¿cuál es el lugar de la salud reproductiva en la política de población?, ¿ésta es promovida como un derecho de los individuos o como un medio para conseguir otras metas (la reducción de la fecundidad)?, ¿ocupa un lugar legítimo en esa política?

³⁶ Véase Salles y Tuirán (1995) para apreciar en detalle dichos aportes y la explicación de ejemplos concretos para el caso mexicano.

de adopción de ciertos métodos (DIU, esterilización anticonceptiva, etc.) y su relación con los partos por cesárea, los cuales han registrado un impresionante auge en diversos países durante las últimas dos décadas. Los hallazgos de la investigación realizados en diferentes países (Mattei, 1990) revelan que las implicaciones éticas de la aplicación estrecha del modelo médico promovido por las instituciones de salud se expresa en la pérdida de autonomía y de opciones para decidir entre formas alternas de comportamiento en el campo de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción.

Barroso y Correa (1991) han señalado también los problemas éticos involucrados en la investigación anticonceptiva en Brasil. De acuerdo con Salles (1991), esta crítica –que parte de un ejemplo puntual– tiene un espectro amplio porque toca un punto neurálgico de la relación ciencia/sociedad que se refiere a la ética necesaria para promover la aplicación de la ciencia de modo favorable a la dignificación de la vida cotidiana.

Las nuevas tecnologías reproductivas

Se pueden distinguir cuatro tipos de intervención médica en la reproducción humana:

- La prevención de la concepción. La introducción y creciente eficiencia de la anticoncepción ha puesto la paternidad/maternidad bajo el control directo de la pareja.
- La extensión de los servicios de obstetricia en el embarazo. Se han ideado medios cada vez más complejas para medir, observar y vigilar el desarrollo del feto y, por lo tanto, se ha hecho posible el tratamiento médico en las fases más tempranas del embarazo, el cual es sometido a un constante monitoreo por medio de procedimientos tales como el ultrasonido y la amniocentesis.
- El control médico del parto. Una parte importante de los partos tiene lugar hoy día en los hospitales en vez del hogar, donde médicos y enfermeras se ocupan de monitorearlos. En este proceso, los nacimientos han sido transformados de acontecimientos familiares en eventos quirúrgicos y las mujeres se han convertido en pacientes o clientes que son tratadas como enfermas (Rothman, 1982; Sommer *et al.*, 1993).

- La forma de la concepción. Se han desarrollado nuevas técnicas que permiten la procreación sin que sea necesaria una relación sexual previa.

Algunos de los desarrollos recientes más importantes de las “nuevas tecnologías reproductivas” se encuentran en la cuarta categoría. Novedades tales como la inseminación artificial, la fecundidad *in vitro*, las madres portadoras o sustitutas, la congelación de los gametos y los embriones y la manipulación de los genes forman parte del proceso de tecnologización creciente de la sociedad contemporánea.³⁷ El hecho de que dichas tecnologías incidan sobre cuestiones tan esenciales como la maternidad, la paternidad y la transmisión de la herencia biológica exige una reflexión crítica sobre sus posibles implicaciones, los principios éticos y los ordenamientos legales que las rigen (véase a este respecto Hammel, 1990; Barzelatto, 1989; Sommer *et al.*, 1993; Gargallo, 1994; Tuirán, 1993). Por supuesto que no se trata de rechazar los avances tecnológicos o de oponerse a la racionalidad científica, sino de evaluar sus potenciales consecuencias (anticipadas y no anticipadas) y sus posibles efectos perversos. De no establecer los recaudos necesarios, la utilización de las nuevas tecnologías reproductivas puede conducir a la proliferación de abusos y la violación de los derechos fundamentales del ser humano.

Cultura, reproducción, sexualidad y salud

Las instituciones sociales que operan en la esfera pública se presentan ante el individuo con un carácter imponente por su naturaleza reguladora y controladora (Berger y Luckmann, 1967). Los vínculos de los individuos con esas instancias con frecuencia son experimentados en términos impersonales y coercitivos. Un ejemplo de ello son las relaciones y vivencias que las personas mantienen –por diferentes vías– con las instituciones, códigos y leyes que emanan del Estado y sus agencias (Berger y Luckmann, 1967; Berger, 1973).

En el ámbito privado, las tendencias institucionalizadoras han sido matizadas por la cultura producida y apropiada por personas y grupos

³⁷ La especificidad de estas tecnologías –algunas de ellas creadas en épocas pasadas (véase Pizzini, citada por Gargallo, 1994)– radica en que operan sobre el cuerpo humano y, en particular, sobre el cuerpo de las mujeres.

bajo la modalidad de resistencia (Berger y Luckmann, 1973; Bourdieu, 1988). En efecto, hay ciertas áreas de la sexualidad y de las relaciones de naturaleza íntima en las que se observan tendencias que desinstitucionalizan, mediante prácticas de resistencia, lo previamente instituido. También existen otras áreas de lo privado que siguen un rumbo distinto, ya que regularmente han estado al margen de los controles impuestos por las megaestructuras afines con el espíritu regulador del Estado y sus agencias. Las reglas que subyacen en el cortejo y el noviazgo, en la crianza de los hijos, así como en ciertas prácticas y normas que rigen el parto, el puerperio, el aborto y otras acciones arraigadas en la sabiduría tradicional (comadronas, brujos, etc.) con frecuencia escapan –al menos parcialmente– a la acción de las instituciones dominantes.

Peter Berger y Thomas Luckmann (1967: 6) definen la cultura como “la totalidad de los productos del hombre”, lo que permite considerar a ésta como compuesta o integrada por creaciones materiales y no materiales que manifiestan, por un lado, los significados subjetivos y la intención de los actores sociales, y por el otro revelan las pautas del comportamiento humano. Por ello, los autores tienden a subrayar la intersubjetividad o comprensión compartida, sosteniendo que la cultura existe “sólo en cuanto las personas son conscientes de ella”.³⁸

La cultura ha sido frecuentemente invocada por la bibliografía especializada como una dimensión relevante de la constitución de lo social y como un principio analítico de importancia para el estudio de prácticas, comportamientos, actitudes, ideas, creencias, reglas, normas y valores en torno de la reproducción, la sexualidad y la salud. En esta sección del trabajo nos referiremos exclusivamente a algunos rasgos de la discusión que enfoca los nexos implicados en el estudio de la cultura en su relación con la naturaleza. Esta referencia sirve de contexto reflexivo para aludir al cuerpo como espacio de la naturaleza que es re-significado por la cultura.³⁹

³⁸ Además, los autores conceptúan a las instituciones como portadores de constelaciones de contenidos de conciencia que materializan y dan sustancia a los procesos de reproducción y cambio social y cultural. Dicha visión los separa de otros enfoques teóricos que conciben a la cultura exclusivamente con base en contenidos intersubjetivos, sin referirla a las instituciones, contextos y situaciones en que tales contenidos son creados y recreados y en los que se encuentran inmersos.

³⁹ En Salles y Tuirán (1995) se examinan los usos y sentidos más comunes otorgados a la cultura, utilizando para ello la sugerente tematización propuesta por Hammel (1990). Además tratamos de especificar con mayor detenimiento la importancia analítica de la dimensión cultural en el campo.

Cultura versus naturaleza: acercamientos sobre el cuerpo

Esta discusión permea casi todos los estudios que se hacen desde el punto de vista cultural. La cultura por lo general es conceptualizada como un mundo distinto al de la naturaleza, donde el estatus de lo natural (incluido lo biológico) no tiene un carácter unívoco, sino que se encuentra en relación con un orden cultural, el cual proporciona significado a la experiencia humana. Esta tesis general puede ser interpretada de muchas formas distintas:

- un enfoque común es aquel que propone que la naturaleza es el sustrato de la cultura. Tal idea apunta a una relación de continuidad entre ambas instancias;
- algunos otros aportes asumen que la cultura tiene, respecto a la naturaleza, una relación de disrupción más que de continuidad. Es decir, la cultura no modifica simplemente la naturaleza, sino que la subvierte: la cultura es “otra” naturaleza y no su consecuencia;
- finalmente están los que plantean el juego dialéctico entre naturaleza y cultura, conceptualizando ambas dimensiones como algo fluido y siempre cambiante.

En esta línea se sostiene que la cultura es generada por, y está ubicada en, un escenario natural y/o biológico. A pesar de ello, la cultura impone sus propias coerciones y pautas a lo “natural” mediante el juego dinámico entre una y otra, lo que provoca constantes cambios en ambas dimensiones (Berger y Luckmann, 1967). Todas estas modalidades de enfrentar el tema, con diferentes matices, coinciden en señalar que la naturaleza por sí misma no significa nada, ya que la cultura, al enmarcar lo natural, le da un sentido distintivo, que puede variar de una sociedad a otra. Razonamientos similares son hechos para el cuerpo, cuyo significado está totalmente intervenido por la cultura.

Algunas de las relaciones entre naturaleza y cultura pueden apreciarse mediante el examen de los vínculos entre el cuerpo y el yo. De acuerdo con Bryan Turner (1989: 67) “para el individuo y el grupo el cuerpo es simultáneamente un entorno (parte de la naturaleza) y un medio del yo (parte de la cultura)”.⁴⁰ El mantenimiento de nuestro

⁴⁰ La mayor parte de las teorías sociológicas establece una drástica separación entre el yo y el cuerpo (Turner, 1989).

cuerpo crea vínculos sociales y expresa relaciones culturales. Si bien es cierto que el cuerpo tiene necesidades de carácter fisiológico (comer, dormir, etc.), el contenido y regulación de éstas se sujetan a las interpretaciones simbólicas y las regulaciones sociales.

La cultura no sólo interviene estableciendo limitaciones al organismo, sino también a su funcionamiento.⁴¹ Tomemos como ejemplo el comportamiento sexual, que a pesar de tener un componente biológico está condicionado por factores culturales (Gagnon, 1984). Las prohibiciones contra el incesto ejemplifican algunos de los condicionantes culturales respecto de las prácticas sexuales. De modo que, si bien la cultura es generada por, y está ubicada en, un escenario biológico, reimpone sus propias coerciones y pautas al cuerpo. Asimismo, el cuerpo está sujeto a “males” o “enfermedades”. Amén de sus manifestaciones específicas, la enfermedad posee un componente cultural irreductible,⁴² que incluye –entre otros aspectos– la percepción y experiencia de los pacientes (síntomas), el significado atribuido a los estados “anormales”, los tipos de ayuda buscada, los juicios o diagnósticos (signos) de los terapeutas y las percepciones acerca de las ventajas del tratamiento. En este sentido puede decirse que la salud y la enfermedad se hallan fuertemente estructuradas por las categorías culturales que legitiman, normalizan y reconocen tanto los síntomas como los signos (Zoila, 1994).

Sistemas de interacción y redes sociales relevantes

Este eje temático destaca el estudio de sistemas de interacción y redes de diversa índole. Pero vale la pena tener presente que no todos los sistemas de interacción cristalizan en redes sociales y grupos. Por esto, siguiendo a Simmel, cabe señalar que la dimensión de interacción social es más amplia y abarcadora que cualquier red o grupo. Éstos representan más bien modalidades particulares de interacción social. A su vez, la interacción social implica la existencia de procesos socializa-

⁴¹ La preocupación por el cuerpo forma parte de algunas vertientes fundadoras de la sociología (Durkheim, 1960). El feminismo contemporáneo re-significa los alcances de las teorías convencionales sobre el cuerpo a la luz del psicoanálisis.

⁴² Desde el punto de vista cultural e interaccionista, es importante mencionar que autores como Menéndez, 1981; Módena, 1990; Zoila, 1994 apuntan algunas modalidades de curación, que sólo pueden ser entendidas por medio de su inserción en sistemas simbólicos ergo culturales.

dores, pero ésta no se reduce a ellos. Para los fines del presente artículo nos ocuparemos mayormente de la problemática de las transacciones y de la conformación de redes sociales, buscando al mismo tiempo ilustrar su importancia para la investigación sobre la salud reproductiva.

Interacciones y transacciones entre agentes y actores

Vivir e interactuar con los demás en grupos, asociaciones u organizaciones es un aspecto central de la vida en sociedad. Una de las aportaciones más importantes del interaccionismo simbólico consiste en la idea del "orden negociado". Este concepto destaca el hecho de que la sociedad es organizada y reorganizada permanentemente y sus arreglos modificados, sostenidos, defendidos, minados y reestructurados de manera constante como una consecuencia de los intercambios, "negociaciones" y transacciones entre actores sociales.

De acuerdo con Straus (1979), los actores están involucrados constantemente en procesos de "negociación" que tienen lugar en contextos institucionales regulados por reglas aparentemente rígidas y cristalizadas. La vigencia y actualización de esas "reglas", no obstante la apariencia indicada, hacen parte del "orden negociado" (Straus, 1979). Así, por ejemplo, uno esperaría que en los hospitales de psiquiatría ocurriera una muy estable y bien definida división del trabajo (y de autoridad) entre los doctores, enfermeras, trabajadores sociales y pacientes. Esta expectativa, sin embargo, no corresponde con la realidad de las organizaciones estudiadas por Straus. En su lugar, este último pudo identificar una situación sumamente fluida, con constantes cambios. Al parecer, las alianzas entre grupos, así como los derechos, roles, obligaciones y responsabilidades asignadas a cada uno de los agentes, son revisados y modificados continuamente, de forma que diferentes tipos de "balance" son alcanzados en diversas partes del mismo hospital en cualquier momento en el tiempo o en las mismas partes del hospital en diferentes momentos.⁴³

Lerner y Quesnel (1990, 1992), han utilizado la noción de *transacción* como instrumento conceptual en el análisis de la influencia

⁴³ El concepto de "orden negociado" fue introducido por Straus (1979) para explicar la naturaleza de la división del trabajo en hospitales psiquiátricos. Para algunas reflexiones sobre el tema veredas por este autor, véase Salles y Tuirán (1995).

que ejercen las instituciones sociales sobre las prácticas reproductivas y anticonceptivas de los individuos y parejas. La definen como “todo intercambio social que se da entre las acciones, los agentes y los actores al interior de cada institución y entre ellas” (1990: 9).⁴⁴ En este marco los actores no son vistos como meros receptores de las reglas, valores y prácticas institucionales, sino también como sus “intérpretes” y “reactores” frente a ellas.

Un aspecto de la dimensión institucional que consideramos relevante para el análisis de las acciones y el pensamiento en materia de salud reproductiva es el que tiene que ver con el contenido propiamente organizacional de las instituciones sociales, concebidas estas últimas en tanto espacios de interacción y transacción entre agentes y actores sociales.⁴⁵ En la literatura especializada es posible identificar la existencia de una variedad de enfoques para estudiar las instituciones sociales y sus aspectos organizacionales. Ellos evidentemente inspiran una diversidad de temas generales de investigación, pero tomando en cuenta las necesidades e intereses ciertamente más acotados de un marco analítico para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad es posible formular una serie de interrogantes que podrían constituir objeto de investigación. Así, por ejemplo:

- ¿De qué manera las pautas de funcionamiento de una institución de interés para la salud reproductiva (vinculadas sea con el sistema de salud, con el sistema educativo, o con otros sistemas relevantes) afectan la orientación, compromiso y prácticas de trabajo de sus agentes?⁴⁶ ¿cómo inciden estos aspectos en la relación agente/actor social dentro del contexto institucional? ¿Cuáles son los espacios para que los actores sociales protesten, reivindiquen sus derechos y sugieran modelos de interacción alternativos?

⁴⁴ En el caso de una transacción entre instituciones, Lerner y Quesnel se refieren a las interferencias y vinculaciones que se dan entre los agentes y actores de las diversas instituciones.

⁴⁵ En Salles y Tuirán (1995) se especifican ciertos rasgos de la organización interna de las instituciones sociales para precisar –a partir de ellos– algunos elementos conceptuales que pueden ser de interés para la investigación en materia de salud reproductiva.

⁴⁶ Para los fines de este texto, denominamos “sistema” a un conjunto articulado de instituciones que se ocupan de prestar un módulo o varios módulos de servicios afines entre sí, las cuales están regidas por algunas reglas y pautas organizacionales relativamente comunes.

- ¿Cómo influyen la orientación, compromiso y prácticas de trabajo de los agentes en el funcionamiento interno de las instituciones? ¿Cuáles son los márgenes de discrecionalidad permitidos a los agentes en el ejercicio de su práctica burocrática? ¿De qué manera las redes en las que participan los agentes afectan la vida interna de las instituciones y sus pautas de organización?
- ¿La vida y funcionamiento de las organizaciones son afectados por las características de “estatus latente” de los agentes y actores sociales? Si es así, ¿de qué manera?⁴⁷

Las redes sociales

Una amplia variedad de problemas sociales, algunos de ellos relevantes en el campo de la salud en general y la salud reproductiva en particular, ilustra el potencial analítico de las redes. Éstas son sumamente pertinentes para entender mejor las conductas de los individuos frente a la salud y la enfermedad y para propiciar o inhibir la búsqueda de ayuda médica. Así, por ejemplo, es rutinario que los individuos que consideran estar “enfermos” consulten a otras personas cercanas (familiares, vecinos, amigos o compañeros de trabajo) para hablar de sus síntomas y pedir consejo u orientación. Las distintas redes en las cuales participan los individuos (de parentesco, amistad, vecindad, etc.) tienen “esferas especiales de competencia”, pero todas ellas desempeñan un papel muy significativo en la determinación de los individuos de buscar (o no) atención médica (Suchman, 1967 y McKinlay, 1984).

El análisis de las redes contiene una premisa explícita de gran interés en el campo de la salud reproductiva: la estructura de relaciones entre los actores y la localización en la red tienen consecuencias importantes desde el punto de vista del comportamiento, de la percepción y de la actitud, tanto para las unidades individuales como para el

⁴⁷ El término “estatus latente”, acuñado originalmente por Peter Blau, hace referencia a los atributos particulares –a veces idiosincráticos– de los agentes y/o los actores que pueden incidir sobre el funcionamiento y las prácticas de los agentes institucionales, así como sobre los resultados de la interacción misma. Hace parte del “estatus latente” la contradicción entre la adscripción social de los roles y el ejercicio de los mismos por un individuo particular. Así, por ejemplo, Hooper *et al.* (1982) afirman que los estereotipos sostenidos por los médicos sobre clase social, raza, etc., conducen a supuestos implícitos que influyen en el resultado de las consultas.

sistema como un todo (Knoke y Kuklinski, 1982). Las relaciones e interacciones sociales son la piedra angular del análisis de redes.⁴⁸ Una red es definida generalmente como un tipo específico de relación que vincula a un conjunto definido de personas (Michel, 1969). Cabe notar que diferentes tipos de relaciones sociales dan lugar a diferentes tipos de redes, aun cuando se trate de un conjunto idéntico de individuos.⁴⁹ Entre las muchas investigaciones realizadas sobre este tema es posible señalar el contenido de algunas de las redes que han sido abordadas con mayor frecuencia. En un texto más amplio (Salles y Tuirán, 1995) mencionamos las siguientes redes: transaccionales, de comunicación, instrumentales, sentimentales, sexuales y eróticas; profesionales o gremiales y las redes familiares. En el presente texto nos ocuparemos de las siguientes.

Redes de comunicación y redes instrumentales

Las redes sociales operan como estructuras de comunicación que difunden creencias, conocimientos e información sobre reproducción, anticoncepción y salud. Autores como Entwisle *et al.* (1991), Kincaid y Rogers (1981) y Yoddumnern-Attig y Richter (1992) sostienen que el proceso comunicativo que tiene lugar en el interior de las redes sociales incide en las percepciones, actitudes y prácticas de los participantes.

Un numeroso grupo de autores ha estudiado los diferentes tipos de redes para explorar la manera como la naturaleza, estructura y funcionamiento de las mismas influye, por ejemplo, en las prácticas sexuales, reproductivas y anticonceptivas de las mujeres a lo largo de las etapas sucesivas del curso de vida. Se sabe, por ejemplo, que las redes constituidas por los familiares, amigos y pares ejercen influencia sobre el momento de inicio de la vida sexual, la adopción de un método anticonceptivo y/o la decisión de continuar o interrumpir un embarazo. Todos éstos son temas de conversación cotidiana de muchas mujeres. En este caso la comunicación combina información y

⁴⁸ Diferentes elementos orientan la construcción de sistemas de interacción inclusivos. Entre ellos destacan la edad, el género, la clase social, la etnia y el espacio social de convivencia.

⁴⁹ Las personas (objetos o eventos) que definen o forman parte de una red son generalmente identificadas como actores (o nodos). Éstos poseen atributos que los identifican como miembros de una misma clase equivalente para el propósito de determinar la red de relaciones entre ellos.

evaluación, lo que conduce a la valoración de los puntos de convergencia y divergencia de las percepciones que los participantes tienen acerca de la realidad y, por esta vía, contribuye a reducir la incertidumbre que rodea ciertas acciones y decisiones individuales (Pollack y Watkins, 1992).

Siguiendo la tipología propuesta por Boissevain (1974), Yoddumnern-Attig y Richter (1992) han examinado la influencia de tres tipos de redes sobre aspectos relacionados con la salud reproductiva de las mujeres en las diferentes etapas del curso de vida:

- Red íntima: este tipo de red supone un alto grado de contacto diario y de cercanía emocional entre los participantes. Los vínculos de la mujer en la red derivan principalmente de rasgos adscriptivos (parentesco, casta, edad, etc.) y de su proximidad con los participantes (distancia física y social).
- Red efectiva: esta red social es más amplia que la anterior; comprende vínculos primarios (amigos cercanos, grupos de pares, etc.), aunque la naturaleza de los mismos descansa principalmente en rasgos de logro (educación, ocupación, ingreso) y proximidad física y social.
- Red extensa: esta red se caracteriza por el menor grado de contacto y cercanía emocional. En ella participan proveedores de servicios de salud y líderes comunitarios.

Yoddumnern-Attig y Richter (1992), por ejemplo, demuestran que todas estas redes desempeñan un papel relevante –aunque ciertamente cambiante a lo largo de las diferentes etapas del curso de vida de las mujeres– en las prácticas reproductivas, así como en la aceptación, selección y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos.

Redes sexuales

El surgimiento del VIH-sida, que se suma a otras ETS, ha impulsado la investigación relativa a las redes sexuales (Cleland *et al.*, 1992; Caldwell *et al.*, 1993; Anarfi y Awusabo-Asare, 1993; Anarfi, 1993; Orubuloye, 1993; Ogbuagu y Charles, 1993; Adenike y Omoboloye, 1993; Omorodion, 1993; Oyene y Kawonise, 1993). Puesto que las ETS aumentan la eficiencia de transmisión del VIH-sida, la lucha contra estas

infecciones es una de las intervenciones más importantes para detener su avance. Pero incluso en ausencia del sida, las ETS causan mortalidad y morbilidad considerables.

Las ETS son infecciones sumamente comunes, que afectan predominantemente a personas de entre 15 y 44 años de edad. Según una estimación realizada por la OMS en 1990, cada año se producen más de 250 millones de nuevos casos en todo el mundo (Banco Mundial, 1994). Las ETS tienen consecuencias graves, con frecuencia irreversibles, que afectan en medida desproporcionada a las mujeres. Éstas pueden derivar en problemas diversos de salud reproductiva, tales como: 1) dolores crónicos e infertilidad; 2) complicaciones del embarazo, tales como el aborto espontáneo, el embarazo ectópico y el inicio prematuro del alumbramiento; 3) infección puerperal, que puede causar infertilidad o muerte; y 4) infección de la criatura. La incidencia de las ETS por lo general se acompaña de un desconocimiento de cómo se propagan o previenen dichas enfermedades, cuáles son sus síntomas y sus complicaciones. En la bibliografía reciente, el término "red sexual" (*sexual networking*)⁵⁰ es utilizado en forma específica para referirse a las relaciones y práctica sexual que sostiene un individuo con dos o más personas, sea en forma consecutiva o simultánea dentro de un periodo específico. Estas son en realidad mini-redes que probablemente están interconectadas entre sí, formando redes más grandes y complejas. Los estudios citados intentan: a) descubrir los patrones de conformación de dichas redes; b) determinar la frecuencia de la actividad sexual según características diversas de los individuos involucrados en las redes (por ejemplo, nivel de educación y edad); c) establecer el número de parejas sexuales que una persona ha tenido en toda su vida; d) determinar la edad en que se tuvo la primera relación sexual; y e) establecer la extensión de las ETS. Las investigaciones citadas afirman que para profundizar en el conocimiento de las redes sexuales es necesario reconocer que el acceso a éstas tiende a variar a lo largo del curso de vida de las personas.⁵¹

⁵⁰ En estos estudios, el uso del término "red sexual" no debe ser confundido con el concepto más amplio y elaborado de "red social", que ha sido utilizado en la investigación en ciencias sociales.

⁵¹ A pesar de que la división entre sexo premarital, marital y extramarital supone la predominancia de las relaciones heterosexuales y la universalidad del matrimonio, esta clasificación suele servir como punto de partida para explorar la extensión y algunas características de las redes sexuales.

Consideraciones finales

Es innegable que el enfoque de la salud reproductiva ha realizado importantes aportaciones para integrar distintas dimensiones de la sexualidad, la salud y la reproducción que antes aparecían dispersas. Asimismo, la contribución de las ciencias sociales ha sido relevante para promover una comprensión y evaluación más realistas de las fuerzas que afectan las motivaciones, decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos de las personas; comprender el significado de la sexualidad en sus contextos ético, social y de salud; tomar en cuenta las fuerzas sociales que modelan los derechos y la condición de la mujer tanto en la sociedad y en la comunidad como en la familia, sin descuidar temas relacionados con el papel y derechos de los hombres en esos mismos ámbitos, así como las relaciones de poder entre los sexos y las parejas;⁵² dar visibilidad a los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales y explorar la influencia que éstos ejercen en las decisiones, elecciones y comportamientos individuales.

Sin embargo, las diferentes dimensiones, procesos y eventos que el concepto de salud reproductiva pretende abarcar tienen una amplitud tal que han llevado a diversos autores a cuestionar la adecuación entre el denominativo “salud reproductiva” y la riqueza de situaciones y dimensiones a que se refiere. Así, por ejemplo, se ha señalado que ninguna de las diferentes formulaciones de salud reproductiva ha logrado explicar claramente los criterios que justifican la inclusión de cada uno de los temas que convencionalmente se incluyen bajo el paraguas conceptual de la salud reproductiva (IUSSP, 1994).⁵³ Es claro que si se quiere abarcar una realidad tan compleja como la que se propone, resulta conveniente repensar su contenido y llevar a cabo un esfuerzo de precisión y ampliación conceptual, pues ésta va más allá de los problemas de salud que supuestamente la reproducción implica: ¿por qué el término “salud reproductiva”, si todo lo que cubre

⁵² Ello supone considerar —en las interpretaciones y acciones en este campo— las relaciones de género en una perspectiva de equidad e igualdad y superar los atributos de docilidad y subordinación tomados como inherentes a la condición femenina. De hecho, este enfoque destaca la importancia de reforzar la capacidad de decisión de la mujer en el ámbito de las decisiones y prácticas sexuales, reproductivas y de planificación familiar.

⁵³ Las opciones en este campo no son óptimas: las definiciones estrechas corren el riesgo de hacer a un lado factores relevantes que afectan la salud reproductiva, mientras que definiciones más amplias tienden a diluir el concepto y a limitar su utilidad.

el “paraguas conceptual” indicado no es reductible a esta dimensión? Si se incluye la sexualidad en general ¿por qué hablar entonces –en términos estrictos– de reproducción? Además, como ya señalamos, existe tensión entre los campos cubiertos por la salud reproductiva y la salud sin adjetivos, lo que se expresa en el hecho de que algunos autores defiendan una concepción que va más allá de los problemas de salud asociados con las funciones reproductivas.⁵⁴

Las limitaciones y ambigüedades de que adolece el enfoque de la salud reproductiva quizá resulten del papel que éste ha desempeñado como herramienta para la movilización y la construcción de consensos. Al parecer, “su poder reside menos en el rigor de las categorías que define que en su *habilidad para integrar o incorporar las aspiraciones de un número amplio de grupos e intereses*” (IUSSP, 1994).⁵⁵ Una agenda de salud reproductiva ofrece a las políticas de población un discurso aparentemente novedoso y fresco para encarar una amplia variedad de eventos y fenómenos que antes aparecían dispersos. Su rápida adopción en el diseño de las políticas en este campo, así como en la actividad de muchos de los grupos que trabajan en un número variado de temas y áreas de acción, confirma el potencial movilizador de esta propuesta.

El creciente interés por la salud reproductiva ha venido a expresar la convergencia de opiniones de diversos y variados grupos de interés y contribuido a definir un nuevo campo en el que tiene lugar el entrelazamiento de conocimientos y prácticas llevados a cabo por algunos actores y agentes emergentes y otros ya establecidos.⁵⁶ Los gru-

⁵⁴ Aunque este tipo de cuestiones está sujeto a debate, cabe destacar que en la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), realizada en El Cairo, ya se encuentra la sugerencia de una ampliación conceptual de este enfoque, que incluye el binomio salud sexual y reproductiva, cuya consistencia deberá ser evaluada.

⁵⁵ Uno de los méritos de la formulación pionera del enfoque de la salud reproductiva (Fathalla, 1991b; Barzelatto, 1988) es la conjunción de los eventos que inician con la vida sexual, la concepción, el embarazo, el nacimiento, la crianza de la prole y continúan durante las diferentes etapas del curso de vida de los individuos, pero resulta indispensable integrarlos y articularlos mediante el establecimiento de ejes analíticos y conceptuales, lo que supone contrarrestar los matices pragmáticos muchas veces implicados en la formulación de este tipo de conceptos.

⁵⁶ Se trata de un campo emergente en el que tiene lugar una búsqueda aún inconclusa de contenidos, de aplicación de los mismos y de institucionalización de las prácticas que este enfoque predica. En este proceso participan diferentes actores, agentes y discursos que todavía no logran articular planteamientos y propuestas de solución consensuales, aunque sin duda se perfilan ideas y prácticas dominantes.

pos interesados en promover una agenda de salud reproductiva –o afines a ella– han seguido diversas estrategias, todas ellas complementarias en sus esfuerzos por influir en la definición del problema y en la formulación de políticas públicas relevantes, cada una de las cuales plantea una amplia variedad de problemas y dilemas. Diversos autores (Tuirán, 1988; Dixon-Müeller, 1993b; Salles y Tuirán, 1995) han puesto especial atención en las siguientes tres estrategias:

- La primera ha descansado en la edificación de formas diversas de organización social y su agrupación en redes y movimientos que representan los intereses de mujeres y hombres de distintos orígenes sociales y filiaciones ideológicas variadas. La experiencia de algunos países revela lo difícil que esta estrategia resulta en una sociedad heterogénea donde la existencia de identidades diversas (según clase, etnicidad, religión, región, etc.) tiende a oscurecer la conciencia de intereses comunes.
- La segunda estrategia ha implicado el establecimiento de coaliciones y alianzas coyunturales de complejidad y duración variadas. Tales alianzas con otros actores y agentes institucionales han surgido como intentos pragmáticos de maximizar la influencia que pueden tener los diversos grupos que impulsan una agenda de salud reproductiva en la formulación de políticas públicas. Puntos de vista divergentes y problemas de entendimiento mutuo pueden provocar que la colaboración sea difícil, transitoria o reducida a la promoción de contenidos o acciones con un alcance relativamente estrecho.
- La tercera estrategia ha exigido que los grupos y personas interesados en impulsar una agenda de salud reproductiva adquieran habilidades políticas, ocupen posiciones en los poderes legislativo, ejecutivo o judicial y participen activamente en los procesos de toma de decisiones, lo cual no sólo es una práctica deseable, sino una necesidad para que ellos mismos contribuyan a impulsar de manera decidida la promoción, defensa y protección de los derechos de sus representados.

Las definiciones que aluden a los problemas de salud reproductiva han podido ganar espacios sociales e institucionales porque atañen a cuestiones clave de la vida de las personas, tales como la sexualidad, la reproducción, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y la salud en general. Asimismo, algunas de estas definiciones han encon-

trado terreno fértil en la burocracia y las políticas públicas por las aparentes ventajas que tiene como propuesta racionalizadora, englobadora, integradora y supuestamente más eficiente en comparación con la de los “enfoques estrechos” o “parciales”.

Para que este discurso devenga en prácticas de los actores o de los sujetos de los derechos, es necesario que las definiciones y propuestas propias del enfoque de la salud reproductiva se difundan ampliamente y entren en un campo de disputa del cual participe también la población, de forma que ésta los resignifique y los reconozca como problemas suyos y no como algo que es definido o impuesto desde “arriba”. A pesar de los esfuerzos involucrados en la construcción de consensos durante más de una década, se advierte que el discurso y prácticas dominantes vinculados con la salud reproductiva todavía permanecen muy lejanos a los promovidos por diversos grupos, movimientos y expresiones organizadas de la sociedad civil.

Con frecuencia se apunta que el discurso y prácticas de la salud reproductiva siguen teniendo un fuerte sesgo biomédico y continúan haciendo hincapié en las funciones reproductivas de las mujeres, especialmente por el acento puesto en los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar.⁵⁷ Frente a ello, diversos autores (Correa, 1994) sostienen que está latente el riesgo de la manipulación política, arguyendo que las nuevas alianzas para promover el nuevo discurso y prácticas de la salud reproductiva están siendo utilizadas por el viejo *establishment* de países muy diversos como medios instrumentales para legitimar fines opuestos a los que estuvieron en el origen de esas alianzas políticas.⁵⁸ En este marco, es importante entender la relación existente entre una situación definida como problema social por un grupo y la sociedad más amplia. Para legitimar lo que dicen uno o varios grupos de interés, es necesario que la sociedad asuma esa definición y la adopte como legítima.⁵⁹ Por ello, vale la pe-

⁵⁷ Algunas feministas advierten que el viejo discurso controlista persiste bajo la modalidad de un nuevo ropaje.

⁵⁸ Con frecuencia se plantea que el discurso dominante enfatiza las dimensiones del nivel micro (sistema de relaciones de género en la familia, sexualidad, acceso adecuado a los servicios de salud y a programas educativos). Si bien dichas dimensiones son relevantes, el feminismo propone integrarlas a temas más amplios, como la transformación de las políticas de desarrollo económico, poblacional y social del Estado y la ampliación de los derechos económicos y sociales de las mujeres.

⁵⁹ Puede haber algunos grupos que declaren que una situación constituye un problema social, pero debe haber un proceso de respuesta, mediante la interacción con otros grupos de la sociedad, para que ésta las acepte y valide. Esto significa que las de-

na preguntarse: ¿existe alguna convergencia entre el discurso político, social, académico o el del saber médico?, ¿o entre cada uno de éstos y el entendimiento popular?, ¿cómo establecer puentes entre ellos?, ¿cómo entiende la población el discurso y prácticas que implica el concepto de salud reproductiva?, ¿le dice algo?, ¿qué tiene que ver el discurso de la salud reproductiva con lo que el ciudadano común entiende o le resulta significativo?

Bibliografía

- Adenike, Beatrice y A. O. Omoboloye (1993), "Sexual Networking among some Lagos State Adolescent Yoruba Student", *Health Transition Review*, Australia, suplemento, núm. 3, pp. 151-157.
- Alatorre Rico, Javier, Ana Langer y Rafael Lozano (1994), "Mujer y salud", *Las mujeres en la pobreza*, México, Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (Gimtrap), El Colegio de México, pp. 217-241.
- Alba Hernández, Francisco y Joseph E. Potter (1986), *Population and Development in Mexico since 1940: An Interpretation*, Nueva York, Population Council.
- Anarfi, John (1993), "Sexuality Migration and AIDS in Ghana -A Socio-behavioural Study", *Health Transition Review*, suplemento, núm. 3, pp. 45-67.
- , Kofi Awusabo-Asare y D. K. Agyema (1993), "Women's Control over their Sexuality and the Spread of STDs and HIV/AIDS in Ghana", *Health Transition Review*, suplemento, núm. 3, pp. 69-84.
- Aparicio, R. (1993), "Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México", *IV Conferencia latinoamericana de población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. 2, México, INEGI/Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 809-824.
- Atkin, Lucille (1993), "La investigación social como recurso para promover la maternidad sin riesgos", trabajo presentado en la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en México, Cocoyoc, Morelos, 8-11 de febrero.
- Banco Mundial (1994), "Informe sobre el desarrollo mundial, 1994: infraestructura y desarrollo. Resumen", Washington, Banco Internacional de Reconstrucción.
- Barquet, Mercedes (1994), "Género y pobreza", *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México, pp. 73-89.

tiniciones que se originan en un grupo acerca de un problema social necesitan recibir el aval de otros grupos y de la sociedad más amplia. En resumen, en esta etapa los grupos sociales buscan definir y ganar la aceptación social para que una cuestión sea concebida como un problema social.

- Barroso, C. (1989), "As pesquisas sobre o aborto na America Latina e os estudos de mulher", *Revista Brasileira de Estudos de População*, Fundação Carlos Chagas, vol. 6, núm. 1, pp. 35-60.
- Barroso, Carmen y Sonia Correa (1991), "Servidores públicos versus profesionales liberales, la política de la investigación sobre anticoncepción", *Estudios Sociológicos*, vol. 9, núm. 25, pp. 75-104.
- Barzelatto, J. (1988), "Foreword", Diczfalusy *et al.* (eds.), *WHO Special Programme of Research. Development and Research Training in Human Reproduction. Biennial Report (1986-1987)*, Ginebra, World Health Organization.
- (1989), "Reflections about Ethics and Human Reproduction and the Sense of the Conference", en Z. Bankowski y J. Barzelatto (comps.), *Ethics and Human Values in Family Planning. Conference Highlights, Papers and Discussion, XXI CIOMS Conference, Bangkok, Thailand, 19-24 June 1988*, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), pp. 63-67.
- Berger, Peter y Thomas Luckmann (1967), *The Social Construction of Reality: Treatise in the Sociology of Knowledge*, Londres, Allen Lane.
- (1973), *Pyramids of Sacrifice, Political Ethics and Social Change*, Nueva York, Basic.
- Boissevain, Jeremy (1974), *Friends of Friends: Networks, Manipulators and Coalitions*, Oxford, Basil Blackwell (Pavilion Series, Social Anthropology, 25).
- Bourdieu, Pierre (1988), *La distinción, criterios y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus (Ensayistas, Serie Maior, 259).
- Brachet, Viviane (1992), "La investigación en salud reproductiva en México", *Reflexiones. Sexualidad, salud y reproducción*, vol. 1, núm. 1, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Bronfman, Mario, Susana Lerner y Rodolfo Tuirán (1986), "Socio-economic Consequences of Mortality Change in Peasant Societies", *Consequences of mortality trends and differentials*, Nueva York, U.N. Department of International Economic and Social Affairs (Population Studies, 95, ST/ESA/SERA/95), pp. 43-51.
- Bulatao, Rodolfo A. y Ronald D. Lee (eds.) (1983), *Determinant of Fertility in Developing Countries. A Summary of Knowledge*, 2 vols., Nueva York, Academic Press (Studies Population).
- Caldwell, J. (1988), "An Overview on the Potential and Actual Contribution of the Anthropological Approach to the Understanding of Factors Affecting Demographic Variables: Fertility, Mortality and Migration", *African Population Conference, Dakar, Senegal, November 7-12*, Liège, Bélgica, International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), pp. 7-21.
- *et al.* (eds.) (1990), *What We know about about Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health?*, 2 vols., Australia, Health Transition Center, Australian National University.
- , Pat Caldwell y E. M. Ankrah (1993), "African Families and AIDS: Context, Reactions and Potential Interventions", *Health Transition Review*, suplemento, núm. 3, pp. 1-16.

- Camarena, Rosa Ma. y Guadalupe Salas (1988), "Propuestas de un esquema conceptual para la investigación social en planificación familiar", *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, México, Dirección General de Planificación Familiar, Subsecretaría de Servicios de Salud, pp. 5-24.
- Cervantes, A. (1993), "México: políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales", *IV Conferencia latinoamericana de población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. 1, México, INEGI/IIIS, UNAM, pp. 759-789.
- Chambers, Robert (1983), *Food Policy Issues in Low-income Countries*, Washington, World Bank.
- Cleland, John (1992), "Socioeconomic Inequalities in Childhood Mortality: the 1970s to the 1980s", *Health Transition Review*, vol. 2, núm. 1, pp. 1-18.
- y C. Wilson (1987), "Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View", *Population Studies*, vol. 41, núm. 1, pp. 5-30.
- Corona, Ester (1994), "Salud sexual y reproductiva", trabajo escrito para Unifem como parte de los preparativos para Beijing 1994, México (mimeo.).
- Correa, Sonia (1994), "Sexual and Reproductive Health and Rights: The Southern Feminist Approach", *Population and Reproductive Rights. Feminist Perspectives from the South*, Londres-Nueva Jersey, Zed Books.
- "Declaración de las mujeres sobre políticas de población mundial. En preparación a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo 1994", *Voces de las mujeres 94*, México, marzo de 1993 (mimeo.).
- Demeny, P. (1986), "Population and the Visible Hand", *Demography*, vol. 23, núm. 4, pp. 476-487.
- Dixon-Müeller, Ruth (1989), "Patriarchy Fertility, and Women's Work in Rural Societies", *International Population Conference, Nueva Delhi, septiembre 20-27*, vol. 2, Liège, Bélgica, IUSSP, pp. 291-303.
- (1993a), "The Sexuality Connection in Reproductive Health", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 5, pp. 269-282.
- (1993b), *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*, Westport, Connecticut, Praeger.
- Donzelot, Jacques (1980), *The policing of families*, Londres, Hutchinson.
- Durkheim, E. (1960), *Les formes élémentaires de la vie religieuse: le système totémique en Australie*, 4ª ed., París, PUF.
- Entwisle et al. (1991), "On the Importance of Context. Reply to Isvan", *American Sociological Review*, vol. 56, núm. 1, pp. 136-139.
- Faria, Vilmar E. (1982), "Organização da população", *Reproducción de la población y desarrollo*, vol. 2, São Paulo, Clacso, pp. 787-798.
- (1988), "Políticas de governo e regulação da fecundidade. Consequências não antecipadas e efeitos perversos", documento preliminar para discusión, São Paulo.
- y J. E. Potter (1989), *Development, Government Policy and Fertility Regula-*

- tion in Brazil*, Austin Texas, Texas Population Research Center, University of Texas (Texas Population Research Center Paper, 12.02).
- Fathalla, M. F. (1991a), *Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead*, World Health Organization, Biennial Report, 1990-1991, World Health Organization.
- (1991b), "Reproductive Health: A Global Overview", *Frontiers in Human Reproduction*, Nueva York, Annals of the New Academy of Sciences.
- Faúndes, Aníbal, Ellen Hardy y José Aritodemo Pinotti (1989), *Commentary on Women's Reproductive Health: Means or End?*, Irlanda, International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Field, Martha A. (1989), "Controlling the Woman to Protect the Fetus Law", *Medicine Health Care*, vol. 17.
- Figueroa, Juan G. (1990), "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", documento presentado en la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, 23-27 de abril (mimeo.).
- (1991), "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 6, pp. 590-601.
- (1992), "El enfoque de género para el estudio de la sexualidad: algunas reflexiones", trabajo presentado en el Simposio de Salud Reproductiva Sexual, Oaxaca (mimeo.).
- y Blanca M. Aguilar (1992), "Reproducción, derechos humanos y planificación familiar: algunas reflexiones", trabajo presentado en el II Coloquio Universitario de Investigación y Estudios sobre las Mujeres y las Relaciones entre los Géneros, México, UNAM (mimeo.).
- , Blanca M. Aguilar y M. G. Hita Dussel (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.
- Foucault, Michel (1984), *Historia de la Sexualidad*, t. 1: *La voluntad de saber*, cap. 3, México, Siglo XXI, pp. 126-139.
- Frenk, Julio, José L. Bobadilla, Claudio Stern, Tomás Frejka y Rafael Lozano (1991), "Elementos para una teoría de la transición en salud", *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 5, pp. 448-462.
- Fundación Ford (1992), "Reproductive Health: A Strategy for the 1990's", Nueva York.
- Gagnon, John y William Simmon (1984), "Sexual Scripts", *Society*, noviembre-diciembre.
- García, B., H. Muñoz y Orlandina de Oliveira (1982), *Hogares y trabajadores en la ciudad de México*, México, El Colegio de México-IIS, UNAM.
- Gargallo, Francesca (1994), *Estar en el mundo*, México, Era (Biblioteca Era).
- Germain, Adrienne y R. Dixon-Müeller (1994), "Population Policy and Feminist Political Action in Three Developing Countries", en Jason Finkle y C. A. McIntosh (eds.), *The New Politics of Population: Conflict and Consensus*

- in *Family Planning*, suplemento de *Population and Development Review*, vol. 20, pp. 197-219.
- y Jane Ordway (1989), *Control de población y salud de las mujeres, equilibrando la balanza*, Lima, Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres.
- Giddens, Anthony (1984), *The Constitution of Society, Outline of the Theory or Structuration*, Cambridge, Polity Press.
- Ginsburg, Faye y Rayna Rapp (1991), "The Politics of Reproduction", *Annual Review of Anthropology*, vol. 20, pp. 311-343.
- Goldani, Ana María (1989), "Women's Transitions, the Intersection of Female Life Course, Family and Demographic Transition in Twentieth Century Brazil", tesis de doctorado, Austin, University of Texas.
- Gribble, J. et al. (1989), "Family Planning Based on Reproductive Risk", reporte técnico final, México, IMSS/Academia Mexicana de Investigación Médica (Amidem), julio 1, 1986 a mayo 31, 1989.
- Ham, R. (1994), "Cambio demográfico y seguridad social", *Foro sobre prioridades de la política de población hacia el año 2000*, México, Fundación Mexicana Cambio XXI-Luis Donaldo Colosio, julio.
- Hammel, E. A. (1990), "A Theory of Culture for Demography", documento de trabajo, núm. 28, Berkeley, Institute of International Studies, Program in Population Research, University of California, julio.
- Hansluwka, H. E. (1985), "Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations", *Social Science and Medicine*, vol. 20, núm. 12, pp. 1207-1224.
- Hooper, D. A., L. M. Comstock, E. M. Hooper y J. M. Goodwin (1982), "Physician Behavior that Correlate with Patient Satisfaction", *Journal of Medical Education*, vol. 57, núm. 2, pp. 105-112.
- IUSSP (International Union for the Scientific Study in Population) (1994), *A Research Agenda for Reproductive Health*, Comité sobre Salud Reproductiva, noviembre.
- Jain, Anrudh y Judith Bruce (1993), *Implications of Reproductive Health for Objectives and Efficacy of Family Planning Programs*, Nueva York, Programs Division, The Population Council (Documentos de Trabajo, 8).
- Jamison, Dean T. et al. (eds.) (1993), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York, Oxford Medical Publications/Oxford University.
- Juárez-Carcano, Ma. del Rosario de Fátima, Julieta Quilodrán y Ma. Eugenia Zavala de Cosío (1989), "De una fecundidad natural a una controlada, México 1950-1980", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 4, núm. 1 (10), pp. 5-51.
- Jusidman, Clara y Vania Salles (1994), "Privación y pobreza femenina", México, Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza (Gimtrap), El Colegio de México (mimeo.).
- Kabeer, N. (1992), "Evaluating Cost-benefits Analysis as a Toll for Gender Planning", *Development and Change*, vol. 23, núm. 2, pp. 115-139.

- Kincaid, D. L. y E. M. Rogers (1981), *Communication Networks: Towards a New Paradigm for Research*, Nueva York, Free Press.
- Knoke, D. y J. H. Kuklinski (1982), *Network analysis*, Beverly Hills, Sage Publications (Series/07-028).
- Lamas, Marta (1994), "Cuerpo: diferencia social y género", *Debate Feminista*, vol. 10, pp. 3-31.
- Langer, Ana (1993), "Planificación familiar y salud de la mujer", trabajo presentado en el Seminario Veinte años de Planificación Familiar en México, Somede, abril.
- , M. Romero y B. Hernández (1994), "Estimating Maternal Mortality in Rural Areas of Mexico: The Application of an Indirect Demographic Method", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 46, núm. 3, pp. 285-289.
- Lara, Asunción y Nelly Salgado (1994), "Pobreza y salud mental", *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México, pp. 243-291.
- Lerner, Susana (1973), *Law Population in Mexico*, Medford, Massachusetts, Fletcher School of Law and Diplomacy Tufts University (Law and Population Monograph Series, 23).
- y André Quesnel (1990), "Mediciones institucionales y regulación de la fecundidad, reflexiones en torno al estado del conocimiento", trabajo presentado en la IV Reunión de Investigación Demográfica en México, México, abril 23-27 (mimeo.).
- y André Quesnel (1992), "La dimensión institucional en la regulación de la fecundidad en México: una interpretación", *El poblamiento de las Américas. Veracruz 1992*, 3 vols. IUSSP/ABEP/ECD/PAA/Prolap/Somede, vol. 3, pp. 97-116.
- Leslie, Joanne (1992), *Women's Lives and Women's Health: Using Social Science Research to Promote Better Health for Women*, The Population Council/International Center for Research on Women.
- Loyola, Andrea y María da Conceição Quintero (1982), *Instituições e reprodução. Estado da actuação das instituições sociais no processo de reprodução humana*, São Paulo, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.
- Lozano, R., J. L. Bobadilla, J. Frenk, T. Frejka y C. Stern (1993), "The Epidemiologic Transition and Health Priorities", en Dean T. Jamison *et al.* (eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York, Oxford Medical Publications/Oxford University Press, pp. 51-63.
- Maine, D. y L. P. Freedman (1993), "Women's Mortality: A Legacy of Neglect", en Marge Koblinki *et al.* (eds.), *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press, pp. 147-170.
- Marshall, T. H., R. J. Lightfoot y J. F. Smith (1974), "Fertility in Ewes Caused by Prolonged Grazing on Oestrogenic Pastures Oestrus, Fertilization and Cervical Mucus", *Australian Journal of Biological Sciences*, vol. 27, núm. 4, pp. 409-414.
- Mattei, H. (1990), "El espaciamiento de los nacimientos en Puerto Rico", *Puerto Rico Health Sciences Journal*, vol. 9, núm. 1, pp. 51-59.

- Mayer, Karl Ulrich y W. Müller (1986), "The State and the Structure of the Life Course", en A. B. Sorensen *et al.* (eds.), *Human Development and the Life Course: Multidisciplinary Perspectives*, Hillsdale, Nueva Jersey, Erlbaum, pp. 217-245.
- y Urs Schoepflin (1989), "The State and the Life Course", *Annual Review of Sociology*, vol. 15, Los Angeles, University of California, pp. 187-209.
- McKinlay, John B. (ed.) (1984), *Issues in the Political Economy of Health Care*, Nueva York, Tavistock (Contemporary Issues in Health, Medicine and Social Policy, 276).
- McNicoll, Geoffrey (1978), *Notes on Fertility Policy Research*, Nueva York, Center for Policy Studies, Population Council (Working Papers).
- Menéndez, Eduardo (1981), "Clases subalternas y el problema de la medicina denominada «tradicional»", *Cuadernos de la Casa Chata*, 32, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, Ma. del Carmen (1984), "Factores socioeconómicos y demográficos de la mortalidad infantil en Arroyo Naranjo. La paridad, las condiciones de la vivienda y el área de salud", *Revista Cubana de Administración de Salud*, vol. 10, núm. 2, pp. 157-168.
- Michel Wolfrohm, H. (1970), "Sterilite feminine et avortement spontone de cause physique", *Proceedings of the Sixth World Congress on Fertility and Sterility, Tel Aviv, Mayo 20-27, 1968*, Jerusalén, Academy of Sciences and Humanities, pp. 396-410.
- Miller, F. y R. Sartorius (1979), "Population Policy and Public Goods", *Philosophy and Public Affairs*, vol. 8, núm. 2, pp. 147-174.
- Miró, C. (1980), "Social Science and Development Policy: the Potential Impact of Population Research", *Population and Development Review*, vol. 6, núm. 3, pp. 421-440.
- y C. Potter (1984), *Población y desarrollo. Estado del conocimiento y prioridades de investigación*, México, El Colegio de México.
- Módena, Ma. Eugenia (1990), *Madres, médicos y curanderos: diferencias culturales e identidad ideológica*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) (Ediciones de la Casa Chata, 37).
- Montali, L. y N. Patarra (1982), "Introducción: Estudio da Reprodução da população: anotaces críticas sobre sua evolução e encaminhamento de propostas alternativas", *Reproducción de la población y desarrollo*, vol. 2, São Paulo, Clacso.
- Mosley, W. H. y P. Cowley (1991), "The Challenge of World Health", *Population Bulletin*, vol. 46, núm. 4, pp. 1-39.
- Muñoz García, Humberto y Ma. Herlinda Suárez Zozoya (1994), *Perfil educativo de la población mexicana*, Aguascalientes, INEGI (Serie Monográfica).
- National Research Council (1989), *Contraception and Reproduction, Health Consequences for Women and Children in the Developing World*, Washington, National Academy.
- Ogbuagu, S. C. y J. O. Charles (1993), "Survey of Sexual Networking in Calabar", *Health Transition Review*, suplemento, núm. 3, pp. 105-119.

- Oliveira, Orlandina de y Vania Salles (1986), "Reproducción social, población y fuerza de trabajo: aspectos conceptuales y estrategias de investigación", trabajo presentado en la III Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, Somede/El Colegio de México, noviembre.
- y Rodolfo Tuirán (1994), "Población, género y salud reproductiva", trabajo presentado en la Reunión de Sociedad Internacional de Desarrollo (SID), México, 6-9 de abril.
- Omorodion, F. I. (1993), "Sexual Networking Among Market in Benin City. Bendel State, Nigeria", *Health Transition Review*, suplemento, núm. 3, pp. 159-169.
- Omran, Abdel Rahim (1971), *Beneficios para la salud de la planificación familiar*, documento de trabajo MCH/71.7, Ginebra, oms.
- (1983), *Population Problems and Prospects in the Arab World*, Nueva York, United Nations Fund for Population Activities (Population Profiles, 22).
- Ortiz Ortega, A. (1993), "El aborto en condiciones riesgosas. Ocultamiento, ilegalidad, corrupción y negligencia", *Demos. Carta Demográfica sobre México*, núm. 6, pp. 27-28.
- Orubuloye, I. O. (1993), "Patterns of Sexual Behaviour of High Risk Groups and Their Implications for STDS and HIV/AIDS Transmission in Nigeria", en *International Population Conference, Montréal 1993*, Liège, IUSSP, pp. 369-381.
- Oyeneye, O. Y. y S. Kawonise (1993), "Sexual Networking in Ijebu-Ode, Nigeria: An Exploratory Study", *Health Transition Review*, suplemento, núm. 3, pp. 171-183.
- Patarra, N., M. C. de Oliveira y L. T. Montali (1985), "Alguns problemas teórico-metodológicos dos estudos de população na America Latina", documento de trabajo, núm. 3, Campinhas, Brasil, Nucleo de Estudos de População (Nepo), Universidade Estadual de Campinhas, octubre.
- Pérez Tamayo, Ruy (1988), *El concepto de la enfermedad, su evolución a través de la historia*, 2 vols., México, Fondo de Cultura Económica.
- Petchesky, P. (1994), "Summary of the Working Group of Accountability Mechanism and Human Rights", *Reproductive Health and Justice*, International Women's Health and Cairo, 1994, enero 24-28, 1994, Río de Janeiro, Nueva York, International Women's Health Coalition, pp. 31-54.
- Pollack, R. A. y Susan C. Watkins (1992), "Cultural and Economic Approaches to Fertility: A Proper Marriage or a Mesalliance?", trabajo (2) presentado en el Annual Meeting of the Population Association of America, Denver, Colorado, abril 30-mayo 2 (mimeo.).
- Population Reports (1988), "Mother's Lives Matter: Maternal Health in the Community" por Lettenmaier, C., Liskin, L., Church, C. A. Series L: *Issues in World Health*, núm. 7, pp. 1-31.
- Potter, Joseph E. (1984), *Conocimiento del papel de algunas variables intermedias de la fecundidad*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.

- Pullum, Thomas W., J. B. Casterline y F. Juárez (1985), "Changes in Fertility and Contraception in Mexico, 1977-82", *International Planning Perspectives*, vol. 11, núm. 2, pp. 40-47.
- , J. B. Casterline e Iqbal H Shah (1987), "Adapting Fertility Exposure Analysis to the Study of Fertility Change", *Population Studies*, vol. 41, núm. 3, pp. 381-399.
- Przeworski, A. (1982), "Teoría sociológica y el estudio de la población: reflexiones sobre el trabajo de la comisión de población y desarrollo de Clacso", *Reflexiones teórico-metodológicas sobre las investigaciones en población*, México, El Colegio de México/Clacso, pp. 59-99.
- Quilodrán, Julieta (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- Riley, Matilda White (1990a), *Social Change and the Life Course*, vol. 1: Newbury Park, Beverly Hills, California, Sage Publications.
- (1990b), *Social Structures and Human Lives*, vol. 2, Newbury Park, Beverly Hills, California, Sage Publications.
- (1990c), *Sociological Lives*, Newbury Park, Beverly Hills, California.
- Rothman, K. J. (1982), "Spermicide Use and Down's Syndrome", *American Journal of Public Health*, vol. 72, núm. 4, pp. 399-401.
- Royston Belsey, M. A. y E. Royston (1987), *Overview of the Health of Women and Children*, Nueva York, The Population Council.
- Rubin-Kurtzman, Jane (1994), "Toward a Broader Framework of Family Planning Research" (mimeo.).
- Sahlins Marshall, David (1976), *Culture and Practical Reason*, Chicago, University of Chicago.
- Sai, Fred T. y Janet Nassim (1989), "The Need for a Reproductive Health Approach", *International Journal of Gynecology Obstetrics*, suplemento, núm. 3, pp. 103-113.
- Salles, Vania (1991), "Cuando hablamos de familia ¿de qué familia estamos hablando?", *Nueva Antropología*, vol. 11, núm. 39, pp. 53-88.
- (1992), "Las familias, las culturas, las identidades", en J. Manuel Valenzuela (comp.), *Decadencia y auge de las identidades*, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, pp. 163-190.
- (1994), "Nuevas miradas sobre la familia", en Ma. Luisa Tarrés (comp.), *La voluntad de ser. Mujeres en los noventa*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), El Colegio de México, pp. 137-154.
- y R. Tuirán (1995), "Dentro del laberinto: primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones. Sexualidad, salud y reproducción*, núm. 6.
- Scott, Joan W. (1988), "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en James Amelang y Mary Nash (eds.), *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia, Alfons el Magnanim/Institu-

- cio Valencia D. Estudios I Investigacio, pp. 23-55.
- Scully, Patricia E. y Linda Ladislau-Sanei (1986), "ICORT II Proceedings", en *Second International Conference on Oral Rehydration Therapy, diciembre 10-13, 1985*, Washington D. C., Creative Associates, pp. 30-41.
- Sommer, A., J. Katz, V. J. Carey y S. L. Zeger (1993), "Estimation of Design Effects and Diarrhea Clustering Within Households and Villages", *American Journal of Epidemiology*, vol. 138, núm. 11, pp. 994-1006.
- Straus, Murray (1979), "Measuring Interfamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (cr) Scales", *Journal of Marriage and Family*, vol. 41, núm. 1, pp. 75-88.
- Suchman, Edward Allen (1967), *Evaluative Research, Principles and Practice in Public Service (and) Social Action Programs*, Nueva York, Russell Sage Foundation.
- Toro, Olga Lucía (1989), "Commentary on Women-centered Reproductive Health Services", Irlanda, International Federation of Gynecology and Obstetrics (mimeo.).
- Tuirán, Rodolfo (1986), "Reproducción, demografía y reproducción social: una relación por descifrar", *Memorias de la III Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México, 1986.
- (1988), "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", *Memorias de la reunión de avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, México, Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, pp. 45-48.
- (1990), *Socio Structure and Life Course*, Austin, Population Research Center, University of Texas.
- (1993), "Social Stratification, Population Dynamic and Informalization. The Argentine Experience", *International Population Conference, Montréal, 1993*, vol 2., Liège, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 449-466.
- Turner, Bryan S. (1989), *El cuerpo y la sociedad, exploraciones en teoría social*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Urbina Fuentes, M., J. L. Palma Cabrera y A. Gómez del Campo (1991), "El impacto de la planificación familiar en algunos indicadores del bienestar social", *Gaceta Médica de México*, vol. 127, núm. 2, pp. 153-160.
- Vallin, Jacques, Stan D'Souza y Alberto Palloni (eds.) (1990), *Measurement and Analysis of Mortality, New Approaches*, Oxford, Clarendon Press.
- Yoddurmnern-Attig, B. y Kerry Richter (1992), *Changing Roles and Status of the Women in Thailand: A Documentary Assesments*, Salaya, Institute for Population and Social Research, Mahidol University (IPSR Publication, 161).
- Zemelman, Hugo (1982), "Problemas en la explicación del comportamiento reproductivo (sobre las mediaciones)", *Reflexiones teórico-metodológicas sobre investigaciones en población*, México, El Colegio de México/Clacso, pp. 101-150.
- Zimicki, S. (1989), "The Relationship between Fertility and Maternal Mortality"

lity", en Allan M. Parnell (ed.), *Contraceptive Use and Controlled Fertility: Health Issues for Women and Children*, Washington D.C., National Academy Press, pp. 1-47.

Zoila, Carlos (1994), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, 2 vols., México, Instituto Nacional Indigenista.

Zúñiga, Elena (1994), "Planificación familiar y salud reproductiva", *Foro sobre prioridades de la política de población hacia el año 2000*, México, Fundación Mexicana Cambio XXI- Luis Donaldo Colosio, México, julio.