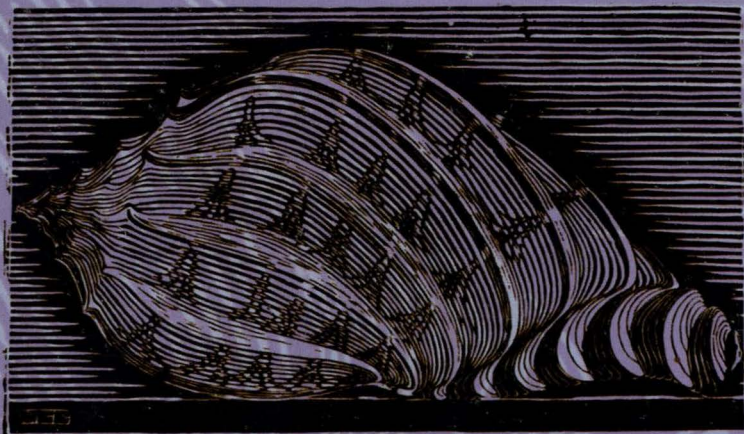


Dentro del laberinto

Vania Salles
Rodolfo Tuirán



jornadas
140

EL COLEGIO DE MÉXICO



JORNADAS 140

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIOLÓGICOS

DENTRO DEL LABERINTO

Vania Salles
Rodolfo Tuirán



Jornadas 140
EL COLEGIO DE MÉXICO

308
J88
no. 140

Salles, Vania.

Dentro del laberinto / Vania Salles, Rodolfo Tuirán. -- El
Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, 2003.
231 p. ; 16 cm. -- (Jornadas ; 140)

Incluye bibliografía.

ISBN 968-12-1113-8

1. Salud reproductiva -- Aspectos sociales -- Investi-
gación. 2. Control de la natalidad -- Investigación.
3. Población -- Investigación. I. Tuirán, Rodolfo, coaut. II. t.

Open access edition funded by the National Endowment for the Humanities/Andrew W. Mellon Foundation Humanities Open Book Program.



The text of this book is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License: <https://creativecommons.org/licenses/byncnd/4.0/>

Diseño de portada Irma Eugenia Alva Valencia

Ilustración: *Caracol*, M.C. Escher

Primera edición, 2003

D.R. © El Colegio de México, A.C.

Camino al Ajusco 20

Pedregal de Santa Teresa

10740 México, D.F.

www.colmex.mx

ISBN 968-12-1113-8

Impreso en México

ÍNDICE

Prólogo	9
Una propuesta teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad	11
Introducción	11
De los enfoques estrechos hacia los amplios	14
Salud reproductiva: énfasis puestos en la discusión	24
Un repaso de lo ya dicho	27
De los determinantes próximos a los no próximos	35
Presupuestos y ejes temáticos	39
Bibliografía	156
El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?	197
Salud reproductiva: precisiones y ampliaciones conceptuales	203
Algunos presupuestos para el análisis	206
Ejes temáticos	210
Los problemas de salud reproductiva como problemas sociales	212
Bibliografía	230

PRÓLOGO

Este libro da a conocer un texto publicado originalmente como un documento de trabajo del Programa de Salud Reproductiva de El Colegio de México, en la serie *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción* (núm. 6, agosto de 1995), con un tiraje de mil ejemplares. La reimpresión del documento apareció en abril de 1996, con una tirada similar. Por encontrarse actualmente agotada esta reimpresión y teniendo en cuenta la constante demanda del texto, los autores, Vania Salles y Rodolfo Tuirán, solicitaron al Programa de Salud Reproductiva y Sociedad (por medio de su actual coordinadora, Ivonne Szasz), el permiso para una nueva publicación, ya no más en la serie *Reflexiones*, sino como un libro. Sin menoscabo de los méritos de este trabajo, se ha aprovechado esta oportunidad para incluir otro texto de los mismos autores que recoge, si bien parcialmente, sugerencias y comentarios hechos a la propuesta original.

Con base en todo ello y en la consideración escrita del Programa de Salud Reproductiva, según la cual se trata de un “excelente documento académi-

co”, el Centro de Estudios Sociológicos tiene el gusto de publicarlo ahora en la colección *Jornadas*.

GUSTAVO VERDUZCO
Centro de Estudios Sociológicos
Director

UNA PROPUESTA TEÓRICO-ANALÍTICA PARA EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD¹

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

Aristóteles

INTRODUCCIÓN

Se trata de un texto de discusión que en su primera parte busca ubicar el enfoque de la salud reproductiva en el concierto de las experiencias que lo antecedieron. Tal ubicación se basa en la revisión selectiva de la abundante bibliografía generada en torno a la salud reproductiva y temas conexos. Este propósito,

¹ Al momento de realizar este trabajo, Vania Salles –profesora-investigadora del Centro de Estudios Sociológicos– era investigadora asociada del Programa Salud Reproductiva y Sociedad y Rodolfo Tuirán era profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano y miembro del Co-

que tiene el inconveniente de llenar el texto de referencias bibliográficas y citas, cumple con uno de los objetivos del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, el de proporcionar una vasta bibliografía como base de consulta para ser utilizada en la investigación o por usuarios alejados de ella.²

En la segunda parte nos ocupamos del objetivo principal del presente trabajo que consiste en esbozar algunos elementos de una propuesta teórico-analítica de utilidad para el programa “Salud Reproductiva y Sociedad” de El Colegio de México.

Debido a las críticas hechas a las teorizaciones abstractas y generales (véanse Montali y Patarra; Pa-

mité Asesor de este mismo programa. La preparación de este texto —que tuvo lugar entre julio de 1993 y marzo de 1994— forma parte de las labores delineadas por Claudio Stern, coordinador del Área de Investigación del Programa de Salud Reproductiva. El guión y varias ideas básicas desarrolladas aquí fueron discutidas en el Seminario teórico-metodológico del Programa. Agradecemos a Susana Lerner y Claudio Stern la invitación para elaborar este documento y a Juan Guillermo Figueroa, la lectura paciente y los comentarios. Una formulación previa fue discutida en el Curso coordinado por Susana Lerner e Ivonne Szasz, *Perspectivas de las Ciencias Sociales en Salud Reproductiva*, en el módulo: “Las ciencias Sociales en el estudio de la Salud Reproductiva” (octubre, 1994). La organización de la bibliografía estuvo a cargo de María Eugenia Ramírez, becaria de investigación del CES.

² La bibliografía, además de las obras citadas en el *corpus* del texto, recoge otras referencias de interés para el tema en sus distintos desdoblamientos, sin que con esto pretenda ser completa.

tarra, 1991; Faria, 1992; Oliveira y Salles, 1986, y Tuirán, 1986), partimos de la identificación de ejes temáticos³ acotados a estructuras y procesos relevantes para ejemplificar la indispensabilidad 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. A su vez examinamos cómo cuestiones no resueltas en el ámbito de la salud reproductiva, provocan problemas para la sociedad en su conjunto y muy especialmente para las mujeres.

La elección de ejes temáticos se sustenta en los siguientes criterios: estar referidos a estructuras y procesos que permitan integrar simultáneamente dimensiones macro y microsociales cuya importancia sea evidente en la organización tanto de las opciones materiales como de las orientaciones valorativas, intereses y preferencias de los actores sociales.

³ Este procedimiento ya se encuentra en la literatura. Brachet (1992), propone que una estrategia posible consiste en 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.

DE LOS ENFOQUES ESTRECHOS HACIA LOS AMPLIOS

Los grandes cambios sociodemográficos acaecidos 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 literatura 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 un amplio elenco de elementos ligados a aspectos epidemiológicos y sociodemográficos— 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.

El enfoque de la salud reproductiva (Germain y Ordway, 1989; Sai y Nassim, 1989; Dixon-Mueller,

1989 y 1993; Fathalla, 1991a y 1991b; Fundación Ford, 1992; Langer, 1993, y Maine y Freedman, 1993) es tributario de este tipo de aportes y busca integrar dimensiones y elementos variados que aparecen dispersos en la literatura referida a los temas de la reproducción y la salud. Esta perspectiva ganó actualidad en la década de los ochenta como símbolo de una perspectiva novedosa y fresca asociada a movimientos sociales de orientación ideológica variada. El enfoque de la salud reproductiva reconoce el derecho de toda persona a regular su fecundidad, segura y efectivamente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad, y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción.

Langer (1993) ha identificado —mediante el examen de algunas acciones y programas que tienen incidencia en los patrones reproductivos y en la salud— una serie de etapas que evidencian la evolución positiva del pensamiento y las intervenciones que se agrupan hoy en día bajo el paraguas conceptual de la salud reproductiva. Los programas de planificación familiar, de salud materno-infantil y de sobrevivencia en la infancia aparecen como momentos iniciales del proceso de reflexión-acción acerca de las implicaciones que tiene la reproducción humana sobre la salud de la mujer.

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, y 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 y Romero, 1994, y Sai y Nassim, 1989).⁴ Este hecho emerge como un objetivo en sí mismo y como condición para incrementar la aceptación de métodos anticonceptivos.

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

⁴ Como señalan Langer y Romero (1994:1), bajo el término "salud materno-infantil" se incluyen "todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio (o los esfuerzos por evitarlos a través 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".

más grandes para la salud que enfrentan las mujeres durante la edad fértil.

Recuadro 1

Se estima que las complicaciones relacionadas con el proceso de procreación dan lugar a una proporción que oscila entre 25 y 50% del total de defunciones ocurridas entre las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo. En diversas partes del mundo, el riesgo de morir que corre la mujer por causas relacionadas con el embarazo difiere en 500 veces: desde 1 por cada 20 en África tropical hasta 1 por cada 10 000 mujeres en Europa septentrional. Las defunciones por causas relacionadas con el embarazo varían en América Latina con excepción de Chile, Argentina y Uruguay, desde 1 por cada 50 hasta 1 por cada 99 mujeres (*Population Reports*, 1988). Si bien existen variaciones sociales y regionales, las principales causas directas de defunción materna son la hemorragia, la infección, la eclampsia y la preclampsia, el parto prolongado o distócico, y el aborto clandestino. Entre las causas indirectas destacan la hepatitis vírica, la anemia y las enfermedades cardiovasculares. Además de estas causas mortales, por cada mujer que muere muchas otras sufren enfermedades diversas (*Population Reports*, 1988).

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 so-

ciudad, que se expresa en dimensiones como la nutrición deficiente y los bajos grados 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).

En diversos autores encontramos este enfoque. Atkin (1993), cuyo trabajo está centrado en el papel que debe desempeñar la investigación social para avanzar en el cumplimiento de la meta de una maternidad sin riesgos, entiende esta última como la posibilidad de que las mujeres crezcan y se desarrollen sanamente para lograr transitar por el proceso reproductivo en condiciones adecuadas de salud, con capacidad para decidir su maternidad libre e informadamente y con el apoyo integral y apropiado de la sociedad.⁵

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 y Romero, 1994).

La autora citada examina la forma 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. Atkin enfoca la reproducción –y los problemas de salud asociados con este proceso– principalmente en términos de sus aspectos biomédicos. Identifica tres metas relacionadas con la contribución de las ciencias sociales y busca ampliar el espectro de los determinantes de la salud, circunscribiendo su contribución al campo de la morbi-mortalidad materna e infantil.

Las diversas propuestas contenidas en las iniciativas de una maternidad sin riesgos al ser planteadas desde “un enfoque integral” conducen a una visión ampliada que deberá incorporar en su formulación entornos de diversa índole que hacen parte del proceso de reproducción humana (como los de naturaleza biológica, social, económica, institucional y política), en su compleja determinación y articulación.

Ampliaciones de otra naturaleza también pueden ser encontradas en la literatura mediante la formulación de lo que se denomina la salud sexual (Corona, 1995). 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 reconocen que las actitudes de hombres y mujeres en torno a 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, con un grado elevado de vínculos con prácticas transformadoras, es la que enfatiza los derechos reproductivos de hombres y mujeres, pues aglutina a movimientos sociales de orígenes ideológicos diversos (Lamas, 1991 y Figueroa, 1994). Los derechos reproductivos se asocian con las nociones de autodeterminación corporal y 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 esta ineludiblemente liga-

⁶ Esta postura es acorde con el giro observado en las percepciones que desvinculan el sexo y la sexualidad de la reproducción. Tanto la sexualidad como las relaciones sexuales funcionan como ámbitos más amplios que aquellos en los que ocurre el sexo con miras a la reproducción. No obstante, el pensamiento y la ética conservadora (tanto de índole religiosa como secular) parten de constataciones (científicas o no) que atribuyen todas las enfermedades del sexo inseguro a las relaciones que se dan al margen de la institución familiar, para inhibir las expresiones de la sexualidad.

da al tema de los derechos y las libertades reproductivas. Organizados en torno a principios éticos y a prácticas tendientes a garantizarlos (Barzelatto, 1988) estos derechos hacen parte de horizontes más vastos que integran los derechos civiles y sociales.

Recuadro 2

Por cada mujer que muere, muchas otras sufren diversas enfermedades. No se sabe cuántas mujeres las padecen ni tampoco se han medido los efectos que estas enfermedades les dejan. La investigación no ha tomado en cuenta a estas mujeres. En realidad, no está claro cómo se debe estudiar este asunto. Por ello, no se sabe cuántas mujeres no pueden trabajar, atender a sus hijos o reanudar una vida normal después del parto. Entre otras situaciones, es la condición social y jurídica deficiente de la mujer que hace peligrar la salud materna de muchas maneras: en ciertas sociedades las niñas suelen recibir menos instrucción, alimentos, atención sanitaria que los varones; otras se casan muy jóvenes y empiezan a tener hijos demasiado pronto. En algunos contextos de África, por ejemplo, las mujeres, no pueden recibir atención médica –incluso en los casos de emergencia–, sin autorización de un hombre (*Population Reports*, 1988).

En la bibliografía revisada encontramos también textos en los cuales se aboga por una concepción más integral de la salud de la mujer, que va a 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 el contexto social y el trabajo (la duración de la jornada laboral; el esfuerzo físico que implica la doble jornada; los riesgos laborales como la exposición a pesticidas o productos químicos dañinos) (Van der Kwaak, 1992; Koblinsky *et al.*, 1993, y Langer y Romero, 1994).⁷ 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 enfatiza 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 con el contexto social del cual forma parte.⁸ Sólo entonces indaga acerca del ti-

⁷ Como señala Van der Kwaak (1992) “La salud de la mujer es su bienestar total, no sólo determinado por factores biológicos y de reproducción, sino también por los efectos de la carga de trabajo, la alimentación, las presiones y la migración, entre otros”.

⁸ De acuerdo con Germain *et al.* (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 incluir servicios para las mujeres de todas las edades, incluyendo las adoles-

po de intervenciones más adecuadas para encarar esos problemas de manera integral (Maine y Freedman, 1993).

Esta breve revisión atestigua 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.⁹ En consecuencia, el enfoque de las ciencias sociales para la salud reproductiva debe contribuir a organizar y ubicar en un contexto más abarcador los resultados de las investigaciones social, biomédica y de salud pública, así como ayudar a definir las cuestiones prioritarias en políticas y orientar la agenda futura de la investigación. Deberá atender también —como lo veremos en el próximo apartado— a ciertos criterios para evitar las desventajas inherentes a los enfoques excesivamente globales.

centes y las mujeres que se encuentran más allá de las edades reproductivas.

⁹ Los lineamientos fundamentales de esta posición están presentes en el proyecto presentado a la Fundación Ford y que dio origen al Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

SALUD REPRODUCTIVA: ÉNFASIS PUESTOS EN LA DISCUSIÓN

En la literatura se conceptúa a la salud reproductiva –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: *a*) que los individuos tengan la capacidad de reproducirse, así como de administrar su fecundidad; *b*) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros; *c*) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la supervivencia y el bienestar materno-infantil, y *d*) que las parejas puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual (véanse, entre otros, Sai y Nassim, 1989; Fathalla, 1991a y 1991b; Ford Foundation, 1991; Langer, 1993; Dixon-Mueller, 1993; Germain y Ordway, 1989; Zúñiga, 1994, y Urbina *et al.*, s.f.).

Esta definición de salud reproductiva ha desempeñado un papel clave en las reflexiones sobre el tema, lo que ha dado como resultado cierta proliferación de conceptos de ella, derivadas que reproducen sus virtudes y vicios.

Como entre los objetivos de la reflexión que se hace en el marco del programa “Salud Reproductiva y Sociedad” se encuentra el de estimular la discusión de este concepto, proponemos a continuación –aunque sea sólo de manera incipiente– algunos comentarios, no todos referidos directamente a la salud reproductiva que sin embargo, son de utilidad para detectar posibles problemas.

En este sentido la reflexión de Pérez Tamayo (1988) recuerda que lo propuesto por la OMS “no es una definición operacional de salud, con la que podemos trabajar y cumplir, sino más bien la meta ideal a la que todos debemos aspirar”.

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 apriorísticamente fijadas. En ella se tienden a privilegiar los fines sin que los procesos intervinientes sean dilucidados con claridad.

Sin embargo, debe considerarse, como lo apunta Brachet (1992:6), que cada meta –para concretarse con éxito– implica acciones y un conjunto de condiciones dadas en la sociedad 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 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).¹⁰

Hansluwka (1985) identifica cuatro dificultades en la tarea de conceptualizar 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 índices de salud se manifiestan en varios grados, que van desde la salud positiva –concepto que incluye al desarrollo biosíquico y al bienestar– hasta el extremo irreversible de la muerte, pasando por la enfermedad sin complicaciones y la enfermedad que produce incapacidad temporal o permanente.

Es de importancia rescatar lo afirmado por Frenk *et al.* (1991:454): “una concepción dinámica de la salud y la enfermedad no puede limitarse a visualizar un estado de salud ideal y otro de enfermedad como

¹⁰ Bajo la definición de la oms, “la salud y la enfermedad dejan de ser conceptos opuestos y asimétricos, 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).

los dos extremos de un *continuum*, sino que debe incorporar los diversos gradientes dentro de ese *continuum*, es decir, los niveles de riesgo”.¹¹

Se ha sugerido que la salud reproductiva tiene que ver con la “administración” de los diferentes tipos y grados de riesgo, por lo que resulta necesario saber cuáles son, de qué manera evaluarlos y quién y cómo debería controlarlos (Maine y Freedman, 1993).

UN REPASO DE LO YA DICHO

Existe consenso generalizado en la bibliografía revisada en torno a la idea de que se requiere un esfuerzo considerable, tanto por parte de los científicos sociales como de los que se dedican a la investigación biomédica y de la salud pública, para adquirir una comprensión más integrada y cabal de los procesos de salud-enfermedad, de sus determinantes y consecuencias.

Hay también coincidencias en la definición de la salud reproductiva que resulta necesario considerar; el conjunto de eventos vitales que inician con la vida

¹¹ De acuerdo con Frenk *et al.*, el concepto de riesgo denota cierta probabilidad que un individuo (que tiene características o atributos específicos o que está expuesta a cierto tipo de procesos o condiciones) se enferme o muera. En este sentido, puede decirse que los determinantes de la salud y la enfermedad pueden concebirse como factores de riesgo.

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.

Cada uno de esos eventos está condicionado, en diverso grado y bajo diferentes modalidades, por elementos y procesos de carácter social y cultural cuya influencia –en ocasiones determinante– no ha sido tomada suficientemente en cuenta ni estudiada con la profundidad y el detalle necesarios. Lo anterior se traduce en que las políticas y estrategias de las instituciones (gubernamentales y no gubernamentales) y en general, las acciones desplegadas por la población –tanto para prevenir los riesgos que inciden sobre la salud como para abordar adecuada y eficientemente las consecuencias derivadas de los problemas de salud– sean en ocasiones inadecuadas o insuficientes. (Stern, 1993:2-3).

Es importante recalcar que el esfuerzo conceptual producido en el contexto de la literatura revisada contiene una suerte de enfoque más comprensivo que busca trascender algunas visiones “estrechas”. Se re-

conoce de modo cada vez más extenso que las acciones e interpretaciones en materia de planificación familiar implicaban, como ya mencionamos, serias limitaciones en términos tanto de su esfera de intervención como de su campo explicativo. La mayoría de estos programas se caracterizaban por un fuerte sesgo ideológico y normativo, al considerar el arquetipo de la familia conyugal –y dentro de ella a la mujer– como protagonistas prácticamente exclusivas de la función reproductiva. Algunas tendencias sociales y culturales –entre las cuales destacan el quiebre de los controles que encauzaban la sexualidad preferentemente al matrimonio, la reivindicación del derecho a la maternidad libremente elegida al margen de la vinculación matrimonial y la implantación de pautas de mayor permisividad sexual– han puesto de manifiesto la obsolescencia de este modelo.

Recuadro 3

El concepto de riesgo remite a diferentes niveles, cada uno de los cuales tiene implicaciones importantes para los programas de salud reproductiva. Así, por ejemplo, en el nivel de la población, la investigación epidemiológica explora las correlaciones entre «factores de riesgo» (por ejemplo, paridad, edad y duración de los intervalos de nacimiento) y la «variable respuesta» (por ejemplo, morbilidad materna. Este tipo de correlaciones pueden ser evidencia, pero no

prueba, de relaciones causa-efecto. En el nivel clínico, los profesionales y proveedores de servicios de salud suelen traducir el riesgo epidemiológico en guía para la evaluación, prescripción y tratamiento de pacientes individuales. Éste es un proceso lleno de incertidumbre, ya que la información epidemiológica puede decirnos qué gente está más expuesta al riesgo de ocurrencia de un evento (morbilidad materna), pero no puede decirnos si una persona en particular lo experimentará. En el nivel individual, el riesgo es un asunto particular que tiene que ser evaluado en relación con cada paciente. La forma como una mujer procesa y pondera la información y recomendaciones que recibe del médico sólo puede ser comprendida dentro de las circunstancias más amplias de su vida y de su propia experiencia personal. A su vez, en el nivel político, la información sobre riesgo puede ser utilizada con diferentes propósitos (Maine, Freedman, 1993).

El enfoque de la salud reproductiva ha permitido cuestionar el excesivo énfasis brindado en el pasado a la regulación y control de la fecundidad, otorgando 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.¹²

Otro énfasis puesto en la discusión actual sobre la salud reproductiva consiste en el reconocimiento de la existencia de complejos vínculos entre la sexualidad, la reproducción y la salud de los individuos y en su caso de su descendencia, recuperando por esta vía aspectos previamente abordados de manera independiente, como son los problemas de salud materno-infantil, la infertilidad y la esterilidad y las enfermedades de transmisión sexual (Langer, 1993). Frente al desarrollo ciertamente vertiginoso de las nuevas tecnologías reproductivas y la intensificación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) –tanto aquellas que se pensaba erradicadas como la aparición de otras nuevas (el VIH-SIDA, por ejemplo)–, 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 la absorción de los desarrollos tecnológicos en el campo de

¹² 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”.

la reproducción humana y para encarar los problemas relativos a las ETS, vinculándolos con las cuestiones más amplias de la sexualidad y la salud.

Recuadro 4

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) denominadas «tradicionales» pueden derivar en: *i*) dolores crónicos e infertilidad; *ii*) complicaciones del embarazo, tales como el embarazo ectópico, aborto espontáneo e inicio prematuro del alumbramiento; *iii*) infección puerperal, que puede causar infertilidad o muerte, y *iv*) infección de la criatura. La incidencia de las ETS se acompaña de un desconocimiento de cómo se propagan o previenen dichas enfermedades, cuáles son sus síntomas y sus complicaciones.

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 en día son englobados en el concepto de derechos sexuales y reproductivos. Esta perspectiva, al integrar estos derechos en su formulación, obliga a enfatizar 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, y Fundação Carlos Chagas, 1989). De acuerdo con diferentes autores, 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 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 en 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, 1991; de hecho, este enfoque

[...] destaca la importancia de reforzar la capacidad de decisión de la mujer tanto en relación con la anticoncepción y el tamaño de la familia como con las prácticas sexuales. En otras palabras, en la definición de salud reproductiva se alude al rol social de la mujer como un elemento esencial para alcanzar la salud reproductiva (Langer y Romero, 1994).

Además, el estudio de la salud reproductiva –desde la perspectiva de las ciencias sociales– presupone destacar los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales con influencia sobre ella (Sai y Nassim, 1989). Temas como la maternidad sin riesgos, la planificación familiar, la sobrevivencia y el desarrollo infantil y el control de las enfermedades de transmisión sexual deben quedar incluidos en este esfuerzo de conceptualización, lo que implica explorar sus múltiples interrelaciones con procesos sociales, culturales e institucionales relevantes.

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 (Ford Foundation, 1991; Brachet, 1992; Langer, 1993, y Urbina *et al.*, s.f.).¹³ Por lo tanto, se trata de conceptualizar un nuevo objeto de estudio y un campo de acción que permitan dar cabida a otras dimensiones

¹³ Diversos autores sostienen que los avances en este campo todavía son insuficientes. Así, 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 igualmente 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, 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

—además de la biomédica— que intervienen en los procesos de salud-enfermedad.¹⁴

DE LOS DETERMINANTES PRÓXIMOS A LOS NO PRÓXIMOS

Buena parte de la investigación realizada en años recientes ha estado orientada a la identificación de los principales determinantes de algunos problemas específicos de salud reproductiva (entre los cuales se pueden mencionar la mortalidad materna, morbilidad ginecológica y obstétrica —i.e., infecciones del tracto reproductivo, prolapso uterino, problemas menstruales—, aborto, infertilidad, enfermedades de transmisión sexual, etc.) y a la comprensión de los mecanismos mediante los cuales operan. En la literatura existe consenso en reconocer que dichos problemas de salud están determinados de manera multicausal, por lo que

plantear que incluso los componentes voluntaristas en los que descansan algunas acciones en este campo encierran aspectos indisolublemente ligados a contextos más amplios que delimitan y restringen la estructura de opciones individuales.

¹⁴ 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 a ellas. Conviene recordar que el concepto mismo de enfermedad (como mal funcionamiento físico del cuerpo) no es compartido por todas las sociedades y culturas.

se requiere integrar los múltiples factores relevantes dentro de un marco de referencia que reconozca diferentes grados de determinación (Zurayk *et al.*, 1993). Un enfoque comúnmente utilizado en los estudios de carácter demográfico o epidemiológico es aquel que descansa en la categorización de los determinantes de acuerdo con su *modus operandi* o su distancia respecto a la “variable respuesta”.

Tales aproximaciones tienen en común el supuesto de que los determinantes económicos, sociales, institucionales y culturales operan por medio de una serie de variables denominadas “intermedias” o “próximas”. Esta propuesta fue desarrollada originalmente por Davis y Blake (1956) y posteriormente operacionalizada por Bongaarts (1978) en el estudio de la fecundidad. Más tarde, esta estrategia fue introducida por Mosley y Chen (1984) en el campo de la salud para explorar los determinantes de la morbi-mortalidad infantil, siendo seguida por Cambell y Graham (1990), Fathalla (1991) y McCarthy y Maine (1992) en el abordaje de problemas específicos de salud reproductiva. Norren y Vianen (1986) ampliaron la propuesta original al incorporar en los modelos orientados a examinar los determinantes de la sobrevivencia infantil una serie de factores de riesgo situados entre la “variable respuesta” y los “determinantes próximos”, que denominaron “factores de susceptibilidad”.¹⁵ La

¹⁵ Como lo señalan Frenk *et al.*, “el fenómeno poblacional de

misma estrategia ha sido utilizada en el campo de la salud reproductiva por autores como Winikof (1987) y Zurayk *et al.* (1993).

Este tipo de trabajos ha realizado valiosas aportaciones al campo emergente de la salud reproductiva. Todos ellos contienen, por lo general, elaboraciones relativamente detalladas del *modus operandi* de los determinantes próximos y los factores de susceptibilidad, así como de los complejos mecanismos mediante los cuales operan algunas variables socioeconómicas seleccionadas (por ejemplo, educación, ingreso, residencia rural-urbana, etc.). Sin embargo, los mismos trabajos otorgan con frecuencia un tratamiento un tanto esquemático y desarticulado a esas variables o a las que refieren a los planos institucional y cultural, las cuales rara vez son sistematizadas, jerarquizadas e integradas dentro de sistemas teóricamente estructurados. Por ésta y otras razones semejantes, cobra relevancia la necesidad de “abrir la caja negra” de los

riesgo se traduce, en el ámbito individual, en lo que podría denominarse susceptibilidad a diversos agentes de enfermedad. Ésta es un fenómeno donde convergen las condiciones de trabajo, de vida y los estilos de vida (determinados por procesos sociales) con la estructura y función del cuerpo (determinados por procesos biológicos) [...] Los índices de salud son el resultado del equilibrio entre la exposición a agentes de enfermedad y la susceptibilidad individual, que resulta en una compleja red de riesgos, producto a su vez de un conjunto articulado de determinantes sociales y biológicos”. (Frenk *et al.*, 1993.)

“determinantes no próximos”, ambigüamente agrupados en la literatura bajo el término de “background variables”.

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

- a) 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;
- b) explorar de manera tentativa –y con el objeto de propiciar una discusión provechosa– la influencia que ejercen ciertas estructuras-procesos relevantes sobre los problemas de interés más inmediato en el campo de la salud reproductiva.
- c) identificar, siempre que sea posible “rutas” a través de las cuales operan algunos procesos macrosociales. De las múltiples formas, modalidades y sentidos que adoptan las influencias de naturaleza macrosocial, nos interesa destacar aquellas de naturaleza social, institucional y cultural que influyen de manera más directa en las prácticas relacionadas con la sexualidad, la reproducción y la salud.

PRESUPUESTOS Y EJES TEMÁTICOS

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 obviamente no surgen de la identificación de un catálogo de metas o de problemas puntuales, sino que emergen de todos aquellos esfuerzos de reconceptualización de la reproducción y la sexualidad humanas. Por ello iniciamos esta parte explicando algunos presupuestos:

- 1) La reproducción humana, amén de ser un hecho biológico, forma parte de procesos más amplios de reproducción social y cultural (Oliveira y Salles, 1986 y Tuirán, 1986).
- 2) La sexualidad y la reproducción humanas están inmersos 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 reconceptualización 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.
- 3) 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.

- 4) Los procesos de reproducción ocurren en contextos sociales y culturales específicos. Como otras prácticas sociales, los comportamientos reproductivos y sexuales pueden ser conceptualizados como conductas socialmente estructuradas dotadas de significado (Tuirán, 1986). Estos comportamientos están socialmente estructurados porque se producen entre agente que ocupa posiciones definidas en la estructura social, pero también están dotados de significado porque presuponen la existencia de sistemas de representación simbólica mediante los cuales los actores sociales determinan –no siempre de manera objetiva, instrumental o racional– la viabilidad o inviabilidad de las conductas posibles.
- 5) Las prácticas referidas a la reproducción y la sexualidad son fenómenos construidos vía diferentes mecanismos 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 por medio de prácticas culturales alternativas. Por ello, ningún aspecto de la sexualidad y la reproducción humanas es unívoco o universal.

- 6) Ciertas instituciones sociales –como la escuela, el sistema de salud, la Iglesia, la familia, entre otras–, al incidir en diversos campos relevantes (como la construcción de las identidades, el control del cuerpo femenino y la división sexual del trabajo), 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 funcionan como instancias estructuradoras de comportamientos y actitudes de grupos e individuos, son estructuradas por las acciones desplegadas por estos últimos (Giddens, 1984).¹⁶

¹⁶ Consideramos que el enfoque de Giddens es de suma importancia porque sistematiza esta doble relación 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 fue aprovechado por varios científicos sociales en el campo de la población (Faria, 1988).

Al ocuparnos de la definición de ejes temáticos, además de darles contenido, buscamos también examinar sus requerimientos analíticos. Nuestra elección recae sobre aquellas estructuras y procesos de carácter macro o micros 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 identificación de cinco ejes temáticos acotados a dimensiones-procesos reconocidamente relevantes:

- a)* desigualdad social, de género y de pobreza;
- b)* transición demográfica y epidemiológica;
- c)* instituciones, agentes, actores y derechos;
- d)* cultura, reproducción, sexualidad y salud, y
- e)* sistemas de interacción y redes sociales.

Para los fines de la exposición consideramos que la formulación de 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 heu-

ristico; cada eje puede ser tomado como una dimensión compuesta por otras dimensiones no forzosamente inclusivas o reductibles entre sí, que se presentan más bien bajo la modalidad de intersecciones.

A. Desigualdad social, pobreza y género

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.

Dado que dichas dimensiones sociales no inciden de igual manera sobre cada uno de los eventos y sucesos que se agrupan bajo el paraguas conceptual de la salud reproductiva, resulta necesario dejar planteada la conveniencia de desarrollar esfuerzos de conceptualización específicos que permitan: *i*) explorar en cada caso la relevancia de los fenómenos sociales señalados y los mecanismos mediante los cuales operan y *ii*) definir grados de determinación cuya formulación exige, también en cada caso, una suerte de dimensionalización de la realidad social.

Esta tarea, ya desarrollada por diversos autores como recurso analítico (Salas y Camarena, 1988; Faria, 1990, y Liendro, s.f.), no ha podido ser integrada en la actual etapa de desarrollo de nuestro trabajo. Apenas indicamos que, según nuestro punto de vista, tal dimensionalización requiere especificar varios gra-

dos de determinación que permitan identificar aspectos macro y microsociales relevantes en su mutua e inseparable constitución.

Desigualdad social

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 mediante 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).¹⁷

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, por lo general determinan el acceso a los bienes y servicios, incluidos los de sa-

¹⁷ En este último sentido, la reproducción de la desigualdad social guarda un vínculo con las condiciones en que ocurre la reproducción humana.

lud, que son necesarios para garantizar la reproducción cotidiana e intergeneracional de los individuos y sus descendientes.¹⁸ Por ello, el análisis de las prácticas de salud en condiciones de desigualdad, exigen 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 el plano empírico, el estudio de la desigualdad social y sus repercusiones en la salud ha tendido a enfatizar 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).

Debe tenerse en cuenta que la desigualdad social está presente y permea todos los ámbitos de la vida social, que se refleja 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

¹⁸ Si bien el Estado –por medio de sus políticas sociales y redistributivas– puede modificar la operación de los mecanismos que rigen 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.

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.

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.¹⁹

La desigualdad de género se manifiesta en aspectos tan diversos como: *a)* la división sexual del trabajo, que mantiene a las mujeres 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 índices 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

¹⁹ Autores(as) diversos(as) sostienen que las capacidades reproductivas de la mujer han sido usadas por mucho tiempo para oprimirlas (Field, 1989).

autonomía personal (Oliveira, Salles y Tuirán, 1994). Estas desigualdades provocan una acumulación de desventajas para la mujer que –al intersectarse con otras asimetrías sociales– la expone y la hace más vulnerable a situaciones de privación y pobreza.

Ampliamente estudiada por el pensamiento feminista, la desigualdad de género cobra mucho interés para los estudios más amplios de la sexualidad y la salud reproductiva (Figueroa, 1992 y Corona, 1993), 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 (el aborto espontáneo e inducido),²⁰ así como en las construcciones simbólicas acerca de la sexualidad y el deseo que con frecuencia encuentran en el cuerpo femenino su imagen (Foucault, 1989).²¹ Al respecto, no debe olvidarse que los modos de expre-

²⁰ A pesar de que en muchas ocasiones los problemas de salud vinculados con la reproducción se refieren exclusivamente a la mujer, como en el caso de la salud materno-infantil, pensamos que en el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad debe haber un espacio importante para los estudios de temas concernientes al género masculino, como la construcción social de la paternidad, la masculinidad y la sexualidad del hombre.

²¹ Evidentemente estas percepciones varían de una cultura a otra y en el tiempo, ya que en ocasiones se observa un énfasis 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

sión de la sexualidad constituyen aspectos inseparables de la identidad y 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 las transmisión cultural de las identidades.

Ampliamente recalcada 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

la abundancia de revistas que privilegian el desnudo masculino, que son consumidas no sólo por sectores homosexuales, sino también por sectores femeninos.

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 con lo que una sociedad elabora como normas y como símbolos debe ser entendida 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 (1990) 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 recalca que esta manera de enfocar el género, enmarcando el uso de la categoría al 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 elaboraciones en torno a 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

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 (1980), 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 (véase Jusidman, 1993).

Recuadro 5

Se arguye que la incorporación femenina a la actividad económica extradoméstica ha conducido a una ampliación del poder de decisión de la mujer, al mismo tiempo que eleva su estatus social, su seguridad y autoestima. A pesar de que la investigación feminista apunte que el simple hecho de trabajar no proporcione los atributos mencionados (por ejemplo, Incremento del poder de decisión), evidentemente el trabajo puede funcionar como un elemento que facilita las ventajas asociadas a esa posición. Pero desde un punto de vista más amplio, Koblinsky, Campbell

y Harlow (1993) destacan otros elementos al indicar que existe muy poca información acerca de cómo el trabajo y las actividades cotidianas de las mujeres afectan su posición en las relaciones de poder en el ámbito doméstico, así como su estatus, seguridad y autoestima. Las autoras citadas enfatizan los problemas de salud. Para ilustrarlo, señalan la carencia de investigación sobre temas que tienden a complementar los anteriormente mencionados: la duración de la jornada laboral y las pocas oportunidades de descanso; el grado de esfuerzo físico que implica la doble carga del trabajo doméstico y del trabajo para obtener ingresos; la exposición a un medio ambiente laboral lleno de riesgos para la salud reproductiva. Aún así, son numerosos los hallazgos de la investigación que demuestran la existencia de una relación entre las largas jornadas de trabajo durante la época de cosecha, el uso indiscriminado de pesticidas y el aumento en la morbi-mortalidad materna e infantil.

Los estudios que abordan la pobreza desde una perspectiva de género examinan “los resultados y procesos generadores de privación, enfocándose en particular en las experiencias de las mujeres y preguntándose si ellas forman un contingente desproporcionado y creciente de los pobres. Este énfasis 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 cons-

truyen 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, 1986, y 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 entre géneros y generaciones. Aunque sea usual y de utilidad captar y analizar esos indicadores, es necesario “decodificar” 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.²²

²² 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 reconstrucción de la realidad.

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 a través de la nutrición deficiente a lo largo de sus vidas.²³ 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.

²³ 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 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).

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, se sabe que las madres con carencia de yodo dan a luz a más niños con cretinismo y otras anomalías congénitas.

Las investigaciones dedicadas a examinar la situación de salud de las mujeres pobres en México han enfatizado, entre otros, 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 y 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.²⁴ Su condición de pobres

²⁴ La condición social y jurídica de la mujer hace peligrar la

las expone a tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad, al tiempo que restringe la utilización y acceso a servicios de salud y de atención adecuada. Por si fuera poco, las desventajas asociadas a su género redundan en una alimentación y nutrición deficientes, sufren un fuerte desgaste físico por las pesadas cargas de trabajo, padecen el confinamiento doméstico y están expuestas a altos grados de *stress* psicológico, reciben menor cuidado médico y psiquiátrico y están expuestas a dosis variadas de violencia doméstica y social, tanto de naturaleza física como psicológica.

Recuadro 6

La combinación de trabajo doméstico y extradoméstico lleva a las mujeres de los sectores populares a mantener agotadoras jornadas de trabajo, conduciendo a un estilo de vida arduo y agobiante. Según diversas autoras (Leslie, 1982; García y Oliveira, 1982, y Brachet 1995), las cargas de trabajo de las mujeres en edad reproductiva son mayores que las de otros miembros del hogar, con efectos negativos mensurables en su estado nutricional y en sus capacidades físicas e intelectuales.

salud materna de muchas maneras distintas. Así, en diversos contextos socioculturales, las mujeres suelen recibir menor instrucción escolar que los varones, así como alimentación y atención a la salud deficiente (incluso no pueden recibir atención médica en casos de emergencia sin autorización de un hombre).

B. Transiciones demográfica y epidemiológica

El examen de una amplia variedad de fenómenos de carácter sociodemográfico y epidemiológico ha llevado a diversos(as) autores(as) a plantear que su ocurrencia ha tenido lugar en un contexto que es más amplio que cada tipo particular de transformación (García y Oliveira, 1982 y Leslie, 1982). En efecto, entre los elementos de la matriz mayor y también más compleja encontramos procesos de muy diversa naturaleza (sociales, económicos, institucionales y culturales) que influyen en esos fenómenos. Se advertirá que estos últimos a su vez inciden en los procesos más globales (que previamente funcionaron como entornos estructurales de los cambios de caracteres sociodemográfico y epidemiológico), con los cuales establecen un complejo entretejido de instancias de múltiple determinación, que son difícilmente aprehendibles mediante acercamientos disciplinarios parcelados (Oliveira y Salles, 1986). De esta manera, el recurso 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.²⁵

²⁵ Debemos advertir, como señala César Cansino (1993) que

En términos generales, puede decirse que la transición demográfica hace referencia al proceso por medio del cual las poblaciones pasan de una situación caracterizada por índices de mortalidad y fecundidad elevados y sin control a otra de rangos bajos y controlados.²⁶ Como lo han demostrado innumerables estudios realizados en América Latina y otras regiones, la transición demográfica forma parte de los procesos de cambio mas amplios (de caracteres económico, social, institucional y cultural) que ocurren en la sociedad.²⁷

“en las ciencias sociales existen conceptos particularmente propensos a ser ‘cargados’ con significados de diversa índole [...] Éste es el caso del concepto de transición”. El autor citado distingue las siguientes seis concepciones de transición y muestra algunas de las limitaciones y virtudes de cada una de ellas: *a*) como puente; *b*) como ruptura; *c*) como producto; *d*) como cambio de época; *e*) como vínculo, y *f*) como mutación.

²⁶ Levi-Bacci (1992:15-16) sostiene que las interpretaciones o teorías sobre la transición demográfica “deben hacer lo posible por tener en cuenta el modo de operación del ‘sistema’ [demográfico] en vez de concentrarse, por separado, en los factores de la transición de la mortalidad, por un lado, y de la fecundidad, por el otro, como se hace frecuentemente”. El autor citado utiliza el término “sistema” para referirse a las relaciones que existen entre parámetros demográficos diversos (fecundidad, mortalidad, migración, nupcialidad, etc.) que persisten con el tiempo.

²⁷ Todos estos cambios se han generalizado en los diferentes países de la región, aunque sus alcances varían de país a país y también al interior de cada uno de ellos según estratos sociales, áreas de residencia, grado de educación y en muchos casos –como en el de México, por ejemplo– de acuerdo con la pertenencia a grupos étnicos específicos.

El arranque de la transición, la evolución de los principales parámetros demográficos (considerando tanto sus caracteres iniciales como sus ritmos de descenso) y sus factores determinantes han variado considerablemente en el tiempo y en el espacio.²⁸

La declinación de la mortalidad y la transformación de la estructura de las causas de muerte, que se enmarcan aquí en la llamada transición demográfica, son fenómenos que también forman parte de las llamadas transiciones epidemiológica y de la salud (Omran, 1971 y 1984; Lerner, 1975; Caldwell, 1991; Palloni, 1990; Jamison *et al.*, 1993, y Frenk *et al.*, 1993). Estas últimas implican transformaciones profundas en los perfiles de salud-enfermedad-muerte (incluyendo cambios en las tasas de incidencia de ciertas enfermedades y su correspondiente letalidad) y en la respuesta de la sociedad a estos fenómenos.

²⁸ 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. Asimismo, “se ha observado que por lo general no hay una sincronía entre las diversas transformaciones y procesos implicados, lo cual puede contribuir a retardar el cambio demográfico. Finalmente, se ha advertido que la transición demográfica no se produce simultáneamente entre los diversos grupos que conforman las sociedades, sino que ocurren primero y de manera más pronunciada en aquellos sectores sociales plenamente integrados a los procesos de cambio social” (Stern y Tuirán, 1994).

Las transiciones epidemiológica y de la salud, considerando tanto sus causas y mecanismos como sus atributos y consecuencias, constituyen un marco relevante para el estudio de la salud reproductiva.

En términos generales, la transición epidemiológica implica, como 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 movimiento 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.*, 1993, y Riley, 1988). Varios autores (Mosley *et al.*, 1991; Jamison *et al.*, 1993, y Frenk *et al.*, 1993) sostienen que existen tres mecanismos principales involucrados en la transición epidemiológica:

1) Cambios en la estructura por edades. Las escalas y tendencias de la mortalidad y la fecundidad durante el curso de la transición demográfica, provocan cambios no sólo en el ritmo de crecimiento, sino también en la estructura por edades de la población. La caída de la mortalidad, en combinación con una fecundidad elevada, favorece un elevado crecimiento demográfico y un continuo rejuvenecimiento de la población.²⁹ Más tarde, como resultado del descenso

²⁹ La caída de la mortalidad en México benefició mayormente

de la fecundidad, se inicia un periodo en que el crecimiento tiende a disminuir y la estructura a envejecer. Las modificaciones en la distribución relativa por edades de la población se producen en forma lenta y sólo se aprecian en el mediano y largo plazos. En términos epidemiológicos, el resultado del descenso de la fecundidad y el envejecimiento gradual de la estructura de la población es el aumento en

[...] el número absoluto y la proporción de personas expuestas a padecimientos no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Así, aún con tasas constantes de incidencia, el volumen absoluto de enfermos y muertos por este tipo de padecimientos se eleva sustancialmente. Además, el número total de muertes también aumenta como resultado de la nueva estructura por edades (Frenk *et al.*, 1993:223)

2) *Cambios en los patrones de riesgo para la salud.* Durante el curso de la transición epidemiológica ocurren profundas transformaciones de naturaleza económica, social, cultural, institucional y demográfica que definen diferentes, y ciertamente cambiantes, factores de riesgo (ocupacionales, ambientales, sociales, conductuales, etc.), los cuales operan sobre la probabilidad de enfermar y morir. Desde el punto

te a los niños y jóvenes, así como a la población adulta en edades reproductivas.

de vista epidemiológico, las transformaciones asociadas con el proceso de modernización tienen una doble cara:

[...] algunas ayudan a reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas y de los problemas derivados de la reproducción; otras generan aumentos de los padecimientos no transmisibles y de las lesiones no intencionales. La introducción de infraestructura urbana básica y la adopción de medidas higiénicas producen disminuciones importantes en la exposición a microbios enteropatógenos y, por lo tanto, en la incidencia de infecciones gastrointestinales [...] Pero no todos los aspectos de la modernización son positivos para la salud. Las condiciones de trabajo y de vida entre muchos habitantes urbanos dan lugar a mayor incidencia de lesiones laborales, en la vía pública y en el hogar. Similarmente, la adopción de ciertos patrones de consumo y de conducta que aumentan el riesgo general de enfermar y morir (Frenk *et al.*, 1993:223).

3) *Disminución en la letalidad de los padecimientos.* El desarrollo y la utilización de tecnologías diagnósticas y terapéuticas efectivas han contribuido a reducir la letalidad de muchos padecimientos, tanto de carácter transmisible como no transmisible.

Diversos autores reconocen que la transición epidemiológica no es un proceso lineal o unidireccional (Frenk *et al.*, 1993; Palloni, 1990, y Caldwell, 1991). De hecho, la experiencia de los países en desarrollo

demuestra 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 “contratransiciones” que se expresan en la aparición de nuevas epidemias (VIH-SIDA) o en el resurgimiento de enfermedades que se creían controladas (cólera, dengue, paludismo, tuberculosis pulmonar, etc.) (Jamison *et al.*, 1993 y Frenk *et al.*, 1993). Palloni (1990), al examinar la experiencia de los países de América Latina, identifica cuatro propiedades o atributos de la transición epidemiológica en la región:

- a) Multiplicidad de trayectorias. No existe una trayectoria única sino muchas, así como multiplicidad de etapas y multiplicidad de posibles vías de tránsito entre ellas.
- b) Vulnerabilidad. La transición epidemiológica en los países en desarrollo ha sido un proceso lleno de obstáculos, los cuales no han podido ni pueden ser superados sólo mediante la utilización de tecnología médica de bajo costo o por medio de intervenciones parciales. El resultado neto de tal vulnerabilidad es la desigualdad, la no continuidad y la frecuente desaceleración del proceso.
- c) Polarización epidemiológica. Las diferencias sociales frente a la enfermedad y la muerte no han sido atenuadas, sino que en ocasiones han

- resultado exacerbadas (al respecto, véase también Jamison *et al.*, 1993 y Frenk *et al.*, 1993).
- d) Estrecha asociación con los regímenes reproductivos. Palloni (1990), Cleland (1995) y Potter (1988) coinciden en señalar que la transición epidemiológica en los países en desarrollo, más que en los desarrollados, revela influencias comunes entre la fecundidad y la mortalidad.³⁰

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.³¹ 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, 1994; Bronfman, Lerner y Tuirán, 1986; Goldani, 1989; Tuirán, 1990, y Leslie, 1992).

Como se sabe, el descenso de la mortalidad trae consigo importantes disminuciones en: a) la proporción de los miembros de una cohorte que muere antes de contraer matrimonio o de tener su primer hijo;

³⁰ Por su relevancia, este tema será abordado con mayor detalle más adelante.

³¹ Como lo señala Leslie (1992), el cambio demográfico ha tenido y seguirá teniendo gran influencia en la vida y salud de hombres y mujeres.

b) la proporción de familias que sufre la muerte de uno de los cónyuges (o de ambos) antes de que los hijos alcancen el primero, quinto y quinceavo aniversario, y *c)* la proporción de familias que experimenta la muerte de uno (o más) de los hijos antes de que alcance(n) las edades indicadas.

En consecuencia, el descenso de la mortalidad se traduce en un aumento considerable del periodo de sobrevivencia común de padres e hijos, se produce el aplazamiento de la viudez y la orfandad, ocurriendo asimismo, una creciente superposición en el tiempo de tres (o más) generaciones sucesivas emparentadas entre sí. Utilizando la conocida expresión de Hareven (1978), la ampliación del “tiempo familiar” provee el potencial para rearticular los vínculos de este dominio con otros ámbitos económicos, sociales, institucionales y culturales.

Las consecuencias institucionales, sociales, económicas y culturales que ha traído consigo el descenso acelerado de la mortalidad, así como las múltiples ramificaciones derivadas de la cada vez mayor sobrevivencia sobre la organización y estructuración de la vida de los individuos, apenas han comenzado a ser exploradas de manera sistemática en la literatura especializada. Así, la caída de la mortalidad –al permitir la sobrevivencia a edades más avanzadas de mayor número de integrantes de una cohorte– ha contribuido a multiplicar y transformar los eventos y sucesos que ocurren en la vida de los individuos y las fami-

lias, lo que sin duda afecta otras áreas de comportamiento y, por esta vía, exige una redefinición de los roles de los actores, así como de los vínculos y relaciones que los unen a otros ámbitos sociales (Bronfman, Lerner y Tuirán, 1986). En este proceso, las trayectorias de vida de los individuos se van modificando, tanto en función de los cambios que ocurren en la propia familia como en función de la emergencia y expansión de otros dominios institucionales (la escuela, el mercado de trabajo, etcétera).

Transición de la fecundidad y salud reproductiva

La investigación demográfica en México y América Latina ha contribuido al conocimiento de los índices, tendencias y determinantes de la fecundidad. Se sabe que esta variable permaneció en grados elevados y prácticamente constantes hasta finales de los años sesenta en el país (Juárez, Quilodrán y Zavala, 1989). A partir de principios de los años setenta ésta empezó a disminuir rápidamente, en asociación cronológica con la adopción de una nueva política de población y la aplicación de un programa masivo de planificación familiar (Alba y Potter, 1986).

Con el fin de comprender mejor los mecanismos que subyacen a este proceso de cambio, algunos estudios prestaron especial atención al análisis de las llamadas “variables intermedias” o “determinantes

próximos”, que mostraron los cambios en la nupcialidad y las prácticas de lactancia –no obstante operar en la dirección esperada– habían desempeñado un papel menor en el descenso de la fecundidad. Por el contrario, 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, y Pullum, Casterline y Shah, 1987).³²

El descenso de la fecundidad tiene complejos efectos sobre la salud de la mujeres y sus hijos. Se sabe que la limitación del número de nacimientos y el recurso de utilizar métodos anticonceptivos seguros y efectivos no sólo incide sobre los índices de fecundidad, sino que también modifica los patrones reproductivos. Hay evidencia de que tales cambios influyen positivamente –mediante diversos mecanismos– en la salud materna e infantil (Royston, 1987; Zimicki, 1989; National Research Council, 1989; Cleland, 1992, y Maine y Freedman, 1993).

³² De hecho, la declinación de la fecundidad y el incremento en la anticoncepción siguieron inicialmente patrones relativamente uniformes entre los diferentes grupos de edad, lo cual llevó a Pullum, Casterline y Shah (1987:395) a sugerir que la planificación familiar estaba “siendo usada en México tanto para controlar el número como el espaciamiento de los nacimientos”.

Patrones reproductivos y salud de la mujer

En la literatura especializada se ha puesto de relieve la necesidad de examinar las modificaciones observadas en los patrones reproductivos que acompañan a la transición de la fecundidad y evaluar su influencia sobre la salud de las mujeres.³³ Como se sabe, la caída de la fecundidad modifica la distribución de los nacimientos de acuerdo con: *a)* la edad a la cual las mujeres se embarazan y tienen sus hijos; *b)* la paridad y el tamaño de la familia, y *c)* los intervalos intergenésicos.³⁴

Todos los embarazos y partos representan algún riesgo para la salud de las madres. Sin embargo, los riesgos son más elevados entre las mujeres muy jóvenes y entre las de más edad, así como entre aquellas de alta paridad o entre quienes registran intervalos intergenésicos cortos. Diversas encuestas realizadas en países en desarrollo revelan que, en pro-

³³ Esto tiene como propósito identificar a las mujeres que se caracterizan por una serie de atributos (con paridades elevadas o intervalos de nacimiento demasiado cortos) que conforman un panorama de riesgo para su salud, aun cuando estas personas no hubieran experimentado episodios mórbidos o bien fueran más vulnerables a experimentar eventos subsecuentes (como en el caso de morbilidades recurrentes).

³⁴ Aunque la edad, la paridad y el intervalo intergenésico están conectados, cada uno de ellos tiene, al parecer, un efecto independiente sobre la mortalidad materna.

medio, 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, 1994).

El embarazo es peligroso para las mujeres durante la adolescencia debido a que el crecimiento pélvico no ha finalizado, por lo cual corren el riesgo de tener partos prolongados o distócicos. Asimismo, entre las adolescentes son relativamente frecuentes las complicaciones relacionadas con hemorragias, anemia aguda, toxemia, preeclamsia y eclamsia (Welti, 1982; National Research Council, 1989; *Population Reports*, 1988, y Menken, 1972).³⁵ Por su parte, las mujeres de edad avanzada pueden encarar riesgos a la salud durante el embarazo y el parto, ya que el funcionamiento eficiente de su sistema reproductivo tiende a declinar con la edad, lo cual se refleja en una incidencia mayor de problemas como el aborto espontáneo (National Research Council, 1989).

Los nacimientos de primer orden se asocian con mayores índices de morbi-mortalidad materna (Leslie, 1992 y National Research Council, 1989). Las mujeres que dan a luz a su primer hijo enfrentan mayor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo y complicaciones durante el parto. Si bien el primer

³⁵ A su vez, sus hijos presentan mayor tasa de mortalidad ligada a condiciones de anticipación menor peso al nacimiento.

alumbramiento suele ser más peligroso que el segundo o el tercero, el riesgo de morbi-mortalidad materna también se eleva conforme aumenta el número de partos. Las mujeres de alta paridad encaran mayor probabilidad de que haya que recurrir, durante el parto, a una operación cesárea, el uso de forceps o a la extracción por succión. Estas mujeres también enfrentan el riesgo de sufrir hemorragias (con anterioridad o en forma posterior al parto), anemia y afecciones crónicas como diabetes, erosión cervical y prolapso uterino (*Population Reports*, 1988 y National Research Council, 1989).

Los intervalos cortos entre nacimientos también representan considerables riesgos para la salud de las mujeres. La evidencia disponible indica que los intervalos reducidos, especialmente si están acompañados de prácticas intensivas de lactancia, pueden causar un agotamiento de las reservas nutricionales de las madres, dando lugar al llamado síndrome de agotamiento materno.³⁶

³⁶ El síndrome de agotamiento materno es difícil de estudiar. Las consecuencias para la salud de una serie ininterrumpida de embarazos con intervalos cortos, no pueden separarse fácilmente de los efectos de otros factores de carácter socioeconómico. Por ello, algunos autores sostienen que no existe evidencia concluyente que permita sostener que la morbi-mortalidad materna es significativamente mayor entre las mujeres que registran intervalos intergenésicos cortos.

CUADRO 1
Algunos efectos directos de los patrones reproductivos sobre la salud de la mujer

<i>Patrón reproductivo</i>	<i>Efecto hipotetizado</i>
Número de embarazos	Cada embarazo significa un riesgo de morbi-mortalidad para la mujer
Embarazos de alto riesgo	
Primer Embarazo	Hipertensión inducida por el embarazo Complicaciones en el parto
Embarazos de orden elevado	Hemorragia; anemia Afecciones crónicas Daños reproductivos previos
Embarazos a edades tempranas	Inadecuado desarrollo del sistema reproductivo Hemorragias, anemia aguda, toxemia, preeclamsia y eclamsia Menor probabilidad de acceder a una atención adecuada de tipo prenatal y entre partos
Embarazos a edades avanzadas	Aborto espontáneo Anormalidades fetales
Intervalos cortos	Síndrome de agotamiento materno
Embarazos que terminan en aborto	Incrementa el riesgo de sufrir hemorragia, infección y muerte

Fuente: adaptado de National Research Council, 1989.

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 vulnerable 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.

Recuadro 7

La infección después del parto o de un aborto clandestino es común en los países en desarrollo. La probabilidad de contraer una infección aumenta con los exámenes vaginales frecuentes, cualquier tipo de cirugía o el uso de instrumentos durante el parto y la falta de técnicas y procedimientos estériles. También suelen ser causa de infección los abortos clandestinos y los practicados con impericia. Las mujeres que han sobrevivido después de estas infecciones, corren más adelante un riesgo mayor de contraer enfermedad inflamatoria pélvica, embarazos ectópicos, infertilidad y dolor pélvico crónico. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), sobre todo la gonorrea y las infecciones clamidiales, causan a menudo infecciones en el periodo posterior al parto y al aborto. (*Population Reports*, 1988)

En conclusión, existen al menos tres diferentes razones para pensar que la limitación del número de

nacimientos y el recurso a métodos anticonceptivos eficientes y seguros tiene consecuencias positivas para la salud de las mujeres: *a)* reducen significativamente los riesgos que son inherentes al proceso reproductivo; *b)* evitan los embarazos de alto riesgo, y *c)* permiten eludir los embarazos no deseados, disminuyendo la posibilidad de recurrir al aborto, frecuentemente realizado en condiciones precarias y peligrosas.³⁷

Además de los vínculos directos con la salud de las mujeres, las prácticas de regulación de la fecundidad pueden tener otras implicaciones en diferentes áreas menos exploradas de las vidas de las mujeres. 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. Este hecho puede contribuir a: *i)* modificar otras actitudes respecto a la capacidad de las mujeres para promover cambios en otras prácticas, como es el caso de las pautas dietéticas antes, durante y después del embarazo, el cuidado prenatal y posnatal y el uso de los servicios de salud; *ii)* incrementar su autonomía personal, y *iii)* adquirir ma-

³⁷ Sin embargo, no debe olvidarse que el uso de métodos anticonceptivos, además de sus efectos positivos, también puede traer consigo importantes riesgos para la salud de las mujeres (“la paradoja de la prevención”) (National Research Council, 1989 y Maine, Freedman, 1993).

yor autoridad para tomar decisiones concernientes a la salud de ellas y de sus hijos (National Research Council, 1989). El control sobre la capacidad reproductiva de las mujeres y la posibilidad de planear el nacimiento de los hijos que deriva de las prácticas de planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos seguros y eficientes también pudiera favorecer el logro de mayores grados educativos y de participación en el mercado de trabajo.³⁸ En algunas sociedades, los ingresos monetarios obtenidos por las mujeres y su contribución al presupuesto familiar puede otorgarles mayor poder de decisión en la asignación y distribución de los recursos del hogar (National Research Council, 1989; Dixon-Mueller, 1989 y 1992; Leslie, 1992, y Rubin-Kurtzman, 1991; Maine, Freedman, 1993).

³⁸ El inicio de las relaciones sexuales y el matrimonio a una edad más tardía significa tener hijos más tarde en condiciones de mayor seguridad. La mayor escolaridad de las mujeres puede influir favorablemente en las condiciones de seguridad de la procreación y en el mejoramiento de la salud de sus familias. Si bien resulta difícil separar la educación de los demás aspectos de la condición socioeconómica, es más probable que las mujeres que han recibido mayor educación se casen a mayor edad, posterguen el nacimiento de los hijos, practiquen la planificación familiar y soliciten atención prenatal cuando quedan embarazadas. Las mujeres con mayor escolaridad también tienden a recurrir a los servicios de atención prenatal y neonatal y a evitar ciertas prácticas que son perjudiciales para la salud reproductiva.

Patrones reproductivos y salud-sobrevivencia infantil

El bienestar de los menores, especialmente durante el primer año de vida, es altamente dependiente de la salud de las mujeres durante y después del embarazo (National Research Council, 1989). Por esta razón, algunos de los efectos que los patrones reproductivos pueden tener sobre la salud de las madres están estrechamente relacionados con la influencia que esos mismos patrones ejercen sobre la salud y oportunidades de sobrevivencia de sus hijos.

Los patrones reproductivos pueden afectar la salud y la sobrevivencia infantil mediante cuatro mecanismos principales: *a)* vía anormalidades congénitas; *b)* vía bajo peso al nacer; *c)* vía competencia entre hermanos (cercaños en edad) por recursos familiares escasos, por el tiempo, la atención y el afecto de los padres, y *d)* vía el síndrome de agotamiento materno (Bobadilla, 1990; Hobcraft, 1984; Potter, 1988; Bongaarts, 1988; Gómez de León, 1988; National Research Council, 1989; Pebley y Elo, 1989, y Bobadilla y Schlaepfer, 1990). Tales mecanismos dependen a su vez de la operación —en grados micro y macro— de una multiplicidad de factores de carácter económico, social, cultural e institucional.

Procesos estructurales e institucionales de la transición de la fecundidad

Los elementos planteados en la sección anterior muestran que los patrones reproductivos y los cambios que éstos 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.

Como se sabe, la teoría clásica de la transición demográfica –guiada por la teoría de la modernización– tendió a enfatizar en la explicación de la caída de la fecundidad algunos procesos genéricos de carácter macroestructural que supuestamente inciden sobre el balance entre costos y beneficios (económicos y no económicos) asociados con la reproducción.³⁹ Como han señalado diversos autores, son casi

³⁹ En la literatura sobre el tema se han identificado una serie de consideraciones que supuestamente entran en el cálculo a nivel individual o familiar de las decisiones sobre la fecundidad (Bulatao y Lee, 1983; Lindert, 1982, y Easterlin, 1978). Entre ellos se encuentran los costos directos de los hijos (alimentación, vestido, educación y salud) y los costos de oportunidad, así como los beneficios que se derivan de las contribuciones (reales o per-

innumerables los procesos de cambio que aparentemente influyen sobre ese balance. Procesos como la industrialización y el crecimiento de las oportunidades de empleo asalariado para hombres y mujeres, la urbanización y la expansión del sistema educativo, las expectativas creadas por el mercado de consumo y la apertura de nuevos canales de movilidad social, así como los cambios en la estructura familiar, pueden incrementar el costo (directo o de oportunidad, real o percibido) de los hijos al competir con el tiempo y los recursos que los padres (u otras personas dentro del hogar) les dedican. Asimismo, el desarrollo de los sistemas de seguridad social y de otras instituciones de bienestar ofrecen alternativas de seguridad en la vejez, reduciendo por esta vía el eventual beneficio derivado de los hijos.

Sin embargo, las debilidades e insuficiencias detectadas en esta perspectiva pusieron en claro la necesidad de elaborar nuevos enfoques teórico-metodológicos, lo que en América Latina cristalizó en la emergencia de una perspectiva definida en oposición a, y como al-

cibidas) de los hijos (en tiempo, dinero y/o especie) a lo largo del ciclo de vida. En teorías como la de Caldwell (1988), la dirección de las transferencias netas entre padres e hijos (incluyendo costos y beneficios que no son estrictamente económicos) es primordial para explicar la transición de la fecundidad. De hecho, de acuerdo con el autor citado, ésta se inicia cuando el flujo de recursos deja de favorecer a los padres.

ternativa de, las teorías de la transición y la modernización. Partiendo de una reconceptualización de los procesos implicados en la problemática del subdesarrollo, la literatura generada al amparo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso) intentó mostrar las bondades de un análisis que enfatiza la reconstrucción del cuadro histórico-estructural en el que ocurren los fenómenos demográficos, examinándolos en función de sus vinculaciones con los rasgos estructurales propios de las sociedades de América Latina (Singer, 1974; Aldunate, 1982, y Faria, 1982). En este proceso, la unidad de análisis se desplazó de los individuos a las clases sociales, y se argumenta que son estas últimas las que simultáneamente dan sentido a los comportamientos de los primeros y sirven de eje para establecer las conexiones entre dichos comportamientos y los procesos globales.⁴⁰

Algunos de los procesos enfatizados por este enfoque en la explicación de los cambios sociodemográficos fueron: *a*) la industrialización capitalista tardía y dependiente y la proletarización de la fuerza

⁴⁰ Si bien es cierto que los trabajos que siguen esta ruta pudieron mostrar las bondades del análisis que tiene como eje articulador el problema de la desigualdad social, quedó pendiente “gran parte de la tarea de hacer explícito (y poner a prueba) el sistema de vinculaciones causales dentro del cual se inscribe la relación desigualdad social-comportamiento demográfico, lo que entre otros aspectos supone recuperar la significación de los procesos sociales más allá de lo que describen los diferenciales” (Tuirán, 1991).

de trabajo bajo un modelo de desarrollo excluyente y concentrador; *b*) la creciente expansión de la producción mercantil y la consecuente monetarización de la economía, y *c*) 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.

Diversos autores (Pzeworski, 1982; Zemelman, 1982; Oliveira y Salles, 1986; Tuirán, 1986; Faria, 1988; Montali y Patarra, 1982; Patarra y Oliveira, 1984, y Martins Rodríguez, 1982), al revisar las contribuciones de Clasco, 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, ideológico e institucional.⁴¹ 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.

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

⁴¹ Sin embargo, se ha argüido que la caída de la fecundidad en muchos países ha sido de tal magnitud y tan repentina como para poder ser explicada por cualquier cambio estructural (Cleland, 1985; Cleland y Wilson, 1987, y Watkins, 1986).

que asignan a las fuerzas institucionales, culturales e ideacionales un papel clave en la inducción del cambio demográfico (McNicoll, 1978; Caldwell, 1988; Bulatao y Lee, 1983; Freedman, 1983; Cleland y Wilson, 1987, y Pollack y Watkins, 1992). Como apunta Karen Oppenheim (1992), muchas de estas teorías tienen en común el supuesto de que los individuos toman sus decisiones basados en sus percepciones o ideas acerca de las consecuencias derivadas de cursos alternativos de acción. Sin embargo, dichas teorías difieren en dos aspectos fundamentales:

El primero es en sus supuestos acerca de las fuentes de esas percepciones o ideas y los procesos que producen cambios masivos en ellas. ¿La gente obtiene sus ideas del mercado, de las ideologías reinantes, de la televisión, de las conversaciones y chismes?, ¿las ideas o percepciones que producen el descenso de la fecundidad se modifican como consecuencia de cambios en el ingreso, en los precios, en la ideología, en la conciencia o en las instituciones sociales? El segundo aspecto en que las teorías difieren es el énfasis otorgado a alguna de las tres precondiciones definidas por Coale [1975] para que ocurra el descenso de la fecundidad.⁴² ¿Es el cambio en la conciencia el que desplaza a la fecundidad marital del reino de lo inconsciente al ámbito del cálculo

⁴² Las tres precondiciones son: *a*) la fecundidad debe estar dentro del cálculo de elección consciente; *b*) la regulación debe ser vista como ventajosa, y *c*) las técnicas de control de la fecundidad deben ser conocidas y estar disponibles.

lo de elección conciente?, ¿o es un cambio en el conocimiento o la disponibilidad de medios de regulación de la fecundidad?, ¿o es un cambio en el valor percibido de los hijos el que reduce la demanda de ellos?, ¿o es una combinación de las tres [precondiciones]?

Hoy en día existe consenso en torno a la necesidad de contar con un paradigma que permita integrar las diferentes fuerzas y procesos que subyacen al descenso de la fecundidad. Al respecto, un antecedente relevante es el trabajo de McNicoll (1978; véase también Potter, 1984, y Miró y Potter, 1984). Dicho autor identifica tres “rutas” principales mediante las cuales las transformaciones en los contextos 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) por medio de cambios en las presiones sociales y administrativas que inciden sobre el comportamiento reproductivo de los individuos y las parejas, y 3) a través de modificaciones en los valores internalizados sobre el matrimonio, la fecundidad y la familia.

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

les próximos, y *c*) los próximos (véanse también Faria y Potter, 1990 y Potter, 1984-1988). Al releer e interpretar las contribuciones de varias tradiciones, los autores citados proponen un marco multicausal 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 e institucionales que:

- a*) fortalecieron el recurso al cálculo económico dictado por las reglas del mercado como patrón de orientación social, promoviendo la constitución de una sociedad de consumo tan amplia como lo permitió la lógica del modelo de desarrollo y la dinámica de la acumulación;
- b*) incidieron en el balance cambiante de los costos y beneficios asociados con el matrimonio y la reproducción, lo cual posibilitó la difusión de estructuras de preferencia de familia pequeña;

- c) promovieron, por un lado, la creciente exposición de la población a la subcultura y autoridad médica –creando las condiciones para legitimar prácticas de intervención consciente y planeada de los procesos biológicos– y, por el otro, impulsaron –mediante relaciones renovadas entre Estado, Iglesia y autoridad médica– los valores y normas que consagran como deseable la separación entre la actividad sexual y procreativa;
- d) indujeron cambios en la organización y relaciones familiares, con impacto en algunas transformaciones de los roles de hombres y mujeres, enmarcadas en nuevos perfiles de relaciones entre géneros y entre generaciones tanto dentro de la familia como fuera de ella, y
- e) estimularon el desarrollo de una infraestructura moderna de comunicaciones no sólo desde el punto de vista de la integración territorial, sino también en términos de la expansión de la esfera de influencia de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa escrita y otras modalidades).

C. Instituciones, agentes, actores y derechos

Las instituciones se originan en la actividad humana rutinizada y en la acción habitualizada, que son inin-

teligibles si se les concibe al margen de contextos 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 de actores: ellas disponen que las acciones de cierto tipo serán realizadas por actores de un tipo particular (Berger y Luckman, 1968).

Las instituciones pautan la conducta de los individuos y la convierten en rutinas estables y socialmente predecibles, pero también pautan la experiencia humana en el grado cognoscitivo, dándole al espacio social un sentido de inteligibilidad, continuidad y estabilidad, en cuyo marco los individuos pueden pre-determinar 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.

El ámbito propiamente institucional no se presenta en la realidad como un todo integrado y coherente, sino que está compuesto por diferentes dominios segmentados, cuyas acciones y mensajes pueden entrar en contradicción entre sí (Lerner y Quesnel, 1994).⁴³

⁴³ De hecho, como señalan Lerner y Quesnel (1994:9), “al in-

Cada uno de estos dominios tiene diferentes reglas y prescripciones e interviene –incluso de manera cambiante en el tiempo– en diferentes planos. Asimismo,

[...] el individuo, la familia o el grupo social tampoco perciben ese ámbito como un todo, sino como un conjunto de ámbitos, y a ellos responden con un comportamiento adaptativo racional (o al menos así es vivido) respecto a cada uno de ellos. Por lo tanto, en su comportamiento global expresan las contradicciones que se dan entre y al interior de los diferentes ámbitos y en donde [...] es posible ver el condicionamiento dominante de uno o varios de ellos (Lerner y Quesnel, 1994:7).⁴⁴

Esta introducción nos sirve para plantear que la salud reproductiva –concebida en un sentido amplio– alude a muy diversos eventos y procesos que pueden ser abordados en su dimensión de reglas y prácticas sociales, de proyectos y acciones institucionales y de

terior y entre las instituciones no existe necesariamente una visión armónica o de complementariedad, sino por el contrario es común observar que en ellas se presentan contradicciones, conflictos y oposición” (Lerner y Quesnel, 1994:9).

⁴⁴ En la misma línea, Lerner y Quesnel (1994:8) señalan que “así como la familia se consideró como el ámbito de influencia más relevante de transmisión de valores, normas y prácticas en el comportamiento reproductivo, en la actualidad, es el Estado, mediante sus instituciones, el que interviene en el ámbito de la vida personal y familiar para orientar y regular desde el exterior dicho fenómeno”.

derechos individuales. A partir de esta distinción básica, 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.

Instituciones, agentes y actores sociales

Diversas instituciones sociales han desempeñado un papel destacado en una amplia variedad de campos que tienen una estrecha relación con la salud reproductiva. Así varios autores han enfatizado la influencia de dichas instituciones en: *a)* la socialización y difusión de una serie de normas y preceptos comportamentales que dictan cómo conducir la vida sexual y procreativa de las personas; *b)* la legitimación del principio público de regulación de la fecundidad, y *c)* la institucionalización de la demanda de métodos anticonceptivos. Debido a la influencia ejercida por diversas instituciones sociales, es indiscutible la necesidad de incorporar dicha dimensión en los intentos de conceptualización y teorización relacionados con la salud reproductiva.⁴⁵

⁴⁵ 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 e institucionalidad.

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, 1994 y 1992; Tuirán, 1988, y Potter *et al.*, 1988) han puesto de relieve la influencia ejercida por las instituciones de salud. Asuntos tan sensitivos 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, lo que los convierte en sujetos apropiados de estudios cuidadosos.⁴⁶ 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 exis-

⁴⁶ Diversos autores han señalado que su participación no ha traído consigo una neutralidad valorativa respecto al sexo y la reproducción.

tencia de relaciones asimétricas en el interior de los sistemas de interacción social. En la literatura 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 al 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 como el seguimiento pre y posnatal que llevan a cabo sus agentes.

La escuela y los medios de comunicación

La escuela y los medios masivos de comunicación constituyen instancias relevantes de socialización utilizados por diferentes tipos de instituciones para la emisión de mensajes y saberes vinculados con la reproducción, la sexualidad y la salud. Su expansión ha significado la secularización de los modos de orientación de la acción social y el dislocamiento de la le-

gitimidad de la autoridad religiosa (Bourdieu, 1976 y Faria, 1988).

Es innegable que la escuela interviene en la conformación de las orientaciones valorativas, predisposiciones y hábitos respecto a una gama innumerable de aspectos. Illich (1971) ha subrayado el papel desempeñado por el currículum oculto de las escuelas. En ellas se aprenden muchas cosas que no tienen que ver con el contenido formal de las lecciones, pero que están implícitas en los procedimientos y en la propia organización escolar. El currículum oculto les enseña a los niños a “saber cual es su sitio y mantenerse quietos en él”, transmitiendo mensajes relacionados con las diferencias sociales, étnicas y de género, así como respecto a la asignación de roles en función de posiciones, atributos y características diversas (Bernstein, 1975; Bowles y Gintis, 1981; Bourdieu y Passeron, 1976).

A su vez, una influencia directa de la escuela en el campo de la salud reproductiva se expresa en los contenidos curriculares impartidos en los diferentes grados del sistema escolar, que incluyen disciplinas particulares que ponen de manifiesto la capacidad del control individual sobre el cuerpo, la reproducción y la sexualidad (Camarena, 1990).⁴⁷

⁴⁷ En México actualmente se busca introducir nociones relativas a los riesgos de salud implicados en las relaciones sexuales.

Los medios de comunicación masiva también exhiben un enorme potencial de socialización, ya que por su naturaleza pueden alcanzar ámbitos y espacios que otras instituciones y fuerzas modernizadoras no alcanzan a tocar.⁴⁸ A través de la exposición recurrente y sistemática de las personas a los contenidos generales y específicos de sus mensajes, los medios de comunicación inciden sobre los modelos y pautas de comportamiento de los individuos en diferentes esferas de sus vidas, incluyendo la construcción de la identidad y roles de género, así como las prácticas en torno a la reproducción, la sexualidad y la salud (Faria, 1988 y Bustos, 1992).⁴⁹ Dichos men-

⁴⁸ En Bolivia la educación sanitaria por medio de lecciones por radio, dirigida a niños en edad escolar, que se inició en 1989, ha obtenido resultados exitosos. Existe evidencia de que muchos menores ya son capaces de reconocer los síntomas de deshidratación y saben preparar y administrar correctamente la solución casera para la rehidratación oral. También hay pruebas de que se lavan las manos con más frecuencia. Se escogió como destinatarios a los niños de 8 a 13 años “porque ellos son a menudo los que se ocupan de los hermanos menores y de algunos quehaceres domésticos relacionados con la preparación de la comida y el saneamiento, por lo que tienen gran influencia en su propia salud y en la de sus hermanos pequeños” (Banco Mundial, 1994).

⁴⁹ Bustos (1992:113) señala que la mayoría de los estudios que examinan las imágenes, mensajes y estereotipos femeninos difundidos por los medios masivos de comunicación coinciden en señalar que éstos contribuyen a “mantener y perpetuar los roles de género asignados a las mujeres (de esposa-madre-ama de casa), así como la valoración que se les da sobre todo por su

sajes y símbolos proporcionan marcos de referencia y perspectivas culturales globales dentro de los cuales los individuos interpretan y responden al mundo social y organizan la experiencia que tienen de él.

La religión

El pensamiento racionalista moderno y las diversas concepciones religiosas coexisten en un incómodo estado de tensión. Aun cuando el proceso de secularización ha avanzado de manera considerable en el país, todavía es notable la influencia moral que tiene la religión católica en relación con temas vinculados con la sexualidad y la reproducción humanas. No hay que olvidar el papel relevante que desempeña esta institución tanto en términos de su posición frente a la anticoncepción en general y el aborto en particular, como en términos de la creación y difusión de una ideología que norma las prácticas sexuales, la procreación, la formación de uniones y el comportamiento entre las parejas (ilustrado mediante la tensión entre la indisolubilidad de los lazos de unión marital y el divorcio).

La Familia

Son abundantes y conocidos los estudios que mencionan el papel protagónico de la familia en la vida

cuerpo y otras características consideradas 'femeninas' como ternura, pasividad, seducción, etcétera".

social (García, Muñoz y Oliveira, 1982; Salles, 1992, y Oliveira y Salles, 1986). Todos ellos, por medio de la investigación de temáticas diversas y por diferentes vías, coinciden en reconocer que la familia es una realidad compleja y multidimensional. Al respecto (véase Tuirán, 1993), se puede apuntar que ésta:

- a) es una instancia siempre presente que se renueva sin cesar. El poder de la familia no es un fenómeno pasivo, sino activo y tiene una doble fuerza: su capacidad de adaptación y su poder de resistencia;
- b) es un ámbito de relaciones e interacción de personas de géneros y generaciones distintas que conviven en un mismo contexto emocional, pero donde también tienen lugar relaciones de poder y autoridad. Por ello, las relaciones entre sus miembros no están exentas de lucha y de conflicto;
- c) representa una continuidad simbólica que trasciende a cada individuo y generación. Como todo grupo social, la familia forja una representación de sí misma que nutre, alimenta y da significado a la vida de sus miembros;
- d) como marco institucionalizador de la vida, instituye una genealogía y produce una filiación. En su conformación, la familia transmite las señas de identidad a sus miembros (apellidos, herencia genética, capital simbólico, etc.), ar-

- ticulando las líneas de parentesco mediante un complejo entretejido de fusiones sociales;
- e) permite al sujeto la adquisición del lenguaje, lo que hace de la familia una instancia rectora de los procesos fundamentales del desarrollo psíquico;
 - f) opera como espacio productor y transmisor de pautas y prácticas culturales. Es un ámbito privilegiado del proceso de socialización primaria de los individuos. Por medio de ella se reproducen las pautas de conducta y las normas de sociabilidad. Más aún, la familia conforma un ámbito crucial en la formación de identidades (incluyendo la de género) y de los roles derivados de cada una de ellas, y opera como espacio de inducción de conductas, comportamientos y hábitos que marcan la historia del individuo en diferentes campos, incluyendo saberes y prácticas ligadas con la sexualidad, la reproducción y la salud;
 - g) es la instancia por excelencia de la reproducción biológica y demográfica;
 - h) es un espacio productor-reproductor-controlador de la sexualidad, aunque se reconoce que la sexualidad y las prácticas sexuales no se restringen ni se agotan en ese ámbito, e
 - i) está continuamente en el centro de la controversia pública y es foco privilegiado de la intervención del Estado y de otras instituciones

sociales. La familia se encuentra condicionada por un conjunto de leyes, es objeto de políticas públicas de diversa índole y resiente la presión de una serie de reglas y normas –a menudo contradictorias– que se originan en el tejido institucional.

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. A título de ejemplo podemos mencionar: los ciclos de vida individual y doméstico, la división sexual del trabajo, las condiciones económicas en que vive 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 doméstica. 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 lo encontramos en la llamada medicina “doméstica” o “case-

ra”. Así, 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.

El hogar es a menudo idealizado 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). 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. Numerosas investigaciones realizadas tanto en países desarrollados como en desarrollo 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. Murray Straus (1979) plantea que el matrimonio y la paternidad proporcionan “licencias para pegar”. La violencia doméstica es considerada hoy en día como una cuestión de salud pública,

puesto que constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad femeninas.⁵⁰ Las investigaciones disponibles demuestran 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, 1993).

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 aplicación de políticas públicas y la provisión (o ausencia) de servicios como los de planificación familiar y anti-concepción, aborto, salud materno-infantil, educación sexual, etcétera.

⁵⁰ 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 los niños pequeños (Banco Mundial, 1993).

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 (Lasch, 1991; Donzelot, 1980, y Foucault, 1989).

Aunque es cierto que no es fácil deslindar con claridad la institucionalización de una política de su cristalización en leyes, consideramos importante enfatizar una línea de investigación que explore aspectos tan diversos como: *a)* el carácter, naturaleza y orientación de las políticas estatales que tienen incidencia directa y/o indirecta sobre la salud reproductiva; *b)* la evaluación de su impacto, y *c)* la correspondencia entre la asignación de dichas políticas y el espíritu-letra de las leyes vigentes. En relación con el aborto, Ortiz Ortega (1993:27) sostiene que:

La dificultad central del aborto inducido en condiciones de riesgo se deriva de la vigencia de leyes que lo condenan 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. Visto 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.

Un acercamiento interesante a este subejeto 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 enfatiza las políticas sociales,⁵¹ las cuales se bifurcan en dos tipos de intervenciones relevantes: las de índole estrictamente focal (como 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.⁵²

⁵¹ Este conjunto está influido por un fenómeno mayor que son las políticas económicas y fiscales.

⁵² A su vez, dichas conductas se revierten e influyen en la sociedad mediante el resultado agregado de los comportamientos individuales.

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 los individuos (Mayer y Muller, 1986; Bouchman, 1989; Meyer y Schoepflin, 1989, y Tuirán, 1991).

Por esta vía, el Estado organiza y pauta las trayectorias de vida individual. Muchas instituciones de gran interés para la salud reproductiva 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 al interior 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 y Rábago, 1986, y Lerner y Quesnel, 1994 y 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, actores y derechos reproductivos

Los procesos de carácter sociodemográfico son el resultado en el sector 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, 1984; Tuirán, 1988 y 1993; Torrado, 1991, y Cervantes, 1993). Así, 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 con 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, 1989). Cada uno de estos principios puede ser violado por actos de abuso, omisión, negligencia o discriminación que se originan en instituciones, grupos o personas.

Diversos autores sostienen que los derechos reproductivos están contemplados dentro de los derechos civiles y sociales.⁵³ Dixon-Mueller (1993)

⁵³ T. H. Marshall (1974) ha distinguido 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

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.

Políticas públicas y derechos sexuales y reproductivos

Una de las cuestiones fundamentales en este campo tiene que ver con la 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). Pero ¿deseable y posible para quién?

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 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 un grado mínimo de bienestar y seguridad económicas.

Se advertirá que 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 y asignación de las políticas públicas relevantes para nuestros intereses de investigación.

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 y aplicación 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 en el sector del desempeño propiamente burocrático del aparato estatal?, ¿quién gana y —en su caso— quién pierde?⁵⁴

⁵⁴ De acuerdo con algunos autores, el enfoque de la salud re-

Este tipo de planteamientos puede servir de marco para entender por qué la aplicación de algunas políticas públicas puede entrar en contradicción 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 y factores 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 organización de las políticas públicas sea fiel al espíritu y letra de las leyes y normas jurídicas, así como a la declaración de

productiva amplia 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 como 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?

principios, recomendaciones y preceptos internacionales vigentes? (Tuirán, 1993.)

Diversos autores han ofrecido importantes contribuciones en relación con la experiencia mexicana en materia de política de población, planificación familiar y derechos reproductivos (Aparicio, 1993; Cervantes, 1993; Tuirán, 1993, 1991 y 1988; Figueroa, 1994, 1991 y 1990; Figueroa y Aguilar, 1992, y Figueroa, Hita y Aguilar, 1994). Algunos de ellos han dedicado especial atención a dos dimensiones clave del ejercicio de tales derechos: *a*) el acceso a los medios de regulación de la fecundidad, y *b*) la información accesible a las personas respecto a la naturaleza y características de cada uno de los métodos anticonceptivos, así como la gama de opciones disponible.

En relación con la segunda dimensión, cabe señalar que la investigación en México ha puesto de manifiesto la limitada y en ocasiones nula información brindada a una proporción importante de las usuarias de métodos como la esterilización o el DIU en los programas gubernamentales de planificación familiar.⁵⁵ Al respecto, algunos autores plantean que la carencia de información puede estar asociada con el énfasis

⁵⁵ Así los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Enfes, 1987) revelan que una de cada cuatro mujeres esterilizadas no recibió información de carácter institucional acerca de la existencia y características de otros métodos anticonceptivos ni sobre su carácter irreversible (Tuirán, 1991).

que la política de población en México asigna a “criterios de eficiencia” asociados con el cumplimiento de las metas demográficas (o de cobertura dentro de los programas de planificación familiar).

En entrevistas realizadas a prestadores de servicios se ha encontrado que

[...] en la mayoría de los casos, los individuos a cargo de las unidades médicas estaban conscientes de las metas que tenía asignadas y reconocían que el alcanzar o sobrepasar dichas metas se tomaba en consideración en las evaluaciones periódicas por parte de sus supervisores (Potter *et al.*, 1984).

Conviene precisar –como lo han hecho algunos autores– que quizá el problema no sea inherente al establecimiento de dichas metas, sino que puede derivar del funcionamiento vertical y autoritario de las entidades burocráticas en México. Estos escenarios –por medio de la traducción de las metas de fecundidad en cuotas por método y su correspondiente desdoblamiento en todos los ámbitos burocrático-administrativos del Sector Salud– constituyen terreno fértil para la generación y reproducción de una serie de procedimientos y prácticas utilizadas por los prestadores de los servicios de planificación familiar en el reclutamiento de nuevas usuarias por método. Dichas prácticas van desde el convencimiento y la persuasión hasta el condicionamiento y la imposición (Tuirán, 1993). Es-

te último caso puede ser ejemplificado con claridad mediante la anticoncepción posparto ya sea por la colocación del DIU (Aparicio, 1993) o por medio de la esterilización, práctica que en ocasiones es realizada sin recabar la debida autorización de la usuaria (Figueroa, 1990 y Tuirán, 1988). A través de estos procedimientos, el prestador de los servicios de planificación familiar sigue la “implacable” lógica de que “si no se opera o se inserta el dispositivo en ese momento, la mujer ya no regresa” (citado por Figueroa y Aguilar, 1992:12).

Este ejemplo ilustra que la adopción de un método anticonceptivo muchas veces sigue la ruta impuesta por las instituciones y los grupos profesionales en desmedro de los deseos o conveniencias individuales, justamente porque prevalece la lógica institucional y profesional por encima de las decisiones que las familias, las parejas o los individuos pueden tomar en condiciones ideales de libertad y de ejercicio de sus derechos. Por esa razón, se arguye con frecuencia que el funcionamiento de algunas instituciones públicas de salud parece enfatizar más criterios de “eficiencia” que el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de la población, lo cual desvirtúa el objetivo esencial de la política de población.⁵⁶ Al respecto,

⁵⁶ Así, conviene recordar que las metas demográficas no son un fin en sí mismas. Éstas deben contribuir al logro de objetivos sociales más amplios en un marco de respeto a los derechos fun-

Cervantes (1993) plantea la necesidad de promover “la transformación profunda” de las formas de operar de estas entidades por la vía de “democratizar su funcionamiento y de invertir la lógica de sus prioridades”.

La medicalización de los esquemas reproductivos

Diversos autores han 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, 1986). Este hecho forma parte de un proceso más amplio de medicalización del cuerpo humano. En este proceso, 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 (Barroso y Correa, 1991; Sommer, 1993; Gargallo, 1994, y Tuirán, 1993).

Entre las manifestaciones y potenciales implicaciones del proceso de medicalización de los esquemas reproductivos destaca, en particular, la reducida ga-

damentales del ser humano. De ahí que tenga sentido evaluar permanentemente el papel de los instrumentos de la política de población para evitar que las acciones demográficas tiendan a independizarse, siguiendo sus propias inercias en correspondencia con sus metas y fines específicos (Tuirán, 1993).

ma de opciones anticonceptivas a que ha dado lugar ese modelo. Así, convendría explorar las modalidades 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.⁵⁷ 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.

⁵⁷ Desde un punto de vista más amplio, Toro (1989) destaca como problemas éticos en salud reproductiva los siguientes: la regulación del mercado de drogas, de las políticas de investigación y de los aspectos coercitivos que recaen sobre individuos y parejas para aceptar la anticoncepción.

Las nuevas tecnologías reproductivas

Se pueden distinguir cuatro tipos de intervención médica en la reproducción humana (Stanworth, 1987):

- a) La prevención de la anticoncepción. La introducción y creciente eficiencia de la anticoncepción ha puesto la paternidad-maternidad bajo el control directo de la pareja.
- b) La extensión de los servicios de obstetricia en el embarazo. Se han ideado medios cada vez más sofisticados 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 como el ultrasonido y la amniocentesis.
- c) El control médico del parto. La mayor parte de los alumbramientos tienen lugar hoy en 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 (Katz Rothman, 1982 y Sommer, 1993).
- d) La forma de la concepción. Se han desarrollado nuevas técnicas que permiten la procreación sin que sea necesaria relación sexual previa.

Algunos de los desarrollos recientes más importantes de las “nuevas tecnologías reproductivas” se encuentran en la cuarta categoría. Novedades 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. La especificidad de estas tecnologías radica en que operan sobre el cuerpo humano y, en particular, sobre el cuerpo de las mujeres.

Resulta necesario insistir en la conveniencia de reflexionar acerca de las implicaciones asociadas al sorprendente y vertiginoso desarrollo de las llamadas “nuevas tecnologías reproductivas”. 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 (Barroso y Correa, 1991; Stanworth, 1987; Hammel, 1987; Barzelatto, 1989; Sommer, 1993; Gargallo, 1994, y Tuirán, 1993).

Recuadro 8

Según una ginecóloga de Milán, la Dra. Pizzini, hay que cuestionar la idea de que todas las tecnologías relativas a la reproducción son nuevas. Ya desde 1790 el

cirujano escocés John Hunter inseminó por primera vez a una mujer con el espermatozoide de su marido. Y también la venta de la propia capacidad reproductiva por parte de una mujer es algo muy antiguo en la historia de la procreación. Por lo tanto, la supuesta novedad del tema tiene una doble función social: por un lado actualiza algunas viejas concepciones relativas a la sexualidad y la relación entre los sexos, manteniendo valores e intereses tradicionales, y por el otro los moderniza, presentando las técnicas reproductivas como los más recientes aportes de la ciencia al servicio de la humanidad (Gargallo, 1994).

Por supuesto que no se trata de rechazar los avances tecnológicos o de oponerse a la racionalidad

Recuadro 9

Todas las nuevas tecnologías reproductivas desarrolladas para abordar problemas de esterilidad y para reducir el riesgo de malformaciones, retrasos o incapacidades de los recién nacidos promueven la noción de que es posible controlar las diferentes fases del proceso reproductivo y asegurar una descendencia saludable. Algunos trabajos se han abocado a evaluar las promesas que ofrecen esas tecnologías para combatir la esterilidad y la morbi-mortalidad materna e infantil (Henifin, 1983).

científica, sino de evaluar sus potenciales consecuencias (anticipadas y no anticipadas) y sus posibles efectos perversos. De no establecerse 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.

D. Cultura, reproducción, sexualidad y salud

Las instituciones sociales que operan en la esfera pública se presentan al individuo con un carácter imponente por su naturaleza reguladora y controladora (Berger, 1972). Los vínculos de los individuos con esas instancias a menudo son experimentados en términos impersonales y coercitivos. Un ejemplo de ello son las relaciones y vivencias que las personas mantienen –por medio de diferentes vías– con las instituciones, códigos y leyes que emanan del Estado y sus agencias (Berger y Luckmann, 1968; Berger, 1972, y Lasch, 1991).

En el ámbito privado, las tendencias institucionalizadoras han sido matizadas por la cultura producida y apropiada por personas y grupos bajo la modalidad de resistencia (Berger, 1972, y 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 prácti-

cas de resistencia, lo previamente instituido. También existen otras áreas de lo privado que siguen un rumbo distinto, ya que usualmente 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 al cortejo y el noviazgo, a la crianza de los hijos, así como a ciertas prácticas y normas que rigen el parto, el puerperio, el aborto y otras acciones ancladas en la sabiduría tradicional (comadronas, brujos, etc.) con frecuencia escapan –al menos parcialmente– al accionar de las instituciones dominantes.

Peter Berger (1967:6) define 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 intencionalidad de los actores sociales, y por el otro revelan las pautas del comportamiento humano. Por ello, Berger tiende a enfatizar la intersubjetividad o comprensión compartida, sosteniendo que la cultura existe “sólo en cuanto las personas son concientes de ella”. Además, Berger conceptualiza 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 lo 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.

La cultura ha sido frecuentemente invocada por la literatura 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 a la reproducción, la sexualidad y la salud.

En esta sección del trabajo nos referiremos inicialmente 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 resignificado por la cultura.

Posteriormente, apoyados en la tematización propuesta por Hammel examinaremos los usos y sentidos más comunes otorgados a la cultura, tratando de especificar su importancia analítica en el campo de la salud reproductiva.

Cultura versus naturaleza: acercamientos sobre el cuerpo

Esta discusión permea casi todos los estudios que se hacen desde la óptica 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:

- a) un enfoque usual es aquel que propone que la naturaleza es el sustrato de la cultura. Tal idea apunta a una relación de continuidad entre ambas instancias;
- b) 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 (Sahlins, 1976), y
- c) finalmente hay los que plantean el interjuego dialéctico entre naturaleza y cultura, conceptualizando ambas dimensiones como algo fluido y siempre cambiante. En esta línea, se sostienen que la cultura es generada por, y está ubicada en, un escenario natural y/o biológico. A pesar de ello, la cultura reimpone sus propias coerciones y pautas a lo “natural”, mediante el interjuego dinámico entre una y otra, lo que provoca constantes cambios en ambas dimensiones (Berger y Luckmann, 1968).

Todas estas modalidades de enfrentar el tema, con diferentes matices, coinciden en señalar que la natura-

leza 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 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)”.⁵⁸ El mantenimiento de nuestro 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 interpretaciones simbólicas y regulaciones sociales. La cultura no sólo interviene estableciendo limitaciones al organismo, sino también a su funcionamiento.⁵⁹

Tomemos como ejemplo, el comportamiento sexual que a pesar de tener un componente biológico está condicionado por factores culturales (Gagnon,

⁵⁸ La mayor parte de las teorías sociológicas establecen una drástica separación entre el yo y el cuerpo (Turner, 1989).

⁵⁹ La preocupación con el cuerpo hace parte de algunas vertientes fundadoras de la sociología (véase Durkheim, 1960, *Les formes elementaires de la vie religieuse*). El feminismo contemporáneo resignifica los alcances de las teorías convencionales sobre el cuerpo a la luz del psicoanálisis.

1983, 1992). Las prohibiciones contra el incesto ejemplifican algunos condicionantes culturales respecto a 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, 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 (Zolla y Carrillo 1994).

Recuadro 10

Desde la óptica cultural e interaccionista, es importante mencionar brevemente algunas modalidades de curación, las cuales sólo pueden ser entendidas a través de su inserción en sistemas simbólicos ergo culturales (Menéndez, 1981; Módona, 1990; Zolla, 1994). En la literatura (véase Menéndez) es frecuente distinguir entre medicina «científica» (o «acadé-

mica») y medicina «tradicional». La primera es practicada por los profesionales habilitados para curar, quienes pueden hacerlo por un «saber» que obtienen vía mecanismos de aprendizaje técnico legitimado por el Estado y sus aparatos (por ejemplo, la escuela de medicina y/o enfermería, la práctica médica en el sistema formal de salud, etc.). A su vez, una variedad de curadores ejerce la medicina «tradicional». Entre los agentes de los modelos curativos (tradicional/científico en sus distintas modalidades) existen relaciones asimétricas que se expresan en vínculos de hegemonía y subordinación lo que conforma un campo de disputa tanto entre las formas de producción del saber como entre las modalidades de su ejercicio. Por lo tanto, la relación poder/conocimiento es un tema indispensable para entender y abordar la constitución de los diferentes modelos curativos cuando éstos son entendidos desde la óptica de la cultura como suele acontecer en la investigación inscrita en la antropología médica (para desarrollos más detallados véanse Menéndez, 1981, Módena, 1990 y Zolla, 1994).

Los diferentes usos del concepto de cultura

En la literatura especializada es usual recurrir al concepto de cultura para evidenciar el fracaso de las explicaciones puramente económicas de conductas

diversas. Como señalan Pollack y Watkins (1992), algunas “explicaciones” culturales no son tales. En ocasiones, la cultura es tratada como una especie de “caja negra” o “residual” que busca dar cuenta de variaciones que no han podido ser explicadas por otras variables o instancias analíticas. Alternativamente, una gran variedad de interpretaciones culturales suelen descansar en sistemas de valores generales o estructuras institucionales cuyo valor explicativo es limitado.

El concepto de cultura ha sido empleado de muy diferentes maneras en las investigaciones social y demográfica. Hammel (1990), identifica seis diferentes enfoques con grados diversos de profundidad y aplicabilidad a la salud reproductiva: *i*) la cultura como “identificador” de agrupamientos sociales; *ii*) como corpus de tradición autónoma; *iii*) como sistema estructurado de símbolos; *iv*) como determinante de la acción; *v*) como expresión de la experiencia humana, y *vi*) como conjunto de símbolos negociados entre actores sociales. Los utilizaremos como marco para invocar algunos ejemplos relacionados con la importancia de la cultura para la salud reproductiva.

i) La cultura como identificador

Quizá el uso más antiguo del concepto de cultura es aquel que sirve como “identificador” de agrupamientos sociales, cada uno de los cuales está integrado por personas que comparten una serie de rasgos o atributos

en común (raza o etnia, lengua o dialecto, religión, etc.). Al amparo de esta tradición, la identificación de grupos “culturales” –y, por tanto, su asociación con un tipo de comportamiento específico (reproducción, sexualidad, salud, etc.)– es utilizada para localizar las prácticas de interés en tiempo y espacio. Así, el examen detallado de la transición demográfica en Europa occidental ha revelado que el descenso de la fecundidad siguió líneas lingüísticas y étnicas. La evidencia empírica de este tipo sólo sugiere la relevancia de las explicaciones culturales del cambio demográfico (al respecto, véanse, entre otros autores, Leasure, 1963; Coale, 1985; Watkins y Coale, 1986, y Watkins, 1991).

Sin embargo, como menciona Hammel (1990), esta corriente guarda algo de rudimentario, pues no especifica el contenido de la cultura, carece de una teoría de la acción y poco o nada dice acerca de: *a)* el proceso de comunicación, la dirección del flujo y la entropía de las transmisiones, y *b)* el sistema más complejo de patrones y pautas de carácter comportamental dentro del cual se insertan las prácticas de interés.

ii) La cultura como un corpus de tradición autónoma

De acuerdo con esta perspectiva (Hammel, 1990; Tylor, 1871, y Boas, 1940), cada cultura es única, como los diseños en un caleidoscopio, y está constituida por patrones de conducta coherentes (hábitos, costumbres y tradiciones), que son aprendidos por los acto-

res en contextos sociales dados.⁶⁰ Esta tradición interpreta la cultura como una entidad relativamente autónoma, conformada por una tradición rígida e inmutable de hábitos heredados y patrones compartidos, a expensas de procesos de cambio. En relación con lo último tomemos como ejemplo las prácticas sexuales orientadas por la tradición y referidas a mitos que se acompañan de sólidos sistemas de control; éstos no sólo norman las prácticas, sino también organizan las modalidades de transmisión cultural (Ortner, 1978). También el número “sorprendente de normas que rigen con quién puede uno casarse o no” al remitirse a instancias que tradicionalmente se explican mediante discursos mitificados, ilustran la fuerza de los hábitos que se heredan y transmiten de generación en generación (Gayle Rubin, 1986:110). Los mitos que recalcan que la fuerza vital masculina reside en el semen, propician que niños y jóvenes tengan relaciones sexuales orales con un pariente adulto, para consumir semen (este ejemplo se encuentra en Kelly; Van Baal, y Williams, citados por Rubin, 1986:116).⁶¹ Desde otros contextos culturales,

⁶⁰ Los integrantes del grupo internalizan dichas pautas y patrones comportamentales a través de procesos diversos de transmisión cultural.

⁶¹ Cabe resaltar que Rubin (1986:116) utiliza la última ilustración indicada para ejemplificar lo que ella denomina “formas particulares de homosexualidad institucionalizada en ciertos grupos de Nueva Guinea”.

se generan mitos contrarios que más bien indican que el semen daña la leche materna, lo que impone la abstinencia en la pareja heterosexual (“cuarentena”) como una necesidad. El examen de dichas ilustraciones –que no forzosamente constituyen rasgos exclusivos de contextos con orientación premoderna– permite prever sus posibles consecuencias para la reproducción de patrones originales y fuertemente influyentes en la sexualidad y reproducción humanas.

*iii) La cultura como sistema
estructurado de símbolos*

La cultura es definida como una entidad en sí misma, que se caracteriza por la existencia de un sistema estructurado de símbolos, cuyos elementos constitutivos están estrechamente interrelacionados e interconectados entre sí (sin que ellos necesariamente guarden un vínculo literal con las “cosas” que simbolizan). Por esta razón, esta corriente sugiere que cualquier sistema cultural debe ser examinado en sus propios términos. Una de las maneras de analizar dichos sistemas se sustenta en la descomposición de sus elementos. Este tipo de aproximaciones guarda un estrecho paralelismo con el análisis lingüístico. En este caso, el examen formal de las estructuras simbólicas está orientado a capturar los principios de lógica y clasificación, así como la coherencia y relación entre los elementos que forman parte del siste-

ma simbólico.⁶² En Lévi-Strauss y más recientemente en Bourdieu, encontramos ejemplos de oposiciones binarias (lo frío *versus* lo caliente; lo crudo y lo cocido, la miel y las cenizas) que explican principios clasificatorios no evidentes, los cuales funcionan como referencia cultural para ordenar las percepciones y regular las prácticas de los actores en diferentes esferas de la vida social, incluyendo la clasificación de las enfermedades y su consecuente atención. Asimismo, los “ordenadores” de género –si vistos como una construcción cultural– hacen parte de los sistemas de oposiciones primarias. Los símbolos que indican la separación entre lo masculino y lo femenino, a pesar de existir en todas las sociedades conocidas, varían inmensamente entre unos y otros contextos culturales.

*iv) La cultura como dimensión
orientadora de la acción*

La cultura es conceptualizada como un sistema estructurado de mecanismos de control que, por un lado, se erigen o descansan sobre una infraestructura dada, y por el otro, regulan la conducta humana. Dicha noción emerge como un cuerpo de prescripciones, reglas y

⁶² Este tipo de aproximaciones ha sido extendido al análisis de los procesos de toma de decisión, tratando de mostrar la importancia de la matriz cultural y social en la forma en que el mundo natural es percibido.

normas, derechos y obligaciones y como un conjunto de expectativas socialmente compartidas. Todos estos elementos confluyen para dar sentido a la acción colectiva e individual, así como para regular y gobernar los comportamientos de los individuos, incluyendo los relacionados con la reproducción, la sexualidad y la salud. Gagnon (1983 y 1992) estudia las “regulaciones” disímiles de contextos culturales variados sobre la sexualidad. Asimismo, Davis y Blake (1956) examinan la influencia que ejerce la cultura en prácticas diversas como la nupcialidad, los hábitos de lactancia, el periodo *postpartum*, entre otros. Asimismo, las prohibiciones contra el incesto y los controles sobre las relaciones pre o extramaritales ejemplifican algunos de los condicionantes culturales respecto a las prácticas sexuales.

De acuerdo con esta visión, la adquisición de la cultura por parte de los miembros del grupo no es un proceso “didáctico”, sino en buena medida, procede de manera inconsciente por medio de la internalización de una variedad de principios que derivan de la praxis social y la exposición a los procesos de socialización vertical entre generaciones y de difusión lateral entre pares. Dentro de esta tradición se ha brindado escasa atención a los procesos implicados en el cambio cultural, los principios que gobiernan la acción social, así como los mecanismos mediante los cuales tiene lugar la conformidad (adherencia) a, o desviación de, los valores y normas culturales. Esta

tradición ha tenido un enorme impacto en el pensamiento demográfico, tal y como lo demuestran los trabajos de Davis y Blake (1956), McNicoll (1978b), Caldwell *et al.* (1988 y 1991), Dyson y Moore (1983), Handwerker (1986) y Lesthaeghe (1983).

v) *La cultura como expresión
de la experiencia humana*

Al amparo de esta tradición, la cultura es conceptualizada como expresión “artística” de la experiencia humana. Como arte o la literatura o ciencia, ésta debe ser apreciada críticamente, leída como un texto e interpretada en la forma en que los críticos de la literatura, el arte o la música indagan acerca de los significados contenidos en esas expresiones artísticas (Hammel, 1990). La cultura vista como ciencia puede ser examinada en sus aspectos instrumentales y apreciada según su capacidad de mejorar la condición y los problemas que atañen a la humanidad (Lukács, 1976 y Heller, 1985). Entre éstos están los referidos a la salud cuya superación es impensable sin la ciencia.

vi) *La cultura como conjunto
de símbolos negociados*

La cultura es continuamente creada y recreada en el curso, y por medio, de la interacción social. Ésta puede ser definida como una estructura simbólica que es

elaborada y negociada constantemente por los actores conforme establecen relaciones sociales. Bajo esta perspectiva, los individuos dejan de ser participantes pasivos de la trama social para convertirse en sujetos activos. Los actos de los individuos son explicados por el significado que ellos le atribuyen a su experiencia. Dichos significados no son “inventados” por los individuos, sino que emplean las interpretaciones que su entorno cultural les proporciona, mismas que actualizan y negocian constantemente en situaciones de interacción social.⁶³ En el eje temático siguiente ponemos énfasis en este último aspecto, ilustrando con algunos ejemplos las bondades de esta perspectiva.

A continuación, introduciremos dos dimensiones relevantes que no se agrupan rígidamente en los límites de una perspectiva precisa, sino más bien están presentes en algunas formulaciones de las tradiciones identificadas anteriormente, pero que por su relevancia para los estudios de salud reproductiva nos ocupamos de ellas.

⁶³ Remitimos al capítulo sobre interacción social, en el que se encuentran varias ilustraciones para este punto y entre ellas muchas referidas a salud reproductiva.

*E. Sistemas de interacción
y redes sociales relevantes*

Este eje temático enfatiza el estudio de sistemas de interacción y redes de diversa índole. Dichos sistemas y redes son importantes por varias razones:

- a) funcionan como ámbitos de producción, inducción y transmisión –vía la socialización– de prácticas varias, entre ellas las de naturaleza reproductiva y sexual, que varían según el contexto institucional, social y cultural;
- b) participan en la construcción de las identidades sociales e individuales a lo largo de las diferentes etapas del ciclo de vida;
- c) funcionan como medios de información y de inculcación de creencias, valores y costumbres respecto a la reproducción, la sexualidad y la atención a la salud. El ejercicio del autocuidado también se aprende en esos sistemas de interacción, y
- d) difunden los conocimientos y reglas que norman los accesos a servicios relevantes en el campo de la salud reproductiva, tanto modernos (hospitales y médicos) como tradicionales (parteras empíricas, brujos, etcétera).

No todos los sistemas de interacción cristalizan en redes sociales y grupos. Por esto, siguiendo a Sim-

mel, vale la pena señalar que la dimensión interacción social es más amplia y abarcadora que cualquier red o grupo. Éstos representan más bien modalidades particulares de interacción social. A su vez, ésta implica la existencia de procesos socializadores, pero no se reduce a ellos.

Interacción social

Las rutinas de la vida cotidiana conforman el grueso de nuestras actividades sociales. Nuestras vidas están organizadas en torno a la repetición de esquemas similares de comportamiento día a día y en el tiempo. Dichas rutinas y las interacciones cara a cara en las que nos sumergen, estructuran y modelan lo que hacemos. Puede decirse que el estudio de aspectos aparentemente triviales de la vida cotidiana contribuye a iluminar algunos de los rasgos más significativos de los sistemas e instituciones sociales, toda vez que su funcionamiento depende de los modelos de interacción social en los que estamos inmersos en el curso de nuestra vida diaria.

La interacción social cotidiana implica numerosas formas de comunicación verbal y no verbal, conformando sutiles relaciones entre lo que expresamos con nuestro rostro o nuestros cuerpos y lo que expresamos mediante las palabras.

El lenguaje es claramente el código semiótico prototípico, aunque desde de Saussure éste ha sido

considerado como sólo uno de los muchos códigos existentes. Éste es uno de los medios privilegiados por medio del cual la cultura es producida, compartida y transmitida.⁶⁴ Como señala Castro (1994:6)

El lenguaje de un grupo social representa la acumulación objetiva de vastas cantidades de significados y experiencias de ese grupo. Por extensión, el lenguaje que un grupo usa para expresar síntomas y hablar de la reproducción y la anticoncepción, constituye en sí mismo la experiencia objetivada de ese grupo respecto de estos fenómenos, al mismo tiempo que sirve para expresarlo.

La mayor parte de nuestro aprendizaje ocurre por medio del lenguaje. De hecho, algunos autores sostienen la hipótesis de que el lenguaje es mucho más que un elemento de la cultura, sugiriendo incluso que la estructura única de cada lengua contribuye a moldear y organizar los pensamientos y percepciones de los actores.

Influidos por la semiótica, un número considerable de antropólogos, historiadores y sociólogos han explorado la forma en la cual los varios sistemas de significación no lingüísticos operan o funcionan como códigos semióticos.⁶⁵ Tal es el caso de los gestos,

⁶⁴ Los símbolos que utilizan el habla y la escritura constituyen el medio principal por la que se construyen y expresan los significados culturales, aunque cabe reconocer que no son la única vía.

⁶⁵ Tanto los objetos materiales como los distintos aspectos del comportamiento y el propio cuerpo pueden emplearse para expresar significados.

los movimientos corporales, la ropa, el lenguaje del tiempo y el propio “espacio” de la casa (Birdwhistell, 1970, Bourdieu, 1976; Sahlins, 1976, y Zerubavel, 1991). Todos estos sistemas de significación tienen la capacidad de cristalizar y transmitir mensajes culturales. Pierre Bourdieu (1976) revela algunos secretos de la cultura argelina mediante el análisis del espacio de la “casa”, su distribución funcional y la de los objetos en su interior, demostrando de esta forma cómo los individuos y las familias son capaces de manipular este espacio y de utilizarlo como código virtual para transmitir importantes mensajes sociales y sexuales.

Las formas aparentemente más intrascendentes de la comunicación significativa resultan ser fundamentales para el propio entramado de la vida social. Todas ellas presuponen un conocimiento compartido y complejo que los participantes ponen en juego cotidianamente. De hecho, la estabilidad y el significado de nuestra vida diaria depende ante todo del hecho de que compartimos presupuestos culturales implícitos sobre lo que se dice, cómo se dice y por qué se dice. Por ello, en situaciones de interacción social se espera que cada uno de nosotros ponga en funcionamiento una especie de “alerta controlada” (Goffman, 1981), que consiste en demostrar continuamente a los demás nuestra competencia y habilidad –como actores sociales– en el desarrollo de las rutinas de la vida social cotidiana.

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 enfatiza 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 Strauss *et al.* (1973), 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” (Strauss *et al.*, 1973). Así, uno esperaría que en los hospitales de psiquiatría⁶⁶ ocurra una muy estable y bien definida división del trabajo (y de autoridad) entre doctores, enfermeras, trabajadores sociales y pacientes. Esta expectativa, sin embargo, no corresponde con la realidad de las organi-

⁶⁶ El concepto de “orden negociado” fue introducido por Strauss *et al.* (1973) para explicar la naturaleza de la división del trabajo en hospitales psiquiátricos.

zaciones estudiadas por Strauss y colaboradores. En su lugar, los autores citados pudieron 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. Strauss *et al.*, encontraron algunas de las fuentes de tal fluidez:

- a) no existe un consenso firme dentro de un grupo cualquiera acerca de cómo conducir los asuntos propios del hospital. Como se sabe, hay diferentes escuelas de psiquiatría y sus miembros tienen variadas y a menudo contrastantes posiciones acerca de las responsabilidades, derechos y obligaciones de terapeutas y pacientes;
- b) no existe consenso entre grupos. Psiquiatras y enfermeras tienen con frecuencia diferentes concepciones acerca de la forma en la cual debe ser organizado el régimen médico de los pacientes y la manera en que deben ser atendidos;
- c) incluso el grupo más “débil” tiene poder. Así, las enfermeras, como grupo relativamente subordinado dentro de la jerarquía de un hospital, no carecen de poder. Sin su cooperación, las

rutinas más triviales del hospital no podrían llevarse a cabo.

Esta propuesta teórico-conceptual, que incluso sobrepasa el ámbito estrictamente organizacional de una sola institución para devenir en espacio constitutivo del proceso de producción-reproducción de la sociedad, lo encontramos también en autores como Lerner y Quesnel (1992 y 1994), quienes han utilizado la noción de transacción como instrumento conceptual en el análisis de la influencia 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” (1992:9).⁶⁷ 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.⁶⁸

⁶⁷ 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.

⁶⁸ En Bleischer se da énfasis al hecho de que toda interpretación –o sea todo proceso hermenéutico– implica la idea de “meaning”, que es una acción cuyo contenido está formado por la relación de apropiación-creación entre el intérprete y la “cosa” interpretada.

La dimensión organizacional de las instituciones

Un aspecto de la dimensión institucional que consideramos relevante para el análisis de las acciones y el pensamiento en materia de salud reproductiva tiene que ver con el contenido propiamente organizacional de las instituciones sociales, concebidas estas últimas como espacios de interacción y transacción entre agentes y actores sociales. Conviene especificar, en primer término, 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.

Al respecto, puede decirse que las instituciones de mayor complejidad –desde el punto de vista organizacional y de la acción de los agentes que en ellas participan– tienden a estructurarse formalmente siguiendo el modelo de la organización burocrática. Dado que este tipo de arreglos se ha convertido en una forma dominante de organización social (lo que es evidente en los diferentes sectores del gobierno, el sistema escolar y el sistema de salud), resulta de gran interés identificar algunas de sus características más relevantes. Weber (1964) describió la burocracia (como tipo ideal) en los siguientes términos:

- a) una división del trabajo especializada;
- b) la existencia de roles, tareas, rutinas, reglas y

- procedimientos claramente definidos para cada una de las posiciones.
- c) una jerarquía de autoridad y calificación laboral, organizada en una pirámide formal de responsabilidad, control y vigilancia.
 - d) un trato impersonal entre agentes institucionales o entre éstos y sus “clientes”.⁶⁹
 - e) la rotación y, en su caso, la sustitución del personal especializado.

Esta formulación debe ser ajustada en cada caso concreto, ya que –por ejemplo– las organizaciones de interés en materia de salud reproductiva pueden no reunir todos los atributos o rasgos indicados. Por ello mismo, nuevas combinaciones emergen y deben ser analizadas. Para hacer este tránsito conviene, en principio, plantear las siguientes preguntas: ¿las organizaciones tienen fines y metas específicas?, ¿tales metas tienen una existencia que es independiente de los objetivos que persiguen los actores y grupos implicados en la vida de la organización? Si es así, ¿cómo son interpretadas y utilizadas cotidianamente por los agentes, actores y grupos participantes? ¿Cuáles son los factores que operan para aumentar (o reducir)

⁶⁹ En este último caso, las personas son tratadas más como “casos” que como individuos con el fin de minimizar el riesgo de que las preferencias y sesgos personales afecten las decisiones que deben adoptar dichos agentes.

la eficiencia institucional en la consecución de sus metas y fines específicos?

Tomando en cuenta que las instituciones sociales son cristalizaciones de prácticas y espacios de convivencia de diferentes tipos de agentes, actores e intereses, cabe plantear que el logro de las metas formuladas por éstas puede verse obstaculizado por los siguientes factores:

- 1) La existencia de grados variados de oposición interna emanada de los agentes institucionales frente a metas generadas endógenamente.⁷⁰
- 2) La existencia de oposición externa originada tanto de la sociedad civil –y de sus grupos y fuerzas reivindicadoras– como de otros ámbitos institucionales.
- 3) La existencia de intereses personales, grupales o empresariales –tanto internos como externos a una institución dada– que pueden ejercer presión para que determinados intereses sean considerados como ejes orientadores de la acción institucional. Dichos intereses, a su vez, pueden entrar en conflicto con las metas institucionales.⁷¹

⁷⁰ Goffman teoriza estos aspectos, aquí apenas delineados y Bolívar Lamounier en un trabajo para Clasco operacionaliza dimensiones útiles para este estudio.

⁷¹ Está aún por estudiarse con profundidad los efectos que tiene la industria farmacéutica sobre determinados aspectos de la

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 de Salud Reproductiva y Sociedad es posible formular una serie de interrogantes que podrían constituir objeto de investigación. Así, por ejemplo:

- a) ¿De qué manera las pautas de funcionamiento de una institución de interés para la salud reproductiva (vinculadas sea con el sistema de salud, sea con el sistema educativo, o con otros sistemas relevantes) afecta la orientación, compromiso y prácticas de trabajo de sus agentes?⁷²
¿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 de-

reproducción humana, como: a) la sustitución de la lactancia por la leche de fórmula; b) la oferta ilimitada (o descontrolada) de medios anticonceptivos no favorables a la salud femenina.

⁷² 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.

rechos y sugieran modelos de interacción alternativos?

- b) ¿Cómo influye 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?
- c) ¿La vida y funcionamiento de las organizaciones es afectada por las características de “estatus latente” de los agentes y actores sociales? Si es así, ¿de qué forma?⁷³

Encuentros

En muchas situaciones sociales nos encontramos frente a lo que Goffman denomina “interacción focaliza-

⁷³ 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, 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.

da”, que ocurre siempre que los individuos atienden lo que los otros dicen o hacen.⁷⁴ Gran parte de nuestra vida cotidiana consta de continuas interacciones focalizadas o encuentros con otros individuos (familiares, amigos, compañeros de escuela o trabajo, visitas al médico, etc.) en contextos y situaciones específicas.

En su obra, Goffman utiliza el modelo dramático como instrumento analítico para examinar la interacción social. Bajo este modelo, la vida social se concibe como si fuera una representación de actores en el escenario, toda vez que nuestro modo de actuar depende del papel que estemos desempeñando en un momento dado. Como en el teatro, en los distintos contextos de la vida social es posible distinguir entre las regiones anteriores (escenario) y las regiones posteriores (entre bastidores). Las primeras, remiten a las situaciones o encuentros sociales en los que los individuos desempeñan papeles formales o instituidos (actores en escena). Las segundas, constituyen espacios donde los actores descansan, se relajan, dan rienda suelta a sus sentimientos y se preparan para la representación.

Exploraciones íntimas

La consulta con el médico es un tipo especial de encuentro o interacción focalizada. Stimson y Webb

⁷⁴ Goffman llama “encuentro” a una unidad de interacción focalizada.

(1975) identifican tres características que distinguen la consulta con el médico de otras interacciones sociales: 1) las consultas ocurren en lugares específicos, así como en tiempos relativamente limitados y convenidos de antemano; 2) existe una razón para que tenga lugar la interacción, y 3) hay una brecha de competencia entre quien busca atención médica y quien la da.

El encuentro focalizado entre médico y paciente, como el que ocurre cuando una mujer visita al ginecólogo para hacerse un examen, puede servir de base para ilustrar las bondades de la metáfora dramática en el campo de la atención a la salud. Como se sabe, en todas las sociedades y culturas existen restricciones sociales respecto a qué partes del cuerpo pueden ser tocadas por diferentes personas. En la cultura occidental, los hombres y las mujeres están socializados para pensar que los genitales son la parte más privada del cuerpo, y para concebir que el contacto con los genitales ajenos está normalmente asociado con los encuentros sexuales íntimos. Los exámenes médicos rompen con todas esas restricciones y traspasan límites privados (Thompson, 1986).

Recuadro 11

El hecho de que la práctica médica tienda a ser desempeñada mayoritariamente por hombres hace del examen ginecológico una experiencia llena de ambigüedades y repleta de situaciones embarazosas.

Por ello, muchas mujeres frecuentemente se niegan a ir a consulta, incluso cuando existe una razón médica de peso para hacerlo. Henslin y Briggs (1971) adoptaron el modelo dramático para interpretar un gran número de encuentros de este tipo.⁷⁵ Ellos identificaron varias fases en la interacción entre médico y paciente, sugiriendo que cada fase podía ser tratada como una “escena” distinta, en la que los papeles de los actores involucrados variaban conforme avanzaba la trama:

- i)* el “prólogo” es la entrada de la mujer en la sala de espera, donde se prepara para asumir el papel de paciente y descarta temporalmente su identidad en el mundo exterior.
- ii)* El primer acto comienza una vez que la mujer entra a la consulta y adopta el papel de “paciente”. El médico, también desempeña su papel en el escenario, siguiendo las pautas que dictan los modelos de conducta profesional. El médico mantiene contacto con la mirada y escucha cortésmente lo que la paciente tiene que decir. Si el doctor decide que

⁷⁵ Las relaciones, interacciones y transacciones entre médicos y pacientes ha recibido especial atención en la sociología médica. Muchas de las investigaciones en este campo están dirigidas a responder preguntas como la siguiente: ¿quién está en control de este tipo de encuentro social y de qué manera dicho control es mantenido y reproducido?

es necesario un examen ginecológico, se lo dice a la paciente y sale de la habitación.

- iii)* Al salir el médico, entra la enfermera. Ella desempeña el papel de “tramoyista” en la escena principal que va a seguir a continuación. La enfermera intenta calmar cualquier preocupación de la paciente, actuando de ser necesario como su confidente (sabe “las cosas por las que las mujeres tenemos que pasar”) y colaboradora. Ella supervisa que la paciente se desvista, recoge las ropas y las dobla, la guía hasta la camilla y la cubre casi completamente con una sábana antes de que el médico vuelva. En este proceso, la enfermera contribuye a transformar a la paciente de ser humano completo en un cuerpo, parte del cual va a ser examinado.
- iv)* El acto central da comienzo en el momento en que el médico entra de nueva cuenta al escenario. La presencia de la enfermera, amén de colaborar con el médico, ayuda a asegurar que la interacción entre el doctor y la paciente no tenga connotaciones de carácter sexual. Ella es un testigo potencial en el caso eventual de que el médico fuera acusado de conducta no profesional. El examen prosigue como si la personalidad de la paciente estuviera ausente: la sábana que la cubre separa el área genital del resto del cuerpo, y su posición no le permite

ver a la paciente los procedimientos del examen ginecológico. Salvo por algunas preguntas de carácter médico, el doctor está fuera de su vista y la ignora. La paciente colabora en convertirse temporalmente en una “no persona”, al procurar no iniciar conversación alguna y al reducir sus movimientos.

- v) En el intervalo entre esta escena y la siguiente, la enfermera vuelve a desempeñar el papel de “tramoyista”, ayudando a la paciente a volver a ser de nuevo una “persona completa”. En este proceso, la paciente se viste y entabla conversación con la enfermera, mostrando alivio de que la revisión ginecológica haya concluido. Una vez que la paciente se ha vestido y arreglado, ella está preparada para enfrentarse a la escena final.
- vi) El médico vuelve a entrar en escena, contándole los resultados del examen. En esta ocasión, el médico, con sus modales corteses y profesionales, enfatiza el hecho de que sus reacciones no se han visto alteradas por el contacto íntimo con el cuerpo de la paciente.
- vii) el “epílogo” se representa cuando ella abandona el consultorio del médico y recupera su identidad en el mundo exterior.

Los grupos primarios y secundarios

La formación de las identidades colectivas e individuales resulta ininteligible sin la observación de espacios de socialización, convivencia e interacción que funcionan como marco y entorno para el desarrollo de los individuos en las diferentes etapas de la vida. Por esta razón, es importante tener presente que las identidades se construyen a partir de núcleos relacionales, los cuales remiten no sólo a los ámbitos de naturaleza íntima, sino también a otros círculos más amplios de pertenencia social.

La mayoría de los individuos pertenece a numerosos grupos, aunque ellos no son de igual relevancia. Ciertos grupos influyen más que otros en nuestras vidas y nos inducen a entablar relaciones e interacciones que varían en cercanía emocional y en proximidad física y social. El término grupo primario ha sido utilizado para describir los sistemas de interacción normados por sentimientos de pertenencia e intimidad, como la familia de origen, la pareja conyugal y su prole, así como los grupos de pares y amigos.

Los grupos primarios son generalmente, pequeños (lo que implica cercanía física), sus miembros mantienen vínculos emocionales, interactúan cara a cara y están identificados unos con otros en relaciones estables (Cooley, 1962 y Davis, 1989). Pero estas características no están necesariamente presentes al mismo tiempo y en el mismo espacio. Los integrantes de

una familia pueden mantener lazos emocionales aun cuando algunos de ellos no estén en el hogar. Por lo tanto, los sentimientos emocionales son más importantes que cualquier otro de los rasgos anteriormente mencionados (Davis, 1989).⁷⁶

Según Cooley (1962 y 1964), los grupos primarios son vitales para el proceso de socialización de los individuos.⁷⁷ Ellos proveen a las personas de las primeras experiencias en el dar y tomar de la interacción social. En ellos aprendemos a tener interés por los otros; apoyar a los integrantes del grupo, ser apoyado por ellos, cooperar y tener metas compartidas. En este espacio de interacciones primarias, los individuos exponen muchas facetas de su personalidad y desarrollan un fuerte sentido de identidad. Dado que los grupos primarios involucran relaciones estrechas e íntimas, sus miembros tienen amplia oportunidad de compartir sus experiencias y expectativas, así como evaluar las normas colectivas, haciendo saber –a tra-

⁷⁶ En una familia “bien integrada” la identificación puede ser tan estrecha que el éxito de un miembro es considerado como un éxito para todos los integrantes del grupo (aun cuando ellos no compartan un mismo espacio residencial) y el fracaso de uno es sentido como un fracaso de todos.

⁷⁷ Los grupos primarios se distinguen de cualquier otro grupo por la asociación íntima entre sus integrantes, la cooperación y el juego relativamente libre de la personalidad y del sentimiento (Tomasheff, 1991).

vés de diferentes vías y medios— si su comportamiento es deseable o indeseable de acuerdo con las normas que rigen las relaciones grupales.⁷⁸

Los grupos secundarios están constituidos por cierto número de personas que se conocen regularmente, pero cuyas relaciones son, de maera principal, impersonales. Los grupos secundarios no funcionan sin la cooperación de los participantes, pero el tipo de cooperación es esencial y de carácter utilitarista. Cabe señalar que en situaciones sociales reales, la distinción entre grupos primarios y secundarios no es del todo clara. De hecho, los grupos primarios algunas veces se originan en relaciones de grupos secundarios. Los colegas del espacio laboral, así como los compañeros de la escuela, son inicialmente miembros de grupos secundarios, pero en el curso de sus actividades conjuntas pueden desarrollar vínculos emocionales e íntimos y una genuina amistad.⁷⁹

⁷⁸ Al reconocer la ubicuidad de los grupos primarios, también se afirma que en su seno se establecen relaciones de poder y autoridad, lo que no los exime de relaciones de lucha y de conflicto (Simmel, 1965).

⁷⁹ Los grupos secundarios pueden ser definidos como creados para propósitos específicos y están interesados en sus miembros, en primera instancia, por sus contribuciones a esos propósitos. Tal es el caso de las fuerzas armadas, las corporaciones de negocios, la burocracia gubernamental, etcétera.

Las redes sociales

Las relaciones e interacciones sociales son la piedra angular del análisis de redes.⁸⁰ Una red es definida generalmente, como un tipo específico de relación que vincula a un conjunto definido de personas (Michell, 1987). Cabe hacer notar que diferentes tipos de relaciones sociales dan lugar a diferentes tipos de redes, aun cuando se trate de un conjunto idéntico de individuos.⁸¹

El análisis de las redes debe tomar en cuenta tanto las relaciones que existen como las que no existen entre los actores, ya que la configuración de vínculos presentes y ausentes revela la *estructura* específica de la red.⁸² El análisis de las redes contiene una pre-

⁸⁰ 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.

⁸¹ 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.

⁸² Las estructuras de relaciones varían en términos de *forma*, desde una estructura aislada en la cual ningún actor está conectado con otro hasta la estructura saturada en la cual cada actor está directamente ligado con el conjunto de actores que forman la red. Las redes más típicas son aquellas que se caracterizan por tener estructuras donde algunos actores están más ligados entre sí que lo están otros (Knoke y Kiklinski, 1982).

misa explícita de gran interés en el campo de la salud reproductiva: la estructura de relaciones entre los actores y la localización en la red tiene consecuencias importantes desde el punto de vista comportamental, perceptual y actitudinal tanto para las unidades individuales como para el sistema como un todo (Knoke y Kuklinski, 1982).⁸³

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 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

⁸³ Si el análisis de las redes estuviera limitado a un esquema teórico para identificar cómo un conjunto de actores está ligado entre sí, su estudio no habría despertado mucho interés en la investigación.

no) atención médica. (Suchman, 1967; Zolla, 1994; Salloway y Dillon, 1973; McKinlay, 1984).

Entre las muchas investigaciones realizadas sobre este tema, es posible señalar el contenido de algunas redes que han sido abordadas con mayor frecuencia. La enumeración siguiente no es exhaustiva, pero sirve para mostrar los diversos tipos de relaciones involucradas en su formación y desarrollo. No debe olvidarse que un individuo puede pertenecer simultáneamente a varias de las siguientes redes:

- i) Transaccionales:* los actores establecen relaciones de intercambio, que pueden implicar la transferencia del control sobre medios materiales, físicos o simbólicos.
- ii) De comunicación:* los vínculos entre actores son canales por los cuales diferentes mensajes y tipos variados de información pueden ser transmitidos de un actor a otro en un sistema de relaciones. La idea de la fecundidad reducida como innovación, la difusión de roles de género no tradicionales y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.
- iii) Instrumentales:* los actores establecen relaciones con el fin de asegurar información, bienes o acceso a servicios. Tal es el caso de las “bolsas de trabajo” informales, los contactos y medios necesarios para realizar un aborto, la información sobre el acceso a los servicios de salud, etcétera.

- iv) *Sentimentales, sexuales y eróticas*: quizá uno de los tipos de redes más investigadas en fecha reciente sean aquellas en las cuales los individuos expresan sentimientos de afecto, admiración o respeto mutuo, así como las relaciones permeadas por el erotismo. En general, este tipo de redes se sustenta en las relaciones típicas de los grupos primarios (diádicas o de mayor tamaño, incluyendo las existentes entre parejas conyugales, los triángulos amorosos y todos aquellos que llevan a conformar redes sexuales), sin excluir otro tipo de relaciones que trascienden a dichos grupos (como los “correos sentimentales”).
- v) *Profesionales o gremiales*: éstas usualmente dan lugar a la formación de organizaciones complejas, se sustentan en relaciones entre actores cuya identidad profesional es reforzada por la pertenencia a un grupo.
- vi) *Familiares*: es una instancia especial de algunas de las redes precedentes. Tales vínculos indican relaciones y roles específicos entre los miembros de la familia de interacción.

Redes de comunicación e instrumentales

Las redes sociales operan como estructuras de comunicación que difunden creencias, conocimientos e información sobre reproducción, anticoncepción y sa-

lud. Autores como Entwisle *et al.* (1991), Rogers y Kincaid (1981) y Yoddumnern-Attig *et al.* (1992) sostienen que el proceso comunicativo que tiene lugar en el interior de las redes sociales inciden en las percepciones, actitudes y prácticas de los participantes.

Un numeroso grupo de autores ha estudiado diferentes tipos de redes para explorar de qué manera la naturaleza, estructura y funcionamiento de las mismas influye en las prácticas sexuales, reproductivas y anticonceptivas de las mujeres por medio de etapas sucesivas del curso de vida. Se sabe que las redes constituidas por 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 esos tópicos son temas de conversación cotidiana de muchas mujeres. En este caso, la comunicación combina información y 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 *et al.* (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:

- a) 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).
- b) Afectiva: esta red social es más amplia que la anterior; comprende vínculos primarios (amigos cercanos, grupos de pares, etc.), aunque la naturaleza de éstos descansa principalmente en rasgos de logro (educación, ocupación, ingreso) y proximidades física y social.
- c) Extensa: se caracteriza por el menor grado de contacto y cercanía emocional. En esta red participan proveedores de servicios de salud y líderes comunitarios.

Yoddumnern-Attig *et al.* (1992) demuestran que todas estas redes desempeñan un papel relevante –aunque con certeza 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 enfermedades de transmisión sexual (ETS), ha impul-

sado la investigación relativa a las redes sexuales (Cleland *et al.*, 1992; Caldwell, 1993; Caldwell *et al.*, 1991; Anarfi y Awusabo-Asare, 1993; Anarfi, 1993; Orubuloye *et al.*, 1993a y 1993b; Ogbuagu, 1993; Adenike y Omoboloye, 1993; Omorodion, 1993, y Oyeneye 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 Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990, cada año se producen más de 250 000 000 de nuevos casos en todo el mundo (Banco Mundial, 1993). 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, como: *i*) dolores crónicos e infertilidad; *ii*) complicaciones del embarazo, como el aborto espontáneo, el embarazo ectópico y el inicio prematuro del alumbramiento; *iii*) infección puerperal, que puede causar infertilidad o muerte, y *iv*) 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 compli-

caciones. En la literatura reciente, el término red sexual (*sexual networking*)⁸⁴ 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. Éstas son en realidad mini-redes que probablemente están interconectadas entre sí, formando otras 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 (grado 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.⁸⁵

⁸⁴ 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.

⁸⁵ 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

Recuadro 12

La Organización Mundial de la Salud afirma que la mayoría de las muertes maternas son evitables. De eso no puede haber duda. Pero para que la evitabilidad se operacionalice se necesitan cambios profundos en muchas instituciones, pero sobre todo se requiere movilizar la cultura para derivar en una construcción de sus géneros masculino y femenino en términos diferentes a los actuales, que si bien no necesitan excluir a la maternidad y a la paternidad los reubique en un contexto más libre y equitativo en cuanto a los derechos y obligaciones, y donde la protección de la salud reproductiva de las mujeres, y dentro de ella, a la maternidad adquiere máxima prioridad para ellas, sus parejas, sus familias, sus sociedades y sus culturas. Cabe esperar que ya se haya iniciado este proceso en nuestro ámbito nacional. Sin embargo, para muchas mexicanas, no llegará a tiempo, si no existe verdadera voluntad política y una concertación social para lograrlo. Tomado de Elú, 1994.

suele servir como punto de partida para explorar la extensión y algunas características de las redes sexuales.

Observaciones finales

El proceso de investigación no conoce fronteras y tampoco tiene fin, toda vez que lo ya dicho, al pasar por una revisión crítica, puede dar lugar a nuevas formulaciones y nuevas vías de análisis y reflexión. Por ello, quisiéramos terminar esta versión del trabajo señalando algunos de los múltiples aspectos que requieren atención respecto al contenido del enfoque de salud reproductiva.

- a) El enfoque de la salud reproductiva abarca temas relativos a los derechos y las libertades reproductivas. Pero hay igualmente indicaciones de que éstos y otros temas afines, por su propia naturaleza, remiten a dimensiones que desbordan las tradicionalmente contenidas en su conceptualización, lo que obliga a tomar en cuenta la existencia de un “campo de disputa” relativo a la salud reproductiva formado por diferentes fuerzas provenientes tanto de la sociedad civil como del Estado.
- b) La amplitud actual otorgada al enfoque en cuestión exige repensar su contenido, pues éste va más allá de los problemas de salud que supuestamente la reproducción implica: ¿por qué el término salud si todo lo que cubre el “paraguas conceptual” indicado no es reductible a esta dimensión? Este mismo razonamiento se

aplica al componente reproductivo. Si se incluye la sexualidad en general ¿por qué hablar en términos estrictos de la reproducción?

- c) 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 solamente con las funciones reproductivas para extenderlo a las etapas previas y posteriores al periodo reproductivo.

Terminamos con la siguiente pregunta: ¿en qué medida las exigencias teórico-metodológicas de las ciencias sociales forzarán la adecuación entre el enunciado “salud reproductiva” y “la cosa enunciada”, o sea el laberinto de procesos, dimensiones, temas y problemas?

BIBLIOGRAFÍA

- Adenike, Beatrice y A.O. Omoboloye. “Sexual Networking among some Lagos State Adolescent Yoruba Student”, *Health Transition Review*, Australia, 1993, suplemento 3, pp. 151-157.
- Agar, Michael H. “Speaking of Ethnography” (vol. 2 de la serie: *Qualitative Research Methods*), Sage Publications, California, 1991.

- Alatorre Rico, Javier, Ana Langer y Rafael Lozano. "Mujer y salud", Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, *Mujeres en la pobreza*, GIMTRAP/Colmex, México, 1994, pp. 217-242.
- Alba Hernández, Francisco y Joseph E. Potter. *Population and Development in Mexico since 1940; An Interpretation*, Population Council, 1986, pp. 47-75.
- Aldunate, Adolfo. *Estudio comparativo del comportamiento reproductivo en algunas áreas rurales y urbanas de América Latina*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía-Escuela Latinoamericana de Sociología-Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (s.f.), 215 pp.
- , "São José dos Campos; estudo de caso, dinamica populacional, transformações sócio-económicas, atuação das instituições", *Estudos de População* 1, São Paulo, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (s.f.), paginación irregular.
- , "Reproducción de la población en 10 ciudades de América Latina (un ensayo de interpretación sociológica)", *Reproducción de la población y desarrollo* 2, São Paulo, Clacso, 1982, pp. 43-168.
- Alfie, Miriam, Teresa Rueda y Estela Serret. *Identidad femenina y religión*, UAM Azcapotzalco, México, 1994.
- Anarfi, John. "Sexual Networking in Selected Communities in Ghana and the Sexual Behaviour in Ghanaian Female Migrants in Abidjan, Cote d'Ivoire", Dyson Liege, Tim, *Sexual Behaviour and Networking Anthropological and Socio-cultural Studies on the Transmission of HIV*, Editions Derouaux-Ordina, Bélgica, 1992, pp. 233-247.
- , "Sexuality Migration and AIDS in Ghana—a Socio Be-

- havioral Study”, *Health Transition Review*, Australia, 1993, suplemento 3, pp. 45-67.
- , Awusabo-Asare Kofi y Agyema D.K. “Women’s Control over their Sexuality and the Spread of STDs and HIV/AIDS in Ghana”, *Health Transition Review*, Australia, 1993, suplemento 3, pp. 69-84.
- y Awusabo-Asare Kofi. “Experimental Research on Sexual Networking in some Selected Areas of Ghana”, *Health Transition Review*, Australia, 1993, suplemento 3, pp. 29-43.
- y C.M. Katende. “The Influence of Perceptions on Behaviour the Case of Condom use in Ghana”, no publicado, 24 (4). Presentado al Annual Meeting of the Population Association of America, Cincinnati, Ohio, abril 1-3, Estados Unidos, 1993.
- Antonovsky, Aaron. “Morbidity and Mortality and Human Rights”, United Nation, 1983, Nueva York, *Population and Human Rights. Proceedings of the Symposium on Population and Human Rights*, Viena, 29 de junio-3 de julio de 1981.
- Aparicio, R. “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. II, México, INEGI-IISUNAM, 1993, pp. 809-824.
- Arroyo, P., Ana Langer, H. Ávila y C. Llerena. “Modelo para el análisis de la sobrevivencia en la infancia”, *Salud pública en México*, mayo-junio, 30 (3), pp. 463-469.
- Atkin, Lucielle. “La investigación social como recurso para promover la maternidad sin riesgos”, ponencia presentada en la “Conferencia sobre maternidad sin ries-

- gos en México”, Cocoyoc, Morelos, 8 al 11 de febrero de 1993.
- , Tomás Frejka y Olga Lucía Toro. *Research Program for the Prevention of Unsafe Induced Abortion and its Adverse Consequences in Latin America and the Caribbean*, México, Population Council, 1989, 47 pp. Working Papers 23.
- Banco Mundial. “Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1994: Infraestructura y Desarrollo. Resumen”, Banco Internacional de Reconstrucción, Washington, 1994, 18 pp.
- Bang, Rani y Abhay Bang. “Commentary on a Community-based Approach to Reproductive Health Care”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Ilanda, 1989, suplemento 3, pp. 125-129.
- Barquet, Mercedes. “Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres”, GIMTRAP (comp.), *Las mujeres en la pobreza*, GIMTRAP-El Colegio de México, México, 1986, pp. 73-90.
- Barros, F., Ana Langer, C. Victora, M. Victora, F. Barros, U. Farnot, J. Belizan y J. Vilar. “The Latin American Trial of Psychosocial Support During Pregnancy: A Social Intervention Evaluated Through an Experimental Design”, *Social Science and Medicine*, Inglaterra, 1993, febrero, 36 (4), pp. 495-507.
- Barroso, Carmen y Sonia Correa. “Servidores públicos versus profesionales liberales; la política de la investigación sobre anticoncepción”, *Estudios Sociológicos*, vol. IX, núm. 25, enero-abril, 1991, pp. 75-104.
- Barzelatto, José. “Foreword”, Diczfalusy, E. *et al.* (comps.), *WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction*.

- Biennial Report (1986-1987)*, World Health Organization, Ginebra, 1988.
- , “Continuity and Change”, Diczfalusy, E. *et al.* (comps.), *op. cit.*
- , “Comments”, International Women’s Health Coalition, *Special Challenges in Third World Women’s Health*, IWHC, 1991.
- , “Reflections About Ethics and Human Reproduction and the Sense of the Conference”, Bankowski, Z; Barzelatto J. (comps.), *Ethics and Human Values in Family Planning, Conference Highlights, Papers and Discussion, XXI CIOMS Conference, Bangkok, Thailand*, 19-24 de junio de 1988, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 1989, pp. 63-67.
- , “Preface. Keynote Address”, XXI Conference of the National Council for International Health, Arlington, Virginia, Estados Unidos, 1994.
- Berger, Peter. *Marxismo y sociología; perspectivas desde Europa Occidental*, Biblioteca de Sociología, Buenos Aires, Amorrortu, 1972, 241 pp.
- y T. Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Amarrortu, Buenos Aires, 1968, 233 pp.
- Bernstein, Basil. “Class, Codes and Control” (dos ediciones revisadas), *Primary Socialization, Language and Education* 4, vol. 1, Londres, Routledge & K. Paul, 1974.
- , *Langage et classes sociales; codes socio-linguistiques et contrôle social*, Le sens commun, París, Minuit, 1986, c1975, 347 pp.
- Birdwhistell, Ray L. *Kinesics and context; essays on body motin communication*, Philadelphia, Pa. University of Pennsylvania, 1970, 138 pp.

- Bobadilla, J.L. y Ana Langer. "La mortalidad infantil en México: un fenómeno de transición", *Revista Mexicana de Sociología*, 1990, enero-marzo, 52 (11), pp. 111-131.
- , Julio Frenk, Tomás Frejka y Claudio Stern. "The Epidemiological Transition and Health Priorities", *Health Sector Priorities Review*, The World Bank, Washington, 1990.
- , Ana Langer Glas y Loraine Schlaepfer Pedrazzini. *La mortalidad infantil en México; un fenómeno en transición*, Síntesis Ejecutiva, 19/90, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1990, 14 pp.
- , Loraine Schalaepfer Pedrazzini y Javier Alagón Cano. *Perfil de reproducción y mortalidad infantil en México*, Síntesis Ejecutiva 16/90, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1990, 16 pp.
- , *Family Formation Patterns and Child Mortality in Mexico*, Demographic and Health Surveys Further Analysis Series 5, Columbia, Md., Demographic and Health Surveys, 1990, 63 pp.
- Boissevain, Jeremy. *Friends of friends; networks, manipulators and coalitions*, Pavilion Series, Social Anthropology, Oxford, B. Blackwell (c1974), XV, 285 pp.
- Bongaarts, John. *A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility*, Working Papers, Nueva York, Population Council, Center for Policy Studies, 1978, 49 pp.
- , *Does Malnutrition Affect Fecundity?; A Summary of Evidence* (s.l.), American Association for the Advancement of Science, c1980, 6 pp. Population Council, Center for Policy Studies, Working Papers 51, Nueva York, Population Council, 1979, 27 pp.

- , *Family Demography; Methods and Their Application*, Oxford, Clarendon, 1987, 365 pp.
- Bonzon, Michel y Henri Leridon. “Les constructions sociales de la sexualité”, *Population*, núm. 5, septiembre-octubre, París, 1993.
- Bouchman, M. *The Life Course in Contemporary Society: Societal Transformation and Change in the Transition to Adulthood*, Chicago, University of Chicago Press, 1989.
- Bourdieu, Pierre. *La distinción, criterios y bases sociales del gusto*, Ensayistas, Serie Maior 259, Madrid, Taurus, 1998, 597 pp.
- , *Reproduction in education, society an culture*, Sage studies in social and educational change 5, London, Sage, 1977, 253 pp.
- y Jean Claude Passeron. *La reproducción*, Barcelona, Laya, 1976.
- Bowles, Samuel y Herbert Gintis. *La instrucción escolar en la América capitalista; la reforma educativa y las contradicciones de la vida económica*, Educación, México, Siglo XXI Editores, c1981, 377 pp.
- Brachet, Viviane. “Salud reproductiva y ciencias sociales: un debate conceptual”, *Investigación en salud productiva en México: elementos para formular un diagnóstico y conformar un programa nacional de investigación*, cap. 1, El Colegio de México, CES, mimeo., 1992.
- Breilh, Jaime y Edmundo Granda. “Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad”, *Memoria del Ier. Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, PISPAL, El Colegio de México, IIS-UNAM, México, 1984.
- Brems, Susan y Marcia Griffiths. “Health Women’s Way: Learning to Listen”, *The Health of Women. A Global*

- Perspective*, Marge Koblinsky, Judith Timyan y Jill Gay (eds.), Westview Press, Estados Unidos, 1993.
- Bronfman, Mario, Susana Lerner y Rodolfo Tuirán. "Socio-Economic Consequences of Mortality Change in Peasant Societies", *Consequences of Mortality Trends and Differentials*, U.N. Department of International Economic and Social Affairs, Nueva York, 1986, pp. 43-51. (Population Studies, núm. 95, ST/ESA, SER.A/95.)
- y E. López. "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: la experiencia reciente", *Estudios Demográficos y Urbanos*, 1986, mayo-agosto, 1 (2), pp. 165-203.
- Bruce, Judith. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", *Studies in Family Planning*, vol. 21, núm. 2, marzo-abril de 1990.
- , "Women-oriented Health Care: New Hampshire Feminist Health Center", *Special Report*, vol. 12, núm. 10, octubre de 1981.
- , "Women-oriented Health Care: New Hampshire Feminist Health Center", *Studies in Family Planning*, vol. 12, núm. 10, octubre de 1981, pp. 353-363.
- Bulatao, Rodolfo A. y Ronald D. Lee. *Determinant of Fertility in Developing Countries*, vols. 1 y 2, Nueva York, Academic Press, 1983. (Studies Population.)
- Bustos, Olga. "Socialización, papeles (roles) de género e imagen de la mujer en los medios masivos: ¿quiénes perciben los estereotipos difundidos?", Vania Salles y McPhail Hélice (comps.), *La investigación sobre la mujer: informes en sus primeras versiones*, núm. 1, PIEM/Colmex, México, 1988, pp. 716-749.
- Caldwell, J., Patt Caldwell y E.M. Ankrah. "African Families and AIDS: Context, Reactions and Potential Inter-

- ventions”, *Health Transition Review*, agosto, 1993, suplemento 3, pp. 1-16.
- , “An Overview on the Potential and Actual Contribution of the Anthropological Approach to the Understanding of Factors Affecting Demographic Variables: Fertility, Mortality and Migration”, en *African Population Conference-Congres Africain de Population*, Dakar, Senegal, noviembre 7-12, 1988, Liege, Bélgica, International Union for the Scientific Study of Population, 1988, pp. 7-21.
- , “What Have we Learn About the Cultural, Social and Behavioral Determinants of Health? From a Selected Readings to the First Health Transition Workshop”, *Health Transition Review*, vol. 1, núm. 1, 1991, pp. 3-19.
- Camarena Córdova, Rosa María, *Instituciones sociales y reproducción*, tesis (Maestría en Demografía), El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, México, 1990.
- y Guadalupe Salas. “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*, Subsecretaría de Servicios de Salud-Dirección General de Planificación Familiar, México, 1988, pp. 5-24.
- Campbell, O.M. y W.J. Graham. “Maternal Health and the Measurement Trap”, *Social Science and Medicine*, 1992, octubre, 35 (8), pp. 967-977.
- , *Maternity Care Data in the Demographic and Health Surveys: What Can be Achieved?*, no publicado, 1991, 25 pp.

- Cansino, César. *El gobierno de partido en América Latina: lineamientos teóricos para el análisis empírico*, Documento de Trabajo 8, México, División de Estudios Políticos, Centro de Investigación y Docencia Económicas, 1993, 17 pp.
- Castro, R. y Mario Bronfman. "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", *Cuadernos de Saude Pública*, Río de Janeiro, Brasil, vol. 9, núm. 3, 1993, pp. 375-394.
- Castro Pérez, Roberto e I. Hernández Tezoquipa. "Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar", *Salud Pública en México*, 1993, julio-agosto, 35 (4), pp. 376-392.
- , "The Meaning of Health and Illness: Social Order and Subjectivity in Ocuituco", *Dissertation, Abstracts, International, A: The Humanities and Social Sciences*, 1994, 55, 3, septiembre, 757-A-758-A.
- Cervantes, A. "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/IISUNAM, 1993, pp. 759-789.
- Chambers, Robert. *Rural Poverty Unperceived; Problems and Remedies*, Work Bank Staff Working Paper 400, Washington, World Bank, 1980, 51 pp.
- Cleland, John. "Socioeconomic Inequalities in Childhood Mortality: The 1970s to the 1980s", *Health Transition Review*, 1992, abril, 2 (1), pp. 1-18.
- y John Hobcraft (eds.). *Reproductive Change in Developing Countries: Insights From the World Fertility Sur-*

- vey, con la colaboración de Betzy Dinesen, Londres, Oxford University Press, 1985.
- y C. Wilson. “Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View”, *Population Studies*, 1987, marzo, 41 (1), pp. 5-30.
- Coale, A.J. “An extension and simplification of a new synthesis of age structure and growth”, *Asian and Pacific Census Forum*, 1985, agosto, 12(1): 5-8.
- Cooley, Ch. *Social Organization*, Schockenbooks, N.Y., 1962.
- , *Human Nature and the Social Order*, Schockenbooks, N.Y., 1964.
- Corona, Esther. *Salud sexual y reproductiva*, ed. mimeo., texto escrito para UNIFEM como parte de los preparativos para Beigin, México, 1995.
- Davanzo, Julie, PhD, Allan M. Parnell, PhD y William H. Foege, MD, MPH, “Health Consequences of Contraceptive Use and Reproductive Patterns. Summary of a Report From the US National Research Council”, *JAMA*, vol. 265, núm. 20, mayo 22-29, 1991.
- Davis, K. y J. Blake. “Social Structure and Fertility: An Analytic Framework”, *Economic Development and Cultural Change*, abril, 1956, 4 (3), pp. 211-235.
- Davis, Richard A. “Teenage Pregnancy: A Theoretical Analysis of a Social Problem Adolescence”, *Libra Publishers*, vol. XXIV, núm. 93, primavera, 1989.
- “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*, mimeo., México, marzo, 1993. (Sin autor.)
- “Declaración del Simposio Internacional sobre investiga-

- ción y desarrollo de la anticoncepción del año 2000 y siguientes”, mimeo., México, marzo, 1993.
- Demeny, P. “Population and the Invisible Hand”, *Demography*, 1986, noviembre, 23 (4), pp. 476-487.
- , “Protonatalist policies in low fertility countries: patterns, performance and prospects”, *Population and Development Review*, 1986, suplemento 12, pp. 335-358.
- Desai, Sonalde. “Children at Risk: The Role of Family Structure in Latin America and West Africa”, *Population and Development Review*, 1992, diciembre, 18 (4), pp. 689-717.
- , *The Impact of Family Size on Children’s Nutritional Status: Insights From a Comparative Perspective*, Nueva York, Population Council, 1992. (Research Division Working Papers núm. 46.)
- y C.B. Lloyd. “Children’s Living Arrangement in Developing Countries”, *Population Research and Policy Review*, 1992, 11 (3), pp. 193-216.
- Dixon-Mueller, Ruth. “Abortion Policy and Women’s Health in Developing Countries”, *International Journal of Health Services*, 1990, vol. 20, núm. 2, pp. 297-314.
- , “The Sexuality Connection in Reproductive Health”, *Studies in Family Planning*, Estados Unidos, 1993, septiembre-octubre, 24 (5), pp. 269-282.
- , *Population Policy and Women’s Rights: Transforming Reproductive Choice*, Princeton University Library, Westport, Connecticut-Londres, Praeger, 1993.
- , “Patricarchy Fertility, and Women’s Work in Rural Societies”, en International Population Conference-Congres International de la Population, Nueva Delhi, septiembre 20-27, 1989, vol. 2, Liege, Bélgica, Inter-

- national Union for the Scientific Study of Population, 1989, pp. 291-303.
- y Adrienne Germain. *Four Essays on Birth Control Needs and Risk*, Nueva York, International Women's Health Coalition, 1993, pp. 11-14. (Reproductive Tracts: Issues and Innovations in Reproductive Health.)
- , “Staling the Elusive ‘Unmet Need’ for Family Planning”, *Studies in Family Planning*, 1991, septiembre-octubre, 23 (5), pp. 330-335.
- Donzelot, Jacques. *The Policing of Families*, Londres, Hutchinson, 1980, xxvii, 242 pp.
- Duke, Robin C. y Joseph Speidel, MD, MPH. “Women's Reproductive Health. A Chronic Crisis”, *JAMA*, vol. 266, núm. 13, octubre 2, 1991.
- Dunlop, Joan B. y Adrienne Germain. “Preface”, “International Women's Health Coalition, *Special Challenges in Third World Women's Health*, IWHC, 1991.
- Durkheim, E. *Les formes élémentaires de la vie religieuse; le système totémique en Australie*, 4eme ed., París: Presses Universitaires de France, 1960, 647 pp.
- Dyson, T. y M. Moore. “On Kinship Structure, Female Autonomy and Demographic Behavior in India”, *Population and Development Review*, 1983, marzo, 9 (1), pp. 35-60.
- Easterlin, Richard A. *The Economics and Sociology of Fertility, a Synthesis*, Stanford, California, Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences, 1978, pp. 57-133.
- Elder, John P. y Jacqueline D. Estey. “Behavior Change Strategies for Family Planning”, *Soc. Sci. Med.*, vol. 35, núm. 8, 1992, pp. 1065-1076.

- Elú, María del Carmen. "La mortalidad materna en áreas rurales", Elú y Langer (eds.), *op. cit.*, México, 1994.
- y Ana Langer (eds.). *Maternidad sin riesgo en México*, Comité promotor de la iniciativa por una maternidad sin riesgos, México, 1994.
- Elliot, Barbara A., "Birth Order and Health: Mayor Issues", *Soc. Sci. Med.*, vol. 35, núm. 4, pp. 443-452, Inglaterra, 1992.
- Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes) 1987*, México, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, Institute for Resource Development-Macro Systems, Inc., 1989, julio xxv, 231 pp. (Demographic and Health Surveys-DHS.)
- Engelkes, Elly y Jos Van Roosmalen. "The Value of Symphyseotomy Compared with Caesarean Section in Cases of Obstructed Labour", *Soc. Sci. Med.*, vol. 35, núm. 6, pp. 789-793, 1992.
- Entwisle, Barbara y J.B. Casterline. "On the importance of contex. Reply to Isvan", *American Sociological Review*, febrero de 1991, 56(1): 136-139.
- Eschen, Andrea y Maxine Whittaker. "Family Planning: A Base to Build on for Women's Reproductive Health Services", *The Health of Women. A Global Perspective*, editado por Marge Koblinsky, Judith Timyan y Jill Gay, Westview Press, San Francisco, 1992.
- Koblinsky, Marge, Judith Timyan y Jill Gay. *The Health of Women. A Global Perspective*, Boulder, San Francisco y Oxford, 1992, Paper núm. 5, pp. 105-131.
- Faria, Vilmar E. "Organização da população", *Reproduc-*

- ción de la población y desarrollo 2*, São Paulo, Clacso, 1982, pp. 787-798.
- , “Políticas de governo e regulação da fecundidade. Consequencias não antecipadas e efeitos perversos”, documento preliminar para discusión, São Paulo, 1988.
- , “Una teoría en búsqueda de muchas curvas o muchas curvas en búsqueda de una teoría”, *Colección en Población y Desarrollo en América Latina*, compilado por Víctor L. Urquidí y José B. Morelos, 1979 (7), pp. 50-60.
- y J.E. Potter. *Development, Government Policy and Fertility Regulation in Brazil*, Austin, Texas, University of Texas, Texas Population Research Center, 1990, 19, 11 pp. (Texas Population Research Center Paper núm. 12.02.)
- Fathalla, M.F. *Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead*, World Health Organization, Biennale Report, 1990-1991.
- , “Reproductive Health: A Global Overview”, *Frontiers in Human Reproduction*, Annals of the New Academy of Sciences, 1992.
- Faúndes, Aníbal, MDa, Ellen Hardy, PhD y José Aritodemo Pinotti, MDc. “Commentary on Women’s Reproductive Health: Means or End?”, *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Irlanda, 1989.
- Field, Martha A. *Controlling the Woman to Protect the Fetus Law*, Medicine & Health Care, vol. 17, 1989.
- Figuroa, Juan G. “Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva”, documento presentado en la *IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, mimeo., México, 1990.

- , “Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios”, *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 6, México, noviembre-diciembre, 1991.
- , Aguilar, Blanca M. “Reproducción, derechos humanos y planificación familiar: algunas reflexiones”, ponencia presentada en el *II Coloquio Universitario de Investigación y Estudios sobre las Mujeres y las Relaciones entre los géneros en la Universidad Nacional Autónoma de México*, mimeo., México, 1992.
- y Hita Dussel, M.G. “Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos”, *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, vol. XII, núm. 34, México, 1994.
- Ford Foundation. “Reproductive Health: A Strategy for the 1990’s”, A Program Paper of the Ford Foundation, Ford Foundation, Nueva York, 1991.
- Foucault, Michel. *Historia de la Sexualidad* (tomo I, La voluntad de saber, sobre todo cap. 3, pp. 126-139), Siglo XXI Editores, México, 1989.
- Freedman, L. y S. Isaacs. “Human Rights and Reproductive Choice”, *Studies in Family Planning*, 24, 1, 1993, pp. 18-30.
- Frejka, Tomas, Lucille A. Atkin y Olga L. Toro. “Programa de investigación para la prevención del aborto inducido en condiciones riesgosas y sus consecuencias adversas en América Latina y El Caribe”, The Population Council, México, s.f.
- Frenk, Julio, José L. Bobadilla, Claudio Stern, Tomás Frejka y Rafael Lozano. “Elementos para una teoría de

- la transición en salud”, *Salud Pública en México*, vol. 33, núm. 5, septiembre-octubre, México, 1991.
- , “The Epidemiologic Transition and Health Priorities”, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Jamison, Dean T. *et al.* (eds.), Nueva York-Oxford, Oxford University Press, 1993, pp. 51-63.
- Fundação Carlos Chagas. “As pesquisas sobre o aborto na America Latina e os estudos de mulher”, por Barroso, C., *Revista Brasileira de Estudos de População*, 1989, enero-junio, 6 (1), pp. 35-60.
- , “Uma abordagem sociologica de familia”, por Bruschini, C., *Revista Brasileira de Estudos de População*, 1989, enero-junio, 6 (1), pp. 1-23.
- , “Feminismo, academia e interdisciplinaridade”, por Machado, Lia Zanotta, Brasília, D.F., Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Antropología, 1990, 26 pp. Serie Antropología 14.
- Gagnon, J.H. “Age at menarche and sexual conduct in adolescence and young adulthood”, Golub, Sharon (ed.), *Menarche: The Transition From Girl to Woman*, Lexington, Massachusetts, Lexington Books, 1983, pp. 175-185.
- , J.A. Catania y T.J. Coates. “Prevalence of AIDS Related Risk Factors and Condom use in the United States”, *Science*, 1992, noviembre 13, 258 (5085): 1, pp. 101-106.
- , “Demographic Characteristics of Heterosexuals with Multiple Patners: The National AIDS Behavioral Survey”, *Family Planning Perspectives*, 1993, septiembre-octubre, 25 (5), pp. 208-214.

- García, D.H. Muñoz y Orlandina de Oliveira. *Hogares y trabajadores en la ciudad de México*, México, El Colegio de México-Instituto de Investigaciones Sociales-Universidad Nacional Autónoma de México, 1982.
- Gargallo, di Castel Lentini y Francesca Celestani. *Calla mi amor que vivo*, Biblioteca Era, Serie Claves, México, Era, 1990, 147 pp.
- , *Estar en el mundo*, Biblioteca Era, México, Era, 1994, 135 pp.
- Germain, Adrienne y Jane Ordway. *Control de población y salud de las mujeres; equilibrando la balanza*, Lima, Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres, 1989, 16 pp.
- Giddens, Anthony. *The Constitution of Society; Outline of the Theory or Structuration*, Cambridge, Polity, 1984, 402 pp.
- , *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Erotism in Modern Societies*, Polity Press, Cambridge, 1993.
- Ginsburg, Faye y Rayna Rapp. "The Politics of Reproduction", *Annu. Rev. Anthropol (sic)*, núm. 20, Nueva York, 1991.
- Goffman, Erving. *Forms of Talk*, University of Pennsylvania Publications in Conduct and Communication, Philadelphia, Pa., University of Pennsylvania, 1981, 335 pp.
- Goldani, Ana María. *Women's Transitions; the Intersection of Female Life Course, Family and Demographic Transition in Twentieth Century Brazil*, tesis (Doctor en Filosofía), University of Texas at Austin; Austin, Texas, 1989.

- Gómez de León, José y M. Bronfman. *La mortalidad en México: niveles, tendencias y determinantes*, El Colegio de México, México, 1988.
- y Patricia Fernández. *Un análisis exploratorio de las declaraciones de decesos en México: 1970-1980*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1984.
- Gribble, J., J. Martínez Manautou, O. Mojarro, V. Velasco, M.E. Salas, J.W. Townsend y A. Rábago. Reporte técnico final, "Family Planning Based on Reproductive Risk", Instituto Mexicano del Seguro Social, Academia Mexicana de Investigación Médica (Amidem), Contract c186. 18A, julio 1, 1986, 31 de mayo de 1989.
- Ham, R. "Cambio demográfico y seguridad social", *Foro sobre prioridades de la política de población hacia el año 2000*, Fundación Mexicana, Cambio XXI-Luis Donaldo Colosio, México, julio, 1994.
- Hammel, E. A. *A Theory of Culture for Demography*, Berkeley, California, University of California, Berkeley, Institute of International Studies, Program in Population Research, 1990, julio, 31 pp. (Working Paper of the Program in Population Research, Institute of International Studies, University of California, Berkeley núm. 28.)
- Handwerker, W. Penn. *Culture and Reproduction; An Anthropological Critique of Demographic Transition Theory*, Boulder, Colorado, Westview, c1986, 389 pp.
- Hansluwka, H.E. "Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations", *Social Science and Medicine*, 1985, 20 (12), pp. 1207-1224.
- Hareven, Tamara K. "Postscript: The Latin America Essays in the Context of Family History. *Journal of Fa-*

- mily History”, en edición especial: *The Family in Latin America*, editado por Francesca M. Cancian, Louis W. Goodman and Peter Smith, 1978, 3 (4), pp. 454-457.
- Hayes, Michael V. “The Risk Approach: Unassailable Logic?”, An earlier version of this paper was presented at the Third International Symposium on Medical Geography, Queen’s University, Kingston, Ontario, 8-10 de agosto, 1988.
- Heller, Agnes. *Historia y vida cotidiana; aportación a la sociología socialista*, Colección Enlace, México, Grijalbo (c1985), 166 pp.
- , *Everyday Life*, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1984, xii, 276 pp.
- Henifin. “New Reproductive Technologies: Equity and Access to Reproductive Health Care”, *Journal of Social Issues*, vol. 49, núm. 2, 1993, pp. 61-74.
- Hobcraft, John y John McDonald. *Birth Intervals*, Comparative Studies 28, Cross-National Summaries 28, Londres, World Fertility Survey, 1984, 116 pp.
- , *Speed of Reproduction*. Comparative Studies 25, Londres, World Fertility Survey, 1983, 32 pp.
- , Goldman, Noreen. *Birth Stories*, Comparative Studies 17, Londres, World Fertility Survey, 1982, 99 pp.
- Holck, Susan. “Contraceptive Safety”, International Women’s Health Coalition, *Special Challenges in Third World Women’s Health*, IWHC, 1991.
- Hopper, D.A., L.M. Comstock, E. M. Hooper y J. M. Godwin. “Physician Behavior that Correlate with Patient Satisfaction”, *Journal of Medical Education*, 1982, febrero, 57 (2), pp. 105-112.

- Illich, I. "Sexual Power and Political Potency", Chaplin, D., *Population Policies and Growth in Latin America*, Lexington, Massachusetts, D.C., Health, 1971, pp. 177-186.
- International Women's Health Coalition. *Special Challenges in Third World Women's Health*, Nueva York, 1991.
- Jain, Anrudh y Judith Bruce. *Implications of Reproductive Health for Objectives and Efficacy of Family Planning Programs*, Working Papers 8, Nueva York, Programs Division, The Population Council, 1993, 37 pp.
- Jamison, Dean T. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford, Medical Publications, Nueva York, Oxford University, 1993, 746 pp.
- Juárez-Carcano, María del Rosario de Fátima, Julieta Qui lodrán de Aguirre y María Eugenia Zavala de Cosío, "De una fecundidad natural a una controlada; México 1950-1980", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 4, núm. 1 (10), enero-abril, 1989, pp. 5-51.
- Jusidman da Bialostozky, Clara. *El sector informal en México*, Cuadernos de Trabajo 2, México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 1993, 105 pp.
- Kabeer, N. *From Fertility Reduction to Reproductive Choice: Gender Perspectives on Family Planning*, Brighton, Inglaterra, University of Sussex, Institute of Development Studies, 1992, marzo (3), 38 pp. (Institute of Development. Studies Discussion Paper 299.)
- Kincaid, D.L. y E.M. Rogers. *Communication Networks: towards a New Paradigm for Research*, Nueva York, Free Press, 1981.
- Kirk, Jerome y Marc L. Miller. "Reability and Validity in Qualitative Research", vol. 1, serie Qualitative Research Methods, Sage Publications, California, 1987.

- Knoke, D. y J.H. Kuklinski. *Network Analysis*, Beverly Hills, California, Sage Publications, 1982, 96 pp. (series números 07-028.)
- Koblinsky, M.A., Dona M.R. Campell y Siobán D. Harlow. "Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health", *The Health of Women. A Global Perspective*, Marge Koblinsky, Judith Timyan y Jill Gay (eds.), Westview Press, Estados Unidos, 1993, 291 pp.
- Kosa, John e Inving Kenneth Zola. *Poverty and Health; a Sociological Analysis*, edición revisada, Cambridge, Massachusetts, Harvard University, 1976, c1975, 456 pp.
- Lamas, Marta. *La bella (in)diferencia (sic)*. Psicología, etnología y psicoanálisis, México, Siglo XXI Editores, 1991, 168 pp.
- Lamounier, Bolívar, Francisco Correa Weffort y María Victoria Benevides. *Direito, cidadania e participação*, São Paulo, T.A. Queiroz, 1981, 269 pp.
- Langer, Ana. "Planificación familiar y salud de la mujer", ponencia presentada en el Seminario Veinte años de Planificación Familiar en México, Somede, abril, 1993.
- *et al.* "Marco conceptual para el estudio de la salud reproductiva de la mujer", A. Langer, y K. Tolbert (eds.), *La salud reproductiva de la mujer en México: una agenda para la investigación y la acción*, INSP-Population Council. (En prensa.)
- y B. Hernández. "Women's Living Conditions and Maternal Mortality in Latin America", *Bolletín of the Panamerican Health Organization*, Estados Unidos, 1993, 27 (1), pp. 56-64.

- , M. Romero y B. Hernández. “Estimating Maternal Mortality in Rural Areas of Mexico: The Application of an Indirect Demographic Method”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1994, septiembre, 46 (3), pp. 285-289.
- Lara, Asunción y Nelly Salgado. “Pobreza y salud mental”, GIMTRAP (comp.), *Las mujeres en la pobreza*, GIMTRAP, El Colegio de México, México, 1994.
- Lasch, Christopher. *The true and only heaven progress and its critics*, Nueva York, W.W. Norton, c1991, 519 pp.
- Laslie, Adele E. “Ethical Issues in Childbirth”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, núm. 7, 1982.
- Leasure, J. William. *Factor Involved in the Decline Fertility in Spain; 1900-1950*, s.l., 1963, pp. 271-285.
- Leñero, Luis y Ma. del Carmen Elú de Leñero. *De carne y hueso; estudios sobre género y reproducción, familia y generaciones, fecundidad, anticoncepción, aborto y muerte*, Instituto mexicano de Estudios Sociales, México, 1992, 258 pp.
- , *Varones, machismo y planeación*, Colección Cuadernos de Trabajo 1, Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, México, 1992, 207 pp.
- Lerner, Susana y André Quesnel. “Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México”, *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, El Colegio de México, México, 1994.
- , “La mortabilidad en México: Hechos y consensos”. Francisco Alba y Gustavo Cabrera (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, 1994, 53-84 pp.

- , “La dimensión institucional en la regulación de la fecundidad en México: una interpretación”. *El poblamiento de las Américas*. (Le peuplement des Amériques, The peopling of the Americas). IUSSP, IUESP, ABEP, FCD, PAA, PROLAP, SOMEDE, Veracruz, 1992, vol. 3, 97-116 pp.
- , *Mediciones institucionales y regulación de la fecundidad, reflexiones en torno al estado de conocimiento*. IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, 23-27 de abril de 1990.
- , *Law populatio in Mexico*, Medford, Massachusetts, Tufts University, Fletcher School of Law and Diplomacy, 1975, 78 pp. (Law and Population Monograph Series, núm. 23.)
- Leslie, Joanne. *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, 1992, 40 pp.
- Lesthaeghe, Ron J. *Individual and Contextual Effects of Education on Proximate Fertility Determinants and Life Time Fertility in Kenya*, IPD Working Paper 1983-2, s.l., Interuniversity Programme in Demography, 1983, 67 pp.
- Lévi-Strauss, Claude. *Antropología estructural*, Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1973, 371 pp.
- Liendro, Eduardo. “Análisis del comportamiento reproductivo de la población masculina en México y Latinoamérica” (Proyecto de investigación para la Subdirección de Estudios de Salud de la Dirección General de Planificación Familiar), mimeo., México, s.f.
- Lindert, Peter H. “The Changing Economic Cost and Benefits of Having Children”, Bulatao, R.A., y R.D. Lee, *De-*

- terminants of Fertility in Developing Countries*, vol. 1, Supply and Demand for Children, Nueva York, Academic Press, 1983, pp. 494-516. (Studies in Population.)
- y Julian L. Simon (eds.). *Research in Population Economics*, Greenwich, Connecticut, JAI Press, 1982.
- Livi-Bacci, Massimo. *A Concise History of World Population*, Cambridge, Mass., Blackwell, 1992.
- , *Population and Nutrition; An Essay on European Demographic History*, Cambridge Studies in Population, Economy and Society in Past Time 14, Cambridge, Cambridge University, 1991, 149 pp.
- Lozano, R., J.L. Bobadilla, J. Frenk, T. Frejka y C. Stern. “The Epidemiologic Transition and Health Priorities”, Jamison, Dean T. (ed.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Nueva York/Oxford, Oxford University Press, 1993, pp. 51-63.
- Lukács, György, *Estética*, México, 1966, s.f.
- Maine, D. y L.P. Freedman. “Women’s mortality: a legacy of neglect”, *Koblinsky Marge*, Judith Timyam y Gay Jill (eds.), *The health of women: a global perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press, 1993, 147-170 pp.
- Margulis, Mario y Rodolfo Tuirán. *Desarrollo y población en la frontera norte: el caso de Reynosa*, El Colegio de México, México, 1986, 323 pp.
- , “Nuevos patrones migratorios en la frontera norte: la emigración”, *Demografía y Economía*, 1984, 18, Par 3 (59), pp. 410-444.
- Márquez, Patricio y T. Engler, “Crisis y salud: retos para la década de los 90”, Banco Mundial, *Educación Médica y Salud*, Estados Unidos, 1990, marzo, 24 (1), pp. 7-26.

- Marshall, T.H., F.J. Light Foot, y J.F. Smith. "Infertility in ewes caused by prolonged grazing in oestrogenic pastures: oestrus fertilization and cervical mucus", *Australian Journal of Biological Sciences*, agosto de 1974, 27(4): 409-414.
- Martins Rodríguez, A. "Un modelo teórico", *Reproducción de la población y desarrollo 2*, São Paulo, Clacso, 1982, pp. 265-274.
- , "Revisao critica do tipo de explicações sobre o comportamento reproductivo nas pesquisas de fertilidades e proposta de un modelo alternativo", *Reproducción de la población y desarrollo 2*, São Paulo, Clacso, 1982, pp. 255-260.
- Mattei, H. "El espaciamiento de los nacimientos en Puerto Rico", *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 1990, abril, 9 (1), pp. 51-59.
- Mayer, Karl Ulrich y Urs Schoepflin. "The State and the Life Course", *Annual Review of Sociology*, vol. 15, 1989, University of California, Los Ángeles, 1989, pp. 187-209.
- y W. Müller. "The State and the Structure of the Life Course", Sorensen, A.B. *et al.*, 1986, pp. 217-245.
- McCarthy, James y Deborah Maine. "A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality", *Studies Family Planning*, vol. 23, núm. 1, enero-febrero, 1992.
- Mckinlay, John B. *Issues in the Political Economy of Health Care*, Contemporary Issues in Health, Medicine and Social Policy, Nueva York, Tavistock, 1984, 294 pp.
- McNicoll, Geoffey. *Notes on Fertility Policy Research*, Working Papers, Nueva York, Population Council, Center for Policy Studies, 1978, 23 pp.

- , *The Demography of Post-Peasant Society*, Working Papers, Nueva York, The Population Council, Center for Policy Studies, 1978, 11 pp.
- Menéndez, Eduardo L. *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, 1981, 1980, 168 pp.
- , *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones económicas y sociales de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de La Casa Chata, 13, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, c 1981, 590 pp.
- Menken, J.A. "Teenage Childbearing: Its Medical Aspects and Implications for the United States Population". Westoff, C.F. y R. Parke Jr. (eds.). *Demographic and Social Aspects of Population Growth*, Washington, D.C., Government Printing Office, 1972, pp. 331-353. (Commission on Population Growth and the American Future Research Reports, vol. 1.)
- Meyer, J.W. "The Institutionalization of the Life Course and its Effects on the Self", Sorensen, A.B. *et al.*, 1986, pp. 199-216.
- Miller, F. y R. Sartorius. "Population Policy and Public Goods", *Philosophy and Public Affairs*, 8 (2), pp. 147-174, otoño, 1979.
- Miró, C. y C. Potter. *Población y desarrollo. Estado del conocimiento y prioridades de investigación*, México, El Colegio de México, 1984.
- Mitchell, Faith y Claire Brindis. *Adolescent Pregnancy: The Responsibilities of Policymakers*, Health Services

- Research 22, p. 3 (agosto, 1987), Center for Population and Reproductive Health Policy, University of California Institute for Health Policy Studies.
- Módena, María Eugenia. *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Ediciones de La Casa Chata, 37, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1990, 229 pp.
- Montali, L. y N. Patarra. "Introducción: Estudio da Reprodução da população: anotaces críticas sobre sua evolução e encaminhamento de propostas alternativas", *Reproducción de la población y desarrollo* 2, São Paulo, Clasco, 1982.
- Mosley, W.H. y P. Cowley. "The Challenge of World Health". *Population Bulletin*, 1991, diciembre, 46 (4), pp. 1-39.
- y S. Becker. "Demographic Models for Child Survival and Implications for Health Intervention Programs", *Health Policy and Planning*, 1991, septiembre, 6 (3), pp. 218-233.
- y Lincoln C. Chen. "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Popul Development Rev*, núm. 10, 1984.
- Muriedas, P. y A.M. Fernández. "El derecho a la salud sexual y reproductiva en México y las políticas de población", *Fem*, año 18, núm. 131, 1994, pp. 10-12.
- National Research Council. *Contraception and Reproduction; Health Consequences for Women and Children in the Developing World*, Washington, National Academy, 1989, 118 pp.
- Norren, B. Van y H.A. Van Vianen. *Profesion: demographer, ten population studies in honour of F.H.A.G. Zwart*,

- Groningen, Netherlands, Geopers, 1988, 199 pp.
- , *The malnutrition-infections syndrome and its demographic outcome in developing countries: a new model and its implication*, The Hague, Netherlands, Programming Committee for Demographic Research (PCDO), 1986, junio, 36 pp. (PCDO Publication núm. 4.)
- Ogbuagu, S.C. y J.O. Charles. "Survey of Sexual Networking in Calabar", *Health Transition Review*, 1993, suplemento 3, pp. 105-119.
- , "Family Planning: A Human Right for Women", *Afrique et Development/Africa Development*, 1990, 15 (2), pp. 45-46.
- Oliveira, O. y Vania Salles. "Reproducción social, población y fuerza de trabajo: aspectos conceptuales y estrategias de investigación", ponencia presentada en la II Reunión de Somede, México, 1986.
- , "Introducción", Lehalleur, Oliveira y Salles (comps.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, Porrúa-El Colegio de México-UNAM, México, 1989.
- y Rodolfo Tuirán. "Población, familia y salud reproductiva", ponencia presentada a la Reunión del SID, México, abril, 1994.
- Omorodion, F.I. "Sexual Networking Among Market in Benin City. Bendel State, Nigeria", *Health Transition Review*, 1993, suplemento 3, pp. 159-169.
- Omran, Abdel-Rahim. *Beneficios para la salud de la planificación familiar*. MCH/71.7, Ginebra, 1971, 42 pp.
- , *Health Benefits of Family Planning*, Génova, World Health Organization, 1971, 31 pp.
- , *Population Problems and Prospects in the Arab World*. Population Profiles 22, Nueva York, United Na-

- tios Fund for Population Activities, 1984, 60 pp.
- Oppenheim, Karen. "Mass, Culture and the Fertility Transition: Thoughts on Theories of Fertility Decline", no publicado, 1992, julio 21. Revisión del papel presentado al Annual Meeting of the Population Association of America, Denver, Colorado, abril 30-mayo 2, 1992.
- y L. Duberstein. *Do Child Care Cost Influence Women's Work Plans? Analysis for a Metropolitan Area*, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Population Studies Center, 1991, julio (2), 20 pp. (61) (Research Report núms. 91-22.)
- y K. Kuhlthau. *Type of Child Care: Determinants of Use Among Working and Non-Working Mothers*, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, Population S.C., 1991, junio (2) 13 (4) pp. (Research Rep. núms. 91-218.)
- Ortigosa Corona, E. "Educación comunitaria en salud perinatal", *Perinatología y Reproducción Humana*, 1990, enero-marzo, 4 (1), pp. 12-16.
- , E. Cortez Hernández y L. Garnica Romero. "Sexualidad y reproducción. Una encuesta en el nivel de la educación media básica", *Ginecología y Obstetricia en México*, 1991, octubre, 59, pp. 293-298.
- Ortiz Ortega, A. "El aborto en condiciones riesgosas. Cultamiento, ilegalidad, corrupción y negligencia", *Demos*, 1993 (6), pp. 27-28.
- Ortner, Sherry B. *Sherpas Through Their Rituals*, Cambridge Studies in Cultural Systems, 2, Cambridge University, c1978, 1986.

- Orubuloye, I.O. "Patterns of Sexual Behavior of High Risk Groups and Their Implications for SIDS and HIV/AIDS Transmission in Nigeria", International Population Conference-Congress International de la Population, Montreal, 1993, 24 de agosto-1 de septiembre, vol. 4, compilado por International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Liege, Bélgica, IUSSP, 1993, pp. 369-381.
- Oyeneeye, O.Y. y S. Kawonise. "Sexual Networking in Ijebu-Ode, Nigeria: An Exploratory Study". *Health Transition Review*, 1993, suplemento 3, pp. 171-183.
- Palloni, Vallin, Jacques y Stan D'Souza (eds.). *Measurement and análisis of mortality; new approaches*, Nueva York, Oxford, Oxford University Press, 1990.
- Parker, Richard. *Corpos, prazeres e paixoes*, Editora Best Seller, Río de Janeiro, Brasil, 1991.
- Pattarra, N.L. y R. Beninger. "Familia na transição demografica: o caso de São Paulo", *Revista Brasileira de Estudos de População*, 1988, julio-diciembre, 5 (2), pp. 35-61.
- , M.C. de Oliveira y L.T. Montali. "Algunos problemas teórico-metodológicos dos estudos de população na America Latina", Campinas, Brazil, Universidade Estadual de Campinas, Nucleo de Estudos de População (Nepo), 1985, octubre, 42 pp. (Texto Nepo núm. 3.)
- Pebley, Anne R. y I.T. Elo. "The Relationship of Birth Spacing and Child Health", en International Population Conference-Congress International de la Population, Nueva Delhi, septiembre 20-27, 1989, vol. 1, Liege, Bélgica, International Union for the Scientific Study of Population, 1989, pp. 403-413.

- Pérez Tamayo, Ruy. *El concepto de la enfermedad, su evolución a través de la historia*, Sección de obras de Ciencia y Tecnología, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, 2 vols.
- , *Enfermedades viejas, y enfermedades nuevas*, Salud y Sociedad, México, Siglo XXI Editores, c1985.
- Petchesky, P. "Summary of the working group of accountability mechanism and human rights", *Reproductive Health and Justice*, International Women's Health and Cairo, 24-28 de enero de 1994, pp. 34-51.
- Pollack, R.A. y Susan C. Watkins. "Cultural and Economic Approaches to Fertility: A Proper Marriage or a Mesalliance?", no publicado, 1992 (2), 49 pp., presentado al Annual Meeting of the Population Association of America, Denver, Colorado, abril 30-mayo 2, 1992.
- Population Council. Findings from the Seminar on "Reassessment on the Concept of Reproductive Risk in Maternity Care and Family Planning Services", *Technical Summary*, 1990.
- Population Reports. "Mothers's Lives Matter: Maternal Health in the Community", por, C., Lettenmaier, L. Liskin y C.A. Church, *Series L: Issues in World Health*, 1988, septiembre (7), pp. 1-31.
- Potter, Joseph E. "Does Family Planning Reduce Infant Mortality?", *Population and Development Review*, 1988, marzo, 14 (1), pp. 171-190.
- , *Efectos de las instituciones sociales y comunitarias sobre la fecundidad*, Ensayos sobre Población y Desarrollo 23, Bogotá, Corporación Centro Regional de Población, 1984, 39 pp.
- Pullum, Thomas W., J.B. Casterline y F. Juárez. "Changes

- in Fertility and Contraception in Mexico, 1977-82", *International Planning Perspectives*, 1985, junio, 11 (2), pp. 40-47.
- , Iqbal H. Shah, "Adapting fertility exposure analysis to the study of change", *Population Studies*, noviembre de 1987, 41(3): 381-399.
- Pzeworski, A. "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, 1982.
- Quilodrán de Aguirre, Julieta. *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, 1991, 224 pp.
- Riley, Matilda White. *Social Change and the Life Course*, vol. 1; *Social Structures and Human Lives*, vol. 2, Sociological Lives Newbury Park, California, Sage, 1988.
- Rooks, Judith y Beverly Winikoff, "Findings From the Seminar on Reassessment of the Concept of Reproductive Risk in Maternity Care and Family Planning Services", *Technical Summary* (Documento concluyente del seminario Reassessment...), Population Council, s.l., 1990.
- Rothman, K.J. "Spermicide Use and Down's Syndrome", *American Journal of Public Health*, 1982, Ab. 72 (4), pp. 399-401.
- , H. Jick y M.T. Hannan. "Vaginal Spermicides and Gonorrhoea", *JAMA*, 1982, octubre 1, 248 (13), pp. 1619-1621.
- Royston, Belsey, M.A. y E. Royston. *Overview of the Health of Women and Children*, Nueva York, The Population Council, 1987.

- Rubin, Jane. "Toward a Broader Framework of Family Planning Research", mimeo., 1994.
- Rubin-Kurtzman, Jane R. "Los determinantes de la oferta de trabajo femenino en la Ciudad de México, 1970", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 1991, pp. 545-582.
- Rubin, Gayle. "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo", *Nueva Antropología*, vol. VIII, núm. 30, México, noviembre, 1986, pp. 95-145.
- Sahlins Marshall, David. *Culture and Practical Reason*, Chicago (I), University of Chicago, c1976, 252 pp.
- Sai, Fred T. y Janet Nassim. "The Need for a Reproductive Health Approach", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, suplemento 3, 1989, pp. 103-113.
- Salles, Vania. "Nuevas miradas sobre la familia", Tarrés, María Luisa (comp.), *La voluntad de ser*, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México, 1994.
- , "Cuando hablamos de familia ¿de qué familia estamos hablando?", *Nueva Antropología*, vol. XI, núm. 39, pp. 53-88, México, 1991.
- , "Las familias, las culturas, las identidades", Valenzuela J. Manuel (comp.), *Decadencia y auge de las identidades*, El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, México, 1992.
- , "Pobreza, pobreza y más pobreza", GIMTRAP (comp.). *Las mujeres en la pobreza*, Proyecto GIMTRAP-El Colegio de México, México, 1994.
- y Rodolfo Tuirán (comps.), "Género y pobreza: en la búsqueda de soluciones", ponencia preparada para la Unifem como parte de la preparación de Beijing 95, El Colegio de México-Unifem, México, 1993.

- y Rodolfo Tuirán. “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”, en *Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6, agosto, El Colegio de México, 1995.
- Scott, Joan W. “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, Amelang, James y Mary Nash, *Historia y género: las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*, Valencia, Alfons el Magnanim-Instituto Valencia D. Estudios I Investigacio, 1990, pp. 23-55.
- Scully, Patricia, E. y Linda Ladislau-Sanei (eds.). *ICORT II Proceedings*. Second International Conference on Oral Rehydration Therapy, 10-13 de diciembre de 1985, Washington, D.C., Creative Associates, diciembre de 1986, pp. 30-41.
- , R.A. Cawson y S.R. Porter, “Acquired immune deficiency syndrome: review”, *British Dental Journal*, 19 de julio de 1986, 161(2): 53-60.
- Sen, Amartya, 1981. “The Economics of Life and Death”, *Scientific American*, 1993, mayo, pp. 40-47.
- Sepúlveda Amor, Jaime. *Malnutrition and Infections Diseases: A Longitudinal Study of Interaction and Risk Factors*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990, 89 pp.
- Simmel, Georg. *Essays on Sociology, Philosophy and Aesthetics*, Harper Torchbooks, The Academy Library, TB 1234 M, Nueva York, Harper & Row, 1965, c1959, 392 pp.
- Simmon, William y John Gagnon. “Sexual Scripts”, *Society*, noviembre-diciembre, 1984.

- Singer, P. *Economía política do trabalho*, São Paulo, Hui-citec, 1977.
- , *Population Growth: The Role of the Developing World*, Liege, Bélgica, International Union for the Scientific Study of Population, 1974. (Lecture Series on Population, Bucarest, 1974.)
- Sommer, A., J. Katz, V.J. Carey y S.L. Zeger. “Estimation of Design Effects and Diarrhea Clustering within Households and Villages”, *American Journal of Epidemiology*, 1993, diciembre 1, 138 (11), pp. 994-1006.
- Sorensen, A.B., F.E. Weinert y L. Sherrod (eds.). *Human Development and the Life Course: Multidisciplinary Perspectives*, Hillsdale, Nueva Jersey, Erlbaum, 1986.
- Stern, Claudio. “Ciencias sociales y salud reproductiva: hacia una agenda para la investigación en México”, conferencia presentada en el II Congreso Regional de Investigación en Salud Pública, Guadalajara, Jalisco, noviembre, 1993.
- y Rodolfo Tuirán. “Transición demográfica y desigualdad social en México”, ABEP-Celada-IUSSP-Somede (comps.), *La transición demográfica en América Latina y El Caribe* (vol. 1, primera parte), INEGI-ISSUNAM, México, 1994.
- Straus, Murray. “Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales”, en *Journal marriage and the family*, 1979, 41, 1, febrero: 75-88.
- Straus, Murray. *Physical violence in families, risk factors and adaptation to violence in 8, 145 families/ [by]...* Richard J. Gelles / Edited with the assistance of Christine Smith. New Brunswik. N.J.: c1990, 662 pp.
- Suchman, Edward Allen. *Evaluative Research, Principles and*

- Practice in Public Service (and) Social Action Programs*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1967, 186 pp.
- , *Sociology and the Field of Public Health*, Nueva York, Russell Sage Foundation, 1963, 182 pp.
- Szasz, Ivonne. “Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil”, Figueroa, J.G. (coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, Secretaría de Salud, México, 1994.
- Thompson, John B. *Studies in the Theory of Ideology*, Berkeley, University of California, 1986.
- Toro, Olga Lucía, MS. “Commentary on Women-Centered Reproductive Health Services”, *International Federation of Gynecology and Obstetrics*, Irlanda, 1989.
- Torrado, S. “Sobre los conceptos ‘estrategias familiares de vida’ y ‘proceso de reproducción de la fuerza de trabajo’. Notas teórico-metodológicas”, *Demografía y economía*, vol. XV, núm. 2 (46), México, 1981, pp. 203-233.
- Tuirán, Rodolfo. “Reproducción demográfica y reproducción social: una relación por descifrar”, *Memorias de la III Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México, 1986.
- , “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, 1988, pp. 45-48.
- , *Socio Structure and Life Course*, Population Research Center, University of Texas, 1990.
- , “Las diferencias sociales de la fecundidad en América Latina y México”. *Demos*, 1991 (4), pp. 9-10.

- , “Vivir en familia: hogares y estructura familiar en México, 1976-1987”. *Comercio Exterior*, 1993, julio, 43 (7), pp. 662-676.
- Tuner, Bryan, Stanley. *El cuerpo y la sociedad, exploraciones en teoría social*, Fondo de Cultura Económica, Sección Obras de Sociología, México, 1989, 329 pp.
- Tyler, Carl W. Jr., “The Public Health Implications of Abortion”, *Ann. Rev. Public Health*, vol. 4, pp. 223-258, 1983.
- y Herbert B. Peterson. “Family Planning Programs and Practices: An Epidemiological Viewpoint”, John, John, y R. Wallace (eds.), *Public Health and Preventive Medicine*, Maxcy-Rosenau Last 13th E. 1993.
- Tyler, Carl W. y Joan M. Herold. “Public Health and Population” Last, John M. y Robert Wallace (eds.), 1993. *Public Health and Preventive Medicine* (Maxcy-Rosenau Last) 13th Editor Appleton and Lange.
- Unifem. *Cuánto cuesta la pobreza de las mujeres: una perspectiva de América Latina y el Caribe. The Human Cost of Women's Poverty: Perspectives From Latin America and the Caribbean*, México, 1985, 161 pp.
- Urbina Fuentes, M., J.L. Palma Cabrera y A. Gómez del Campo. “El impacto de la planificación familiar en algunos indicadores del bienestar social”. *Gaceta Médica de México*, 1991, marzo-abril, 127 (2), pp. 153-160.
- y E. Echánove Fernández. “Fecundidad y Salud en México”, *Salud Pública de México*, 1989, marzo-abril, 31 (2), pp. 168-176.
- Urbina, Manuel, Celia Benet y Carlos J. Echarri. “Planificación familiar y salud reproductiva: un enfoque integral”, mimeo., México, 1992.

- Van der Kwaak, A. "Female Circumcision and Gender Identity: A Questionable Alliance?", *Social Science and Medicine*, 1992, septiembre, 35 (6), pp. 77-787.
- Wasserheit, Judith N. "Reproductive tract infections", "International Women's Health Coalition", *Special Challenges in Third World Women's Health*, IWHC, 1991.
- Watkins, Susan Cotts. *From Providences Into Nations; Demographic Integration in Western Europe, 1870-1960*, Princeton, Nueva Jersey, Princeton University, 1991, 235 pp.
- , "More Lessons from the Past: Women's Informal Networks and Fertility Decline", no publicado, 1991, 42, 8 pp.
- y J. Coale Ansley (eds.). *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton, Nueva Jersey, Princeton University Press, 1986, pp. 293-313.
- Weber, Max. *Economía y Sociedad. Esbozo de Sociología Comprensiva*. Sección de Obras de Sociología, Fondo de Cultura Económica, México, 1964, 2 volúmenes.
- Welti, C. "Algunas consideraciones teóricas para el estudio de la población en América Latina", *Reproducción de la población y desarrollo II*, São Paulo, Clacso, 1982, pp. 245-254.
- , "Estimación del cambio en el nivel de fecundidad de la población del área metropolitana de la Ciudad en México entre 1964 y 1976", *Investigación Demográfica en México 1980*, México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), 1982.
- Westoff, C. "The Potential Demand for Family Planning: a New Measure of Unmet Need and Estimates for Five Latin American Countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 14, núm. 2, 1988.

- Winikof, Beverly. "Women's Health: An Alternative Perspective for Choosing Interventions", *Studies in Family Planning*, vol. 19, núm. 4, 1988, pp. 114-197.
- , "Women's Health in the Developing Countries", 1987. (Sin nombre de publicación, editorial y país.)
- World Health Organization (WHO). Primary Health Care: A Joint Report by the Director General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund., Génova, 1978.
- Yoddumnern-Attig, B. "Conjugal and parental roles: a behavioral look into the past and present", Kerry Richater Brencha (ed.), *Yoddumnern-Attig, Changing roles and status of the women in Thailand: a documentary assessments*, Salaya, Mahidol University at Salaya, Institute for Population and Social Research, 1992: 5-35. (IPSR Publication núm. 161.)
- , G. Attig y U. Kanungsuk-Kasm. "A people's perspective in nutrition education", *World Health Forum*, 1991, 12(4): 406-412.
- Zemelman, Hugo, W. Mertens, A. Pzeworski y M. Mora y Araujo, "Reflexiones teórico-metodológicas sobre investigaciones en población", El Colegio de México, México, 1982, 151 pp.
- Zerubavel, Eviatar. *The Fine Line; Making Distinctions in Everyday Life*, Nueva York: Free, c1991, xii.
- Zimicki, S. "The Relationship Between Fertility and Maternal Mortality", Parnell, Allan M., *Contraceptive use and Controlled Fertility: Health Issues for Women and Children*, Washington, D.C., National Academy Press, 1989, pp. 1-47.

- Zolla, Carlos. *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1994, 2 vols.
- Zúñiga, Elena. "Cambios en el nivel de la fecundidad deseada en las mujeres mexicanas, 1976-1986", *Revista Mexicana de Sociología*, 1993, 55, 1, enero-marzo, 1983-1986.
- , "Planificación familiar y salud reproductiva", *Foro sobre prioridades de la política de población hacia el año 2000*, Fundación Mexicana Cambio XXI-Luis Donaldo Colosio, México, julio, 1994.
- Zurayk, H., H. Khatrab y N. Younis. "Concepts and Measures of Reproductive Morbidity", *Health Transition Review*, 1993, abril, 3 (1), pp. 17-39.

EL DISCURSO DE LA SALUD REPRODUCTIVA: ¿UN NUEVO DOGMA?

Cuando una situación se define como real, es real en sus consecuencias

W. I. Thomas

Después de haber terminado la redacción de un trabajo más amplio (Salles y Tuirán, 1995) retornamos al tema de la salud reproductiva con nuevas reflexiones e inquietudes vertidas en esta ponencia,¹ cuyo contenido parte exactamente de las indicaciones finales del texto *Dentro del laberinto*. Dichas indicaciones apuntan la necesidad de examinar críticamente tanto los contenidos del enfoque de la salud reproductiva como la orientación y puesta en marcha de las acciones y

¹ Dicho texto fue presentado en el *Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad*, El Colegio de México, México, noviembre de 1996 y posteriormente publicado en Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, 2001.

programas. En esta ponencia re-escribimos varios argumentos contenidos en el documento previo para enmarcar lo que añadimos a la presente exposición, que por su naturaleza debe ser autocontenida. Dado su carácter y la brevedad exigida, la ponencia ofrece una primera aproximación a las cuestiones señaladas.

Existe consenso en la bibliografía especializada en torno a la idea de que se requiere un esfuerzo considerable, tanto por parte de los científicos sociales como de los que se dedican a la investigación biomédica y de la salud pública, para lograr una comprensión más cabal e integrada de los procesos de salud-enfermedad, de sus determinantes y consecuencias. Se reconoce que un *enfoque estrecho* lleva necesariamente a no apreciar adecuadamente la influencia que tienen los procesos sociales, económicos, institucionales y culturales en la salud de la población, lo cual limita la comprensión de ellos y reduce la capacidad de las acciones sociales que están dirigidas a modificar su curso.

En este marco, el enfoque de la salud reproductiva contiene una suerte de propuesta más comprensiva que busca trascender algunas visiones *estrechas*.²

² Sin embargo, la evidente necesidad de superar los enfoques estrechos no debe contribuir a menospreciar sus enormes contribuciones. El enfoque de la salud reproductiva es tributario de este tipo de aportes y busca integrar dimensiones y elementos variados que aparecen dispersos en la literatura y en las acciones referidas a los temas de sexualidad, reproducción y salud.

Dicho enfoque ganó actualidad en la década de los ochenta como símbolo de una perspectiva novedosa y fresca asociada a movimientos sociales de orientación ideológica variada. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, que tuvo lugar en El Cairo en 1994, impulsó los esfuerzos orientados a promover el conjunto de reflexiones, acciones y programas vinculados con la salud reproductiva y a ponerla en el centro de la agenda internacional.

La atención creciente dirigida al tema de la salud reproductiva es inseparable de los profundos cambios que han tenido lugar en la orientación y alcance de las políticas de población en la última década. Esos cambios contribuyeron a perfilar gradualmente algunos rasgos característicos del concepto de salud reproductiva. En términos generales, la salud reproductiva puede ser definida como una perspectiva que: *i)* reconoce el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectivamente; *ii)* tener y criar hijos saludables; *iii)* comprender y disfrutar su propia sexualidad, y *iv)* permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción.

Tres principios básicos orientan la definición de la salud reproductiva: *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 impor-

tancia 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 papeles y roles sociales y familiares de hombres y mujeres, así como su acceso a la información, la educación, los recursos materiales y financieros y los servicios de salud.

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 en 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.

Se reconoce que las acciones y reflexiones en materia de planificación familiar implicaban serias limitaciones tanto en su esfera de intervención, como en su campo explicativo.³ Así, el excesivo énfasis brin-

³ La mayoría de estos programas se caracterizaban por un fuerte sesgo ideológico y normativo, al considerar el arquetipo de la familia conyugal —y dentro de ella a la mujer— como protagonista prácticamente exclusiva de la función reproductiva. Algunas tendencias sociales y culturales —entre las cuales destacan

dado a la regulación y control de la fecundidad fue duramente cuestionado. El discurso de la salud reproductiva vino a expresar una convergencia de opiniones, previamente impulsada por la iniciativa de una maternidad sin riesgos, respecto a la idea de que los programas de población requerían replantear su base ética, abandonar su énfasis controlista, poner mayor atención en la salud de las mujeres, garantizar el ejercicio de sus derechos reproductivos y atender sus necesidades más apremiantes en este campo. También puso de relieve la importancia de una de las funciones primordiales de las personas, que es el disfrute y goce de su propia sexualidad.⁴

Además, el discurso de la salud reproductiva tiene la virtud de reconocer la existencia de complejos vínculos entre la sexualidad, la reproducción y la salud de los individuos y, en su caso, de su descendencia. Por esta vía, el enfoque recupera aspectos previamente abordados de manera independiente, como son los problemas de salud materno-infantil, la

el quiebre de los controles que encauzaban la sexualidad preferentemente al matrimonio, la reivindicación del derecho a la maternidad libremente elegida al margen de la vinculación matrimonial y la implantación de pautas de mayor permisividad sexual—han puesto de manifiesto la obsolescencia de este modelo.

⁴ Por esta vía, el nuevo discurso 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.

infertilidad y la esterilidad y las enfermedades de transmisión sexual,⁵ al tiempo que propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre las tres dimensiones antes citadas (reproducción, sexualidad y salud) y los derechos humanos del individuo, enlazándolos con los conceptos de derechos reproductivos y sexuales. Al integrar dichos aspectos en su formulación, el enfoque de la salud reproductiva obliga a los analistas a enfatizar los contextos institucional, político y cultural, superando por esta vía el ámbito restringido de lo biomédico.⁶

En síntesis, el enfoque de la salud reproductiva ha contribuido a promover una comprensión y evaluación más realista de las fuerzas que afectan las moti-

⁵ Frente al desarrollo ciertamente vertiginoso de las nuevas tecnologías reproductivas y la intensificación de enfermedades de transmisión sexual (ETS) –tanto aquellas que se pensaba erradicadas como la aparición de otras nuevas (por ejemplo, el VIH-SIDA)–, resultaba insostenible insistir en la supuesta utilidad de los enfoques que excluyen estas realidades de su formulación.

⁶ De acuerdo con diferentes autores, 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. Ello supone el acceso a la información y a los medios necesarios para asegurar la libre opción de los individuos y el debilitamiento de las reglas y prácticas de naturaleza autoritaria socialmente instituidas.

vaciones, 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;⁷ dar visibilidad a los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales y a explorar la influencia que éstos ejercen en las decisiones, elecciones y comportamientos individuales.

SALUD REPRODUCTIVA: PRECISIONES Y AMPLIACIONES CONCEPTUALES

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 dispersos. Los tó-

⁷ 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, reproductivos y de planificación familiar.

picos más comúnmente incluidos bajo el paraguas conceptual de la salud reproductiva son: derechos reproductivos; planificación familiar; enfermedades de transmisión sexual; sexualidad humana; relaciones de género, y sexualidad adolescente. Aunque diferentes organizaciones e investigadores probablemente añadirían a esta lista básica otros tópicos, éstos pueden ser considerados como denominador común del enfoque de la salud reproductiva.

Las dimensiones analíticas, las acciones implementadas y un sinnúmero de aspectos que el concepto de salud reproductiva pretende abarcar, tienen una amplitud tal que han llevado a algunos autores a cuestionar la adecuación entre el denominativo “salud reproductiva” y la riqueza de situaciones y dimensiones a que se refiere. Así, el Comité sobre Salud Reproductiva de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (1994) 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.⁸

Es claro que si se quiere abarcar una realidad tan

⁸ 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.

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 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 la reproducción? Además, como ya señalábamos en otro texto (Salles y Tuirán, 1995),⁹ 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.¹⁰

Existen algunas otras opiniones que reivindican la inclusión del término salud referido a lo sexual para dar cabida a todos los procesos que no se refieren a la reproducción y que se derivan de una actividad humana básica que es el sexo. Esta misma discusión sugiere que el añadido salud sexual es importante

⁹ Véase la parte final de Salles y Tuirán, 1995.

¹⁰ Aunque este tipo de cuestiones están sujetas a debate, cabe destacar que en la Plataforma de Acción de 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.

porque incluye como objetivo “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales” (Naciones Unidas, 1994). No obstante, se ha planteado que añadir el término salud a lo sexual puede servir de base para legitimar una normatividad que implícitamente cuestiona prácticas y opciones sexuales alternativas, lo que atañe a ciertos grupos que hoy en día reivindican espacios de convivencia e interacción afines a sus orientaciones sexuales.

ALGUNOS PRESUPUESTOS PARA EL ANÁLISIS

Nuestra investigación más amplia¹¹ tiene como propósito fundamentar la indispensabilidad del enfoque de las ciencias sociales en los estudios y las acciones implementadas en el campo de la salud reproductiva. Entendemos que la formulación de un marco analítico en este campo es una labor de largo aliento, por lo que nuestro objetivo se reduce a:

- 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;

¹¹ Al respecto, véase Salles y Tuirán, 1995.

- explorar de manera tentativa la influencia que ejercen ciertas estructuras-procesos relevantes sobre los problemas de interés más inmediato en el campo de la salud reproductiva, e
- identificar, siempre que sea posible, rutas a través de las cuales operan algunos procesos macrosociales sobre las prácticas relacionadas con la sexualidad, la reproducción y la salud.

En consecuencia, nuestra investigación intenta poner de relieve ciertos contextos y fuerzas constitutivas de lo social, que influyen tanto en los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas, como en los discursos y acciones institucionales vinculadas con la reproducción, la salud y la sexualidad.¹² Creemos que el enfoque de las ciencias sociales debe estar dirigido a explorar los diversos ángulos implicados en estas cuestiones. Ello requiere explicar previamente una serie de presupuestos que emergen de todos aquellos esfuerzos multidisciplinarios de

¹² Las propuestas surgidas en el marco de la discusión estimulada por la problemática de la salud reproductiva en la pasada década han contribuido a redefinir los enfoques relativos a la sexualidad y la reproducción humanas. Este hecho permite reivindicar que la investigación en ciencias sociales ha estado continuamente preocupada y en la búsqueda de soluciones para los problemas (tanto de orden conceptual, como de orden práctico y programático) cercanos a, y derivados de, la salud reproductiva.

reconceptualización en este campo, entre los cuales destacan los siguientes:

- la reproducción humana, amén de ser un hecho biológico, forma parte de procesos más amplios de reproducción social y cultural;
- la sexualidad y la reproducción humanas están inmersas en estructuras y redes de relaciones sociales, entre las que se perfilan –por ejemplo– las asimetrías de clase y de género, y
- la distribución de los recursos y las modalidades de ejercicio del poder (tanto en la sociedad y sus principales instituciones como en las relaciones familiares y la interacción social) no son dimensiones ajenas a las prácticas reproductivas y sexuales de los individuos y de sus grupos de pertenencia.
- Los comportamientos reproductivos, sexuales y los de salud pueden ser conceptualizados como conductas socialmente estructuradas dotadas de significado.¹³

¹³ 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 mediante los cuales los actores sociales determinan –no siempre de manera objetiva, instrumental o racional– la viabilidad o inviabilidad de las conductas posibles.

- Diversas instituciones sociales –como la escuela, el sistema de salud, la iglesia, la familia, entre otras–, al incidir en diversos campos relevantes (como la construcción de las identidades, el control del cuerpo femenino y la división sexual del trabajo), contribuyen a moldear los comportamientos reproductivos y sexuales de individuos, familias y grupos sociales.
- Los actores sociales no deben ser 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 sociales, al mismo tiempo que funcionan como instancias *estructuradoras* de comportamientos y actitudes de grupos e individuos, son *estructuradas* por las acciones desplegadas por éstos últimos.¹⁴

¹⁴ Consideramos que este enfoque es de suma importancia porque sistematiza esta doble relación en una perspectiva diacrónica. Las instituciones aparecen como estructurantes de acciones (comportamientos, actitudes, etc.), pero ellas mismas son estructuradas por acciones pasadas y futuras.

EJES TEMÁTICOS

Para los fines de este trabajo adoptaremos un procedimiento similar al seguido por nosotros en otro texto (Salles y Tuirán, 1995). En él nos hemos ocupado de identificar y dar contenido a algunos ejes temáticos relevantes para un abordaje de la salud reproductiva desde las ciencias sociales, buscando explorar la manera en que ciertas estructuras-procesos influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos, así como en las prácticas de salud de grupos y personas. En dicho texto partimos de la identificación de los siguientes cinco ejes temáticos:¹⁵

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

Nuestro interés en esta presentación se centra en continuar desarrollando tal línea de análisis. De los cinco ejes temáticos señalados previamente, nos situaremos en el relativo a las instituciones, los agen-

¹⁵ La formulación de estos ejes temáticos encierra una manera de ver la realidad. Cada eje guarda relación con los demás y su separación representa sólo un recurso heurístico.

tes, los actores y los derechos, que será utilizado a manera de un nuevo ejercicio y de forma distinta a la presentada en el texto *Dentro del laberinto*. Al ubicarnos en este eje deseamos explorar brevemente el proceso que conduce a la formulación de políticas públicas, en particular las orientadas por el enfoque de la salud reproductiva, lo que supone reflexionar acerca de las definiciones que articulan este enfoque, los agentes que lo proponen y los problemas a los cuales está dirigido. En especial, nos interesa motivar la discusión e investigación relacionada con interrogantes como las siguientes, de las cuales contestaremos, en esta ponencia, apenas algunas: ¿el proceso de institucionalización de la salud reproductiva en países como México se ha visto acompañado del conocimiento y aceptación popular de las definiciones y propuestas en este campo?, ¿la población los valida como discursos y prácticas propios?, ¿los ciudadanos recurren a interpretaciones y prácticas que resignifiquen las que se les proponen?, ¿perciben como relevantes y significativos para su vida cotidiana los programas y acciones institucionales en este campo? En última instancia, el discurso dominante en este campo está dirigido a involucrar a las personas en sistemas participativos que les permitan comprender lo que se identifica o define usualmente como problemas de salud reproductiva, adoptar las prácticas que éste predica para mejorar su calidad de vida y ejercer con plena libertad sus derechos reproductivos.

LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA COMO PROBLEMAS SOCIALES

Empezaremos por señalar que 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. Se trata de un *campo de disputa* 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, por implicar puntos de vista en ocasiones divergentes, no logran articular planteamientos y propuestas de solución consensuales, aunque sin duda se perfilen ideas y prácticas dominantes.

Ya hemos señalado que el enfoque de la salud reproductiva adolece en su conceptualización de algunas limitaciones y ambigüedades. Ello quizá resulta del papel que 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).¹⁶ Una agenda de salud reproductiva

¹⁶ Uno de los méritos de la formulación pionera del enfoque

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 (cuidado de la salud, salud materno-infantil, planificación familiar, derechos humanos y reproductivos, etc.), confirma el potencial movilizador de esta propuesta.

En términos generales, puede decirse que la propuesta en cuestión está orientada a abordar muchos problemas de salud de la población que también pueden ser conceptuados como *problemas sociales*. Aunque éstos suelen ser definidos de maneras variadas y diversas, resulta conveniente señalar que los problemas sociales aluden a fenómenos que —por su naturaleza, magnitud, alcance, causas y consecuencias— despiertan la preocupación de diversos grupos de la sociedad que se ven interesados en promover acciones para incidir en él o para controlarlo o erra-

de la salud reproductiva (Fathalla, 1992 y 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.

dicarlo. En este trabajo, partimos de la idea de que la formulación de los problemas sociales atraviesa por tres grandes etapas:

- La primera se refiere al proceso de interacción social del cual emergen las definiciones acerca del problema de interés. Blumer (1971) sugiere que los problemas sociales son fundamentalmente el producto de un proceso de definición colectiva. No hay nada de intrínseco o inherente en un fenómeno que haga de él un problema social. Éste tiene que ser definido socialmente, aunque no hay una definición unívoca y universal del mismo.¹⁷ Según el autor, “un problema social es tal sólo si la sociedad reconoce su existencia”. El interés, por lo tanto, debe centrarse en el qué, el cómo, el porqué y el para qué surgen tales definiciones y en el proceso que conduce a la institucionalización de las respuestas sociales para enfrentarlo.¹⁸
- La segunda etapa se refiere al surgimiento de

¹⁷ Siempre existe el espacio para la materialización del conflicto en éste y en otros campos afines. Las personas y grupos tienen intereses y puntos de vista que reflejan diferentes principios éticos y sistemas de valores.

¹⁸ El problema es aceptado como tal por aquellos que comparten la creencia de que su naturaleza, magnitud, alcance, causas y consecuencias son de índole social y requieren una respuesta colectivamente planteada.

alternativas de respuesta social o propuestas de solución ofrecidos por los varios grupos de interés que intentan llamar la atención acerca de dicho problema. De hecho, en esta etapa se abre el espacio para que todos aquellos que, estando interesados en el problema, definan el camino por el cual la sociedad intente encararlo. En esta etapa los diversos grupos de interés aceptan, con matices variados, que el problema existe, aunque a menudo —como consecuencia de las distintas definiciones del mismo— se manifiesten desacuerdos respecto a cómo enfrentarlo. Marcado por una lucha entre grupos de interés que buscan ganar espacios y una clara predominancia en este campo, así como por el surgimiento de reivindicaciones originadas en movimientos sociales de índole variada, esta etapa da lugar al enfrentamiento de propuestas diversas. Blumer sugiere que es a partir del interjuego de intereses que se intensifica el debate, el diálogo y la discusión para tratar de encontrar respuestas viables que satisfagan, aunque sólo sea parcialmente, a las diversas partes involucradas.¹⁹ Algunos problemas atraviesan

¹⁹ Es frecuente encontrar que mientras unos buscan sostener los parámetros que encausan el problema y lo definen como social, otros —enfrentándose a los primeros— intentan restarle importancia.

por esta segunda etapa en medio de soluciones alternativas en abierto conflicto y ello impide en ocasiones el tratamiento y búsqueda de soluciones para encarar el problema social.²⁰

- La tercera etapa alude al proceso de institucionalización de las respuestas sociales. En esta etapa se producen acuerdos básicos sobre las respuestas y soluciones más pertinentes. Diversas instituciones y organizaciones tratan de diseñar y poner en práctica un conjunto de programas y acciones para incidir, controlar o erradicar el problema social en cuestión o para tratar con sus consecuencias.²¹ De cualquier forma, persiste la presencia de los varios grupos interesados en el problema, en sus consecuencias y en la naturaleza y efectividad de las soluciones que se aplican.²²

²⁰ En relación con ello, es posible remitirse a la cuestión del aborto como expresión de la deseabilidad de mantener el *statu quo* en detrimento de la búsqueda de soluciones socialmente convenientes y aceptadas.

²¹ Sin embargo, el tratamiento de muchos problemas sociales nunca llega a la tercera etapa. Cuando lo hacen se perfila la aceptación social de que el problema existe, de que es significativo y de que las soluciones instrumentadas son pertinentes.

²² Podemos decir que la formulación de todos los problemas sociales deben atravesar por la primera y segunda etapas y con frecuencia por la tercera.

Es incorrecto apartar la definición de un problema de los grupos y agentes que lo definieron en una marco de relaciones de poder. Por esto, es de crucial importancia identificar quienes definen algo como un problema social y qué tanto poder y qué tanta influencia tienen para imponer su definición. Aquí conviene recordar que la salud reproductiva emerge como preocupación en el contexto internacional a partir de esfuerzos desplegados por diversas instituciones y agencias donantes y transita hacia los espacios nacionales mediante mecanismos de difusión y apoyo financiero que orienta la investigación, lo que es acompañado de la formación de consensos y de legitimación de esta perspectiva en las conferencias internacionales y la implantación de instancias vigilantes que promueven y supervisan su institucionalización. En este proceso participan actores nacionales que incentivan la formación de espacios de reflexión en la academia, buscando establecer relaciones entre lo médico y lo social; manifestaciones de la sociedad civil preocupadas por resignificar las propuestas definidas externamente, y agentes diversos que buscan institucionalizar esta propuesta en los contextos burocráticos y de las políticas públicas. Entre los varios grupos nacionales e internacionales que han contribuido a la investigación, desarrollo del discurso y opciones de políticas en este campo destacan;²³

²³ Al respecto, véase Lane, 1994.

- los investigadores agrupados en espacios académicos;
- los grupos de activistas;
- las organizaciones de investigación-acción;
- las organizaciones no gubernamentales;
- los grupos privados filantrópicos;
- las agencias de gobierno, y
- las agencias multilaterales.

Cada uno de estos grupos tiene intereses específicos, se dirige a audiencias diferentes, contribuye de manera diversa a definir el problema y disemina diferentes tipos de discursos e información con el propósito de influir en las políticas públicas.²⁴ Así, los grupos de activistas, una gran variedad de ONG vinculadas con el movimiento feminista²⁵ y los grupos de investigación reunidos en los espacios de reflexión académica han desempeñado un papel muy destacado en

²⁴ Agencias como Ford Foundation, International Women's Health Coalition, The World Health Organization y The Population Council han jugado un importante papel en la tarea de promover este enfoque.

²⁵ Las ONG han logrado consolidarse en el escenario público como actores e interlocutores sociales relevantes. Dichas organizaciones son una expresión tanto del resurgimiento de las iniciativas emanadas de la sociedad civil —transformada cualitativamente durante todos estos años de crisis y reestructuración económica— como de la creciente restitución a la colectividad de capacidades y potencialidades que se encontraban atrapadas en el complejo accionar de las estructuras burocráticas.

este campo, llamando la atención acerca de los problemas de salud reproductiva que aquejan a las mujeres, insisten que los problemas de este segmento de la población no reciben la prioridad que merecen, plantean que los servicios de salud reproductiva y planificación familiar no se adecuan a las necesidades y demandas de las mujeres en las diferentes etapas de su curso de vida y denuncian que estos servicios a menudo están más interesados en reclutar nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos que en proteger la salud de las mujeres y sus derechos reproductivos. Para promover sus demandas, estos grupos se han visto obligados a aprender a ganar relevancia en el espacio político y a realizar alianzas y coaliciones para promover e impulsar su agenda, a lidiar con las burocracias y a traducir sus críticas en propuestas viables con el propósito de incorporar sus perspectivas, puntos de vista e intereses en los programas de acción institucionales. *La experiencia de estos grupos revela que ningún fenómeno puede ser definido como un problema social si los actores y agentes con poder e influencia en la sociedad no lo definen como tal.* La última palabra sobre si algunos problemas de salud reproductiva son (o no) considerados como problemas sociales, depende de la posición de aquellos que tienen poder e influencia para imponer su definición.²⁶

²⁶ De nueva cuenta, tomemos como ejemplo el caso del aborto inducido, que puede ser definido de múltiples maneras, inter-

Los grupos 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-Muller, 1994; Lane, 1994, y 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 obscurecer la conciencia de intereses comunes.
- La segunda, ha implicado el establecimiento de coaliciones y alianzas coyunturales de comple-

vinando cuestiones morales, religiosas, de salud pública, etc., que impiden lograr consensos sobre cómo atenderlo, prevalecen en este caso la posición de quienes tienen poder para imponer su punto de vista, independientemente de que esta práctica sea altamente prevalente y ponga en riesgo la salud de la mujer.

alidad y duración variada. 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, 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.

Aún después de más de una década de debate, se advierte que el discurso y prácticas dominantes vinculadas con la salud reproductiva permanece muy lejano a los promovidos por diversos grupos, movimientos y expresiones organizadas de la sociedad civil. Con frecuencia se apunta que dicho discurso sigue teniendo

un fuerte sesgo biomédico y continúa enfatizando las funciones reproductivas de las mujeres, especialmente por medio del acento puesto en los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar.²⁷ Frente a ello, diversos autores (Correa, 1994) sostienen que está latente el riesgo de la manipulación política, arguyendo que las recientes alianzas para promover el nuevo discurso y prácticas de la salud reproductiva están siendo utilizadas por el *viejo establishment* de muy países diversos como medios instrumentales para legitimar fines opuestos a los que estuvieron en el origen de esas alianzas políticas.²⁸

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 dice uno o varios grupos de interés, es necesario que la sociedad asuma esa definición y la adopte como legítima.²⁹ Por ello, vale la pena pre-

²⁷ Algunas feministas advierten que el viejo discurso controlista persiste bajo la modalidad de un nuevo ropaje.

²⁸ 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.

²⁹ Puede haber algunos grupos que declaran que una situación constituye un problema social, pero debe haber un proceso de

guntarse: ¿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?

Como dato curioso resulta interesante apuntar que en México una encuesta nacional reciente realizada por el Consejo Nacional de Población a hombres y mujeres de 18 años y más, indagó si la noción “salud reproductiva” le decía algo a la población entrevistada. Siete de cada diez declararon no saber o entender el significado de la misma o si era relevante o no para su vida cotidiana. De los tres restantes, la gran mayoría asimiló esta noción a la de *planificación familiar*, *salud materno-infantil* o a la de *vigilancia médica*. Un hecho significativo es que en las respuestas de la población entrevistada no se advierten marcadas diferencias por sexo, edad, estado civil, escolaridad y

respuesta, mediante la interacción con otros grupos de la sociedad, para que ésta las acepte y valide. Esto significa que las definiciones 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.

residencia rural-urbana. Es obvio que el hecho de que la población no conozca, comprenda o incorpore esta noción en su lenguaje cotidiano no significa que las prácticas implicadas en esta propuesta le sean ajenas. Sin embargo, es claro que las personas se involucran en los problemas sociales que los atañen cuando piensan que las definiciones le son significativas.

¿Qué puede decirse acerca de la población (o la sociedad más amplia, *los actores o sujetos de derechos*) en cada una de las tres etapas enunciadas del proceso que conduce a la institucionalización de las respuestas sociales en este campo? En la primera etapa, por las ambigüedades, parcialidades, incertidumbres o escasa difusión de las diversas definiciones de la situación, la población a menudo no alcanza a saber o interpretar si se trata (o no) de un problema social legítimo. En la segunda etapa, diversos sectores, segmentos de población o grupos sociales reconocen que ciertas situaciones constituyen problemas sociales porque son activamente discutidos, debatidos y priorizados por la propia sociedad civil y por algunas de sus formas y variantes de organización (por ejemplo, las ONG). En el tercer y último momento, la institucionalización de las respuestas sociales —o soluciones planteadas para encarar el problema— se ve facilitada si la población conoce y acepta las definiciones del problema; si la valida como discursos propios; si crea interpretaciones y medidas que resignifican las que se les propone; y si percibe las res-

puestas institucionales como relevantes y significativas para su vida cotidiana.

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, como la sexualidad, la reproducción, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y la salud en general. Asimismo, algunas de estas definiciones han encontrado 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 propios 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”.

¿Cuáles son las reflexiones que sugiere nuestro ejercicio? Mencionaremos a continuación algunas de ellas:

- El concepto de salud reproductiva ha eludido tareas de precisión conceptual. Ello ha sido funcional para la movilización y construcción de

consensos restringidos a ciertas áreas, aunque también es cierto que los grupos situados en una posición de debilidad y desventaja en este *campo de disputa* con frecuencia corren el riesgo de ser manipulados con fines políticos y de legitimación de las viejas prácticas.

- La propuesta institucionalizada de la salud reproductiva, al ser formulada desde una posición de poder, deviene en un meta-discurso aparentemente inquebrantable, que, no obstante surgir en la última década como una propuesta novedosa y fresca, corre el riesgo de petrificarse o erigirse como *un nuevo dogma*. Ahora que el discurso de la salud reproductiva tiene un lugar prominente en la formulación e instrumentación de las políticas de población, conviene preguntarse si el entusiasmo que ello despierta en diversos círculos encuentra paralelo en la importancia real que los individuos y las familias asignan a la salud reproductiva.
- En nuestra opinión, se requiere reforzar la inversión del proceso mediante el cual se institucionaliza la agenda de la salud reproductiva. Si bien este enfoque recoge muchas de las propuestas que emanan de las formas organizadas de la sociedad civil, esta inversión es aún incompleta, toda vez que su origen guarda trazos de verticalidad.

- Para legitimarse, el enfoque de la salud reproductiva tiene que transitar del discurso y prácticas institucionales hacia el discurso y prácticas de la población. El enfoque de la salud reproductiva no puede limitarse a prácticas de gabinete, ni es sólo una misión de investigadores o intelectuales, sino que debe estar, ante todo, volcada a incidir en la cotidianidad de las personas y mejorar su situación.
- La institucionalización “vertical” de las propuestas de este enfoque, al permear el ámbito de las políticas públicas, propicia el reforzamiento de las prácticas que llevan a los prestadores de servicios a prescribir unilateralmente, bajo la forma de recetas para la conducta, las prácticas de salud que se consideran más convenientes para la población, sin que ella se *involucre*, se *corresponsabilice* y las *incorpore* en su vida cotidiana, lo que contribuye a reforzar el acrecentamiento del poder y el saber médico en su modalidad “perversa” (en el sentido sociológico del término), o sea el que es ejercido sin tomar integralmente en cuenta las aspiraciones, necesidades y deseos de la población.³⁰

³⁰ Así, existe consenso en la literatura respecto al hecho de que los médicos limitan el flujo de información a los pacientes. Estudios detallados y sistemáticos han enfatizado que la entrevista médica constituye un sistema de intercambio oral socialmente

- Las carencias enunciadas revelan un potencial entrapamiento: si el enfoque está dirigido en el plano discursivo a proteger los intereses, aspiraciones y derechos de las personas, en la práctica se requiere más que el cambio de nombre de los programas para que este propósito se haga realidad. De hecho, para avanzar plenamente hacia la consecución de este objetivo es necesario impulsar un cambio radical en las prácticas de los agentes institucionales, así como dedicar mayores y más sólidos esfuerzos para contribuir a *empoderar o habilitar* a las personas a manejar sus problemas de salud reproductiva de manera competente.
- Para involucrar a las personas en sistemas participativos orientados a este fin se requiere de or-

estructurado, organizado secuencial y jerárquicamente en fases específicas. La entrevista médica es asimétrica, ya que los médicos la controlan herméticamente, iniciando el diálogo, seleccionando los tópicos de conversación, haciendo las preguntas y desviando los intereses de los pacientes. La interacción también es modelada por el contexto en el cual tiene lugar: es decir, por los supuestos culturales de los médicos y los pacientes; la lógica del diagnóstico y por las demandas de la organización burocrática. Todos estos factores se combinan para limitar la comunicación médico-paciente. Al subordinar el interés de los pacientes y sus creencias a las demandas del discurso médico, este tipo de interacción puede convertirse en una forma de comunicación represiva que compromete seriamente la calidad de la atención.

ganizaciones de base con amplia credibilidad que contribuyan a construir y fortalecer las condiciones que conduzcan al *empoderamiento* de hombres y mujeres. El empoderamiento significa el ejercicio de un poder por parte de un individuo o grupo para un propósito específico, pero ¿de dónde se supone que viene este poder? El supuesto usual es que es transferido de alguna parte, lo que implica una transacción de suma cero. Aquí nos referimos a otro tipo de poder, *i.e.*, el que puede ser ejercido donde no había ninguno. Se trata del empoderamiento por medio de las ideas o mediante un proceso de “educación para la conciencia”. En este caso, el empoderamiento es un juego de suma positivo, que habilita a la gente no sólo a comprender su inserción en el entorno social, sino también a reconocer que puede hacer algo para mejorar su condición. Este empoderamiento debe proporcionarles a las personas un sentido claro de cómo pueden mejorar sus vidas en formas prácticas, cuáles son sus derechos y cómo pueden ejercerlos. Sólo de esta manera será posible que la propuesta de la salud reproductiva sea resignificada y apropiada por aquellos a quienes se supone busca beneficiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Barzelatto, J. "Foreword", en Diczfalusy *et al.* (eds.) *WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Biennial Report (1986-1987)*, World Health Organization, Ginebra, 1988, pp. 38-49.
- Bell, Robert R. *Contemporary Social Problems*, The Dorsey Press, EUA, 1981.
- Blumer, Herbert. "Social Problems as Collective Behavior", en *Social Problems*, invierno, 1971, pp. 298-306.
- Correa, Sonia. "Sexual and Reproductive Health and Rights: The Southern Feminist Approach", en Correa, S., *Population and Reproductive Rights. Feminist Perspectives from the South*, Zed Books Ltd., Londres y Nueva Jersey, 1994, pp. 12-29.
- Dixon-Muller, R. y Adrienne Germain. "Population Policy and Feminist Political Action in Three Developing Countries", en Finkle, Jason y C.A. McIntosh (eds.), *The New Politics of Population: Conflict and Consensus in Family Planning*, Population and Development Review, suplemento del vol. 20, 1994, pp. 93-101.
- Fathalla, M.F. "Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenges Ahead", en Khanna, J. *et al.* (eds.) *Reproductive Health: A Key to Brighter Future*, World Health Organization, Ginebra, 1992, pp. 29-53.
- International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). *Documento de Trabajo del Comité de Salud Reproductiva*, mimeo., en español, Lieja-Bruselas, 1994.

- Lane, Sandra D. "From Population Control to Reproductive Health: An Emerging Policy Agenda", en *Social Science and Medicine*, vol. 39, núm. 9, 1994, pp. 102-117.
- Langer, Ana. "Planificación Familiar y Salud de la Mujer", trabajo presentado en el Seminario *Veinte Años de Planificación Familiar en México*, Somede, mimeo., 1993.
- Naciones Unidas. *Memoria de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, tomo II, Santiago de Chile, 1994.
- Salles, V. y R. Tuirán. "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", en *Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6, agosto, El Colegio de México, 1995, pp. 1-62.
- Tuirán, R. "Sociedad Disciplinaria, Resistencia y Anticoncepción", en *Memoria de la Reunión sobre Avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar en México*, Secretaría de Salud, México, 1988.
- Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Comité sobre Salud Reproductiva, *A Research Agenda for Reproductive Health*, noviembre de 1994.

Dentro del laberinto

se terminó de imprimir en agosto de 2003
en los talleres de Corporación Industrial Gráfica, S.A. de C.V.,
Francisco Landino 44, Col. Miguel Hidalgo, Tláhuac, México, D.F.
Tipografía y formación: Literal, S. de R.L. Mi.
El cuidado de la edición estuvo a cargo de la
Dirección de Publicaciones de
El Colegio de México

Este volumen recoge un texto cuyas dos ediciones anteriores están agotadas. Su primera parte es una recopilación y reseña selectivas de un considerable sector de la vasta bibliografía sobre salud reproductiva, que se ha convertido en una referencia obligada en las investigaciones en este campo. La segunda esboza algunos elementos de una propuesta teórico-analítica, que parte de la identificación de ejes temáticos que entre otras cosas ejemplifican la indispensabilidad del enfoque de las ciencias sociales en el estudio de la salud reproductiva. Con ello se procura 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. Asimismo, se incluye otro texto que recoge en lo fundamental sugerencias y comentarios hechos a la propuesta original que, lejos de poner en duda los méritos de este estudio, confirman su vigencia y la pertinencia de esta nueva edición.

El estudio se originó hace unos diez años en el marco del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. En los años de 1993 y 1994 los autores, Vania Salles y Rodolfo Tuirán, participaron en dicho programa como investigadora asociada y miembro del Comité Asesor del mismo, respectivamente.



Centro de Estudios
Sociológicos

EL COLEGIO DE MÉXICO

ISBN 968121129-4



9 789681 211295