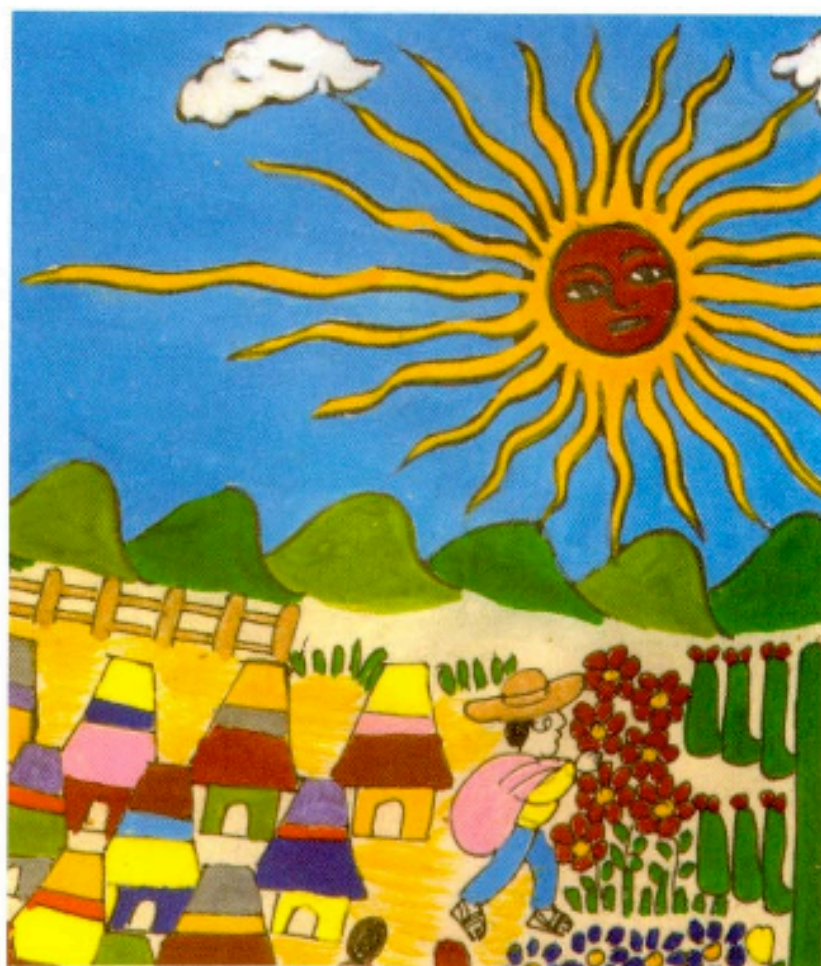


EDGAR C. JARILLO SOTO  
ENRIQUE GUINSBERG  
EDITORES

# Temas y desafíos en Salud Colectiva



 **Lugar**  
Editorial

## *La disociación entre sexualidad y reproducción. Un reto importante para la salud colectiva*

ADDIS ABEBA SALINAS URBINA\*

### *Introducción*

En México, los problemas de salud reproductiva son muchos y muy variados, se presentan en un continuo marcado no sólo por las diferencias socioeconómicas, y el difícil acceso a los servicios de salud, sino también por el predominio del enfoque biomédico, el cual ha delimitado el tipo de atención que se ofrece en los servicios e instituciones, y ha sido el eje sobre el cual, se han planeado programas en esta área.

La situación de salud puede ir desde altos porcentajes de muertes maternas como consecuencia de las condiciones de pobreza y marginación que enfrenta gran parte de la población femenina<sup>1</sup>; hasta cuestiones éticas que se desprenden de los avances tecnológicos en materia de procreación, como son los embarazos in vitro, o las nuevas tecnologías en anticoncepción. En otro polo se pueden señalar las enfermedades de transmisión sexual, como el sida, o disfunciones sexuales colaterales a padecimientos como diabetes, o hipertensión. Este conjunto de eventos que sorpresivamente pueden insertarse en la vida cotidiana de hombres y mujeres, representan nuevos retos para la sociedad; pero sobre todo para el personal de salud y principalmente para los responsables de las políticas públicas en el país.

Algunas de las preguntas que surgen, ante este diverso y complejo panorama son: si estamos preparados para atender todos los sucesos derivados del reto que

\* Psicóloga. Maestra en Psicología de la Salud. Doctorante en Salud Colectiva. Profesora Investigadora, Titular en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. [asalinas@correo.xoc.uam.mx](mailto:asalinas@correo.xoc.uam.mx)  
1. Actualmente el porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza alcanza un 60%, y 59.9% de la población carece de seguro médico (Puentes *et al.*, 2005). En el caso de las mujeres, 40% tenía acceso a la seguridad social, en el año 2000 (INEGI, 2000).

plantea la salud reproductiva y cuáles son los caminos que hay que recorrer. Entre los cuestionamientos derivados de este análisis, un tema que adquiere gran relevancia, por su estrecha vinculación con las problemáticas de salud reproductiva, es la sexualidad, sin embargo, existen serias dificultades para su abordaje, más allá de una perspectiva clínica o médica, por tanto los aspectos socio-culturales, políticos y demás que lo contextualizan generalmente no son considerados. Esto tiene como resultado que los problemas de salud no sean manejados desde la raíz, se atienden las causas subyacentes pero no las que en realidad los originan, esto no sólo impacta la calidad de vida de individuos y comunidades, sino que en muchas ocasiones puede llegar hasta la muerte.

Si partimos del supuesto de que en un mundo globalizado la economía adquiere un papel prioritario sobre los aspectos humanos, esto refuerza la idea de priorizar la sexualidad, vista como un producto sociocultural; si se analiza este aspecto y su influencia en las problemáticas de salud reproductiva, se logrará dirigir las acciones al blanco preciso, logrando aprovechar mejor los recursos económicos, en un país que día con día reduce su presupuesto en salud.

En este recorrido se identifican algunos de los factores insertos en este complejo proceso. Sin embargo, se requiere una profunda reflexión y cuestionamiento en torno a los rápidos cambios que se presentan en el ámbito médico, y si estos se constituyen en los elementos esenciales para abrir perspectivas que lleven a mejorar los niveles de salud reproductiva en la población. La tarea no es fácil y parte de lo que se analiza en este texto tiene ese compromiso.

### *El contexto de la salud reproductiva*

La inquietud por el crecimiento demográfico que enfrentaba el país, genera un cambio en las políticas de población y es así como alrededor de los años 70, se instauran los programas de planificación familiar. El interés se centra exclusivamente en el control de la natalidad y el discurso prevaleciente era promover en las familias la libertad de decidir el número de hijos que deseaban tener y el espaciamiento de los mismos. Este programa, no obstante tener un impacto en el crecimiento demográfico, no fue a la par de la satisfacción en cuanto a aspectos de sexualidad y reproducción de la población, pues la medida respondía más a una política demográfica que a un reconocimiento de los derechos reproductivos. Esa ausencia de los derechos humanos de las mujeres fue el inicio de una serie de cuestionamientos a esta medida (Salles y Tuirán, 2001).

Ante la necesidad de adoptar otro tipo de estrategias, con un enfoque más humanitario, surgen términos como salud materno-infantil o maternidad sin riesgos, con el objetivo principal de reducir la morbi-mortalidad materna, es decir las consecuencias del embarazo, parto y puerperio; entonces la prioridad en la atención se enfoca a las mujeres. A primera vista esto representa un avance

importante, no lo parece al reflexionar qué pasa con aquellas mujeres cuyos padecimientos no se vinculan directamente a un evento reproductivo, o más aún cuando están en un rango de edad que las excluye de la reproducción, como son las adolescentes con vida sexual activa o mujeres en la etapa de la menopausia.

Una crítica fuerte que surge de estas propuestas, es que no obstante que la mujer se coloca en el centro de interés de los programas, esto es por su condición de madre, y no por su estatus de mujer, quedando al margen su desarrollo personal, lo que la convierte en el vehículo para tener hijos sanos y por ende fortalecer y mantener en equilibrio a la familia, ya que la pérdida de una madre no sólo tiene implicaciones en la estabilidad económica y emocional del grupo familiar, sino que se constituye a largo plazo en un problema social.

Así, los diferentes escenarios por donde transitó la discusión de la salud de las mujeres parecía aún tener una variedad de componentes que descifrar. En este intento, la preocupación y presión de grupos internacionales se conjunta para conformar un concepto más amplio y flexible que integra factores, que hasta ese momento no habían sido considerados<sup>2</sup>, y que al no atenderlos afectan el bienestar de las mujeres, en cualquier etapa de su vida.

Es en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, donde se establece el concepto de salud reproductiva, definiéndose como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de regular la fecundidad segura y eficientemente; tener y criar hijos saludables; además de permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de la sexualidad y reproducción (CIPD, 1994; Salles y Tuirán, 2001).

Estos lineamientos fundan las bases para los planes y programas de asistencia del sector salud y bajo los cuales se regulan los servicios (Secretaría de Salud, 2001).

En la definición anterior se puede resaltar la infinidad de aspectos involucrados, más allá de expandir la definición general de salud, al ámbito reproductivo; se resaltan los conceptos de libertad de procreación, así como el de capacidad de disfrute de una vida sexual satisfactoria, ambos inmersos en un contexto sociocultural, que tradicionalmente los ha restringido (Martínez, 2001). Esto se ilustra con el hecho de que a la mujer se le ha asignado como su principal papel en la vida el de la procreación, lo cual se da por un hecho natural e invariable, en donde la sexualidad se hace presente pero sólo asociada con eventos reproductivos.

2. Los antecedentes y el camino del que se desprende la definición de salud reproductiva, así como los actores que han contribuido a la conformación de este campo, se encuentra ampliamente detallado en el artículo de Salles y Tuirán (2001); aquí se retoma parte de la discusión, con el propósito de ubicar el tema.

Entonces, cómo pensar en el disfrute de la sexualidad y la libertad de procrear, si lo primero no está socialmente permitido y lo segundo parece estar determinado exclusivamente por el aspecto biológico, que lo convierte en un patrón de vida inmodificable. Por tanto la decisión de ser o no madre ni siquiera es cuestionada en sociedades como la nuestra, eso se da por hecho, en cambio cuando se trata de decidir el número de hijos y el espaciamiento de los mismos, no sólo es permitido sino además avalado por una política pública, como lo fue en su momento la política demográfica, que dio origen a la implementación de los programas de planificación familiar.

### *La salud reproductiva, en la práctica responde a las necesidades de la población*

Se hace evidente el enorme reto que implica el logro de la salud reproductiva, pues los eventos que requieren ser abordados son varios y muy diversos. También lo son las formas como se interpreta, desde distintos escenarios: clínicos, académicos, políticos, o bien desde la perspectiva de los actores más íntimamente involucrados, como lo son el personal de salud y los usuarios de los servicios. Para guiar la reflexión se retoma la siguiente clasificación, con cuatro grandes áreas programáticas, ya que permite esclarecer la magnitud de los aspectos que requieren ser considerados e integrados a los planes y programas de intervención en las instituciones de salud.

- *Manejo de la fecundidad*, que incluye, acceso a anticonceptivos, interrupción segura y legal de los embarazos, así como prevención y tratamiento de la infertilidad.
- *Detección y tratamiento*, se enfoca a la detección de cáncer de mama, cérvico-uterino y próstata.
- *Atención para la salud materna*, considera la atención prenatal y posparto, así como los partos seguros.
- *Sexualidad*, abarca el manejo de las infecciones del tracto genital; manejo de las enfermedades de transmisión sexual y la expresión sexual plena (Leslie *et al.*, 2001).

En cada una de estas áreas se involucran procesos muy complejos, sin embargo, el enfoque bajo el que se les ha explicado es uncausal y fundamentalmente biológico, y es aquí donde los datos numéricos han ocupado un lugar preponderante, pues a partir de estos se han dirigido las intervenciones en el campo de la salud reproductiva. Sin embargo, es importante plantearse si al modificar o en su caso reducir algunos indicadores, como son las tasas de mortalidad en el ámbito de la reproducción, en realidad se está transitando

por el camino correcto. En la siguiente sección se analiza la complejidad de los problemas de salud, siguiendo el esquema descrito anteriormente.

1. En el rubro de *manejo de la fecundidad*, los grandes retos están puestos en eventos como el embarazo no deseado. Estimaciones realizadas en los años 90, identifican que en México, 40% de los embarazos caen en esa clasificación, de los cuales el 17% termina en abortos inducidos (The Alan Guttmacher Institute, 1994); esta situación se vincula con el limitado acceso a los diferentes tipos de anticonceptivos.

En el país, durante el año de 1999, se detectó que sólo 44% de los jóvenes usó un método anticonceptivo en su primer encuentro sexual. Asimismo hay que destacar que el tener información no determina su uso, ya que no obstante que un alto porcentaje (84%) tiene conocimiento del tema, sólo 51% emplea algún método anticonceptivo (Population Council/Mexfam-/Fronteras de la Salud Reproductiva, 2001). Esto lleva a considerar el alto porcentaje de demanda insatisfecha<sup>3</sup> en mujeres unidas, sobre todo en adolescentes entre 15 y 19 años, grupo que ocupa el más alto porcentaje (26,7%)

Al comparar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de cualquier tipo<sup>4</sup> entre el año de 1976 y 2000, se observa un incremento del 41%, esto equivale a que en el último año sólo 62% de las mujeres usó un método moderno (Secretaría de Salud, 2001). Este registro concentra únicamente información de mujeres casadas y en el rango de edad reproductiva, por tanto las jóvenes y mujeres con vida sexual activa que no tienen una pareja estable y que por ende están fuera de las normas establecidas socialmente, ni siquiera se contemplan en los padrones de registro. Situación que las pone en riesgo, no sólo de embarazo sino también de padecer alguna enfermedad de transmisión sexual. (Salinas y Chavira, 2003).

Entre los problemas de salud de mayor relevancia, que requieren ser abordado en este rubro, está la mortalidad materna. En México, la situación que se presenta es grave debido a que 50 mujeres mueren por cada 100.000 nacidos vivos (FNUAP, 2001); el problema se profundiza pues 7% de estas muertes son producto de un aborto (INMUJERES/UNIFEM, 2002). Cabe destacar que la proporción de mujeres entre 15 y 49 años, alguna vez embarazada que ha visto interrumpido su embarazo al menos

3. Persona en edad fértil, con vida sexual activa y que no desea tener hijos definitivamente o por un tiempo y no hace uso de métodos anticonceptivos (SSA, 2001).

4. Cualquier tipo, abarca métodos modernos y tradicionales. Los primeros incluyen hormonales orales o inyectables, dispositivos intrauterinos, norplant y métodos definitivos; entre los segundos se consideran el ritmo y el retiro.

en una ocasión, se mantuvo casi constante entre 1992 y 1997, al pasar de un 19,6% a 19%. Sin embargo, no deja de ser una cifra alarmante (Consejo Nacional de Población, 2000).

En relación al aborto es importante considerar, que debido a que en México su práctica es penalizada (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2000), no se cuenta con registros que identifiquen el impacto de los abortos inseguros, realizados en condiciones clandestinas. En Brasil, con la misma situación legal respecto a la interrupción del embarazo, se identificó que 20% de los abortos clandestinos practicados en clínicas y 50% de los realizados por las propias mujeres o por personal no capacitado, se complican. Estas cifras contrastan con el 5% de complicaciones reportadas en países, en donde el aborto es legal. (Hardy, 1993 citado en Langer, 2002). Entre las complicaciones que podrían ser evitadas como consecuencia de un aborto realizado en condiciones inseguras están la perforación del útero, hemorragias e infecciones, y a mediano plazo la infertilidad, que es una secuela frecuente (Langer, 2002).

2. En el área de *detección y tratamiento*, vale la pena preguntarse qué pasa con padecimientos como el cáncer, que ocupa los primeros lugares de mortalidad en el país. En fechas recientes en el transcurso de un año, 4.324 mujeres murieron por cáncer cérvico uterino y 3.874 por cáncer de mama. Asimismo el desarrollo de padecimientos como el cáncer de próstata en los hombres alcanza cifras tan altas (4.595 muertes) como los cánceres en la mujer, sin embargo, no se le da la debida importancia (Secretaría de Salud, 2005). Ante lo cual surge la interrogante, ¿por qué al hombre no se le considera en el esquema de salud reproductiva?, ¿acaso su sexualidad no se ve afectada, ante la presencia de un padecimiento de este tipo? Las respuestas no son sencillas por lo que serán analizadas con mayor detenimiento más adelante.
3. *Atención para la salud materna*. Esta área tiene uno de los retos más importantes pues de esta depende no sólo que los niños nazcan sanos sino que permanezcan vivos; sin embargo en México, 14 menores de un año mueren por cada 1.000 nacidos vivos. Estas muertes se presentan con mayor frecuencia en madres menores de 20 y mayores de 35 años. Al comparar este dato con un país con condiciones económicas diferentes como lo es Francia, la tasa de mortalidad se reduce a tres muertes en menores. Cabe destacar que las cifras de muertes en algunas entidades del país, son comparables con las de países de África, en donde las condiciones de vida son muy precarias. La muerte infantil, es un claro ejemplo de que las políticas de salud reproductiva, no están cumpliendo con sus objetivos (INMUJERES/UNIFEM, 2002).

4. Incluidas en el rubro de *Sexualidad*, destacan las *infecciones de transmisión sexual (ITS)*, las cuales entre 1996 y 1998, se ubicaron dentro de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales (Consejo Nacional de Población, 2000). Entre los padecimientos más frecuentes de este tipo están la candidiasis y tricomoniasis urogenital, con una tasa de 300 y 175 casos por 100.000 habitantes respectivamente (INMUJERES/UNIFEM, 2002; Secretaría de Salud, 2001a). No obstante que en el país existe un subregistro de estos padecimientos, estos en la mayoría de los casos son subvalorados al igual que su impacto en la salud, y sin embargo los datos reportados dan una visión de la magnitud del problema.

Entre las ITS y por su acelerada expansión, el *SIDA* ocupa un apartado especial. El incremento en la tasa de morbilidad ha sido notable ya que en 1998 se reportaron 40 casos por cada 100.000 habitantes, y para el año 2002, esta cifra se incrementó a 51 (Consejo Nacional de Población, 2000). No hay que olvidar que la principal vía de transmisión de este padecimiento es la sexual.

En la definición de salud reproductiva destaca el marcado énfasis en el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, pero sin embargo en México ni siquiera se cuenta con registros que identifiquen la magnitud de los problemas sexuales como tal. A diferencia de países como Inglaterra en donde estos padecimientos han sido explorados, los médicos en su consulta han detectado que 34% de los hombres y 41% de las mujeres reportan algún problema de este tipo (Ross, 1984 citado en Dixon-Woods et al., 2002).

Otros de los problemas a enfrentar en esta área son las disfunciones sexuales asociadas con enfermedades del corazón y diabetes, ambas ubicadas entre las cinco principales causas de muerte en el país, por lo que el impacto en la vida sexual de la población debería ser seriamente considerado (Tomilson, 1998; Secretaría de Salud, 2002).

En el recorrido por las distintas áreas de la salud reproductiva, se visualiza que los problemas de salud menos explorados y por ende atendidos, son los que están relacionados directamente con el aspecto sexual. En este contexto, existe una contradicción en el sentido de que aun cuando se carece de estadísticas que sustenten la dimensión de estos problemas y de información sobre las causas asociadas se promueven estrategias de promoción para combatirlas. Un caso específico que refleja esta situación, es la proliferación de productos que ofrecen mejorar la función sexual. Esto por supuesto bajo el enfoque médico, el cual requiere sólo de un medicamento para curar un órgano supuestamente afectado, centrandone una vez más el problema en lo biológico, cuando un padecimiento de este tipo está permeado por el contexto socio-cultural en donde tienen lugar



### *Críticas al modelo biológico*

En este apartado se pretende analizar cómo los distintos eventos que impactan en la salud reproductiva han sido abordados desde el campo de las ciencias clínicas; la complejidad de romper con el esquema prevaleciente limita el cambio en la atención en las instituciones de salud, aun cuando las estadísticas y las diversas problemáticas, demandan por sí mismas un abordaje distinto. Una de las grandes limitantes de este enfoque es que el centro de interés está puesto en el aspecto biológico, que se visualiza como el principal desencadenante de los problemas de salud reproductiva, soslayando la influencia de factores sociales, culturales o psicológicos (en caso de que alguno de estos elementos sean considerados siempre será bajo el predominio del enfoque biológico). Esto se deriva del enfoque epidemiológico, que identifica factores de riesgo que llevan a la enfermedad, centrados en el organismo<sup>5</sup>; sin embargo las explicaciones surgen bajo el abrigo del paradigma positivista, lo que ha llevado a considerar cada uno de estos factores como fenómenos aislados, independientes unos de otros en sus orígenes, y que no se les puede intervenir si no es por medio de acciones puntuales, factor por factor (Goldberg, 1990).

El análisis de los datos aislados puede muy bien dar cuenta de cómo se presenta un problema de salud en escenarios artificiales, en donde se intenta tener control de todas las variables influyentes, para así determinar el factor de mayor influencia. Sin embargo, este lineamiento es el que determina la diferencia con la cotidianidad en que viven y se relacionan hombres y mujeres. Cabe aclarar que no se cuestiona el papel de la epidemiología como la herramienta que ha permitido estudiar las diferentes enfermedades o eventos relacionados con la salud: el problema radica en que el modelo empleado en la investigación se ha adaptado a los programas y servicios de salud, lo que produce en consecuencia serias limitaciones debido a la falta de una visión integral, que considere lo biológico en estrecha relación con lo psicológico, social y cultural.

Para ilustrar esta situación se retoma el tema del aborto, el cual se ubica como la cuarta causa de muerte materna en México. Este evento se asocia con el embarazo no deseado y se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes, a quienes en general por su edad no se les brinda la información sobre el uso de métodos anticonceptivos, lo que se convierte en una barrera para tomar acciones preventivas: esto debido a que en las instituciones de salud y específicamente en los servicios de planificación familiar<sup>6</sup>, no se atiende a mujeres que

5. Los aspectos sociales también han conformado el campo de estudio de esta disciplina a través del enfoque de la epidemiología social.

6. En realidad se sigue con la política del programa, pues el servicio que se ofrece efectivamente es para planificar la familia, y para esto se requiere que las personas que acuden, tengan una pareja formal. Por tanto las jóvenes menores de 18 años no están consideradas en estos programas, aún cuando la edad promedio de inicio de vida sexual activa es a los 16 años.

no estén casadas, ni a menores de edad; en cuyo caso se solicita la asistencia del padre o tutor, con el fin de atender su demanda de anticonceptivos. En estos casos al negar los métodos de anticoncepción a las jóvenes se pone en riesgo su salud reproductiva. El enfoque que se da a la atención está restringido al aspecto biológico, y en específico a la reproducción; no se contemplan otros, como son los aspectos emocionales y sociales que rodean la decisión de una joven para tener vida sexual activa. Esta situación que descrita aquí parece ilógica es el patrón de servicio en las instituciones y reproduce la interpretación del problema que ha sido conceptualizado desde la epidemiología "tradicional".

En el caso de padecimientos como el cáncer, que corresponden a otra área programática, la situación no es muy diferente. Se ha identificado que uno de los factores que intervienen para que las mujeres no asistan a realizar el Papanicolaou, tiene que ver con la vergüenza de mostrar su cuerpo y ser atendida por personal del sexo masculino<sup>7</sup>, y sin embargo, en las instituciones de salud no se contemplan estos factores. El examen se realiza sin ninguna consideración a la mujer, sin una explicación previa del procedimiento de exploración, en espacios con poca privacidad, y accesibles a todo personal de salud interesado en aprender el procedimiento. En estas situaciones la opinión que menos se considera es la de la mujer, actitudes que contradicen la propuesta de un modelo masculino de respeto y trato igualitario (Cook *et al.*, 2003).

Es entonces indispensable aproximarse a estos complejos procesos de salud-enfermedad desde otra perspectiva, romper con la idea de que el organismo es el centro de la interacción entre cuerpo y medio ambiente, y considerar que estamos tratando con individuos, y que los determinantes sociales juegan también un papel trascendente en la salud de las colectividades. Lograr esta comprensión llevará a trazar diferentes caminos.

Enfocarse exclusivamente al aspecto biológico en donde intervienen procesos anatómicos y fisiológicos, conlleva una visión reduccionista, en donde el individuo queda descontextualizado de su entorno social.

Es importante hacer hincapié que con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población se requiere del esfuerzo y colaboración de las áreas de conocimiento involucradas en este proceso. Las ciencias naturales no pueden estar separadas de las ciencias sociales y estas, a su vez, deben considerar los cambios que se generan en los ámbitos político y económico, puesto que estos influyen de manera determinante, en el campo de la salud.

En la discusión sobre salud reproductiva se han hechos esfuerzos tanto desde las ciencias naturales como desde las ciencias sociales, con el fin de atender

7. Esto responde a población urbana, quienes tiene acceso a los servicios de salud. En comunidades rurales donde las instituciones de salud no son accesibles, además de que no se cuenta con los recursos económicos, estos se constituyen en los primeros motivos para no recibir la atención.

con un visión integral los eventos reproductivos. Sin embargo aún queda un gran vacío pues las propuestas siguen dándose desde una perspectiva positivista, en la que se desestructura a la persona y se parte de presupuestos del investigador, por tanto la subjetividad y el significado que las personas dan a sus padecimientos queda descartado o en segundo plano. La sexualidad no evade a este abordaje además de que es un tema del que no se habla, pues se ha constituido en una fuente importante de control.

En toda esta complejidad de situaciones en torno a los aspectos reproductivos es relevante destacar tres puntos básicos en la discusión.

1. Es necesario ampliar los enfoques, ya que se puede reconocer que ha existido un avance reconocido en el discurso con respecto a los programas de salud, que van desde el enfoque de planificación familiar, maternidad sin riesgos, salud materno infantil, hasta el de salud reproductiva; estos requieren también ser aplicados en la práctica, esto es en la puesta en marcha de los servicios de salud en donde es importante no dejar de lado a ninguno de los actores involucrados, pero aún es necesario que el concepto de salud reproductiva sea replanteado.
2. En el discurso actual se consideran aspectos sociales y culturales, lo que amplía la visión de la salud reproductiva, sin embargo esto sigue siendo a partir del enfoque biologicista. Si se rompe con la idea de la naturalidad de los eventos reproductivos<sup>8</sup> y se considera que estos se estructuran de acuerdo con el significado que socialmente se les asigna, la posibilidad de reestructurarlos se amplía.
3. Otro aspecto que hay que explorar y destacar por su propia relevancia y no sólo como el medio para la reproducción de la especie, es la sexualidad, debido a que esta asociación ha limitado la atención de padecimientos que no tienen que ver directamente con aspectos reproductivos pero sí con la sexualidad, y que no son considerados en los planes y programas de salud.

### *Construcción social de la sexualidad*

Se ha ido esbozando la imagen de la sexualidad en cada uno de los padecimientos que convergen en las cuatro áreas de interés de la salud reproductiva. Aún cuando este aspecto se presenta de manera velada es indispensable

8. Aquí hay que hacer la distinción que estamos hablando de la mayoría de los problemas de salud que se insertan en la definición de salud reproductiva, no en sí de eventos como el embarazo, sino de todas las ideas que se construyen alrededor de este evento.

clarificar su relevancia. Una de las dificultades para reconocer las implicaciones del aspecto sexual en la vida cotidiana de los individuos es que se ha refugiado en el enfoque biomédico, y la consecuencia de esa perspectiva es que lo ubica como un aspecto aislado del contexto socio-cultural. Para superarlo puede anotarse una visión histórica del camino que ha seguido la sexualidad y su inserción en el campo médico; con ello se tendrán bases para entender los procesos que actualmente se están viviendo. En este marco es indispensable retomar algunos de los planteamientos de Foucault: "A ese día luminoso habría seguido un rápido crepúsculo hasta llegar a las noches monótonas de la burguesía victoriana. Entonces la sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora" (Foucault, 1991:9).

¿En qué momento queda oculta la sexualidad?, ¿en dónde se establece el vínculo con la reproducción? Esto es producto de los acontecimientos que van marcando la historia, son caminos claros o veredas difusas, las que trazan su recorrido. Infinidad de supuestos pueden derivarse de estos cuestionamientos. Sin embargo lo que debe considerarse es que efectivamente los cambios que se presentan en un tiempo y espacio determinado, son los que van a estructurar la percepción de un proceso como es, en este caso la sexualidad.

Como destaca Foucault (1991), la sexualidad es reprimida como una forma de control y poder; se establecen parámetros a partir de los cuales se legitima la sexualidad; aquellos comportamientos que no se ajustan a ese patrón de normalidad, y rebasan los límites establecidos, son restringidos a escenarios alternos como burdeles o manicomios en donde si es posible dar cabida a estas expresiones. Sin embargo quedan sujetas al escrutinio de diferentes instancias de control como son la medicina, psiquiatría, justicia penal, y es desde estos campos disciplinarios donde se definen los comportamientos, buenos o malos, deseables o indeseables, permitidos o prohibidos, morales o inmorales.

En el campo médico, la sexología se ha dado a la tarea de explorar los distintos comportamientos sexuales. Esto por un lado permite ampliar el conocimiento sobre el tema, sin embargo también ha llevado a crear lo que Weeks (1986) determina como una "tradicción sexual", que consiste en establecer una serie de reglas que regulan los comportamientos sexuales y es bajo estos lineamientos que se establece lo normal y lo patológico: una vez más desde el punto de vista médico centrado en el organismo y descartando el elemento subjetivo, que es el que define en cada individuo e incluso en determinadas sociedades el valor de sus comportamientos sexuales. Esta regularidad es la que da origen a los diferentes problemas sexuales, algunos de las cuales impactan también en los eventos reproductivos pues la necesidad de ajustarse a determinados patrones de "funcionamiento del organismo" se contraponen con la posibilidad de ejercer una vida sexual satisfactoria. ¿Cómo ejercer libremente la sexualidad, si los parámetros para actuar están sumamente restringidos,

podríamos decir reprimidos?<sup>9</sup> Un ejemplo, es la situación que viven las adolescentes a quienes se les permite vivir su sexualidad, siempre y cuando estén casadas, y fuera de este escenario su conducta es censurada<sup>10</sup>. El matrimonio brinda un espacio de intimidad en donde la sexualidad no es cuestionada, lo que no ocurre con quienes no cubren ese requisito lo cual concede el derecho de etiquetar cualquier tipo de comportamiento que no se ajuste a los parámetros de normalidad. Esta forma de responder a diferentes situaciones tiene que ver con las construcciones que en la sociedad se han estructurado en torno a la sexualidad.

En este ámbito se plantean posturas que dan por hecho que un determinado fenómeno se comporta de manera exclusiva en la realidad, independientemente del tiempo o lugar en que tenga efecto. Bajo este parámetro se establecen normas rígidas de comportamiento difíciles de modificar pues se plantean como realidades inamovibles.

La forma como se va estructurando la visión sobre la sexualidad está marcada por las interpretaciones que los individuos de un grupo social imponen a determinadas formas de ser en su grupo, las que se han estructurado a través de pensamientos y acciones con un significado subjetivo que se constituye en su realidad.

Berger y Luckman (1968) plantean que "la vida cotidiana se presenta como una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente". Es imprescindible identificar las realidades particulares en las distintas sociedades, que dan sentido al conocimiento en torno a la sexualidad y sobre el cual van conformando su propia realidad.

La dificultad con la sexualidad es que conjuga varias realidades subjetivas que desde su postura están luchando por mantener un predominio. En este caso se pueden destacar tanto la religión<sup>11</sup> por su fuerte influencia en el ámbito sexual, como la medicina (tema que nos ocupa); ambos aspectos influyen de manera significativa en la construcción de pensamientos que, en algunos

9. Actualmente hay una fuerte censura hacia el corte genital femenino, práctica común en algunos países africanos, la cual consiste en mutilar los órganos genitales en la mujer, con el único fin de impedir el placer y así lograr cumplir a cabalidad su papel en la reproducción. La mutilación de los órganos genitales femeninos es un problema grave de violación a los derechos humanos y debe ser atendido. Sin embargo, hay otro tipo de mutilación que se presenta en nuestras poblaciones, y que tiene que ver con la represión de deseos y sensaciones, que afecta la salud especialmente de los jóvenes; pero este tipo de problemáticas, en donde la sexualidad no se pone en el cuerpo sino en las emociones, parece ser que no es causa suficiente para ser atendida como un problema de salud pública.

10. La situación que se presenta es que las jóvenes se encuentran en una situación contradictoria: por una parte tienen deseos de ejercer su sexualidad, y por la otra esto les genera sentimientos de culpa, lo que lógicamente impide que disfruten de esta etapa de su vida. Si a este componente le agregamos la dificultad para acceder a métodos anticonceptivos, el resultado del ejercicio de su sexualidad se convierte en un riesgo para una problemática de salud reproductiva.

11. En su libro *Iniciación sexual en México*, Amuchástegui (2001) describe la influencia de la iglesia en el aspecto sexual.

casos, contradicen el sentido de las acciones que se requieren implementar para atender las necesidades de salud en individuos y poblaciones.

Entre los complejos procesos que han contribuido a la construcción social de la sexualidad Weeks destaca tres aspectos:

- El *género*, como una característica que define completamente las diferencias entre los comportamientos femeninos y masculinos y que a su vez los determina.
- El *sexo* como fuerza natural irresistible, que fundamenta la creencia de que el deseo sexual es incontrolable, sobre todo en el sexo masculino.
- La *jerarquía sexual*, en ésta prevalece la visión del coito genital heterosexual como la correcta expresión de la sexualidad sobre cualquier otra manifestación, señalada como perversa.

Estos tres aspectos están anclados en una visión naturalista cuyo eje de integración está dado por la biología, lo que los convierte en elementos inmodificables; esta postura impide esclarecer la influencia de los factores socioculturales en su construcción. El reconocimiento de la sexualidad como un proceso implica un abordaje desde otra óptica, que conlleva una reestructura tanto de pensamiento como en las acciones, lo que no resulta fácil de enfrentar.

Es importante identificar las diferentes connotaciones que se estructuran en torno a la sexualidad, lo que lleva a acceder a campos de conocimiento poco abordados en donde la subjetividad de los individuos no ha sido considerada, no obstante que en conjunto objetivan el proceso de construcción y definen los significados en torno a determinada realidad (Berger y Luckman, 1968)

La trascendencia de analizar los significados de la sexualidad es que permite un acercamiento entre las subjetividades de diferentes grupos o poblaciones a partir de las cuales se abre la posibilidad de romper con las formas tan estrictas de regular la sexualidad. Asimismo se requiere de una profunda reflexión que delimite los caminos a enfrentar ante los vertiginosos cambios que se presentan día con día en la sociedad; de no hacerlo así la visión de la sexualidad como fenómeno natural seguirá imperando, y por tanto cualquier comportamiento que se desvíe de las normas establecidas será estigmatizado y por ende se limitará su intervención<sup>12</sup>.

12. El hecho de considerar como naturales procesos contruidos socialmente, es que no se les visualiza. Un ejemplo se da a través de la reproducción: al darle la connotación de natural, se deja de lado la atención en cuanto a sexualidad a las menores de edad. Asimismo al considerar la sexualidad como incontrolable en el varón se limita la oportunidad de planear el uso del condón, pues cuando el deseo llega, ya no se puede frenar. Asimismo ante la percepción del coito genital heterosexual como el único natural, otras formas de expresión de la sexualidad quedan marginadas, y en muchos casos no son exploradas como prácticas en riesgo pues son estigmatizadas como perversas.

Pensar en la sexualidad como un aspecto biológico o fisiológico que responde a un patrón común de comportamiento es considerarlo estático en un escenario que fluye permanentemente, es negar la trascendencia del momento histórico y los aspectos sociales que sustentan el proceso de construcción.

El interés por identificar las diferentes construcciones en torno a la sexualidad es actualmente el centro de interés de las ciencias sociales, y aquí se integran algunas de estas perspectivas.

Partiendo de que muchas de las conductas sexuales son aprendidas y se instauran de acuerdo a la sociedad en la que se vive, se puede señalar que el inicio de la vida sexual activa desenmascara dos aspectos relevantes que parecen estar ocultos o no existir en la vida de un infante. Estos son la sexualidad y la reproducción: ambos tienen existencia en el organismo centrados en el aparato reproductor de hombres y mujeres jóvenes, pero sin embargo su manifestación en la vida social o cultural parece indicar que parten de organismos completamente distintos y que son independientes el uno del otro. Así se presentan diferencias marcadas entre sexos; el inicio de vida sexual en el hombre se relaciona con el placer sexual, en cambio en la mujer se vincula esencialmente con la reproducción.

En los jóvenes sus primeros encuentros sexuales tienen que ver con la exploración y disfrute de sus partes erógenas, práctica que se realiza en solitario. En el caso de la mujer el inicio de su vida sexual está marcada por un hecho biológico, la menstruación, evento vinculado directamente con la procreación. A diferencia del hombre, la mujer generalmente descubre su sexualidad en la intimidad con su pareja (Wight *et al.*, 1998).

En comunidades rurales el significado que se da a la iniciación sexual adquiere un sentido diferente de acuerdo al sexo. En el caso de los hombres, no obstante, imaginar su primera relación sexual, en una situación romántica con la mujer que aman, la realidad les presenta un escenario completamente distinto en el que se ven involucrados en relaciones con sexo servidoras, contactadas por algún familiar o padrino quien se adjudica la responsabilidad de ese paso tan importante para los jóvenes. Las mujeres en tanto, enfrentan a través de su primera relación a su destino, pues se busca que la primera pareja sexual se convierta en su compañero de vida; aun cuando no desean vivir en pareja con esa persona, sin embargo la presión social las lleva a tomar esa decisión (Amuchástegui, 2001). Estas percepciones que están fuertemente influidas por el género, definen el tipo de relación entre los jóvenes poniendo en riesgo su salud tanto física como mental, además de que limitan el disfrute de su sexualidad lo que está muy lejos de los planteamientos establecidos en los discursos teóricos.

La reproducción es otro evento que está fuertemente marcado por la construcción social; bajo esta óptica la responsabilidad del embarazo y su prevención se deja en manos de la mujer, como consecuencia el hombre queda marginado de esta responsabilidad por lo que su rol de padre es socialmente subvalorado.

Una de las primeras causas de muerte en la mujer mexicana y que representa un problema de salud reproductiva es el cáncer cérvico uterino (CACU); entre los principales factores de riesgo de esta enfermedad está el virus del papiloma humano (VPH), el cual es transmitido por el hombre. Una de las políticas de salud establecidas para prevenir este padecimiento es la detección oportuna a través de un examen citológico (Papanicolaou). Hasta aquí el énfasis está puesto en los aspectos fisiológicos pero falta analizar el papel que juegan los aspectos sociales y culturales en este padecimiento.

Una de las maneras de prevenir el CACU, evitando el riesgo del VPH, es mediante el uso del condón, pero sin embargo cabe preguntarse qué tanto se promueve esta práctica. Se ha identificado que las mujeres que mantienen una relación de pareja, la cual no ha sido formalizada (no en matrimonio) asumen la creencia de que solicitar el condón es dar a entender que no se cree que esa relación tenga un futuro, porque se estaría asumiendo la infidelidad de cualquiera de las partes involucradas: entonces ponen en riesgo su salud, en aras de mantener a su pareja. Estos aspectos no obstante que han sido estudiados e investigados, no son tomados en cuenta en los programas de salud reproductiva.

### **Conclusiones**

El modelo médico hegemónico se ha impuesto también en el ámbito de la sexualidad: esto tiene como consecuencia que las intervenciones se den de manera vertical, en donde el conocimiento de unos cuantos, y su concepción de verdad, se impone a la realidad del resto de la población, y es desde aquí donde se dictan los lineamientos no sólo para identificar organismos libres de enfermedad, sino también para regular las formas de interactuar en la sociedad, como si esto fuera de la competencia del campo clínico. Así se llega a la medicalización de los eventos sociales: con esta visión se pretende hacer diagnósticos y prescribir tratamientos que mejoren los comportamientos, de individuos y sociedades, para que vuelvan a la "normalidad".

Uno de los grandes retos en el campo de la salud en general, no sólo en el ámbito reproductivo, consiste en romper la mirada dicotómica (Morin, 1999) que ha predominado en este campo. Así, lo que no es salud entonces es enfermedad; lo que no se cura con la medicina entonces no hay posibilidad de atenderlo; lo que no es biológico no tiene otra forma de ser abordado. Siguiendo esta lógica se pierde el enfoque integral.

Al ser humano no sólo se le ha fragmentado para comprender los procesos biológicos, también se le ha disociado de su entorno sociocultural y, peor aún, tanto el funcionamiento de su organismo como su comportamiento han sido normados o regulados bajo un contexto que no responde a su realidad. Por tanto el reto consiste en abordar los problemas de salud en el ámbito sexual desde su



complejidad, desde la forma en como se presentan. Como señala Morin (2001), el pensamiento complejo es una forma real de mirar el mundo pero resulta más fácil dividirlo, con la creencia de que así se podrá acceder a él: sin embargo esto resulta más complejo que lo que en realidad es "el pensamiento complejo".

En el campo de la salud reproductiva se establece una disociación entre el aspecto reproductivo y el sexual, como si este último no estuviera presente e influyera determinantemente en el primero: esta falta de visión limita las intervenciones en este campo. Para superar estas barreras se propone: a) resaltar la relevancia del aspecto sexual como un elemento esencial en la vida de las personas en cualquier etapa de la vida, y no sólo asociado con los eventos reproductivos; b) profundizar en el estudio de la construcción social con el fin de comprender los significados que cada grupo le asigna a la sexualidad.

La comprensión de que la sexualidad es un proceso en el que se van estructurando ideas y pensamientos, producto de la interacción social y los cambios culturales que ocurren en un determinado período, rompe con la idea prevaleciente de naturalidad anclada en una sola realidad a partir de la cual se han normado los comportamientos.

Los diferentes discursos atienden a formas particulares de dar significado a los eventos: desde esta óptica es importante que las instituciones de salud en la implementación de sus programas consideren esta diversidad de ideas, pero esto no debe quedar sólo en el discurso, se requiere que cada intervención se planee bajo esta lógica integral. Esto implica un reto importante tanto para los hacedores de políticas de salud como para los directivos y personal de las instituciones, ya que se requiere reestructurar la visión de que la medicina es la única disciplina que puede responder a la diversidad de eventos que se presentan en el campo de la sexualidad y reproducción.

Como ya se señaló, hay avances importantes en cuanto al campo de acción de la medicina; el interés de las ciencias sociales por explicar los procesos de salud enfermedad, marca el inicio del camino. Sin embargo es necesario ir más allá de la conjunción de esos factores, se requiere posicionarse en los espacios y escenarios en donde se desprenden los problemas de salud. Penetrar el mundo subjetivo que conforma las diferentes realidades, será un paso importante.

## ***Bibliografía***

- Amuchástegui, A. (2001) *Virginidad e iniciación sexual. Experiencias y significados*. México, Population Council.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2000) Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal* 148, décima época (24 agosto).

- Berger, P. y Luckmann, T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) *Informe de CIPD*. Fecha de acceso 31 marzo 2003, en [www.un.org/popin/icpd/conference/offsp/sconf13.html](http://www.un.org/popin/icpd/conference/offsp/sconf13.html)
- Consejo Nacional de Población (2000) *Cuadernos de Salud Reproductiva República Mexicana*. CONAPO, México.
- Cook, R.; Dickens, B. y Fathalla, F. (2003) *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Colombia, Profamilia-Oxford.
- Dixon-Woods, M.; Reagan, J.; Robertson, N.; Young, B.; Cordle, C.; y Tobin, M. (2002) Teaching and Learning About Human Sexuality in Undergraduate Medical Education. *Medical Education* 36: 423-440.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2001) *Huella e Hitos: Población y Cambio del Medio Ambiente. El Estado de la Población Mundial 2001*. Nueva York, FPNU.
- Foucault, M. (1991) *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI, 18ª ed.
- Goldberg, M. (1990) Este oscuro objeto de epidemiología. En: Costa, D. (ed.), *Epidemiología. Teoría e Objeto*. San Pablo, Hucitec/ABRASCO, pp. 87-136.
- INEGI (2000) *XII Censo General de Población y Vivienda*. México, INEGI.
- INMUJERES/UNIFEM (2002) *El Enfoque de Género en la Producción de las Estadísticas sobre Salud Sexual en México. Una guía para el uso y una referencia para la producción de información*, México, INMUJERES/UNIFEM.
- Langer, A. (2002) El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(3):192-204, Washington.
- Leslie, J.; Kurtzman, J. y Goldani, A. (2001) La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres. En: Stern, C. y Figueroa, J.G. (coords.) *Salud sexual y reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México, pp. 165-192.
- Martínez, C. (2001) Cuatro líneas de reflexión en torno a los elementos sociales de la salud reproductiva (Comentario). En: Stern, C. y Figueroa, J. G. (coords.) *Salud Sexual y Reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México, pp. 115-126.
- Morin, E. (1999) *El método. El conocimiento del conocimiento*. Madrid, Cátedra.
- (2001) *La mente bien ordenada*. Barcelona, Seix-Barral.
- Population-Council/Mexfam/Fronteras-de-la-Salud-Reproductiva. (2001), *Encuesta Gente Joven 99*, Fecha de acceso 2 de diciembre 2001, en [www.mexfam.org.mx](http://www.mexfam.org.mx)
- Puentes-Rosas, E.; Sesma, S.; Gómez-Dantes, O. (2005) Estimaciones de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional. *Salud Pública de México*, vol. 47 supl. 1:22-26.
- Salinas-Urbina, A. A.; y Chavira-Ortega, J. J. (2003) La salud reproductiva, su

- inherente complejidad inmersa en la racionalidad de los servicios de salud. *Higiene, Revista de Salud Pública* V(1):157-165, México.
- Salles, V. y Tuirán, R. (2001) El Discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma? Sexualidad y salud reproductiva. En: Stern, C. y Figueroa, J. G. (coords.), *Salud Sexual y Reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México, pp. 93-113.
- Secretaría de Salud (2001) *Programa de acción. Salud Reproductiva*, SSA. México.
- (2001a) *Información Epidemiológica de Morbilidad*. SSA. México.
- (2002) Estadísticas de mortalidad en México: Muertes registradas en el año 2000. *Salud Pública de México* 44(3):266-282.
- (2005) Estadísticas de morbilidad en México: muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* Vol 47 (2) marzo abril: 171-187.
- The Alan Guttmacher Institute, (1994) *Aborto Clandestino: una realidad latinoamericana*. New York, AGI.
- Tomilson, J. (1998) Taking a Sexual History, *British Medical Journal* 317:1573-1576.
- Weeks, J. (1986) *Sexuality*. Londres/New York, Routledge.
- Wight, D.; Abraham, C.; y Scott, S. (1998) Towards a Psycho-social Theoretical Framework for Sexual Health Promotion. *Health Education Research* Vol. 13 (3): 317-330, Oxford.