

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA



# *Trabajo de Diploma en opción al Título de Licenciado en Sociología.*

*Título: Salud sexual-reproductiva en contextos de pobreza.  
Un estudio en la comunidad de San Pedrito.*

*Autora: Nildalis Alvarez Deas*

*Tutora: Dra. Ilíana Benítez Jiménez*



*Curso  
2015-2016*

# *Pensamiento*

*“No podrán alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, incluyendo salud reproductiva y planificación de la familia”.*

*Kofi Annan. Secretario Gral. de las Naciones Unidas. Quinta Conferencia sobre Población de Asia y el Pacífico. Bangkok, 2002.*

# *Dedicatoria*

*A mi madre, Ana Margot, la mejor del mundo.*

*A mi familia, responsable de que yo sea la persona que soy.*

# Agradecimientos

*A Margaret, por ser partícipe de cinco años de carrera al punto de ser tan socióloga como yo, por ser mi mayor inspiración y clara, por ser mi madre.*

*A Loly y Aniña, dos madres que la vida me regaló y cuyo amor y dedicación han sido incomparables toda mi vida.*

*A mi padre: Moisés, por enseñarme el valor del trabajo y por darme su amor incondicional.*

*A mis tíos David y Edgar, de los cuales me siento hija, por estar siempre ahí cuando los he necesitado, y cuando no también.*

*A Darayma, por ser más que mi amiga, por cinco años de complicidad en los buenos y malos momentos.*

*Al Profesor Dr. Yoel Grajales Creagh, Director del Hospital Materno Norte, por tenerme paciencia y brindarme su sabiduría y confianza.*

*A mi tutora Ileana, por brindarnos sus conocimientos, su paciencia y confianza, sin los cuales no habría sido posible la realización de esta tesis.*

*A los profes: Fellez, Margarita Moncada, Osmany, quienes tienen mi admiración no solo como profesionales, sino como personas. Por su dedicación diaria a mi formación, y especialmente por el cariño que me brindaron.*

*A los técnicos de computación: Juan K., la jefa Eglis, Osmelito, Tatín, Marjo, quienes siempre nos ofrecieron su ayuda ilimitada y fueron partícipe de cinco años de esfuerzo.*

*A mis compañeros de aula, a todos, porque llegamos al final juntos.*

*A los habitantes de la comunidad de San Pedrito, en especial a las mujeres que participaron en la investigación, por su apoyo y contribución a la investigación.*

*A todas las personas que día a día me brindan su apoyo, su dedicación y sobretodo su cariño: A todas esas personas que nos hacen felices, esos que con su amor, nos hacen alcanzar grandes cosas. A TODOS, MUCHAS GRACIAS.*

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo determinar la incidencia de las prácticas culturales comunitarias en la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres en edad fértil de la circunscripción No. 34 de San Pedrito en Santiago de Cuba.

A pesar de lo ampliamente tratado del tema desde los estudios de población, se observa la carencia en el tratamiento a la temática desde la perspectiva sociológica, especialmente desde una concepción que incorpore el análisis de las prácticas culturales en el espacio social comunitario. Partiendo de esta limitación, consideramos la teoría dialéctica de P. Bourdieu entre el hábitus y campo.

Para el acceso a la realidad social se utilizó la triangulación como estrategia metodológica, en tanto permitió la combinación de teorías, técnicas cualitativas y cuantitativas, y datos para lograr captar la complejidad del tema en estudio.

La SSR de las mujeres en edad fértil estudiadas, se presenta como una problemática social en tanto evidencia la frecuencia de embarazos en la adolescencia, altas tasas de abortos, poca percepción del riesgo preconcepcional, alto índice de bajo peso al nacer entre otros indicadores a pesar de la cobertura y acceso al sistema de atención de salud en el país.

Esta realidad se complejiza en tanto se desarrolla en condiciones de vida desfavorables evidenciadas en la situación de pobreza que viven, que configuran la internalización y formación de hábitus en cuanto a sexualidad y reproducción que se traducen en prácticas culturales institucionalizadas a nivel comunitario, y que inciden en la SSR de estas mujeres.

Teniendo en cuenta los resultados de este estudio se concluye que las prácticas culturales comunitarias como: uso del aborto como método anticonceptivo, no utilización de métodos de planificación familiar, desuso del condón, hábitos de fumar e ingerir bebidas alcohólicas, emparejamiento a edades tempranas, y el uso inadecuado del tiempo libre; influyen en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil estudiadas.

## Summary

The present work has as objective to determine the incidence of the community cultural practices in the sexual and reproductive health of the women in fertile age of the district Not. 34 of San Pedrito in Santiago from Cuba.

In spite him broadly treaty of the topic from population's studies, the lack is observed in the treatment to the thematic one from the sociological perspective, especially from a conception that incorporates the analysis of the cultural practices in the community social space. Leaving of this limitation, we consider the dialectical theory of Pierre Bourdieu between the habitus and quantitative perspectives was used as methodological strategy, as long as it allowed the combination of theories, technical and data to captured the complexity of the topic in study.

The SSR of the women in studied fertile age, is presented like a social problem as long as it evidences the frequency of pregnancies in the adolescence , discharges abortion rates, little perception of the risk, high index of underweight when being born, in spite of the covering and access to the system of health in the country.

Keeping in mind the results of this study, you concludes that the community cultural practices as the use the abortion like birth-control method the not used of methods of family planning, the disuse of the condom, the habits of the smoke and to ingest alcoholic drinks, the one links marital to early age, and the inadequate of the free time; they influence in the SSR of the studied women.

## Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo 1: Historia y teorías de los estudios de salud sexual y reproductiva. Su relación con la pobreza. ....	8
Epígrafe 1: La salud sexual y reproductiva y su vínculo con la pobreza desde los estudios de población. ....	8
Epígrafe 2: Estudios acerca de la salud sexual y reproductiva en contextos de pobreza en América Latina y el Caribe. El caso cubano .....	16
Epígrafe 3: Pertinencia de la Teoría Sociológica en el análisis de la salud sexual y reproductiva en contextos de pobreza en Cuba. La consideración de las prácticas culturales comunitarias .....	26
Capítulo 2. Estrategia metodológica para el estudio de la salud sexual y reproductiva en la circunscripción 34 de San Pedrito. ....	37
2.1 El Diseño de investigación. Las variables y su operacionalización. ....	37
2.2 Métodos y técnicas de investigación en el acceso a la realidad social.....	42
2.3 Caracterización de la unidad de análisis .....	46
Capítulo 3: Las prácticas culturales comunitarias en la circunscripción No 34 de San Pedrito y su incidencia en la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en edad reproductiva.....	50
Conclusiones generales .....	82
Recomendaciones.....	86
BIBLIOGRAFIA.....	87
Anexos .....	95

## INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva (SSR) resulta un tema de gran repercusión en el debate público internacional. Esto se debe a las controversias que genera en el escenario social y político el tratamiento de aspectos como la inequidad de género y de clase, el acceso a los servicios médicos, la sexualidad como fuente de placer independiente de sus consecuencias reproductivas y el derecho al aborto, entre otros temas.

Todo ello se ha inscrito en la prioridad de los países por superar las contradicciones y problemáticas sociales existentes, pero no fue hasta la Conferencia Mundial de Población celebrada en el Cairo en 1994, donde se introduce el tema de la SSR como complemento de la relación entre “población y desarrollo”. La precisión de acciones específicas a nivel poblacional dirigidas a su mejoramiento, permitiría la elevación de la calidad de vida de las sociedades, la disminución de la pobreza y el control del crecimiento demográfico.

La SSR se ha convertido en un factor de atención y estudio, dada su evidente influencia en la fecundidad y en los niveles de salud integral en la niñez, la adolescencia, y la población en general. La misma es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, para la regulación de la fecundidad, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (CEPAL, 2007).

Las cuestiones de SSR se insertan en relaciones humanas complejas, donde emociones, afecto y espiritualidad motivan que las personas, en especial las

mujeres, se expongan a las bondades o a los riesgos de las relaciones sexuales y la reproducción (Fernández y otros, 2006).

La misma está directamente relacionada con problemas tales como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la fecundidad adolescente, la morbimortalidad materna e infantil, los cánceres del aparato reproductor, entre otros. En la discusión actual sobre el tema, especialmente en función de sus consecuencias, se hace necesario ir más allá de lo biológico, y considerar ámbitos como la cultura, el ambiente, las relaciones sociales y la individualidad.

Son destacables los logros alcanzados a nivel mundial en los últimos años en cuanto a los niveles de acceso a la salud, especialmente con los servicios de atención primaria, donde se incluyen los relacionados con la salud reproductiva. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados en la Cumbre del Milenio desarrollada en el año 2000, proyectan líneas de trabajo prioritarias para todos los países, donde se vinculan problemas poblacionales con indicadores de desarrollo social (pobreza, la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva). Esto es expresión del compromiso de asegurar que los grupos más rezagados de la población puedan mostrar los indicadores promedio que hoy presenta el conjunto de la población mundial.

A pesar de estos esfuerzos, persisten diferencias entre los países y regiones. Todavía en el mundo son insuficientes los esfuerzos por alcanzar un óptimo en la salud sexual y reproductiva de las personas, evidenciado en la gran cantidad de mujeres que mueren por causas asociadas al embarazo, las que desean evitar un embarazo y carecen de los métodos de planificación familiar, las que sufren infertilidad, entre otras causas por el uso del abortos, o también las adolescentes que quedan embarazadas por falta de educación sexual.

Según Grant, 2006 esta variación entre países y regiones, de los riesgos relacionados con la sexualidad y la procreación, se adjudica a las diferencias en políticas de salud pública y los niveles de ingreso y las prácticas sociales de la población

En Cuba se garantizan los servicios de salud a las todas las personas en igualdad de condiciones, especialmente a las mujeres, las cuales son protegidas y libres de ejercer sus derechos de concepción con las condiciones y servicios adecuados para ello. Sin embargo, ciertos indicadores se tornan relevantes después de una mirada a sus comportamientos sostenidos en el tiempo. Se trata de la incidencia el aborto, el uso inadecuado o inconsecuente de anticonceptivos, solo por citar algunos, que indudablemente influyen en la SSR (García y otros, 2015).

Esta situación ha sido reflejada en los diversos estudios sobre el tema, aunque son disímiles las aristas desde las que se ha tratado. Ha sido recurrentemente asociado como trasfondo de la fecundidad a lo que aportan autores cubanos como Rodríguez García (2003), Alfonso de Armas (2007), Ares y Benítez (2009), y Benítez (2011). En general estas investigaciones hacen referencia al tema de la SSR, pero de manera limitada, como manifestación de su punto de mira: el comportamiento reproductivo y la fecundidad. Desde las ciencias sociales se tocan aspectos de la misma como el aborto y el embarazo en la adolescencia como prácticas sociales que entrañan riesgos para la salud. Desde esta perspectiva se destacan los estudios de Fleitas (1999) y Rodríguez (2006).

En el territorio Santiaguero tenemos como antecedente el estudio de Benítez (2012). Aunque no se propone como objetivo hacer análisis profundos sobre la SSR, se refiere a los factores socioculturales asociados al comportamiento reproductivo en el municipio, lo que incluye el estudio de sus determinantes próximos y uno precisamente los de mayor incidencia en el territorio son: el uso del aborto y el uso de anticonceptivos.

Al reflejar las especificidades de la fecundidad a nivel territorial la autora destaca las malas condiciones económicas y de vida que inciden de manera directa sobre estos determinantes, y la prevalencia de embarazos en la adolescencia respecto a otras provincias del país. Dada esta situación demuestra la necesidad de estudios a niveles meso y micro, que teniendo en cuenta una más estrecha relación entre lo individual y lo social, pueda aportar información que permitan trazar políticas en un futuro mediano, de influencia a estos niveles.

El estudio de la SSR desde una perspectiva microsocial, como especificidad del comportamiento reproductivo, y su relación con las condiciones precarias de una comunidad considerada pobre, resulta una temática poco estudiada. El presente trabajo se propone indagar en la relación entre SSR de las mujeres en edad fértil en una de las comunidades del barrio San Pedrito. Esta comunidad, a pesar de la amplia cobertura que ofrecen las instituciones de salud al tratamiento y atención a la salud, y específicamente a los momentos asociados a la reproducción, mantiene situaciones problemáticas que ponen en evidencia este programa y representan riesgos para la salud de las mismas.

Según datos proporcionados por la Dirección Municipal de Salud de Santiago de Cuba esta es una de las comunidades que más incide en los niveles de riesgo para una fecundidad segura. Nos referimos a la no existencia de evidencia del control del Riesgo Reproductivo Pre-concepcional, o sea, existen dificultades en el control sistemático a las embarazadas. Además presenta bajo porcentaje de planificación de embarazo como medida para estimular la natalidad, lo que trae consigo la alta tasa de embarazo y de aborto en la adolescencia, aumentando el riesgo obstétrico, de infertilidad y de muerte materna.

También existe un alto índice de prematuridad y de bajo peso al nacer, aumentando el riesgo de desnutrición y mortalidad infantil, así como de alta tasa de mortalidad fetal tardía. Se suman a estos elementos problemas institucionales otros identificados por la Dirección Municipal de Salud Pública (2015) como la demora en la solución de problemas sociales en gestantes y niños (vivienda, cuna y colchón) y la insuficiente labor educativa para disminuir el aborto, el embarazo en la adolescencia y lograr la planificación familiar para el embarazo.

Esta descripción está sustentada en las cifras pertenecientes al área de salud: Policlínico José Martí, analizadas en el periodo 2010-2014 (ver tabla.2). Esto describe cómo es regular que el área de salud mantenga cifras superiores a la del municipio, en cuanto a problemas asociados a la SSR como el embarazo en la adolescencia, el índice de bajo peso al nacer, la tasa de abortos y regulaciones menstruales, y las tasas de mortalidad materna e infantil.

Estas características propias de la comunidad demandan la necesidad de investigar los factores que influyen en la SSR, teniendo en cuenta las condiciones reales de vida del contexto donde se desarrollan sus habitantes. En proyectos llevados a cabo por el Departamento de Sociología y el Centro de Estudios Culturales (CEDIC) de la Universidad de Oriente, se han constatado las características propias de comunidades como Flores, Vanvancito y el propio San Pedrito, así como la presencia de pobreza o franjas de marginalidad a ella asociadas (Moncada, 2013).

En el caso cubano, aún con una repuesta social y gubernamental que permitió disminuir los efectos de la crisis de los noventa, ha sido posible identificar algunos impactos de la misma en la salud y en los fenómenos demográficos en general, a los cuales algunos grupos como las mujeres suelen ser más vulnerables (García y otros, 2015).

Estas particularidades demandan una atención diferenciada del sistema de salud, con miras a eliminar los indicios de exclusión manifiestos, dada las condiciones de desempleo, precariedad laboral, contaminación ambiental, calidad del agua, mal tratamiento de los residuales; que matizan los patrones de comportamiento en salud, traducidos en prácticas y estilos inadecuados de vida que ponen en riesgo la vida de las personas (Moncada, 2013).

Se evidencia que en el campo de la SSR, es necesario reconocer los conceptos, las percepciones y las prácticas asociadas, como procesos dinámicos, condicionados por factores socioeconómicos y culturales construidos históricamente propios de los individuos. La disponibilidad de información sobre esta temática requiere de la generación periódica de estudios que logren disgregar este proceso y den a conocer la realidad específica de cada contexto.

Se estaría llenando un vacío en los estudios que desde la medicina se realizan en las investigaciones al tema de la SSR y al programa materno infantil que se lleva a cabo en nuestro país, y también las investigaciones demográficas que se centran en los estudios a grandes poblaciones a nivel macrosocial. El aspecto cultural nos facilitará no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a

grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino además, comprender sus tendencias más significativas, a través de la explicación de los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos y las dinámicas sociales.

Ofrecemos entonces una mirada integradora desde la sociología al vínculo existente entre SSR y las prácticas desarrolladas por los pobladores de la circunscripción No. 34 de San Pedrito.

Con este enfoque se plantea como **problema científico**: ¿Cuál es la relación que se establece entre la SSR y las prácticas culturales comunitarias en el contexto de pobreza en que se vive en las mujeres en edad fértil de la circunscripción No. 34 de San Pedrito en Santiago de Cuba?

En correspondencia nos proponemos como **objetivo general**: Evaluar la incidencia de las prácticas culturales comunitarias en la SSR de las mujeres en edad fértil de la circunscripción No. 34 de San Pedrito en Santiago de Cuba teniendo en cuenta las condiciones de pobreza existentes en la misma.

La idea o **hipótesis** que se defiende plantea que: Las prácticas culturales comunitarias desarrolladas en el contexto de pobreza de la circunscripción No. 34 de San Pedrito, constituyen un elemento que influye en el estado de la salud sexual de las mujeres en edad fértil de la misma.

Para la consecución del mismo nos trazamos los siguientes **objetivos específicos**:

1. Caracterizar socio demográficamente la comunidad de San Pedrito.
2. Evaluar las condiciones materiales y espirituales asociadas a la pobreza en la comunidad bajo los conceptos de pobreza aplicables al contexto socioeconómico cubano.
3. Determinar los elementos asociados a la salud sexual y reproductiva de los habitantes de la comunidad y su relación con las prácticas culturales comunitarias de la misma

4. Evaluar la relación que se establece entre la SSR y las prácticas culturales comunitarias en las condiciones de pobreza de la circunscripción 34 de San Pedrito.

En la investigación se utilizaron métodos generales del conocimiento como el análisis – síntesis, histórico-lógico e inductivo - deductivo. Como técnicas de investigación para la recogida de información se recurrió al cuestionario, la observación científica, el análisis de documentos y la entrevista en profundidad. En el procesamiento de los datos se trabajó con el paquete estadístico SPSS.

Para la realización de esta investigación se consideró la teoría de hábitos y campo de Pierre Bourdieu, como enfoque integrador que nos proporcione la relación dialéctica entre la SSR y el la pobreza en el contexto cubano. Además se utilizó la teoría particular de José Alfredo Villarreal Valera sobre prácticas culturales comunitarias en salud, permitiéndonos el análisis a nivel comunitario, con una perspectiva cultural del espacio social en estudio.

El trabajo se dividió en tres capítulos. El primero recoge la evolución histórica y teórica del fenómeno de la SSR, además de la pertinencia del enfoque sociológico en la interpretación del mismo en comunidades pobres en Cuba. En el segundo capítulo se explica la estrategia metodológica de la investigación para el acceso a la realidad social. En el tercero se exponen los principales resultados de la investigación que corroboran la influencia de las prácticas culturales comunitarias en la SSR de las mujeres en edad fértil de la circunscripción No. 34 de San Pedrito.

## **Capítulo 1: Historia y teorías de los estudios de salud sexual y reproductiva. Su relación con la pobreza.**

### **Epígrafe 1: La salud sexual y reproductiva y su vínculo con la pobreza desde los estudios de población.**

El término SSR constituye una expresión acuñada en 1994 en la Conferencia Mundial del Cairo, con una definición que reúne todo lo referente a la sexualidad y la reproducción, que asegure el menor riesgo para la salud humana.

Aun así, este fenómeno desde la antigüedad tuvo sus primeras referencias en las ideas sobre la población. Ello se constata en la preocupación por la incidencia de la fecundidad, como hecho demográfico asociado a la reproducción biológica y al crecimiento de la población, y a lo representaba y dependía del funcionamiento de la sociedad.

Platón y Aristóteles, defendieron ideas en contra del crecimiento desmedido de la población, alegando que ello podría llevar a la pobreza, la delincuencia y la rebelión. Es decir, que veían la pobreza como consecuencia de una alta fecundidad y su reflejo en el crecimiento de la población.

Con el advenimiento y posterior desarrollo del capitalismo, y aparejado a este el crecimiento demográfico y el aumento de la pobreza, aparecen ideas más completas y abarcadoras, que tratan de explicar esta relación. Aquí se hacen notar las de Malthus (1968) y Marx (1973), donde se trata de establecer la relación entre desarrollo socioeconómico y población, y que constituyen teorías clásicas de población.

Con la publicación en 1798 de “Ensayo sobre el principio de población”, lo que fuese la obra cumbre de Thomas Malthus (1968) se logra interpretar la influencia de las prácticas asociadas al crecimiento y reproducción de la población, en la miseria, la desigualdad económica y la pobreza de las masas. Con ello trata de establecer una proporcionalidad entre el desarrollo de la población y los recursos o medios de subsistencia existentes en la sociedad, necesario para la eliminación de los males sociales que la aquejaban.

Es destacable en su estudio el abordaje de las condiciones de vida de la mujer y el crecimiento de las poblaciones. A través del ejemplo de los indios de Norteamérica, hace un examen de las condiciones (frecuentes desplazamientos, peso de las labores cotidianas y la preocupación por la atención a sus esposos), en que ellas viven que pueden poner en amenaza sus embarazos y la atención adecuada a los niños.

Este constituye uno de los primeros estudios sobre población donde se trata variables como reproducción, natalidad y crecimiento de la poblacional, relacionándolo con la salud no sólo de la mujer, sino también de los niños.

En el siglo XIX, Marx (1973) desarrolla algunas ideas sobre la población y la salud en los marcos del estudio de la sociedad capitalista y las relaciones de dominación burguesa. Expresa la relación entre el capital y su acumulación, y la superpoblación obrera que vive en condiciones infrahumanas.

Aunque no fue su propósito el elaborar una teoría que explicara de forma más completa la dinámica relacional entre condiciones de pobreza y la salud sexual y reproductiva de esa clase obrera, sí logra establecer vínculos entre las condiciones de explotación y su implicación negativa en la salud de esa población a través de las relaciones sociales que se establecen en el modo de producción.

Esto representó una entrada hacia los estudios que relacionan aspectos económicos y sociales en los estudios de la fecundidad. Entre ellos se encuentran quienes hacen referencia a la tenencia de hijos como una decisión mediada por valores, necesidades e ideales personales una vez que con la evolución de la sociedad los límites de la producción de subsistencia juegan un papel decreciente. Entre ellos está Paul Mombert, Francesco F. Nitti, Andre D. Arsenecon. (Benítez, 2012)

Por otro lado y siguiendo ciertos fundamentos del malthusianismo se desarrolla en la Sociología el darwinismo social, el cual reúne varios teóricos que construyen sus ideas de población aplicando la teoría evolucionista y el principio darwiniano de selección natural al campo de la sociedad (Ritzer, 1993).

H. Spencer, W. G. Sumner, J. S. Mill constituyen los principales representantes de esta corriente sociológica. Su aporte a nuestro estudio está en las ideas sobre el control del crecimiento de la población en las relaciones sociales espontáneas estaría determinado por la supervivencia de los más aptos, el crecimiento de la población de acuerdo al desarrollo económico que aseguraría el freno de males sociales como el hambre y las enfermedades; hasta la preocupación por los derechos de la mujer a una libertad con respecto a su maternidad.

Estas reflexiones constituyen un intento desde la sociología de explicar las relaciones sociales intrínsecas en la dinámica de la población y su vínculo con el desarrollo económico. A pesar de ello no llegan a formular teorías que fundamentaran comportamientos reproductivos específicos, quedándose en una posición pasiva y descriptiva a la hora de proponer acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de las masas en la sociedad capitalista. Esta visión especulativa no permite que se desentrañen los factores sociales asociados a los cambios en el comportamiento reproductivo, por lo que aluden que este está guiado por fuerzas espontáneas. Sin embargo, similares principios están presentes en las discusiones más tarde de las conferencias mundiales de población, sobre los temas de salud reproductiva y desarrollo humano.

A mediados del siglo XX se da a conocer una teoría de gran trascendencia en los estudios de población y la fecundidad: la Transición Demográfica de Frank Notesteim. La misma da una marcada mirada al comportamiento tendencial de la fecundidad y la mortalidad, relacionando estas variables con el desarrollo económico y social de las naciones a nivel macro. A partir de la experiencia europea, parte del supuesto del descenso inicial de la mortalidad, con una estabilidad de la fecundidad acorde con los procesos de urbanización y las modificaciones en las aspiraciones y proyectos de vida de los individuos.

El aporte de esta teoría radica en la consideración de la planificación familiar en la regulación consciente del tamaño de la descendencia, tomando en cuenta el derecho a ejercer control sobre la reproducción. No obstante, no queda claro cuáles son las condiciones bajo las que muchas regiones están alcanzando en

ausencia de un desarrollo económico y social estable, bajas tasas de fecundidad. No contempla una explicación profunda y cualitativa de dichos cambios, centrándose en las manifestaciones externas del comportamiento reproductivo, y no en las aspiraciones y deseos individuales en cuanto a reproducción. Es por ello que no llega a explicar el por qué en poblaciones pobres existe un incremento de la descendencia aún en peores condiciones de SSR.

Siguiendo la lógica de esta teoría, G. Becker (1987), ubica como centro microeconómico a la familia en estudios de contextos concretos. El mismo relaciona la demanda de hijos con el status de la mujer y el costo de la crianza de los hijos (educación y otros bienes), donde el flujo de las riquezas va de padres a hijos, lo que hace que disminuya la fecundidad.

Este autor sí tiene presente la influencia del medio económico en la subjetividad de las personas a la hora de la planificación familiar. Además no pierde de vista la reproducción intergeneracional de los modos de vida, a través de su relación con las prácticas reproductivas de la población.

T. Bürner (1989), por su parte, propone la interpretación de la función social de la reproducción y su relación con las condiciones de vida y derechos de las mujeres. Argumenta el peso que tiene la conducta reproductiva de éstas para garantizar una reproducción racional de la población, de ahí que deban atenderse las condiciones en que la realiza, de manera que se garanticen sus derechos como ser social. La inquietud de este autor por el desarrollo en la sociedad incluye los derechos de los individuos (Benítez, 2012).

En este autor se vislumbran los primeros pasos en el camino de los derechos reproductivos de las personas, aunque predomine la preocupación eminente por el estudio de la población y su crecimiento.

Con la aparición de la teoría de la Segunda Transición Demográfica, enunciada por los investigadores D. J. Van de Kaa y R. Lesthaeghe se contempla las condiciones de los países europeos industrializados de hoy, que ya culminaron su transición demográfica, y por tanto poseen niveles muy bajos de fecundidad y mortalidad sostenidos en el tiempo.

El elemento que contribuye a nuestro análisis es la relación del comportamiento reproductivo con los cambios en las normas y actitudes individuales en las sociedades. Se destaca el rol de la individualidad, a partir de la satisfacción los niveles de autorrealización por encima de los estereotipos tradicionales, que tienen que ver con la sexualidad, la maternidad y la formación de parejas.

Aún cuando se mantiene el estrecho vínculo con el contexto socioeconómico como condicionante de la dinámica demográfica, no se especifica la particularidad de este comportamiento en contextos menos favorecidos, limitando su análisis a países desarrollados. Sin embargo, se trasciende en el análisis desde un enfoque cuantitativista de la variable fecundidad hacia la incorporación de los elementos y cualidades de su comportamiento.

Además se produce un acercamiento por vez primera a la explicación de los factores micro que inciden en el comportamiento reproductivo, tales como el uso de anticonceptivos, planificación familiar en cuanto al número ideal de hijos, relación del estatus de la mujer con la fecundidad y su integración al desarrollo, variaciones en la formación de la familia, uniones consensuales que anteceden el matrimonio (Medina y Fonseca, 2003)

En las teorías poblacionales que hemos analizado, encontramos incluidos unas veces más directamente que en otras, temas referentes a la SSR tales como: control de la natalidad, planificación familiar, reproducción y la preocupación implícita por la influencia del contexto socioeconómico.

Teniendo como base este arsenal teórico, y las crecientes preocupaciones por lograr desentrañar la dicotomía crecimiento poblacional y desarrollo económico se abren paso estudios más cercanos sobre los elementos que median entre la SSR y las dinámicas demográficas de los diferentes países.

Con la colaboración de varias organizaciones como la OMS y la ONU y sus iniciativas de políticas de ayuda exterior se evidencia un claro y destacado trabajo en pro del desarrollo, con influencia sobre las acciones de los gobiernos en la dinámica demográfica.

Con el auspicio de las Conferencias Mundiales de Población en Bucarest (1974) y México (1984), se comienzan a dar los primeros pasos en la resolución del desbalanceado crecimiento poblacional. Se evidencian además las desigualdades norte-sur, que reclamaban formas de actuar diferentes debido a las diferencias entre los contextos. El control de la natalidad resultó la clave de las discusiones, a la par que iban emergiendo los temas sobre género, el desarrollo sustentable para una reproducción simple y el compromiso por el bienestar de las generaciones futuras. De esta manera los estudios sobre salud reproductiva asociados a los elementos cualitativos que acompañan el tema de la fecundidad, conjuntamente con los aspectos de tipo económico y social que están influyendo en los mismos, se van abriendo paso a nivel internacional.

En 1989 A. Faúndes, E. Hardy y J. Pinotti proponen un programa de salud reproductiva integral que debería recoger aspectos tales como: educación sexual centrada en la difusión de información sobre sexualidad y en la revisión de los roles género, de manera que se contribuya a la reducción de la discriminación femenina. Se destaca el interés por lograr educación a adolescentes en temas sobre sexualidad: ITS, anticoncepción, acceso a la inducción farmacológica de la menstruación y la atención prenatal y del parto incluyendo los aspectos médicos y sociales.

Este constituye un intento de concreción de medidas que aseguren la salud sexual y reproductiva de las personas. Además se vinculan aspectos médicos y sociales que están presentes en este proceso. Aún así, no constituyen un estudio de la realidad concreta de un contexto determinado que permita demostrar las irregularidades que existen en los fenómenos sociales con respecto al cumplimiento de los indicadores que propone.

El tratamiento de la fecundidad como variable demográfica comienza a ampliarse y diversificarse. Aunque los esquemas clásicos mantienen toda su validez, se complejizan los conceptos a ella asociados. Se pretende entenderla como una de las resultantes de una sexualidad vivida plenamente, en el ejercicio de todos los derechos, a partir de los postulados de la Conferencia Mundial de Población del

Cairo, en 1994, donde se explicita a la Salud Reproductiva como la “integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de una manera que sea positivamente enriquecedora de la personalidad, la comunicación y el amor.”(Espina 2001)

No es hasta esta conferencia que se reconoce que el concepto de SSR relaciona aspectos culturales, relaciones de género, derechos humanos que se enmarcan en contextos sociales determinados. Hace referencia a las connotaciones que adquiere la salud de la mujer en la etapa reproductiva. Está relacionada a un conjunto de condicionantes culturales, económicas y sociales que la ubican en su carácter de reproductora de la especie en un contexto determinado, y que por lo tanto, le otorgan la función naturalizada de maternidad, crianza de los hijos y tareas reproductivo-domésticas. A la vez, expresa las posibilidades de las mujeres de poder gozar de una sexualidad independiente de las consecuencias reproductivas, que permitan el bienestar social.

Los estrechos vínculos entre desarrollo y salud reproductiva e igualdad de hombres y mujeres, corresponde una de las esferas principales de la labor del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por su sigla en inglés) fueron afirmados en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo. El UNFPA se orienta en su labor por el Programa de Acción aprobado en la CIPD. En la Conferencia, 179 países convinieron en que satisfacer las necesidades en materia de educación y salud, inclusive salud reproductiva, es una condición previa para lograr el desarrollo sostenible a largo plazo. También convinieron en un plan de campaña para el adelanto hacia los siguientes objetivos:

- Acceso universal a los servicios de salud reproductiva antes de 2015
- Reducción en un 75% de la mortalidad derivada de la maternidad antes de 2015 de la mortalidad infantil
- Aumento de la esperanza de vida
- Reducción de las tasas de infección con el VIH

A partir de la enunciación de los conceptos de SSR se comienza a pensar las relaciones entre reproducción y salud, y se avanza más allá de las fronteras del esquema demográfico ortodoxo, restringido al ámbito de la fecundidad y su eventual control. Se comienza a tener un interés marcado por las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social. Y es que además de la necesidad de ampliar y diversificar las indagaciones sobre reproducción en todas las regiones.

Resulta de particular importancia comprender la evolución, en términos reproductivos de la fecundidad, en una situación coyuntural compleja, con niveles bajos de la misma, y como consecuencia, con el aumento de población envejecida.

Con la institucionalización del tratamiento a la SSR, las investigaciones dan un vuelco enfatizadas en la relación de esta con el cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres fundamentalmente, y la consecución de los Objetivos del Milenio. Así se observa una tendencia de los estudios determinados por el constante descenso de las tasas de fecundidad vinculados con los temas económicos de los diferentes contextos como son: el empleo de la mujeres, acceso a la anticoncepción, ideales de fecundidad, situación económica de los países en plena crisis, etc.

Ante la caída de la fecundidad en los distintos países de Europa, los estudios de este tema se han generalizado, dirigiendo la mirada a las políticas de población. La Revista Europea de Salud Sexual y Reproductiva, dedicó números a estudios sobre la baja fecundidad convertida en una tendencia demográfica en la región (Butner, 1989)

Desde los países europeos especialmente España, llegan los análisis de la reducida fecundidad y el reducido empleo femenino en los regímenes de bienestar del Sur de Europa. Así se examina el impacto de los roles de género, los valores familiares, el empleo femenino, y los factores demográficos que se asocian en pleno siglo XXI a la decisión de concebir un bebé. Tal es el caso de autores como: Martha Ibáñez (2010), Almudena Moreno (2004), G. Esping-Andersen (2004), entre otros.

Sin embargo, estos estudios se realizan a nivel macro, y no llegan a un análisis más específico de los comportamientos reproductivos de determinados grupos sociales que se encuentren en desventaja social con respecto a los demás sectores de la sociedad. Además, no especifican cuáles son las características de la SSR que están mediando los niveles muy bajos de fecundidad en esta región. Es por este camino que intentará dar sus pasos el presente trabajo investigativo.

## **Epígrafe 2: Estudios acerca de la salud sexual y reproductiva en contextos de pobreza en América Latina y el Caribe. El caso cubano.**

Debido a las condiciones de desigualdad que existen en América Latina y el Caribe, en nuestra región se han potenciado con más fuerza los estudios sobre SSR y su relación con las condiciones de pobreza que mantienen sectores de la población.

Las características que se presentan en este contexto han resultado ideales para asistir y comprobar la idea de discontinuidad entre desarrollo y crecimiento de la población. Desde la concreción de los ODM y con la idea de complementar los estudios de población y desarrollo, se potencian los estudios de SSR con la convicción de que los pobres poseen comportamientos demográficos peculiares y que son un obstáculo adicional para salir de la pobreza. Partiendo de ello se destacan los estudios desarrollados por UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía- División de Población (CELADE).

Si bien se ha avanzado en los últimos años en materia de SSR, América Latina todavía exhibe condiciones desfavorables. La universalización del acceso a la salud reproductiva sigue siendo una utopía. Según sostiene el informe de la CEPAL (2010), la incidencia todavía muy elevada de la mortalidad materna, los altos niveles y escasa reducción de la fecundidad adolescente y la baja cobertura prenatal que presentan algunos países de la región ilustran los diversos desafíos que enfrenta para avanzar en mejorar la SSR de las mujeres.

De la misma forma, en las zonas remotas y pobres, donde aún persisten barreras económicas y culturales en el acceso a servicios de salud, la atención a la SSR continúa siendo determinante en la morbilidad y mortalidad materna e infantil de mujeres en edad reproductiva (CEPAL, 2010).

Los estudios en América Latina y el Caribe que abordan este tema se pueden agruparlos en tres líneas de investigación según el enfoque prioritario que presente: salud y derechos, género, y juventud.

Los derechos sexuales y reproductivos se convierten en un campo común de análisis, vinculado a la discriminación por género, edad, sexualidad, clase social y sus implicaciones para la salud de mujeres y jóvenes. Con esta base encontramos temas como: el derecho universal y con calidad a la salud como condición indispensable para la superación de la pobreza, el enfoque de género en el desarrollo se destaca en la explicación del fenómeno de la feminización de la pobreza, y la juventud como grupo vulnerable dentro de la población dada su proporción y la poca percepción de riesgo que poseen.

De las investigaciones asociadas al género Argentina fue pionera en la aplicación de la Encuesta de Salud Reproductiva a fines de los 90, para evaluar el comportamiento reproductivo de mujeres pobres del Cono Urbano en Argentina. Se relacionan indicadores tales como la composición de las familias y la descendencia, el papel del aborto y la anticoncepción y los embarazos en edades tempranas. Se demostró cómo estos estaban vinculados a las necesidades básicas insatisfechas de la vivienda, empleo, alimentación y cobertura de salud.

Elsa M. López (2005), en su estudio sobre las prácticas, opiniones y políticas sobre anticoncepción y fecundidad, se destaca en esta línea de investigación, con la comprensión de aspectos culturales de la fecundidad, anticoncepción y salud reproductiva con un enfoque cualitativo. Mantiene que la fecundidad de las mujeres pobres encuentra obstáculos, fundamentalmente para acceder a la anticoncepción, debido a la diversidad de significados que se asignan en estos estratos económicos a las modalidades de formación de pareja, hijos, familia; así

como a las normas que regulan la normas de género: poder, autonomía, comunicación, etc.

Estas mujeres pobres entran dentro de la población con un riesgo evidente: más cantidad de hijos, a edades más tempranas y tardías, partos y lactancias más próximas entre sí y mayor cantidad de abortos inducidos. Todo ello constituye un cuadro que la OMS ha denominado población en riesgo reproductivo (López, 2005).

Sin dudas, los estudios y mediciones con indicadores de género, han aportado datos que enriquecen la medición de los impactos diferenciados que tiene la pobreza sobre mujeres y hombres. Dichos estudios aportan un análisis complejo que incluye causas de orden económico, social, político y cultural. También han demostrado que las exclusiones, tanto legales como culturales, la violencia contra las mujeres, la ausencia o deficiencia de campañas de educación sexual y reproductiva, la idealización de la maternidad y del “hijo” vivido como razón de empoderamiento ante la adversidad o como inversión para el futuro, las secuelas de los abortos ilegales y las muertes maternas de jóvenes y niñas, son realidades particularmente adversas para las mujeres.

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública, tanto por su magnitud, como por las consecuencias en la formación de capital humano de los y las jóvenes al punto de perpetuar el círculo de la pobreza. Este puede conllevar a deserciones, rezagos o discriminaciones en los contextos educativos, vinculación temprana al mercado laboral, limitación para acceder a mejores trabajos, tensiones familiares, reconfiguración de los proyectos de vida, mayor probabilidad de tener más hijos a lo largo de la vida e importantes riesgos para la salud (Gaviria, 2000; Barrera e Higuera, 2004; Flórez, 2004)

Según autores, la juventud en la región ejerce su sexualidad en condiciones diversas que dependen del contexto de cada país, de su nivel socioeconómico, características culturales, religión, y grupo étnico (Lundgren, 2000; Antona, 2006; Morlachetti, 2006; Cabria, 2006). Este grupo poblacional es objeto de varias investigaciones, debido al hecho de que sean los jóvenes los más afectados por

problemas asociados a la SSR: el embarazo no programado, infecciones por ITS y tasas de embarazo más elevadas. La poca percepción de riesgos asociados a la sexualidad y reproducción se manifiestan en prácticas y comportamientos que afectan su salud.

En estos países, pese a su diversidad, se encuentran situaciones comunes que presentan el panorama restringido en cuanto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: la cultura represiva, autoritaria y machista, la inequidad de género vigente en los entornos familiares y sociales, la pobreza asociada al actual perfil epidemiológico del continente, el embarazo en la adolescencia y el aborto, y la violencia física y sexual (Cabria, 2006).

La mirada de género evidencia que las causas y la situación de la SSR de hombres y mujeres son diferentes; las carencias que enfrentan unos y otras son de distinta naturaleza y mucho más cuando la pobreza está mediando sus formas de vida. La incorporación de la perspectiva de género en este análisis ha permitido ver otros tipos de pobreza más allá de la carencia de ingresos: pobreza de tiempo, de oportunidades y de trabajo, la pobreza al interior de los hogares, la falta de vínculos sociales, la limitación de libertades sexuales, etc., que deben ser tomadas en cuenta como obstáculos a enfrentar y estrategias de lucha contra la pobreza.

Los estudios desde esta perspectiva (PNUD, 2006), nos ofrecen una visión del esquema de reproducción. Se afirma que las mujeres aparecen sobre-representadas entre las personas pobres. Se evidencia entonces que los verdaderos niveles de pobreza entre la población femenina están estrechamente relacionados con situaciones adversas en su deficiente SSR: mayor tasa de fecundidad, alta incidencia de embarazos en edades tempranas, no existencia de planificación familiar, la sobre mortalidad materna, lo que a su vez los lleva a la transmisión intergeneracional de la pobreza a través de la permanencia y perpetuidad de las condiciones de vida entre padres e hijos.

La SSR constituye uno de los referentes más estudiados en América Latina y el Caribe, específicamente cuando se habla de los pobres. Según Di Cesare (2007) existe una relación entre comportamientos sexuales y reproductivos y las

condiciones socioeconómicas, manifestadas en patrones emergentes en materia reproductiva y sexual propios de contextos de pobreza.

Tales características se evidencian en: el rejuvenecimiento en el calendario sexual, matrimonial y reproductivo; un aumento generalizado de las usuarias de métodos anticonceptivos; un aumento de los indicadores relacionados con la fecundidad adolescente; y una disminución de los niveles de fecundidad aunque llega a superar el umbral de 2,1 hijos por mujer.

Resultan de marcada importancia las investigaciones que presentan el estudio de la fecundidad inscrita en el marco de las transformaciones que producen en ella las estrategias de reproducción de las personas. Desde este punto de vista, los procesos reproductivos son articulados tanto al conjunto de relaciones sociales como a las dimensiones culturales simbólicas, lo que no es más que la complementariedad macro-micro y cuya interacción se ha convertido en uno de los grandes temas dentro de los estudios sociales de población en América Latina (Villasmil, 1998; Reis, 2008; Rodríguez y Perpetuo, 2011).

De manera general, estas investigaciones muestran lo positivo de interpretar los contenidos culturales y sociales que llevan implícitos la adaptación de estos sectores pobres a las condiciones y circunstancias históricas en las cuales viven, y su repercusión en las decisiones y concepciones que se tienen a nivel individual sobre el cuidado de la salud reproductiva, el control de la fecundidad y las pautas de crianza de los hijos.

Sin embargo, analizan el fenómeno desde una óptica general y macrosocial, obviando las especificidades de contextos particulares y comunitarios en donde se desarrolla la dinámica de vida de estas poblaciones. Además las condiciones de pobreza de estos países no se corresponden a las de nuestro país, que asegura espacios de igualdad y acceso a los principales servicios de salud, educacionales y de crecimiento personal para hombres y mujeres. De ahí que indagemos en las particularidades de la SSR en nuestro contexto.

## **El caso de Cuba.**

En Cuba, el trabajo científico se ha caracterizado por relevantes estudios sobre las particularidades, contradicciones y factores que afectan la fecundidad, prestándole especial atención a los aspectos demográficos de nuestro país. Estos fueron fomentados por el interés mundial por los temas de población y su desarrollo, que llevaron a la creación de instituciones como el Centro de Estudios Demográficos (CEDEM) y el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE).

Se destacan los estudios de Luisa Álvarez (1985), Niurka Pérez (1985), S. Catasús (1986), H. Castellón (1988). Estos autores realizan sus estudios enfocados en las características sociodemográficas de la familia cubana en las que se incluyen indicadores de su comportamiento reproductivo como natalidad, abortos, anticoncepción y la participación de la mujer en actividades socioeconómicas, a niveles macro.

Ya en los 2000, la generación de estudiosos del tema sigue carentes de estudios cualitativos y microsociales, y todavía no se estudia la SSR de manera explícita como fenómeno específico al interior del país. Los mismos están enfocados en el descenso de los niveles de fecundidad y la repercusión de las decisiones individuales dentro de este proceso Benítez (2003), Rodríguez (2005), De Armas (2009).

Son importantes los estudios sobre la incidencia del aborto y la anticoncepción como métodos de reducción de la fecundidad, proponiendo acciones para su tratamiento desde las concepciones de salud reproductiva dentro del quehacer académico en el país. Tal es el caso de Rodríguez García (2003), Alfonso de Armas (2007), Ares y Benítez (2009), Benítez (2012).

Igualmente, en informes internacionales como el realizado en el 2001 por la Population Action International: "Mundos Diferentes. Salud y Riesgos Sexuales y Reproductivos", Cuba ha sido ubicada entre los 25 países de muy bajo riesgo reproductivo. En cambio, autores como H. Castellón (2006, 2009) y Bueno y Del Valle (2006) se refieren al reto que aún tienen las políticas de población y salud reproductiva, de lograr vincularse con las políticas de familia y de género.

Otros estudios más recientes que tocan de cerca el tema de los procesos demográficos entrelazados con otros indicadores sociales en el caso cubano. Uno de ellos es el de Lorenzo I. Herrera (2013) con una visión socio demográfica de embarazo; donde con una óptica diferente incursiona en el estudio de la mortalidad fetal, desde los riesgos vitales de expulsión de un nacido vivo o muerte fetal, en la sobrevivencia o permanencia del feto y en los factores de riesgo que puede propiciar la muerte intraútero del producto de la concepción.

Los autores García, R; Albizu-Campos, J.C.; y Alfonso de Armas, M. (2015) ofrecen a partir de la relación población- desarrollo, una mirada al impacto de la coyuntura económica sobre los procesos demográficos y la salud. La principal contribución de esta investigación está en la consideración de los rasgos culturales en los patrones de comportamientos reproductivos, teniendo en cuenta la influencia de la cotidianidad de las personas, traducida en la influencia del factor económico, así como de condicionamientos sociales.

Algunas investigaciones en Cuba han tenido en cuenta el comportamiento diferencial en territorios analizan las especificidades de la salud de la mujer cubana. Fleitas (2013) ofrece razones que explican las particularidades del proceso histórico de superación y reemergencia de la pobreza que se ha desarrollado en los últimos cincuenta años en Cuba. Parte de la consideración del papel que la política de salud tuvo en el acceso a la salud entre los pobres. Desde una mirada de género al estudio de la pobreza a través de la dimensión salud, analiza los supuestos de la igualdad de oportunidades hacia las mujeres y la equidad en salud.

El principal aporte de este estudio a esta investigación consiste en su comprobación de que existe pobreza en Cuba y es más aguda entre jefas de hogares pobres. Una de sus dimensiones es la alta morbilidad, vinculada con los tipos de privación que padecen, evidenciada en la pobreza material, la precariedad de la salud y desigualdades de género, que se convierten en elementos que acentúan su condición.

Sin embargo, no asume la explicación de las prácticas en la demostración

empírica de las particularidades en el comportamiento reproductivo al interior de comunidades con condiciones desfavorables.

Lo anterior se logra en la investigación de las autoras Díaz e Iñiguez (2010), la cual tuvo como objetivo principal la comparación de la SSR de mujeres en edad fértil en dos espacios desiguales de Ciudad de La Habana. En este estudio se asume que el origen y dinámica social al interior de los barrios, condiciona diferencias en componentes de la SSR tales como los trastornos ginecológicos y el conocimiento y significado que le atribuyen a la misma, tomado en cuenta los factores económicos y socioculturales que caracterizan a sus habitantes.

Una particularidad de los estudios sobre SSR en nuestro país lo constituyen las investigaciones realizadas desde la óptica de la medicina. Su relevancia está en el intento por correlacionar indicadores sociales como el nivel educacional, la edad y la situación de la madre con el uso de métodos anticonceptivos y el aborto. También se evidencia la significación del Programa Materno-Infantil en la salud de la madre y el niño, y su repercusión en los niveles de mortalidad infantil y materna (Franco y otros, 2007; Gran y otros, 2012).

Sin embargo, el área de la salud materno infantil requiere de estudios que además de dirigirse a buscar mejores resultados en salud, se enfoque en sus determinantes sociales y culturales, lo que permitiría aumentar el alcance estratégico de sus programas. Se necesitan añadir estrategias de carácter poblacional y multisectorial, enfocadas en lograr una mejor salud reproductiva y prevenir algunas enfermedades relacionadas con el embarazo. Es necesario el énfasis no solo en la atención de las mujeres embarazadas y los cuidados médicos, sino en considerar la salud reproductiva desde la educación y la evaluación del riesgo preconcepcional.

Aunque lo anterior no se refiere específicamente a la SSR, el análisis sociológico de salud nos lleva a generalizar sus aportes teóricos a este campo particular, ya que concibe en su explicación la influencia del contexto en los problemas de salud.

En el territorio santiaguero no son muy usuales los estudios enfocados en la SSR en general, y en particular de las personas con menos recursos y que viven en

situación de pobreza. Aun así resultaron de vital importancia las investigaciones que desde la sociología se llevaron a cabo en los últimos años en el contexto santiaguero, que logran revelar la pertinencia de la consideración de las prácticas culturales comunitarias en los procesos propios de la dinámica social de la provincia (Benítez, 2012; Soler y otros, 2012; CEDIC, 2013; Labrada, 2015).

Por ejemplo, Benítez (2012), en su estudio del comportamiento reproductivo del municipio Santiago de Cuba, identifica elementos negativos para el equilibrio social desde la perspectiva del desarrollo humano. Tal es el caso de la educación sexual y reproductiva respecto al uso de anticonceptivos para la planificación familiar debido al elevado número de embarazos no deseados, fundamentalmente en la adolescencia, así como la alta recurrencia al aborto provocado como vía para interrumpirlos.

En este estudio, el factor económico es identificado como fundamental para la funcionalidad del crecimiento de la población en el municipio, dadas las limitaciones materiales que afectan la salud reproductiva, que contempla las condiciones para la reproducción social de la población. Se está hablando del problema de la vivienda, la escasez de círculos infantiles, las dificultades con la alimentación y el costo de las canastillas, entre los más relevantes (Benítez, 2012).

Igualmente la investigación llevada a cabo en la comunidad de San Pedrito por investigadores del departamento de Sociología de la Universidad de Oriente (Soler y otros, 2012), recomienda que se priorice en la atención a la salud el desarrollo de una cultura preventiva que garantice la concientización de la importancia de asumir comportamientos sexuales responsables en esta comunidad con características particulares de marginalidad y/o precariedad.

Por último, el estudio realizado por Labrada (2015), conjuga las condiciones de pobreza con el estado de salud en una comunidad santiaguera. Las características peculiares de estas comunidades demandan una atención diferenciada por los eslabones del sistema de salud, pues las condiciones de vivienda, de empleo, precariedad laboral, contaminación ambiental, calidad del

agua y mal tratamiento de los residuales; matizan los patrones de comportamiento en salud. Este está caracterizado por prácticas y estilos inadecuados de vida, la búsqueda de alternativas de curación y sanación no institucionalizadas, la automedicación y otras manifestaciones que muchas veces propician la aparición de brotes epidémicos de gran repercusión social y ponen en riesgo la vida de las personas (Labrada, 2015).

Estas investigaciones de corte sociológico, aunque la variable de SSR no constituye su objeto directo de reflexión, resultaron el punto de partida para nuestra investigación. Las mismas permiten articular nuestras consideraciones respecto a la incidencia del medio en los comportamientos asumidos por los individuos con respecto a su salud, a través de las prácticas culturales que demarcan determinaciones para ciertos grupos de la población.

De manera general, los estudios referidos al tema en Cuba, carecen aún de explicaciones específicas que logren establecer un análisis de las particularidades de la SSR en contextos de pobreza. Se hacen necesarias investigaciones sobre la riqueza de significados asociados a la reproducción, que no se limiten a la descripción de comportamientos reproductivos, sino que se vinculen con prácticas culturales institucionalizadas en niveles micro. Esto permitirá desentrañar las complejas características de cada espacio en particular, tradicionalmente ocultas tras las estadísticas generales. Para ello este estudio se apoya en los recursos que brindan las teorías sociológicas.

### **Epígrafe 3: Pertinencia de la Teoría Sociológica en el análisis de la salud sexual y reproductiva en contextos de pobreza en Cuba. La consideración de las prácticas culturales comunitarias**

Como se analizó en el epígrafe anterior, el acercamiento a la temática de la SSR desde las prácticas culturales que los individuos asumen en contextos de pobreza, no ha estado entre las más favorecidas desde las investigaciones sociológicas en Cuba. Esto se debe en gran medida a que el tema de la pobreza en Cuba se ha presentado como un verdadero reto teórico, dadas las características sociales que presenta: acceso masivo y gratuito a la salud, la educación y la seguridad social, elevados niveles educacionales y culturales de la población así como sus estándares de salud, lo cual produce un proceso progresivo de dignificación del ser humano y de igualdad social en el país.

Sin embargo, procesos como la desaparición del antiguo Campo Socialista de la Europa del Este, y el recrudecimiento del bloqueo norteamericano a nuestro país, marcan el inicio de una aguda crisis económica conocida como Periodo Especial, que erosionó sin duda, los niveles de vida de la población. Unido a ello comienza un proceso de decantación social espontánea y el surgimiento de grupos sociales con alta vulnerabilidad (Ares, 2010).

Las familias inmersas en estrategias para contrarrestar la caída de su nivel de vida, fueron generando franjas de marginalidad y asentamientos poblacionales en condiciones precarias, producto de la emigración del campo a zonas urbanas y suburbanas y a la acumulación de necesidades no satisfechas, sobre todo de viviendas, en el momento de la aguda crisis (Ferriol, 2005)

Estudios demuestran que existe una franja de población con ingresos insuficientes, donde se refuerzan los vínculos entre espacialidad y desigualdad, siendo el territorio un patrón regulador de modos de vida (Díaz: 1992; Ferriol, 1997, 2005; Zabala: 1999, 2010; Añé, 2005; Espina: 2008; Peña, 2014). Ello se constata en la medición del Índice de Desarrollo Humano y Territorial en nuestro país, donde las provincias orientales se encuentran en el nivel bajo, Santiago de Cuba es una de ellas (Moncada, 2006).

Asimismo, queda demostrado por numerosas investigaciones sociales sobre la temática desarrolladas desde el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS), el Centro de Estudios de la Juventud (CEJ), el CEDEM y el actual Centro de Estudios Sociales Cubanos y Caribeños (CESCA) de la Universidad de Oriente, que se constata un patrón de selección territorial que genera vulnerabilidades y exclusiones espaciales que se expresan, entre otros rasgos, en una mayor proporción de pobres en determinadas regiones (Labrada, 2015).

La realidad que se presenta en determinados contextos de cubanos como en el de San Pedrito (Moncada 2013), desemboca en aquellas condiciones sociales que afectan negativamente el desempeño de comunidades, hogares y personas, y que se corresponden a menores accesos, conocimiento y capacidades de gestión de los recursos y de las oportunidades de que la sociedad dispone para el desarrollo de sus miembros.

La socióloga Mayra Espina (2008) no ofrece una concepción uniforme de la pobreza, pero sí particularidades que apuntan hacia un patrón de la pobreza en el país: familias con tendencia a un tamaño superior al promedio nacional, monoparentales, con mujeres jefas de hogar que no trabajan establemente, con alta presencia de ancianos y niños, altos niveles de fecundidad, de maternidad temprana y sin apoyo paterno, trabajadores del sector estatal tradicional en ocupaciones de baja remuneración, nivel escolar relativamente inferior a la media nacional, precariedad de la vivienda y de su equipamiento, baja presencia de activos tangibles e intangibles que puedan ser utilizados en estrategias familiares de aumento de los ingresos, repertorio de estrategias de vida reducido, de bajo nivel de solución, mayor frecuencia de abandono o interrupción de estudios, ubicación espacial preponderante en barrios marginales o de situaciones precarias del entorno, mayor concentración en las provincias de la zona oriental del país.

Para entender el fenómeno de la pobreza en Cuba, esta investigación asume el concepto que ofrece la socióloga Peña (2014), donde explica que un individuo, grupo o familia, se encuentra en condiciones de pobreza, cuando padece una

situación de privaciones, espirituales y materiales, que se relaciona con la imposibilidad o dificultad para el despliegue de las capacidades humanas, en un contexto espacial y temporalmente delimitado. En esta forma de conceptualizar la pobreza el factor fundamental no está en las carencias como indicadores estáticos, sino en las dificultades que éstas implican para el despliegue de las capacidades de ser agentes de bienestar, y tener las oportunidades de conseguirlo, esto es, de participar socialmente con autonomía y equidad.

El mismo nos permite relacionar en un análisis dialéctico tanto las estructuras como los actores sociales, en cuanto al condicionamiento socioeconómico y a la interacción respectiva con el aspecto cultural que aportan las unidades individuales y colectivas. Esto implica el acceso a los recursos provistos, las formas de aprovechamiento y apropiación de los mismos, que pasan por la capacidad y la autopercepción de los implicados.

Las investigaciones con este tema que se han publicado muestran que a pesar de la protección social, el amplio acceso a los servicios de salud y los altos gastos en salud, se identifican, en los territorios con peores condiciones de vida, un mayor valor de: la mortalidad prematura por diferentes enfermedades, el embarazo temprano y tardío, el alcoholismo, la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y la mortalidad materna (Fleitas, 2013).

Numerosos autores cubanos han abordado el tema de la salud desde una perspectiva sociológica enfatizando lo cultural como uno de los determinantes sociales. Ellos plantean que los sistemas de salud deben ser considerados simultáneamente sistemas sociales y culturales, debido a la influencia de múltiples factores sociales en los estados de salud de los individuos (Moncada, 2001; Rojas, 2004; García, 2011). Los mismos destacan el condicionamiento de la salud por las actividades de los ambientes sociales y culturales, ceñidos tanto a las estructuras socioeconómicas como a los patrones socioculturales.

Otros como Díaz e Iñiguez (2010), Fleitas (2013), Moncada (2013) y Labrada (2015) resultan exponentes de la aplicación de la perspectiva sociológica a la

temática de la salud. Sin embargo, dichas investigaciones no tienen en cuenta las prácticas culturales asociadas a la SSR en los marcos comunitarios.

La carencia de estudios que profundicen en los factores de naturaleza sociocultural que median la relación entre las instituciones de salud y la población pobre en Cuba, y que explique las contradicciones propias de este contexto, resulta el punto de partida en la consideración de las teorías sociológicas generales para el acceso a la realidad de este estudio, a fin de explicar dialécticamente dicha relación.

En la sociedad existen diferentes componentes sociales que intervienen en la manera de actuar de los individuos frente a las disímiles situaciones que se presentan en la vida, como pueden ser la reproducción y la sexualidad. Para entender la complejidad de la realidad de la salud sexual y reproductiva en los marcos de las condiciones de pobreza de la circunscripción No. 34 de San Pedrito, lo hacemos desde la teoría de Pierre Bourdieu, con sus conceptos habitus y campo, en un esfuerzo por vincular lo objetivo y lo subjetivo en este hecho.

Para ello se utiliza su teoría del Constructivismo Estructuralista, desde la relación que establece en la construcción de dos modos de existencia de lo social: la estructura externa y objetiva (lo social hecho cosa) y la estructura social internalizada e incorporada al agente (lo social hecho cuerpo). Esto no es más que el mecanismo de producción del mundo social, a través de construcciones históricas cotidianas de los actores colectivos e individuales, lo que nos lleva a reflexionar en nuestro análisis de la realidad social, la comunidad como espacio social en donde interactúan el habitus y el campo.

Bourdieu define los campos sociales como espacios de juego históricamente constituidos, con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias; son espacios estructurados de posiciones, las cuales son producto de la distribución inequitativa de ciertos bienes (capital), capaces de conferir poder a quien los posee (Bourdieu, 1977).

Un campo es un espacio de conflicto y competencia, un espacio de juego donde son explícitas las relaciones de fuerza de sus jugadores. Cada campo específico

(cultural, económico, social), se define a partir del capital que en él está en juego. El capital puede definirse como un conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten y se pierden.

En la circunscripción No.34 de San Pedrito está presente la interacción entre las distintas formas de capital (económico, social, cultura y simbólico) se encuentran distribuidas de forma desigual en el espacio social donde se desarrolla la construcción de la realidad de los individuos que la habitan, por lo que operan como elementos diferenciadores dentro de los diferentes campos que interactúan. Por ejemplo, en el campo económico, las posiciones están configuradas por la carencia de este tipo de capital que poseen los actores en situación de pobreza.

El concepto de campo nos permite además delimitar el campo de la SSR como la red de relaciones entre las posiciones objetivas que se establecen entre la Atención Primaria de Salud, como garante institucional de los servicios asociados al mantenimiento de la misma, y los propios agentes de la comunidad. Estos agentes también poseen un posicionamiento de acuerdo al papel que juegan dentro de la sexualidad y la reproducción: hombres dedicados a satisfacer las necesidades del espacio público, mientras que las mujeres están destinadas a cumplir con el espacio doméstico.

La posición desventajosa que las mujeres en edad fértil ocupan en este campo, está definida por el capital que poseen, que en el caso del capital cultural determina sus intereses y estrategias, además de la configuración de sus percepciones y conocimientos en cuanto a los procesos de su vida sexual y reproductiva.

Más allá de las posiciones que cada agente ocupe, para que el campo se constituya es necesario que los agentes posean hábitos que contengan las reglas del juego y que le den valor al bien específico que es objeto de la lucha en ese campo. Este compromiso de los agentes se manifiesta en el sentido social y personal que le confieren al campo.

Aquí es donde el *habitus* se toma en consideración debido a su relación con el campo. Bourdieu define esta relación de condicionamiento: el campo estructura el *habitus*, que es el producto de la incorporación de la necesidad inmanente de este, pero es también una relación de conocimiento o de construcción cognitiva. El *habitus* contribuye a constituir el campo como mundo significativo, dotado de sentido y de valor y en el cual vale la pena invertir su energía (Bourdieu, 1977).

El *habitus* alude a un "sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones [...]" (Bourdieu, 1991). Es decir, si bien no son determinantes, tienden a perdurar al ser incorporadas, naturalizadas y transmitidas, siendo un sistema adquirido producto de determinadas condiciones de existencia, que operan como de principios de acción y percepción.

El *habitus*, en tanto sistema de disposiciones, incluye el proceso mediante el cual, los sujetos adquieren el capital cultural, o sea, los distintos tipos de educación (familiar, escolar, etc), constituyéndose como el producto de la internalización de las estructuras de la sociedad, que le permite dar sentido al mundo social.

Este concepto dota a los agentes de un sentido práctico, a través de la adquisición de preferencias, gustos, conocimientos, y de esquemas de acción que orientan la percepción de la realidad, y que constituye por demás las prácticas individuales y colectivas de la historia social en la que vive el individuo en la sociedad.

En el entramado de relaciones sociales que se establecen en la comunidad de estudio, confluyen distintas formas de capital que condicionan los modos de percepción así como las prácticas de atención asociadas a la SSR, tanto a nivel individual como colectivo. Esto no es más que la configuración de un *habitus* en las mujeres en edad reproductiva a partir del sistema de valores en los que han sido educadas en la sociedad, que se expresan en las conductas y comportamientos asumidos por ellas en cuestiones referidas a su sexualidad y su reproducción. Estas ideas, pensamientos y significados en torno a lo que deben a

hacer se estructuran en forma de habitus y dependen de su trayectoria social en la familia y la propia comunidad.

En este sentido, la historia de las féminas de la comunidad está marcada por las condiciones objetivas de pobreza, expresada en fenómenos como la disfunción familiar, el bajo nivel cultural, la carencia en las condiciones de vida, abandono de los estudios, la maternidad y emparejamientos tempranos. Estas características colectivas del espacio social que estudiamos, marcan los esquemas de conocimientos y acción que se expresan en un capital cultural internalizado, que le confiere un significado particular a la reproducción y la sexualidad, y por tanto, a la SSR. El resultado se expresa en las estructuras mentales que funcionan como disposiciones a pensar, sentir y actuar: uso del aborto, espontaneidad de las relaciones sexuales, despreocupación por la utilización de anticonceptivos, rechazo al uso del condón, además de la justificación del uso de sustancias como el cigarro y el alcohol como relajantes contra tensiones y stress.

Estamos hablando de la coalición entre habitus y campo, confiere la capacidad de generar y estructurar a su vez las prácticas sociales, en tanto se convierte en un principio generador de estrategias que obedecen a regularidades sociales que conforman patrones de conducta. Estas son las que, como resultado del habitus que designa la propensión a actuar de determinada manera, nos permiten analizar tanto la interiorización de lo objetivo, como la manifestación de la interioridad, en cuanto a la organización de comportamientos y conductas que contribuyen a la reproducción de la realidad social.

Dentro del campo de la SSR el sistema de salud garantiza los servicios relacionados con la atención al bienestar principalmente de la mujer desde la atención primaria. Los elementos planteados hasta aquí corroboran la consideración de una serie de factores sociales, culturales y económicos que impidan que las mujeres ejerzan en toda su dimensión, o de manera funcional al sistema social, sus derechos en materia de SSR. Entre estos factores figuran, entre otros, las desigualdades de género y prácticas culturales perjudiciales, las

condiciones de pobreza, insuficiente promoción y educación sexual, desconocimiento de servicios adecuados.

Las características de tipo sociocultural indican que los disímiles aspectos de la vida social de las mujeres que son objeto de nuestra investigación, favorecen la aparición de problemas de salud asociados a las prácticas orientadas por sus hábitos. La incidencia de la comunidad, el grupo social, la familia, marcan la influencia de costumbres, tradiciones, conductas asociadas al estilo de vida de las personas en su espacio social.

Cuando analizamos el contexto cubano, y se evidencian las múltiples ventajas en cuanto acceso e igualdad a los servicios de SSR, resulta válida la propuesta de tener en cuenta la influencia de lo cultural y comunitario en el estado de salud de la población. La consideración, de las prácticas culturales comunitarias en la explicación del estado de la SSR de una comunidad pobre, aporta el elemento que enlaza esta contradicción evidenciada en el país.

Para entender la especificidad cultural de las prácticas en la comunidad en salud consideramos la teoría particular de José Alfredo Villarreal donde el elemento cultural es de singular importancia. Indicando que los disímiles aspectos de la vida social, favorecen la aparición de problemas de salud de manera potencial, demuestra la dimensión cultural de la salud, particularmente en los marcos de la Atención Primaria nivel comunitario.

Dicho trabajo permitió al investigador estructurar su definición conceptual de prácticas culturales comunitarias entendidas como un tipo específico de interacciones o prácticas sociales y de significados, constitutivo de un sistema de disposiciones fuertemente estructuradas en las relaciones sociales.

De lo anterior deviene el concepto de prácticas culturales comunitarias en salud que propone este autor. Esta definición supera las planteadas por la literatura y las investigaciones precedentes, al entender que en el campo de la Atención Primaria de Salud inscrita en la comunidad, estas constituyen acciones socioculturales en busca de objetivos vitales, como la SSR, en distintos tiempos y escenarios

sociales, mediados por la cultura, hábitos, costumbres, creencias, conductas de salud (Villarreal, 2012).

Aplicada a nuestro objeto de estudio podemos entender que las prácticas culturales comunitarias en la SSR se asocian con las acciones socioculturales que se desarrollan en la comunidad en estudio en busca de objetivos vitales. Son patrones culturales, actitudes y comportamientos sexuales, relaciones de género, hábitos sanitarios y condiciones de vida que favorecen determinadas conductas vinculadas con la sexualidad y la reproducción.

Constituyen así interacciones sociales que por su significado, resultan de la interiorización o incorporación de valores, normas y códigos culturales altamente generalizados y compartidos, mediados por el sistema social. Lo anterior nos permite inferir que, estas prácticas comunitarias tienen incidencia más o menos directa en la salud y las enfermedades asociadas a los elementos sexuales y reproductivos de las mujeres en edad fértil.

Dentro de las prácticas culturales comunitarias en salud están las que se desarrollan para buscar la SSR por vías alternativa, o sea, la asistencia a consultas prenatales, la realización de la prueba citológica, deseo de tener hijos, acceso a abortos y regulaciones menstruales. Las que se derivan del empleo de sustancias adictivas como el tabaquismo y el alcoholismo. Las que se derivan de estilos de vida inadecuados: empleo del tiempo libre, promiscuidad, edad de inicio de relaciones sexuales, edad al primer nacimiento. Las que ocurren como respuesta al funcionamiento de la política social y de salud en la comunidad: uso de anticonceptivos, conocimientos y prevalencia de ITS, embarazos no deseados realización de la prueba citológica. Las que tienen que ver hábitos y costumbres como el consumo de infusiones abortivas.

La poca educación sexual y la inmediatez de su cotidianidad se interrelacionan a la hora de dar vida a comportamientos reproductivos que ponen en riesgo su salud, a pesar de contar con la institucionalización gratuita de estos servicios. El aumento de los casos con embarazos en la adolescencia y en mujeres con más

de 35 años edad, los abortos, los embarazos con alto riesgo debido a la condición de la madre (hipertensa, anemia, infecciones de transmisión sexual), los nacimientos prematuros; nos llevan a considerar las percepciones, aspiraciones, comportamientos y prácticas de las mujeres respecto a la SSR.

Queda claro que, tanto factores de tipo objetivo, dígase condiciones de vida; como de tipo subjetivo como hábitos, costumbres, ideales de reproducción, se complementan en la conformación de la realidad social que vive esta comunidad con respecto a la SSR. Dicho esto, entendemos que tanto la situación de la vivienda, de la alimentación, los ingresos y el empleo constituyen manifestaciones de vulnerabilidad en el espacio social de San Pedrito. Enfocándolos en una interacción dialéctica se integran como procesos que acontecen dentro de ese espacio social, mediadas por factores sociales que las condicionan, expresión de un modo de vida determinado.

La perspectiva del pensamiento relacional nos permite comprender, explicar y tratar la SSR como fenómeno social, como el producto de sujetos y estructuras sociales que, relacionados en un cierto contexto social, han producido prácticas culturales comunitarias que, a su vez, han generado relaciones diversas y distintas formas de salud.

El conocimiento de estas prácticas culturales comunitarias, supone la descodificación de los referentes sobre preferencias reproductivas y sexuales, las creencias, las costumbres, lo ritual; ese amplio marco conceptual que involucra la memoria histórica de las mujeres en edad reproductiva. Lo social entra en juego allí donde lo biológico, no puede dar respuestas a interrogantes que hacen referencia a los problemas de salud. Las representaciones sociales, tienden a justificar y construir destinos de salud comunes para todos los integrantes de la comunidad.

La interpretación que aporta la Sociología al fenómeno de la salud radica en su comprensión como proceso sociocultural, como producto y expresión de la cultura. Esto se traduce en la influencia de distintas culturas, estructuras sociales, etarias,

étnicas, de diferentes estratos y composiciones, intereses, inclinaciones y preferencias sexuales, de género, ideopolíticas y religiosas; lo que concibe al individuo ya no aislado, sino como parte de una comunidad, lo que reconoce sus características socioeconómicas y culturales.

Esto hace que la SSR hace que necesariamente se analice como proceso que se desarrolla en los marcos de la socialización del individuo con la convergencia de múltiples factores: culturales, sociales y económicos. En ello intervienen diferentes agentes e instituciones sociales, así como el mundo simbólico, el sistema de signos y significados que están mediados y legitimados por normas y patrones culturales dentro de la sociedad.

El grupo social y la comunidad a la que pertenecen los individuos, inciden en la salud, no solamente a través del tipo de influencia que ejercen las redes sociales y de apoyo, sino también mediante la cultura, las tradiciones, los hábitos y la religión. De ahí la necesidad, a criterio de Moncada (2013) de transitar a un paradigma bio-sociocultural que posibilite explicar de manera explícita las prácticas culturales asociados a los patrones de comportamiento en salud de la población, como trasfondo de la participación comunitaria en salud, teniendo en cuenta que en los marcos comunitarios, donde se instituye, los individuos, familias y grupos sociales proyectan sus culturas, es decir, el conjunto de significaciones que orientan un modo de reproducir la realidad, adecuado a sus intereses, tradiciones, prácticas y representaciones (Moncada, 2013).

## Capítulo 2. Estrategia metodológica para el estudio de la salud sexual y reproductiva en la circunscripción 34 de San Pedrito.

En el presente capítulo se muestra la lógica con que se desarrolla la investigación empírica para el acceso a la realidad social. La misma nace del interés científico de analizar el estado de la SSR, a través de las prácticas culturales comunitarias que asumen las mujeres en edad reproductiva en la comunidad en estudio.

En el mismo se describe el diseño de la investigación, así como los métodos y técnicas que se utilizaron durante el proceso de obtención de información empírica y la comprobación de la hipótesis.

### 2.1 El Diseño de investigación. Las variables y su operacionalización.

El diseño de investigación que guía nuestro estudio parte del análisis de la **Situación Problemática** en estudio:

Cuba mantiene desde muchos años un lugar destacado en la conservación del estado de salud de la población, y mucho más cuando se habla de mujeres y niños. Cifras alcanzadas que muestran bajos niveles mortalidad materna e infantil, junto al acceso equitativo y gratuito a los servicios necesarios asociados al embarazo, son comparables con países desarrollados. Aún así, cuando se analizan las cifras estadísticas a nivel de territorio se aprecian desigualdades que nos llevan al análisis particular de las problemáticas asociadas a la SSR.

Se pudo constatar a través del análisis de los Anuarios Demográficos y de Salud del país y de Santiago de Cuba, que la provincia ha mantenido un peculiar comportamiento de sus indicadores de SSR, en oposición a los nacionales. La

Tabla.1 muestra una comparación de estas estadísticas:

<b>Indicadores Salud Materno Infantil</b>										
<b>INDICADORES</b>	2010		2011		2012		2013		2014	
	Stgo. Cuba	Cuba								
<b>Tasa Fecundidad Adolescente</b>	55,4	52,9	61,4	57,3	60,9	53,6	63,4	54,2	63,6	51,6
<b>Tasa Natalidad</b>	13,7	11,4	14	11,8	13,1	11,3	13,4	11,2	13,1	10,9
<b>Tasa Fecundidad</b>	50,8	43,0	52,5	45,3	50,2	43,2	51,8	44,1	51,4	43,2
<b>Tasa Mortalidad Infantil</b>	5,3	4,5	5,9	4,9	4,8	4,6	5,5	4,2	3,8	4,2
<b>Tasa Mortalidad Materna</b>	34,8	43,1	61,4	40,6	45,3	33,4	49,6	58,9	57,9	35,1
<b>Índice Bajo Peso al Nacer</b>	5,6	5,4	6,4	5,3	6,9	5,2	7,1	5,1	6,1	5,3

Fuente: elaborado por el autor a partir del análisis de documentos.

Como se puede apreciar, la provincia ha mantenido un aumento significativo en el tiempo de la tasa de fecundidad adolescente, la tasa de natalidad y de fecundidad, de mortalidad materna y de índice de bajo peso al nacer por encima de la media nacional. Solo la mortalidad infantil decreció en 2014 por debajo de la del país. Esto nos lleva al análisis del comportamiento de la SSR al interior de la provincia.

La comunidad de San Pedrito, perteneciente al Área de Salud del Policlínico José Martí, según datos proporcionados por la Dirección Municipal de Salud, es uno de los lugares que más nacimientos ha tenido en los últimos cuatro años, con un carácter ascendente y una media de 664 partos anuales (Dir. Mcpal. MINSAP-Santiago de Cuba).

En un análisis comparativo realizado a las estadísticas del municipio Santiago de Cuba y las del Área de Salud (Policlínico José Martí) a la que pertenece la

circunscripción No. 34 de San Pedrito en el periodo 2010- 2014 se constató el comportamiento de los indicadores de SSR. (Ver Anexo.2, Tabla.2).

Según estos datos, el policlínico José Martí mantiene altas cifras de embarazo en la adolescencia, bajo peso al nacer, regulaciones menstruales y abortos, embarazos en mujeres añosas, incluso en muchas ocasiones superiores a las del municipio (Tabla.2). Por ejemplo, la incidencia del embarazo en la adolescencia resulta significativa en los años analizados. En 2010 el policlínico tuvo una tasa de 28.9 con respecto a 16.2 que tuvo el municipio. Igualmente se constata una tendencia a disminuir, pero no se logran que las estadísticas no superen incluso las del país.

Según los informes analizados de del Programa Materno Infantil en el Municipio (Dir. Mcpal. Salud Pública, 2010-2014), y el criterio de especialistas en el tema, esta situación en que se encuentra la comunidad aumenta los niveles de riesgo para una salud materno- infantil segura, evidenciada en los problemas reales que presenta con respecto al buen estado de salud de la madre y el niño.

La no existencia de control del Riesgo Reproductivo Pre-concepcional, evidenciado en los bajos porcentos de planificación de embarazo como medida para estimular la natalidad, alta tasa de embarazo y de aborto en la adolescencia con alto riesgo obstétrico, de infertilidad y de muerte materna, altos índices de prematuridad y de bajo peso al nacer, aumentando el riesgo de desnutrición y mortalidad infantil, alta tasa de mortalidad fetal tardía, son elementos que caracterizan la situación de esta comunidad en cuanto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Esta realidad se complejiza con la existencia de condiciones de pobreza de el contexto de estudio: precariedad de la vivienda, ausencia de alcantarillado, hacinamiento, demora en la solución de problemas sociales en gestantes y niños (vivienda, cuna y colchón), insuficiente labor educativa para disminuir el aborto, el embarazo en la adolescencia y lograr la planificación familiar para el embarazo (Dir. Mcpal. Salud Pública, 2010-2014).

Esta situación exige que se pongan en evaluación y análisis, aquellos factores que a nivel comunitario, familiar e individual, están poniendo en tela de juicio uno de los objetivos prioritarios: garantizar la salud materno- infantil, y todos los servicios asociados al mantenimiento de la salud sexual y reproductiva de la población.

De ahí a que se formule la siguiente interrogante o **Problema científico**: ¿Cuál es la relación que se establece entre la SSR y las prácticas culturales comunitarias en el contexto de pobreza en que viven las mujeres en edad fértil de la circunscripción No. 34 de San Pedrito en Santiago de Cuba?

En correspondencia nos proponemos como **objetivo general**: Evaluar la incidencia de las prácticas culturales comunitarias en la SSR de las mujeres en edad fértil de la circunscripción No.34 de San Pedrito en Santiago de Cuba teniendo en cuenta las condiciones de pobreza existentes en la misma.

La idea o **hipótesis** que se defiende plantea que:

Las prácticas culturales comunitarias desarrolladas en el contexto de pobreza de la circunscripción 34 de San Pedrito por las mujeres en edad fértil, constituyen un elemento que influye en el estado de la salud sexual y reproductiva de las mismas.

### **Operacionalización de las variables**

#### **Variable 1: salud sexual y reproductiva**

Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencias, en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, entraña poder disfrutar de una vida sexual, satisfactoria y sin riesgo y la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo y con qué frecuencia”.

Indicadores:

Salud sexual y reproductiva

- Embarazo en edades de riesgo (adolescencia y añosas)
- Salud materno infantil.
- Acceso a métodos de Planificación Familiar

- Utilización del aborto.
- Nivel de conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Atención de las mujeres según Programa de Prevención del cáncer cérvico-uterino.
- Infertilidad

## Variable 2: Prácticas culturales comunitarias en SSR

Acciones socioculturales en busca de objetivos vitales, como la salud sexual y reproductiva, en distintos tiempos y escenarios sociales, mediados por la cultura, hábitos, costumbres, creencias, conductas de salud, inscritas en el campo de la Atención Primaria de Salud.

Dimensiones	Indicadores
<b>1. Respuestas al funcionamiento de la política social y de salud en la comunidad</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asistencia a consultas prenatales</li> <li>2. Realización de la prueba citológica</li> <li>3. Asistencia a consultas de infertilidad</li> <li>4. Acceso a abortos y regulaciones menstruales.</li> </ol>
<b>2. Empleo de sustancias adictivas</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consumo de tabaco y alcohol</li> </ol>
<b>3. Estilos de vida</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Empleo del tiempo libre</li> <li>2. Promiscuidad</li> <li>3. Edad de inicio de relaciones sexuales</li> <li>4. Edad de la madre al primer nacimiento</li> </ol>
<b>4. Búsqueda de salud por vías alternativas.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso de anticonceptivos.</li> <li>2. Conocimientos sobre ITS</li> </ol>
<b>5. Hábitos y costumbres</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consumo de infusiones ante embarazos no deseados.</li> </ol>

## 2.2 Métodos y técnicas de investigación en el acceso a la realidad social.

Respondiendo a la perspectiva integradora que utilizamos desde la aplicación de teorías al fenómeno, donde se empleó la teoría dialéctica de Pierre Bourdieu como teoría vertebradora para lograr un análisis integral que nos proporcionara tanto la estructura como la acción, en la realización de nuestra investigación empírica recurrimos a la triangulación de métodos y técnicas.

Aplicamos la metodología cualitativa y cuantitativa, empleando como técnicas cuantitativas la observación estructurada y el cuestionario; y como cualitativa, la entrevista en profundidad, la entrevista a informantes claves y el análisis de documentos. Ello nos proporciona el enriquecimiento del estudio, cubriendo ambas perspectivas y logrando un mayor nivel de complementariedad entre las mismas.

### **Métodos generales del conocimiento utilizados.**

Los métodos del nivel teórico constituyen herramientas

Método histórico - lógico: Se utilizó durante toda la investigación, resultando de gran utilidad. Su aporte más significativo estuvo en desentrañar la evolución histórica que presenta la noción de SSR como trasfondo de los estudios y las conferencias mundiales de población. Además permitió el análisis histórico de los hechos que marcaron la pobreza como fenómeno en nuestro país.

Inducción – Deducción: Este método nos permite el análisis de lo particular a lo general y viceversa. El análisis de la situación mundial, regional, y territorial en que se encuentra la SSR como fenómeno de gran interés en la actualidad, y su posterior contextualización en la comunidad específica estuvo fundamentado desde este método. Además, fue de gran importancia a la hora de analizar las particularidades del fenómeno de la pobreza en nuestro país, donde se puede apreciar singularidades propias de nuestro contexto marcadas por hechos y situaciones determinantes.

Análisis - síntesis: Permite hacer una valoración y crear nuestra concepción del fenómeno a partir de visiones dadas desde las diversas perspectivas de la relación

entre SSR y condiciones económicas. Este método es fundamental en el procesamiento de la información que se obtuvo del análisis de documentos que cedió paso a la obtención de la situación socio demográfica de la población.

### **Etapas del proceso de investigación.**

La presente investigación está dividida en dos fases. La primera dirigida a un primer acercamiento a la realidad social, la cual comprende técnicas que permiten la caracterización del contexto de análisis y de las principales manifestaciones del fenómeno. La segunda fase comprende la comprobación de nuestra hipótesis, a través de la demostración de la relación entre la SSR y las prácticas culturales que se desarrollan en la comunidad.

**1ra Fase: Estudio exploratorio:** Se realizó como primer acercamiento a la realidad. Como parte del mismo se aplicó una observación ajena, estructurada y abierta, y un análisis de documentos como técnicas de investigación. Estas técnicas aplicadas en ese proceso exploratorio fueron de gran importancia en la caracterización socio demográfica de la comunidad.

Observación: Esta técnica, como proceso de contemplación de los fenómenos sociales en su cotidianidad, fue utilizada de forma ajena (el investigador no es objeto de la misma) y abierta (los indicadores a medir no están de manera estructurada). La misma permitió constatar las características sociales, físicas y culturales generales de la comunidad en estudio, dígase comportamiento y actividades de sus pobladores e infraestructura técnica y de servicios. Se pudo conocer las condiciones desfavorables en que viven los habitantes de esta comunidad en cuanto a servicios, vivienda, agua potable, salubridad y condiciones ambientales.

Análisis de documentos: Esta técnica de investigación permite hacer inferencias válidas y confiables de datos correspondientes al contexto de estudio. Se aplicó en el análisis estadístico del fenómeno, a documentos tales como: Los Resúmenes de Balance Demográfico de Santiago de Cuba y los Anuarios Demográficos de Cuba, Cumplimiento de los Objetivos del Milenio en el Municipio Santiago. Además, se realizó el análisis de los principales indicadores del Programa

Materno- Infantil y los Anuarios de Salud en la Provincia. También se revisaron los Análisis de la situación de salud en el período 2010-2014 del Consultorio Médico de la Familia al que pertenece la comunidad.

Estos datos fueron proporcionados por la Oficina Nacional de Estadística (ONEI) y por la Dirección Municipal de Salud en Santiago de Cuba respectivamente, organismos encargados de recoger y documentar datos como: población, las tasas de fecundidad, de natalidad en la adolescencia, índice de bajo peso, mortalidad materna e infantil, incidencia de ITS/VIH en la zona, y cantidad de mujeres consultadas según programa de prevención de cáncer cérvico –uterino. A través de este se puede analizar la evolución y las tendencias de estos indicadores en la comunidad, además de compararlos con datos provinciales, municipales y territoriales.

**2da Fase:** Se dividió en dos momentos, considerando una primera etapa para la determinación de los elementos característicos en cuanto a SSR y pobreza de la comunidad.

1ra Etapa: Estuvo dirigida a caracterizar las peculiaridades que distinguen a la población femenina en edad fértil de San Pedrito en cuanto a SSR, y prácticas culturales comunitarias a fin de lograr dilucidar estos elementos propios de la comunidad. Para la consecución de este fin se aplican como técnicas fundamentales el cuestionario y la observación científica

Cuestionario: esta técnica nos permite la medición de las variables a través de un conjunto pre-establecido de preguntas referentes a los indicadores de SSR y prácticas culturales comunitaria de la muestra seleccionada. Está dirigido a la obtención de datos generales tales como nivel escolar, edad, convivencia, estado civil, cantidad de hijos, condiciones materiales y económicas. Además, se pretenden recoger expectativas y percepciones que actúan como disposiciones a actuar de estas mujeres con respecto su sexualidad y reproducción.

Las preguntas se dirigen también a apreciar el nivel de conocimientos que se tiene sobre las implicaciones y la autoevaluación de la salud sexual y reproductiva en la mujer. Se evalúa también el uso y acceso a los servicios (incluidos los de

orientación y apoyo) que ofrecen los diferentes niveles de salud, desde la atención primaria hasta los hospitales generales.

Esta técnica posibilita la obtención de información a escala masiva. La elaboración previa de las preguntas significativas para la investigación nos lleva a información más concreta sobre la población que se estudia: desde la vivencia del encuestado y sus percepciones hasta actitudes y valores individuales sobre salud, sexualidad, reproducción, así como la influencia de las condiciones de vida y pobreza en este fenómeno.

En el caso del cuestionario se aplica a una muestra de 77 mujeres en edad reproductiva, pertenecientes a una población de 330. Para la determinación de la misma se utilizó el Programa Estadístico Muestra, con un nivel de confianza del 90% y un margen de error de 10%.

Observación Científica: Se realiza en esta etapa de manera ajena, directa, semi-estructurada. La misma con el objetivo de determinar los elementos y manifestaciones de pobreza que presenta la comunidad: infraestructura técnica y de servicios, estado habitacional, hacinamiento, desnutrición, además de otros aspectos que sean de interés y aparezcan durante la investigación.

La observación ofrece la ventaja de medir aspectos que son objetivos y ajenos, siendo reflejo de la realidad concreta que se observa.

Entrevista a expertos: esta técnica dirigida a la obtención de información proporcionada por especialistas relacionados de una forma u otra con la población en estudio y que poseen una vasta experiencia práctica e investigativa en cuanto a la SSR. Se aplicó al Médico y enfermera de la Familia, al especialista en Ginecobstetricia que atiende el consultorio de la familia y al director del Hospital Materno Norte de Santiago de Cuba encargado de la atención al parto de las mujeres residentes en esta zona.

Se abordarán aspectos referidos al comportamiento de la mortalidad materno-Infantil, el índice de bajo peso en los recién nacidos, el embarazo en la adolescencia, prevalencia de mujeres con cáncer cérvico - uterino, realización de

la prueba citológica, utilización y acceso a métodos de anticoncepción modernos y su repercusión en la salud sexual y reproductiva de la población materno- infantil.

Además se entrevistó a la Delegada del Poder Popular de la circunscripción No. 34 de San Pedrito a la secretaria general del bloque de la Federación de Mujeres Cubanas, a fin de conocer las particularidades de los comportamientos de las mujeres en edad fértil en cuanto a la SSR y prácticas culturales comunitarias.

2da Etapa: Esta etapa de la investigación centra su atención en la comprobación de la relación entre salud sexual y pobreza y su incidencia en la salud de la población femenina de la circunscripción No. 34 de San Pedrito. Para ello se realiza un estudio de casos, con un muestreo intencional y no probabilístico, dirigido a familias escogidas por el investigador donde se evidencie el fenómeno estudiado.

Entrevista en profundidad: La utilización de metodologías que reportan ventajas tanto desde lo cualitativo como desde lo cuantitativo permite la obtención de una información más completa referida a los indicadores que se medirán. Se ofrece una integralidad a la investigación y los resultados que reporte.

La entrevista en profundidad se realiza con el propósito de establecer la relación entre SSR y las prácticas culturales comunitarias asociadas al contexto de pobreza estudiado, a través de las experiencias vividas por éstas mujeres en cuanto a sexualidad y reproducción.

Del nivel matemático - estadístico se utilizó el Paquete estadístico SPSS, el cual permite hacer distribuciones de frecuencias, tabulaciones, correlaciones varias y parciales, análisis de varianza, regresiones múltiples, análisis factorial, diagramas de dispersión. Es un programa de mucha utilidad en las Ciencias Sociales, ya que permite obtener resultados con facilidad, en el menor tiempo posible.

### **2. 3 Caracterización de la unidad de análisis**

La circunscripción No.34 se encuentra enclavada en el reparto de San Pedrito en Santiago de Cuba, ubicado al Norte de la bahía de Santiago de Cuba y pertenece

al Consejo Popular “Mariana Grajales Coello”, del Distrito José Martí. Posee una superficie aproximada de 33.6 ha, y se vincula con otras áreas de la ciudad a través de: Avenida Crombet, Avenida Los Pinos y Avenida Jesús Menéndez.

San Pedrito es un asentamiento catalogado como precario, que muestra insuficiencias en su infraestructura técnica, entre ellas la carencia de servicios que afectan la higiene y salubridad del lugar. Existe de forma visible deterioro en sus edificaciones. En el barrio, la generación de espacios urbanos ha sido inexpresivo, sin claridad, sin ordenamiento, sin atributo alguno y por tanto difícil de interrelacionarse con sus usuarios, que provoca una imagen urbana deteriorada, de pobreza y abandono (Soler y otros, 2012).

Teniendo en cuenta las condiciones de insalubridad se recomienda que se valore la posibilidad de que en el ordenamiento territorial de este asentamiento poblacional se ubiquen instalaciones de salud, de atención primaria en los marcos territoriales del reparto San Pedrito, que contribuyan a elevar la calidad de la atención de la población como grupo vulnerable.

Esta comunidad donde se enmarca el presente estudio, se caracteriza por ser una zona de alta complejidad con desventajas sociales en un número importante de pobladores. El territorio que ocupa colinda con la Avenida de los Pinos tomando como referencia el mercado de los Pinos (que queda dentro de la circunscripción), por un lado quedan los Silos (línea del tren) de Chucho Zagarra, por otro lado la calle Guardado y por el otro extremo la calle Leopoldo Cueto. Dentro de la circunscripción, contamos con un Taller Integral donde funciona la fábrica de escobas, un mercado, la bodega 003 y una carnicería, un punto de gas (Dir. Mcpal MTSS, 2014)

Según datos proporcionados por el Análisis de situación de salud 2014, presentados por el Consultorio 50 del Médico de la Familia, perteneciente al policlínico José Martí, el cual atiende directamente la comunidad, la misma posee una población de 1152 habitantes, con un nivel de envejecimiento de 17,4 %. De ella 330 mujeres están entre las edades 15-49 años, lo que representa el 91% del total de las mismas.

En cuanto a la situación social, la comunidad presenta un índice de alfabetismo del 90.2%, de los cuales el 15% posee un nivel primario, el 18% secundario, el 18.3% preuniversitario y 16.7% universitario. El 34.4% de los habitantes trabaja: el 23.4% como trabajadores estatales y el 10.9% por cuenta propia. De la población restante el 6.9% es ama de casa, el 4.3% desocupados, el 15.7% jubilados, el 1.4% reclusos y el 22% estudia. El bajo nivel educacional en correspondencia con los bajos niveles de ocupación determina que el salario medio, este en 250.00 pesos.

Lo anterior condiciona que se puedan calificar las familias según las condiciones económicas que presentan en buena 20.3%, regular 49.3% y mala 30.4%. Toda esta situación determina que la razón de dependencia de la población económicamente activa se encuentra en un 8%. En la comunidad conviven 290 núcleo familiares, con un promedio de 6 a 8 personas, de las cuales el 29.3% pueden clasificarse como nucleares el 54.1% como extensa y el 16.6% como ampliada. Lo anterior nos conduce hacia los altos niveles de hacinamiento y disfunción familiar en que viven las personas.

Los principales riesgos comunitarios se presentan en:

- ✓ Vivienda: Condiciones estructurales Buena 26.6%, y el restante 73.4% entre regular y mala. Como se observa el fondo habitacional de la comunidad se encuentra muy deteriorado y en condiciones precarias, con un alto grado de insalubridad, debido al deficiente funcionamiento de las redes de alcantarillado. Los servicios existentes en la zona no son suficientes para cubrir las necesidades de la población, además de encontrarse las instalaciones en un estado constructivo crítico.
- ✓ Alcantarillado: No posee lo que afecta el ambiente y la higiene poblacional.
- ✓ Agua: En la actual crisis de sequía que vive la provincia se convierte en un principal riesgo para la salud debido a su escasez. Su ciclo es de 15 hasta 21 días
- ✓ Genéticos: aspectos relacionados con indicadores genéticos, nutricionales, del crecimiento y desarrollo. Dígase alto índice de alto peso al nacer,

período intergenésico corto 15%, embarazo en adolescente 26.9%, y en añosas 23%, incidencia de ITS 2.15%.

De las mujeres en edad reproductiva el 77.3% hace uso de métodos anticonceptivos, el 22.7% restante posee una necesidad insatisfecha en cuanto a planificación familiar

- ✓ Prácticas Culturales: Altos índices de consumo del tabaco 16.5% y alcoholismo 20.7%. Es característica de la comunidad la incidencia de la desnutrición 12.6%, la promiscuidad 6.3% y el estrés 10.4%

Las principales problemáticas sociales presentes en la comunidad son los siguientes:

- Existencia de más del 90 % de viviendas en regular o mal estado.
- Déficit de servicios básicos.
- Contaminación atmosférica por residuales albañales y polvo en suspensión.
- Ausencia de Áreas Verdes.
- Estado malo y regular de las vías.
- Ausencia de espacios públicos donde emplear el tiempo libre.
- Hacinamiento.
- Infraestructura de drenaje y alcantarillado deficiente, casi nulo.
- Elevado índice de personas sin vínculo laboral.
- Alto índice de Familias Disfuncionales.
- Elevado Índice de Indisciplinas Sociales  
(Soler y otros, 2012)

Actualmente la comunidad se encuentra enfrascada en un Programa Integral de Rehabilitación que culmina en 2017. El mismo partió de la necesidad de eliminar la insalubridad en esta parte de la ciudad, basado en numerosos estudios sociales y de ingeniería realizados entre 2010- 2012. Sus principales propósitos están enfocados en la materialización del alcantarillado y el acueducto, de las calles así como la reposición y construcción de 1917 viviendas a un ritmo de 330 anuales,

según Empresa Constructora de Obras de Ingeniería (ECOI, 2015). Esto permitirá la eliminación de la insalubridad, el hacinamiento y la precariedad del fondo habitacional. Además le da tratamiento a las afectaciones ocasionadas por el huracán Sandy, que repercutió negativamente en el estado de las viviendas (derrumbes totales y parciales, deterioro de las construcciones). Para ello el Estado otorgará nuevas viviendas a familias con una gran cantidad de miembros que conviven en facilidades temporales.

### **Capítulo 3: Las prácticas culturales comunitarias en la circunscripción No 34 de San Pedrito y su incidencia en la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en edad reproductiva.**

Aunque son escasas las investigaciones que relacionan salud y condiciones de vida, las que se han publicado según Fleitas (2013), muestran que a pesar de la protección social, el amplio acceso a los servicios de salud y los altos gastos en salud, en los territorios con peores condiciones de vida se identifica un mayor valor de: la mortalidad prematura por diferentes enfermedades, el embarazo temprano y tardío, el alcoholismo, la mortalidad infantil, el bajo peso al nacer y la mortalidad materna. El análisis de la pobreza como determinante de los índices de salud, parte de su consideración como problema social debido a su manifestación en el bienestar de las personas con menos recursos.

Según los datos que aporta el Policlínico José Martí con respecto a indicadores tales como: embarazo en la adolescencia, índices de bajo peso al nacer, los niveles de abortos, y los embarazos en añosas; demuestran una alta incidencia de esta área de salud en las cifras del municipio, llegando en muchas ocasiones a ser mayores (Ver tabla.2). Esto conduce a que se tome la comunidad de estudio como un referente de incidencia en estas estadísticas, dados los criterios de los especialistas que corroboraron la ocurrencia frecuente de estos fenómenos en ella.

Dentro del campo de la salud, las mujeres por su situación y posicionamiento social constituyen un grupo social de alto riesgo. La misma es considerada como

la depositaria “natural” de la responsabilidad de cuidar la salud de toda la familia (Nani, 2004). Como consecuencia de esto, podemos afirmar que en el tema de la salud, la subordinación de las mujeres las coloca en un lugar ciertamente riesgoso, dada la sobrecarga reproductiva y de crianza exclusiva de los hijos. A la vez ven restringidas sus posibilidades de ingreso al mercado laboral, y reducido su acceso a la educación, dificultando aún más la salida de la condición de pobreza.

La circunscripción No. 34 de San Pedrito, comunidad donde se enmarca nuestro estudio, representa un espacio social en donde el sistema de relaciones se encuentra mediado por la situación de pobreza que se presenta en el campo económico. Esta realidad configura la interiorización por parte de los agentes sociales de la precariedad donde viven, en tanto ven restringidas sus oportunidades y delimitado su espacio social en un marco de carencias y privaciones; lo cual tiene gran influencia en sus modos, de sentir, de pensar y de actuar, y por ende en los comportamientos y actitudes que asumen.

La influencia de este medio se traduce en prácticas culturales comunitarias que conjugan los aspectos referidos a la condición de género, el entorno familiar, las actitudes y las percepciones de la mujer sobre su salud, propios de esta comunidad que estudiamos. Estas se convierten en barreras socioculturales frente a los servicios de salud sexual y reproductiva, que ponen a prueba el carácter inclusivo de las relaciones sociales que se establecen en los marcos de la sociedad cubana. Las mismas van desde los miedos alrededor de los servicios de salud, creencias, gustos y fundamentos morales, relaciones desiguales de poder (en la familia, con el cónyuge), hasta la desinformación, traducida en el no reconocimiento por parte de las mujeres de los riesgos asociados a estas conductas en su vida sexual y reproductiva.

Estos hábitos son expresión de un capital cultural interiorizado, que configura las estructuras mentales y las formas de sentir, pensar y actuar que les confiere la capacidad de decisión sobre su sexualidad y reproducción a las féminas que son objeto de nuestra investigación. En este escenario se manifiestan prácticas que

influyen en el estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil, dígase también comportamientos de riesgo para la SSR como el poco espaciamiento entre partos con sus respectivas consecuencias en la salud de la madre y el feto, poco uso de anticonceptivos, uso desmedido de los abortos, malnutrición de las gestantes y el bebé y embarazos en edades tempranas y/o añosas.

### **Embarazo adolescente**

Si bien en el municipio Santiago de Cuba nos encontramos con investigaciones que muestran una importante disminución de la fecundidad (Benítez, 2012), también se hace referencia al incremento del embarazo en menores de 19 años. Según los datos analizados anteriormente, se observa que este fenómeno tiene una gran incidencia en el policlínico José Martí, área de salud a la que pertenece la comunidad.

Este policlínico estudiada mantiene altas cifras de embarazo en la adolescencia, que incluso cuando se comparan con las cifras del municipio, muchas veces lo supera. En la circunscripción 26 de San Pedrito, según expresan los expertos en la entrevista a realizada, este es un hecho frecuente que se comporta de manera muy marcada, y que tiene una alta incidencia en la SSR por todo en el riesgo que representa tanto para la madre como para el feto, tanto en lo biológico como en lo social.

En esta comunidad, el 75 % de mujeres encuestadas tiene hijos, de las cuales el 62% manifiesta haber tenido algún nacimiento en las edades comprendidas entre 15 y 19 años. La edad expresada por las madres al primer hijo constituye un elemento que reafirma lo expuesto por los expertos sobre el embarazo adolescente, y se manifiesta como algo característico de la comunidad. Se revela como un patrón cultural propio de las mujeres en estudio, dejando de ser un hecho puramente individual para convertirse en un hecho social. Incluso persisten los segundos partos en estas edades en un 13% de las encuestadas.

Estas adolescentes representan un grupo particularmente expuesto a la iniciación temprana de su vida sexual, dado la influencia notoria en la comunidad de la disfunción familiar, el bajo nivel educativo alcanzado por las mismas, la precariedad en las condiciones de vida, además de la influencia del grupo de pares donde este hecho representa algo legitimado. El medio social donde se desenvuelven limita la toma de conciencia de responsabilidad y autocuidado ante la sexualidad de estas jóvenes, que unido simultáneamente a las dificultades informativas en el uso de anticonceptivos, configuran la práctica de un inicio temprano de las relaciones sexuales sin protección, tanto de embarazo como de ITS.

Lo anterior ratifica que si bien en las últimas décadas se ha observado una disminución sistemática de la tasa global de fecundidad, no puede decirse lo mismo de la fecundidad adolescente. En la provincia Santiago de Cuba se manifiesta el hecho de la elevada tasa de embarazo en la adolescencia, sobrepasando incluso las tasas a nivel de país (ver tabla.1).

El municipio cabecera mantiene este patrón, y el área de salud a donde pertenece la comunidad de San Pedrito manifiesta cifras de alta incidencia del fenómeno, como se analizó anteriormente. Esto constata la realidad de los países de América Latina y el Caribe en donde el embarazo adolescente es un fenómeno propio de contextos de pobreza (Gaviria, 2000; Nani, 2004; Barrera e Higuera, 2004; Flórez, 2004; Rodríguez, 2005; López, 2005).

Nuestro país no está exento de esta realidad, según autores como (Gran, 2004; Rodríguez 2006) este fenómeno se encuentra asociado con el inicio temprano de las relaciones sexuales, comportamiento sexual que es característico de esta comunidad. Esta práctica se hace más frecuente entre los 15 y los 16 años generalmente, evidenciado así en el 77% de las encuestadas. El hecho de tener relaciones sexuales por vez primera no constituye para estas mujeres ningún hecho trascendental. Las entrevistas en profundidad revelan el significado que le atribuyen las mujeres de la investigación a este inicio

*“ Comencé a tener relaciones a los 16. Ya era hora, hay gente que al otro día de los quince ya, para cuándo lo iba a dejar yo (...) ” (ama de casa, 30 años)*

*“ Bueno tuve relaciones por primera vez porque eso es algo normal, a todas mis amiguitas lo habían hecho y yo también quería. No usé condón porque uno va sin saber hacer nada, a improvisar. Fue después que cumplí los 15(...) ” (ama de casa, 34 años)*

*“Hacer el sexo no es nada el otro mundo, yo empecé después que cumplí los 15, para cumplir con mis padres ” (ama de casa, 23 años)*

Como se manifiesta por las propias mujeres el inicio de su vida sexual no representa un hecho de trascendencia para su vida, de ahí que la espontaneidad y la falta de preparación en conocimientos y actitudes, se manifiesten en sus comportamientos de riesgo para la salud sexual y reproductiva.

Paralelamente se da el hecho de que el 90% de mujeres no haya utilizado ningún tipo de anticonceptivo en su iniciación sexual, de ahí que el riesgo de exposición de embarazo sea mayor. Solo el 10 % se protegió en esa ocasión, utilizando preservativo o condón. Al tiempo que los cuestionarios arrojan estas cifras las entrevistas a mujeres de la comunidad reflejan la poca o nula protección ante la posibilidad de un embarazo:

*“Empecé a tener relaciones sexuales a los 15 años, y a los 17 tuve mi primer hijo. Nunca me protegí de un embarazo porque no esperé salir en estado, en lo que menos se piensa es en eso (...) ” (ama de casa, 39 años)*

La poca percepción ante el riesgo de un embarazo constituye un elemento principal en el desconocimiento que manifiestan las entrevistadas en sus comportamientos sexuales.

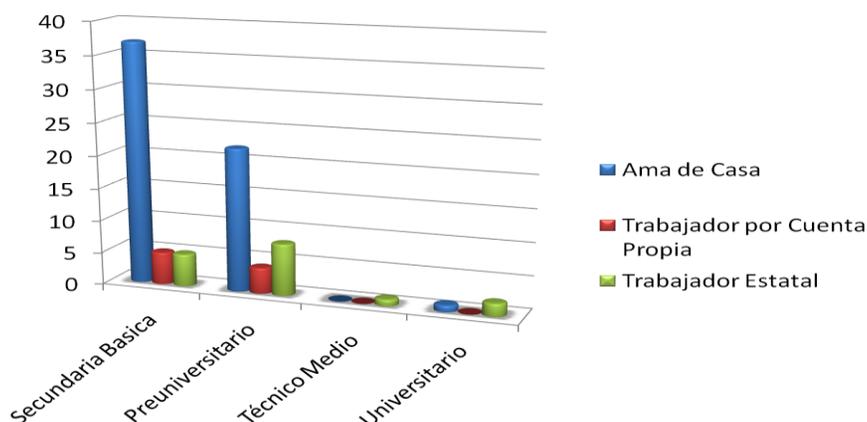
*¿Mi primera relación? Sin nada, que iba yo a estar pensando en condón o en embarazo, eso se dio y ya (...) yo tenía 16 años (...) ” (ama de casa, 23 años)*

El embarazo en edades tempranas se expresa como un comportamiento muy relacionado con la falta de escolaridad. De las mujeres que fueron madres antes de los 20 años (48), el 65% tiene un nivel escolar secundario y el 33% pre universitario; solo el 2% alcanzó terminar la universidad. A continuación se muestra el nivel escolar según la edad de la madre al primer y segundo hijo respectivamente. Se observa cómo los mayores niveles de fecundidad general se encuentran en las madres con nivel secundario y el preuniversitario respectivamente. En las mujeres que fueron madres en las edades de 15 a 16 años, se evidencia el predominio de la Secundaria como nivel terminado. Aunque en menor medida, algunas jóvenes terminaron el Pre universitario. A partir de los segundos hijos, van disminuyendo los nacimientos, aunque se presenta aun el patrón de partos en la adolescencia con los mismos niveles educativos anteriores.

Se evidencia en la comunidad el parón de relación estrecha entre maternidad temprana y nivel escolar bajo que se evidencia en estudios anteriores en contextos de pobreza (Zabala, 2005 y 2010; Espina, 2008; Fleitas, 2013). Lo que se relaciona con la deserción escolar y la no continuidad de estudios superiores, teniendo una propensión a la desocupación traducida en un menor o nulo nivel de ingresos que legitima su condición de pobreza.

El siguiente gráfico muestra la relación entre el nivel escolar y la ocupación de las mujeres en edad fértil encuestadas:

## Gráfico 1. Relación entre Nivel Escolar y Ocupación en las mujeres encuetadas.



Fuente: elaborado por autor según información obtenida en la aplicación del cuestionario.

En nuestro análisis resalta la contradicción de que a pesar de contar con educación gratuita y universal, la influencia de comportamientos anclados en la cultura patriarcal, condicionan a las mujeres al destino de amas de casa y cuidadora de los hijos. La preocupación por lograr la satisfacción inmediata de necesidades económicas en donde el estudio se convierte en aplazamiento de sus intereses, comprueba la realidad del bajo nivel educativo asociado a la pobreza.

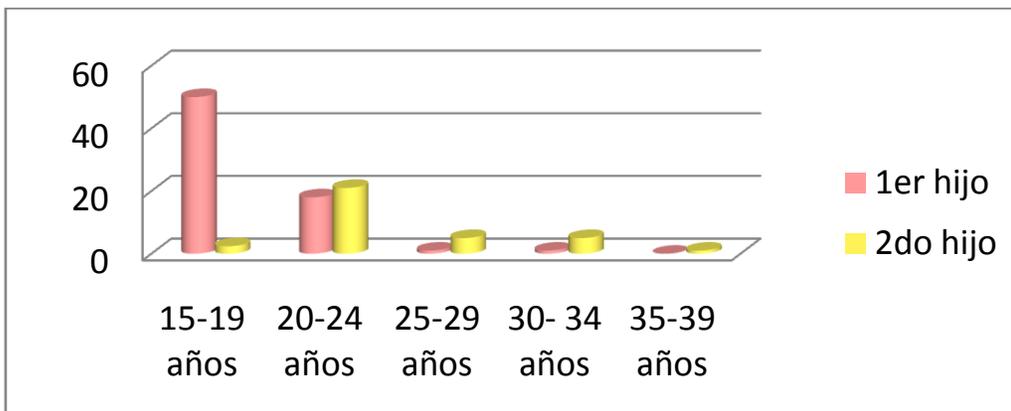
De ahí que no podemos asociar el bajo nivel educacional solamente a causa del embarazo en la adolescencia. Según los datos recogidos en el cuestionario se observa que las mujeres que tiene hijos después de los 20 años o no tienen hijos, también presentan una tendencia al abandono de los estudios. Esto puede estar relacionado con estrategias de vida que hacen que las jóvenes consideren las prioridades económicas y la necesidad de generar ingresos, la independencia de los padres y la búsqueda de sustento en una pareja.

*“Mi hijo mayor lo tuve a los 18 años. Ya vivía con el papá del niño hacía un tiempo, tuve que salir de mi casa porque éramos muchos en un cucurucho, y me ajunté con mi novio y me llevó para su casa (...)*” (ama de casa, 38 años)

“ Yo me casé temprano, no de bodas, como es ahora, que tú vives ya como marido y mujer con tu pareja. Mi marido es un poco mayor que yo, tenía su casa solo, así que me propuso que me viniera a vivir con él y acepté, yo tenía 15 años (...) ” **(ama de casa, 20 años).**

El siguiente gráfico muestra la edad de la madre al primer y segundo hijo. Como se puede apreciar, resulta un hecho frecuente la llegada del primer hijo en edades tempranas, entre 15 a 19 años, incluso se mantiene la llegada de los segundos hijos en un 13% antes de los 20 años. Como se puede apreciar, existe un patrón de alta fecundidad en este grupo de edad, evidenciada en un 50% del 75% de mujeres encuestadas que tuvieron hijos en la adolescencia.

**Gráfico 2: Edad de las mujeres al primer y segundo hijos**



Fuente: Elaborado por autor según los datos recogidos en la aplicación del cuestionario a las mujeres en edad fértil de la comunidad.

Este análisis nos lleva a considerar el embarazo en la adolescencia, primero, como una causa y después como consecuencia del bajo nivel educativo de estas mujeres, como una característica que distingue el contexto estudiado. Es decir, el embarazo precoz no solo puede determinar el bajo nivel educacional de estas mujeres por la interrupción de sus estudios a causa de ello; sino también, se alza como una consecuencia inmediata de la deserción escolar. Este hecho está directamente relacionado con la formación y desarrollo de un capital cultural limitado, que no les permite obtener conocimientos que se traduzcan en

comportamientos y en la estructuración de un hábitus de responsabilidad hacia su sexualidad y su reproducción.

Lo anterior se distingue como una clara desventaja para estas mujeres, ya que, con el abandono frecuente de los estudios, se pasa a asumir el rol de cuidadoras y principales responsables de la crianza de los hijos, dedicándose a la atención de los hijos y la pareja. Esta última condición, hace que, ante la necesidad de trabajar, se priorice el cumplimiento de este rol y la posibilidad de tener algún ingreso monetario aunque sea en condiciones de dependencia económica del cónyuge.

Esto confirma el carácter relativamente temprano de establecimiento y disolución del vínculo conyugal, especialmente de las uniones consensuales, un comportamiento que se ha evidenciado también a nivel de país (CEDEM, 1995), y que se refleja en el contexto estudiado con mucha prevalencia. Como muestra en siguiente gráfico, la mayor la mayoría de las mujeres se encuentran unidas consensualmente 64%, solo el 18% se encuentran casadas y el 18% restante solteras.

Esta situación descrita marca la inserción precaria de esas jóvenes en la vida económica y social, evidenciada en la situación laboral que presentan. El 77% de las mujeres manifestó dedicarse a las labores del hogar, reconociéndose como “amas de casa”; el 23% restante son trabajadoras estatales y por cuenta propia.

De forma simultánea se observa un aumento del riesgo de ser madre adolescente en condiciones de soltería o unión precaria lo que puede generar un proceso de crianza con una triple desventaja: precoces, pobres y con ausencia del progenitor (Dicesare, 2007). Según las entrevistas realizadas, se comprobó que este resulta un hecho que tiene sus expresiones en la comunidad estudiada:

*“ (...) salí embarazada a los 17 años y me fui a vivir con mi novio en su casa, pero nos peleamos al poco tiempo (...) me fui de nuevo para casa de mi mamá cuando tenía unos ocho meses (...) Gracias a la ayuda de mi mamá pude tener y criar a*

*mi hijo, porque el padre hoy por hoy ni siquiera lo viene a ver, de vez en cuando le da 100 pesos y ya (...)* ” **(ama de casa, 23 años)**

*” Mi primera hija yo la tuve a los 16 años. Tuve que salir de mi casa porque tuve un padrastro terrible (...), que decía que no mantendría vagos ni más muchachos. Para evitarle más problemas a mi mamá me fui a vivir con una amiguita mía (...). El padre de la niña nunca se hizo cargo del embarazo, nunca me ayudó en nada. Me dijo que no me podía llevar para su casa porque eran muchos y no podía hacerse cargo de mí (...)* ” **(ama de casa, 32 años)**

Lo anterior ratifica el patrón de pobreza presente en Cuba, donde son altos niveles de fecundidad, de maternidad temprana y sin apoyo paterno (Espina, 2008; Zabala, 2010).

La realidad ser madres solteras, sin una pareja con vida en común, y sin condiciones económicas, hace que por lo general sean embarazos no deseados, de ahí a que muchos terminen en abortos, otro de los problemas asociados a la SSR de estas mujeres que analizaremos más adelante.

Podemos concluir que el embarazo en la adolescencia como problema de la SSR constituye un acontecimiento característico de la comunidad. El mismo se encuentra asociado a prácticas culturales comunitarias tales como: el inicio temprano de las relaciones sexuales, la deserción escolar, y la no utilización de métodos anticonceptivos. Estas se inician tempranamente en las relaciones sexuales, con ínfimos niveles de protección; siendo frecuente el abandono de los estudios que configura los bajos niveles educativos de estas mujeres, la formación de parejas se establece mayormente por uniones consensuales en estas edades y se relegan mayoritariamente al ámbito doméstico como espacio para su desempeño en la cotidianidad. Estas características propias de contextos de pobreza donde predomina la formación de un capital cultural no adecuado que influyen en los comportamientos asumidos por las mujeres en edad fértil.

## **Planificación Familiar**

El uso de anticonceptivos resulta ser el elemento más influyente en el descenso en la fecundidad en los últimos tiempos. En Cuba la anticoncepción se caracteriza por su elevada cobertura (77%) y por la amplia gama de métodos modernos (García y otros, 2015). Aun así, la anticoncepción en Cuba manifiesta problemas tales como que no hay buena aceptación de los anticonceptivos orales por las mujeres, además de la no estimulación al consumo de inyecciones por la imposibilidad económica de aumentar la importación de otros inyectables de mayor calidad (incremento en tres veces sus precios en los últimos 5 años), así como baja percepción del riesgo que representa el sexo sin condón (Álvarez, 2013).

En la comunidad en estudio, de acuerdo con lo manifestado en las encuestas, el 77% de las mujeres encuestadas está usando algún método anticonceptivo en la actualidad. Como se presenta en el siguiente gráfico, dentro de los más utilizados se encuentran los DIU (33%), el condón (30%) y la ligadura de trompas (12%). A pesar de que se haya ampliado la cobertura de los mismos en los últimos años en el país (Fleitas, 2013; García y otros, 2015), otros como las pastillas anticonceptivas y las inyecciones no son utilizados por estas mujeres. El 23% de ellas no utiliza ningún método de anticoncepción, como se muestra en el siguiente gráfico

**Gráfico 3: Uso de anticonceptivo en el momento de la encuesta.**



Fuente: elaborado por autor a partir de resultados de la aplicación del cuestionario a las mujeres en edad fértil de la comunidad.

Aun así, se constató que en la comunidad se evidencia una elevada cantidad de mujeres que han presentado embarazos no deseados (53%). Rodríguez (2006 b) plantea que en muchos casos se da el uso discontinuo e intermitente de los métodos. En esta comunidad, según la información ofrecida por las entrevistas en profundidad se recurre al uso de anticoncepción después de haber tenido, como mínimo, el primer hijo, lo que corresponde con el comportamiento reproductivo en el municipio Santiago de Cuba a partir de lo que plantea Benítez (2012). Resulta que a pesar de que existen conocimientos generales y una amplia cobertura de los métodos, las mujeres estudiadas no practican la anticoncepción hasta después de haber salido embarazadas, lo que expresa que no existe una real y adecuada planificación familiar.

*“ Actualmente estoy usando un DIU, el único anticonceptivo que he usado, me lo puse después que parí mi segunda hija, porque a mi pareja no le gusta usar condón y las condiciones económicas y de vida están muy malas para tener tantos hijos (...)me pienso quedar con esos dos hijos nada más ” (ama de casa, 23 años)*

*Me hice un solo aborto como a los 19 años después que tuve mi segunda hija. A partir de ahí estuve un tiempo con una “T”, después con un anillo, pero me lo retiré porque quería salir en estado y no me los volví a poner. Después de los 6 niños utilicé la inyección un año, no pude seguir usándola porque soy hipertensa y me subía mucho la presión, estaba aumentando mucho de peso, y no la seguí usando. Ahora estoy tomando pastillas porque no me gusta mucho usar condón y a mi marido tampoco (...) ” (ama de casa, 32 años)*

Lo anterior se constata también con el hecho de que el 90% de este grupo social no haya utilizado ningún método de prevención de embarazo ni de ITS en su primera relación sexual, solo el 10% plantea haber utilizado el condón en esa ocasión.

Con respecto a las principales dificultades que presentan en el uso del condón, las encuestadas refieren: que no le gusta usarlo (26%), que su pareja no estuvo

de acuerdo (26%), que no lo consideraron necesario (20%) o no lo tenían a mano en ese momento (17 %). Estos resultados evidencian que la mayoría de los casos han cedido ante la premisa del placer personal o han dejado de exigir su uso a la pareja. De esta forma mantienen una actitud de riesgo no solo de salir embarazada sino también de contraer alguna ITS.

Las entrevistadas manifiestan abiertamente su rechazo a la utilización del preservativo:

*“ (...) ¿El condón? A mí no me gusta, eso me molesta, y a mi marido ni hablar, he probado porque cuando estás en estado te mandan a usarlo por la salud tuya y del bebé, pero que va, es no hay quien lo soporte (...) ”* **(Ama de casa, 20 años)**

*“ (...) ¿Condón? No yo no lo uso (...) ”* **(Ama de casa, 21 años)**

*“ (...) y el condón, ¡no lo soporto!, es muy incómodo (...) ”* **(Ama de casa, 31 años)**

La poca percepción del riesgo de un embarazo no deseado, hace que las mujeres en edad fértil de esta comunidad, actúen de manera negligente ante este suceso. Esto está fundamentado en la poca importancia que le prestan al uso de anticonceptivos como formas de espaciar y limitar su descendencia.

El conocimiento universal de los métodos anticonceptivos, no significa que las mujeres sean responsables en su uso. Según se constató en este estudio, existe una marcada despreocupación en la utilización de los anticonceptivos, que se manifiesta en la apatía y la indiferencia de estas mujeres hacia los mismos.

*“ ¿Anticonceptivo?, a mi no me gusta eso! Entre el anticonceptivo y el aborto me tuvieron 14 años sin poder embarazarme, tuve que tener mis hijos, vieja. Bueno ahora tengo que usar condón a veces, porque no me ligaron y como mi marido está preso, a lo mejor va y me vuelvo a preñar y la vida no está para eso (...) ”* **(ama de casa, 35 años)**

*“Nunca he usado anticonceptivos, ni pastillas, ni DIU, nada de eso (...) ”* **(ama de casa, 30 años)**

Esto resulta un punto clave de reflexión para los especialistas a los que se les aplicó la entrevista a expertos. Ellos aportan que existe un bajo porcentaje de planificación de embarazo con poca utilización de anticonceptivos por mujeres de la comunidad. La mayoría salen embarazadas por casualidad. Cuando esto sucede, tienen dos posibilidades, unas terminan el proceso aun cuando tienen malas condiciones de vida que se traduce luego en muy mala calidad de vida para los descendientes y la propia madre, y otras lo interrumpen haciendo un uso reiterado del aborto, cuestión en la que se profundizará más adelante.

Se plantea que la mujer debería llegar al embarazo después de un proceso de evaluación personal y especializada que le indique que está apta para tener un embarazo sin riesgos para ella y para el niño. Esta condición no se cumple en este contexto.

*“ (...) nunca me he preocupado por usar anticonceptivos. No sé, nunca he pensado en eso, cuando vengo a ver ya estoy embarazada. Mi esposo fue mi primer hombre, imagínate, no tenía muchos conocimientos porque como me casé tan temprano, era muy joven, y tuve que ir aprendiendo sola muchas cosas (...) nunca había pensado en prevenir un embarazo, los que han caído los he tenido (...) ” (ama de casa, 20 años)*

*“ (...) Nunca ha usado anticonceptivo, ni me he sacado una barriga, ni nada de eso. Yo voy al médico por los niños. Por mí, solo iba cuando estaba en estado. Además yo no conozco mucho de esas cosas (...) ” (ama de casa, 21 años)*

Se evidencia un fuerte impacto de la no utilización de métodos de planificación familiar tanto en las adolescentes como en el resto de las mujeres aunque más en las primeras, lo que demuestra la necesidad de información más detallada acerca de la utilización de estos métodos en estas edades. Esto permitirá la toma de decisiones cuando se enfrenten a determinadas situaciones vividas en sus encuentros sexuales y con ello, que aseguren el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Se conoce que es precisamente en la adolescencia y la juventud donde los programas de planificación familiar encuentran las mayores dificultades para lograr los efectos deseados (Benítez, 2015), fundamentalmente en lo que respecta al insuficiente uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos y a la práctica de una sexualidad responsable. En este sentido se observa la carencia de la función de educación sexual principalmente desde las familias de los jóvenes. El conocimiento de riesgos, de anticonceptivos, de prácticas sexuales permite la conformación de actitudes tanto dentro del grupo como de la familia que aseguren comportamientos comprometidos con su SSR.

Es destacable que no es cuestión de acceso a los métodos anticonceptivos la génesis de los embarazos no deseados, ya que en Cuba se garantizan los servicios de planificación familiar desde los niveles primarios de salud de forma gratuita, y en algunos casos como el del condón y las píldoras anticonceptivas con costos asequibles. La realidad indica que se manifiesta un hábito a la no utilización de los mismos, relacionada con una percepción e interiorización que tienen de su cotidianidad donde no ocupa un papel importante la calidad de vida que le darán a los hijos, y por tanto no tienen como imperativo la planificación familiar.

La realidad estudiada configura la existencia de una fuerte práctica cultural comunitaria de desuso de los métodos anticonceptivos en general y del preservativo en particular. El establecimiento de estos hábitos dentro de la población, están amparadas a nuestra consideración, tanto en conocimientos parciales como en el hecho de haber tenido la experiencia de embarazo antes de utilizar algún método. Esto último, conlleva a que las mujeres ya tengan referentes vividos de esa situación, y sepan cómo darle la solución, ya sea a través de una interrupción o aborto, o al feliz término del embarazo.

El uso correcto y consistente de métodos anticonceptivos y el acceso a la anticoncepción de emergencia pueden reducir significativamente la necesidad de recurrir al aborto y mejorar la salud materna en general en la comunidad, sin

embargo, las prácticas asociadas a la SSR en estas mujeres no conciben estas posibilidades que ofrece el sistema de salud para evitar un embarazo no deseado.

### **Salud materno infantil: Atención al embarazo.**

La atención al embarazo antes, durante y después del parto está respaldada por nuestro sistema de salud, que garantiza la atención especializada y gratuita desde la Atención Primaria de Salud hasta los niveles secundarios y terciarios. Se comprobó que la atención a las embarazadas es calificada de buena por el 62% de las mujeres que la recibieron. El resto la califica como regular.

La captación del embarazo suele realizarse durante los primeros tres meses de gestación, evidenciándose en solo el 7% de los casos estudiados la captación tardía. Esto se debe en gran medida a la regularidad de la consulta de ginecología en el consultorio de la familia, que depende de las frecuencias establecida en el mes.

La mayoría de las embarazadas (75% de las encuestadas) recibieran el cuidado prenatal correspondiente: complementos de hierro (65%), vacunas (69%), dietas (65%), y consultas especializadas (67%). Aunque es bajo el porcentaje de mujeres que han carecido de algunas de estas atenciones, es evidente que a pesar de que es garantizada para todas, existe una brecha de insatisfacción e incumplimiento con la misma, ya que no se logra la cobertura universal en la dieta nutricional necesaria en el embarazo. Según los criterios de los especialistas entrevistados esto puede incidir negativamente en los casos de desnutrición, anemia, bajo peso al nacer, nacimientos pre términos, abortos espontáneos, entre otras de las complicaciones asociadas en el embarazo.

La gestación no es solo responsabilidad de los médicos, las implicadas también son responsables de su estado. Se evidencia que la gran cobertura de atención, garantiza que las mujeres asistan a los chequeos y consultas prenatales siempre (47%) o casi siempre (16%). Esto se debe, según las entrevistadas, a la preocupación de los médicos en todo momento por el embarazo.

*“ Los médicos siempre estaban arriba de mí, yo soy la que me porto mal (...) ”*

**(ama de casa, 38 años)**

*“En todos mis embarazos la atención de los médicos ha sido buenísima, siempre preocupados por mi salud y por la del bebé. Gracias a ellos mis hijos nacieron sanos y salvos (...)” (ama de casa, 32 años)*

La entrevista a expertos arrojó que aunque los médicos tienen el compromiso moral y social de garantizar un embarazo exitoso y si riesgos, en no pocas ocasiones las pacientes se resisten a asistir a las consultas. El 12% de las madres confirma que solo asistió a veces a dichas consultas, expresando que en a veces no tenían tiempo de acudir debido a sus obligaciones familiares (20%) y el poco compromiso de los médicos que las atendían (6%).

Según algunas entrevistadas, la sobrecarga doméstica y el cumplimiento del rol de cuidadoras de los hijos, les impedían asistir siempre a las consultas.

*“ (...) A veces no podía asistir, porque tenía que atender a la segunda y los médicos venían hasta aquí, y si tuve menos riesgos fue por eso. (...)” (ama de casa, 38 años)*

*“ (...) Durante el primer embarazo [16 años] yo no iba muchas veces a las consultas, imagínate, era casi una niña y no medía las consecuencias de lo que podía pasar. (...)” (ama de casa, 21 años)*

Los especialistas entrevistados manifiestan su preocupación por las consecuencias negativas de los estilos de vida como el alcoholismo y el tabaquismo para la salud materna e infantil, muy presentes entre las féminas que formaron la muestra de este estudio. El consumo de las mismas constituye un factor de riesgo que demuestran la poca percepción que tienen sobre los problemas de su SSR, ya que inciden en problemas como los abortos espontáneos, los partos pre términos, el bajo peso al nacer, la anemia en el embarazo, entre otras enfermedades que afectan la salud de la madre y el niño.

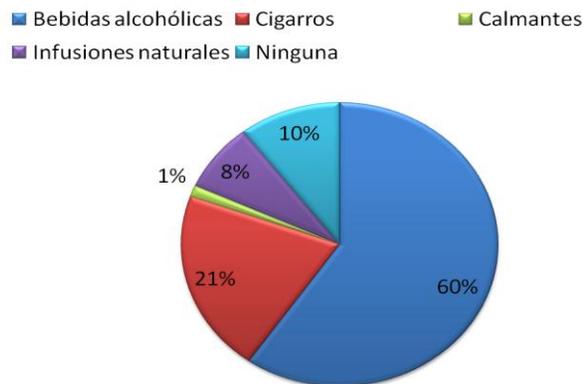
La revisión de la Situación de Salud de la Comunidad elaborada por el Médico de la Familia, arroja que prácticas culturales propias de la comunidad como los altos índices de consumo del tabaco (16.5%) y alcoholismo (20.7%), constituyen aspectos negativos para la salud de las personas. Para el caso de las mujeres en

edad reproductiva traen consecuencias como la incidencia de la desnutrición (12.6%), la promiscuidad (6.3%) y el estrés (10.4%). En caso de embarazo es causa de anemia, retraso en el crecimiento y desarrollo del feto, bajo peso al nacer, incluso la pérdida de este.

Se constató en el cuestionario realizado, que solo el 10 % de estas mujeres no consumen ningún tipo de sustancias adictivas. La mayoría son grandes consumidoras de bebidas alcohólicas (60%) y cigarrillos (20%), y en menor medida de infusiones naturales (8%) y calmantes (2%).

En el siguiente gráfico se muestran los resultados:

**Gráfico 4: Consumo de sustancias adictivas en las mujeres encuestadas**



Generalmente el consumo de alcohol resulta ocasional, lo que no ocurre con el consumo del tabaco, las infusiones y los calmantes que es una práctica diaria dentro de las entrevistadas. Las mujeres aluden en la entrevista al arraigo de estas costumbres en la comunidad de las que forman parte desde pequeñas.

*“ Mi vicio es fumar, desde los 15 años. Yo fumo todos los días. Durante los embarazos tuve que dejarlo un poco, los médicos me lo indicaron, ya que tenía problemas como que había tenido un aborto espontaneo (antes del primer hijo), antecedentes de niño bajo peso (el primero) (...) ” (ama de casa, 21 años)*

*“Yo fumo y tomo. Desde chiquita eso es lo que tu vez aquí en el barrio. Además la vida está muy mala para estar cogiendo tanta lucha, aquí estamos prestados, es mejor llevarnos algo que no sea necesidad (...) en los embarazos si me cuidé un poco más, lo médicos no me dejaban fumar, traté de abandonar el cigarro después, pero que va, no pude (...)” (ama de casa, 38 años)*

Como se hace referencia, en las entrevistas salen a la luz otras prácticas asociadas al consumo de drogas. Las conductas sexuales arriesgadas (múltiples parejas, relaciones sexuales ocasionales, y no utilización de la píldora o preservativo) son manifestaciones del consumo de alcohol.

Un aspecto referido a la salud materno infantil tiene que ver con la pobreza de tiempo y de oportunidad que sufren las mujeres a causa de la división sexual del trabajo, que las confina a ser amas de casa y responsables absolutas del cuidado de la descendencia, y a enfrentar el fenómeno de la irresponsabilidad paterna en la atención a los hijos. El siguiente gráfico nos muestra las diferencias de género en el cuidado de los hijos según la información recogida en las encuestas:

**Gráfico 4: Apoyo recibido por las mujeres en el cuidado de los hijos y las tareas del hogar.**



Fuente: elaborado por autor según información obtenida en la aplicación del cuestionario a las mujeres en edad fértil estudiadas.

Como se muestra es ínfimo el apoyo recibido por parte de los padres en esta tarea. La figura de la abuela materna juega un papel fundamental en la ayuda que reciben las madres. La marcada división del trabajo presente en la comunidad, dan lugar a las prácticas culturales asociadas a los roles de género que determinan el confinamiento de la mujer al hogar. Las mismas dificultan muchas veces que las mujeres puedan atender cuestiones relacionadas con su SSR.

De las mujeres encuestadas que tienen hijos, el 21% manifestó que muchas veces no podían asistir a las consultas prenatales debido a sus obligaciones. Con respecto a esto expresan:

*“ (...) Durante el embarazo pasé trabajo, vivía sola con mi marido, tuve que aprender a hacer de todo porque tenía que atenderlo, presente algunos problemas de pérdida, además de ser un embarazo de riesgo porque era muy joven y me lo captaron como a los 4 meses. Yo iba a los controles muy poco, tenía poca experiencia en los quehaceres de la casa (...) el padre enseguida me abandonó y me dejó sola embarcada con mi hijo (...) Tuve que regresar entonces para casa de mi mamá, sola y joven con un niño enfermo, que lucha pasamos (...) ”* **(ama de casa, 39 años)**

*“ (...) A veces no podía asistir a la consulta, mi marido preso, yo sola tenía que atender a la segunda niña que estaba muy pequeña, tenía que inventar para darle un plato de comida mis dos hijos (...) ”* **(ama de casa, 38 años)**

El análisis de la situación de salud de las madres y los niños evidencian la influencia de las diferencias de género en los roles otorgados a la mujer como cuidadora de los hijos, situación agravada y agravadora de las condiciones de pobreza en que viven estas mujeres.

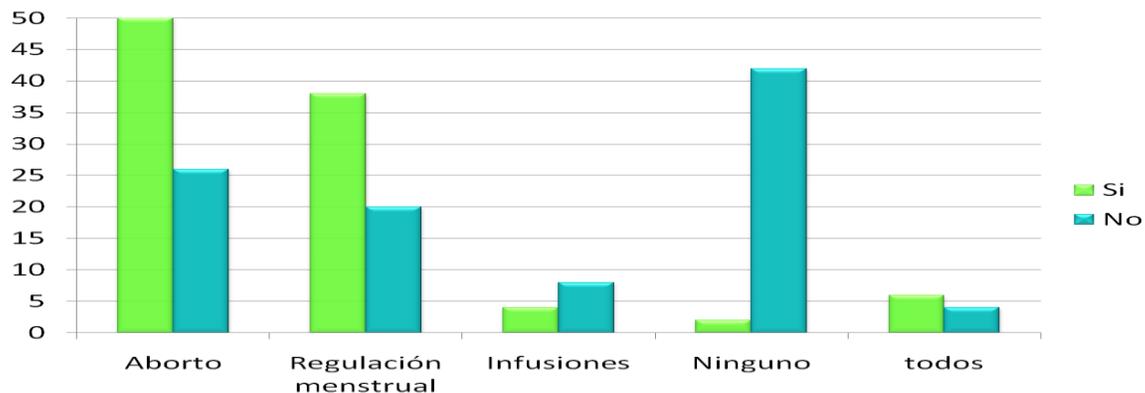
### **Uso del Aborto**

Estudios demuestran que después de la anticoncepción, el aborto constituye el segundo determinante próximo del número de hijos en Cuba. La realidad indica que su práctica se ha instalado entre las mujeres cubanas como un método que

alterna con los demás métodos anticonceptivos, e incluso puede que anteceda la utilización de estos (Benítez, 2015).

Se pudo comprobar que es frecuente que las mujeres en estudio utilicen la interrupción del embarazo como un método más de planificación familiar. El 69% de las encuestadas manifiesta haber utilizado algún procedimiento abortivo, dígame, abortos (30%), regulaciones menstruales (29%) o toma de infusiones naturales (7%); y en ocasiones, se utilizan de forma combinada (4%), como se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 6: Utilización de procedimientos abortivos ante embarazos no deseados**



Fuente: elaborado por autor a partir de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario.

Lo anterior indica que en la comunidad existe la práctica cultural en las mujeres de la interrupción como vía para resolver un embarazo no deseado, evidenciado en el 69% de la población estudiada que ha utilizado la misma. Según las entrevistas realizadas se comprueba que generalmente esta práctica es utilizada como método de anticoncepción, ya que es usual que sus practicantes no estén utilizando ningún método para evitar un embarazo.

*“ Mi primer embarazo fue cuando tenía 15 años, yo no usaba nada de anticonceptivos yo no podía tener ese niño porque en primera no tenía condiciones, y en segunda el padre era tan joven como yo. Yo tengo una tía que trabajaba en salud y me resolvió para hacerme un aborto (...) Después de ese me*

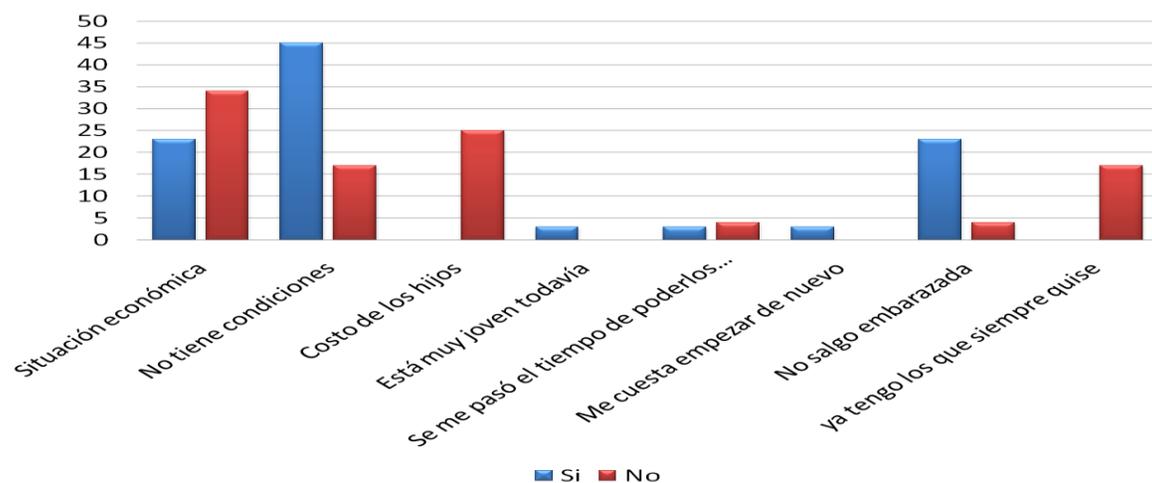
*hice 3 más, yo estaba estudiando todavía, no tuve apoyo de los padres, y no quería que mis hijos pasaran las necesidades que pasé yo (...) "* **(ama de casa, 31 años)**

*" Después que parí al primer hijo, como al año y pico salí embarazada de mellizos, tuve que hacerme un aborto, estaba sola y no tenía dinero ni condiciones para sustentar otro embarazo. No usaba anticonceptivos (...) "* **(ama de casa, 38 años)**

De acuerdo con esta información, se puede apreciar que el empleo de este procedimiento se encuentra reforzado en las decisiones referentes a las estrategias de vida, asociadas al deseo de posponer la llegada de un hijo debido a las necesidades económicas, de vivienda, de ingresos y de adecuadas condiciones de vida. Esto nos hace corresponder los embarazos no deseados entre las mujeres investigadas y las principales razones que exponen ante sus deseos de tener más hijos, donde las necesidades económicas y materiales de vida juegan el papel determinante fundamental.

El siguiente gráfico muestra la incidencia del campo económico en las decisiones hacia la reproducción:

**Gráfico 7: Principales determinantes del deseo de tener hijos según el criterio de las mujeres en edad fértil encuestadas.**



Fuente: Elaborado por autor según resultados obtenidos en la aplicación de los cuestionarios.

Vemos como las condiciones objetivas de vida configuran y justifican un comportamiento traducido en la frecuente utilización de métodos abortivos como forma de regular la fecundidad.

Sin embargo, a diferencia de otras investigaciones realizadas en el país (Rodríguez, 2008; Benítez, 2012) donde han coincidido otros factores que intervienen en la decisión de interrumpir el embarazo como los intereses profesionales y de superación personal, en el contexto que investigamos ocurre algo diferente.

El hecho aquí se enmarca solamente en las necesidades de tipo económico. Según las entrevistas se constata que resultan invisibles las razones de tipo profesional o de proyectos de pareja que permitan una consolidación de mejores condiciones de vida para la procreación.

*“ (...) Volví a salir embarazada dos veces y tuve que abortar, ni trabajaba ni nada, como iba a mantener esos niños que fueron accidentes, fueron el resultados de relaciones sin compromiso (...) ”* **(ama de casa, 23 años)**

*“ (...) Después de eso me hice 3 abortos. La situación estaba muy mala, a veces yo no tenía ni para darle un plato de comida a mi hijo (...) ”* **(ama de casa, 31 años)**

*“ (...) En realidad nunca esperé salir embarazada tan joven, yo no quería hijos tan temprano, sin casa ni condiciones económicas (...) Después de ese embarazo tuve 2 más que tuve que sacarme, porque yo vivía agregada en casa de mis padres, y no tenía una relación formal que me diera seguridad y apoyo económico como para parirle, ni tenía condiciones para criarlo sola (...) ”* **(ama de casa, 30 años)**

Esto constata la poca planificación de los embarazos, lo que trae como consecuencia que se recurra a la interrupción, o a tenerlo bajo condiciones desfavorables como lo narran las propias mujeres en las entrevistas:

*“ (...) Nunca me protegí de un embarazo porque no esperé salir en estado, en lo que menos se piensa es en eso. Pero tuve que tenerlo porque estaba dentro, ¿qué iba a hacer? (...) era muy joven e inocente, no dije nada a tiempo por temor a la familia y Si hubiese sido en estos tiempos de ahora, no hija, yo me lo saco, un hijo tan temprano y sin condiciones no es nada bueno (...) ” (ama de casa, 39 años)*

Estas reflexiones hasta aquí esbozadas, nos llevan a considerar lo plantado por autores como Rodríguez, 2008; Benítez, 2015; García y otros, 2015, con respecto a la confianza que ofrece la seguridad y cobertura del sistema de salud cubano. Sin lugar a dudas, el fácil acceso a este servicio ha provocado que se convierta en un acto preciso dentro del campo de la salud que lo ha legitimado socialmente como práctica para regular la fecundidad.

Esta realidad de “cultura del aborto”, se arraiga en la decisión y posterior práctica de las mujeres no aisladas de su vida cotidiana, donde logran resolver el problema que significan para ellas el advenimiento de un embarazo no deseado. La otra cara de la moneda está asociada a la no consideración de los riesgos asociados a estos comportamientos: infertilidad, prematuridad y bajo peso al nacer y el aumento del riesgo de morbilidad materna.

### **Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

La prevalencia de ITS ubica al país con un patrón de baja transmisión, y el seguimiento del sistema de salud a la mujer embarazada la protege parcialmente de su incidencia durante el embarazo, pero no soluciona el riesgo que entraña una relación sexual sin protección (Fleitas, 2013).

A nivel fisiológico, las mujeres corren mayor riesgo de infección que los hombres y la detección es más difícil: un 70% de las mujeres que padecen ITS no presentan síntomas, en comparación con un 10% de los hombres. Estudios muestran como la capacidad de las mujeres de saber protegerse de las ITS depende fundamentalmente de que conozcan lo que están enfrentando, así como del

acceso a los medios necesarios para protegerse. De ahí que la población pobre presente niveles de riesgos más altos debido a los niveles de educación, el inicio precoz de las relaciones sexuales, y conocimientos (Di Cesare, 2007).

En Cuba, la educación y la salud constituyen esferas sociales gratuitas y universales para la población. Sin embargo, el acceso a ellas no garantiza en las condiciones particulares de la circunscripción 34 de San Pedrito, que elementos de percepción y comportamientos asociados a prácticas culturales comunitarias, constituyan puntos de contradicción en la explicación de la situación de la salud sexual y reproductiva.

La Tabla.3 muestra los resultados obtenidos en el cuestionario según el conocimiento de esta población acerca de las ITS. La mayoría de las mujeres manifiesta conocer qué son las ITS (90%), sin embargo solo el 79% de las mismas las reconocen todas dentro del grupo de ITS. El 10 % plantea no saber sobre estas enfermedades, por lo que no reconocen ninguna de las mismas.

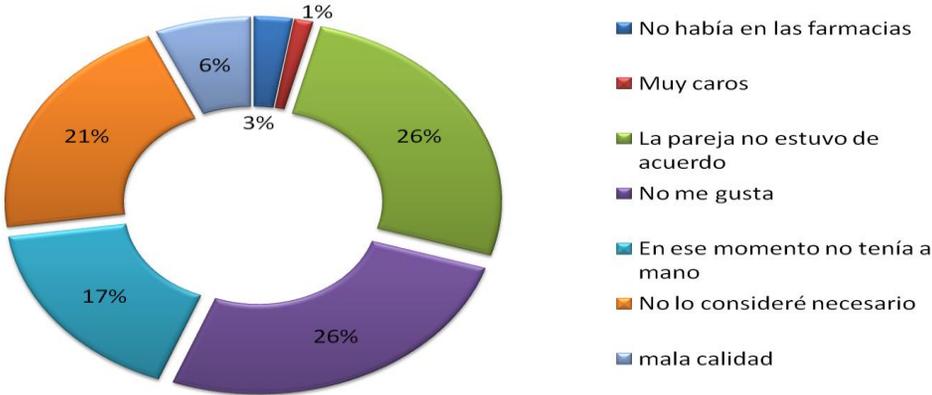
ITS	SI	NO
<b>VIH-SIDA</b>	82%	18%
<b>Condiloma</b>	85%	15%
<b>Sífilis</b>	82%	18%
<b>Gonorrea</b>	80%	20%
<b>Hepatitis B</b>	79%	21%

Fuente: elaborado por autor según los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario.

Se manifiesta que existe aún un vacío en el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual. El solo hecho de que dentro de la población que dice conocerla se evidencie un conocimiento parcializado, representa un elemento de riesgo para la sexualidad de estas mujeres. Este hecho trae sus consecuencias hasta el nivel de prevención que poseen las personas ante las ITS. El 57% de las mujeres dicen prevenir el contagio a través de la tenencia de pareja única y estable, mientras que el 40%, a través del uso del condón. El 3% manifiesta

practicar la abstinencia o no saber qué hacer en este caso. Lo anterior constituye un factor de riesgo en la prevención del contagio por ITS, determinado por las prácticas de las mujeres estudiadas que evidencian el bajo uso del condón. Este nivel de utilización está sustentado en creencias, gustos, y percepciones sobre el mismo. El siguiente gráfico muestra las principales dificultades enfrentadas por las mujeres encuestadas en la utilización del preservativo masculino.

**Gráfico 8: Dificultades planteadas ante el uso del condon por las mujeres encuestadas.**



Fuente: elaborado por autor según información obtenida en la aplicación de los cuestionarios SPSS.

El juicio asociado al uso del condón (como ya se analizó anteriormente), representa la principal barrera en su utilización responsable como único método de prevención del contagio por ITS, por lo que constituyen el trasfondo de las prácticas de riesgo que asumen las mujeres. El establecimiento de estos hábitos dentro de la población amparados en el desconocimiento tanto de las ITS como en las formas de prevenirlo, son manifestaciones de la insuficiente educación sexual que brinde la información necesaria de cómo evitar el contagio, pero que se entrelaza con las prácticas culturales comunitarias.

A pesar de las múltiples campañas informativas a través de las escuelas y los medios de comunicación, y el acceso al preservativo, la no utilización del condón

se legitima por las mujeres en edad fértil como una práctica cultural comunitaria que representa el principal comportamiento de riesgo asociado al contagio de ITS.

El incremento de las enfermedades de transmisión sexual producto de las relaciones sexuales inestables, promiscuas y basadas en una cultura de la subordinación, así como abuso del aborto como método anticonceptivo, repercuten cada vez más sobre los índices de diferentes enfermedades tales como el cáncer de cuello de útero y la infertilidad femenina (Fleitas, 2013).

#### Prevención del cáncer cérvico-uterino

La aparición de cáncer cérvico-uterino está muy vinculado con la calidad de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. El mismo tiene un peso relevante en los valores que muestran las tasas de mortalidad y morbilidad femenina en todo el mundo (Milosavljevich, 2007; MINSAP, 2011; Dirección Mcpal. Salud Pública, 2014).

El cáncer de cuello de útero tiene baja prevalencia sobre la mortalidad femenina por la amplia cobertura de su Programa Nacional de detección precoz y la eficacia que ha demostrado tener, pero su morbilidad y secuelas lo hacen un problema de salud importante en las mujeres cubanas (Fleitas, 2013).

Según los expertos entrevistados en esta investigación, aunque a nivel general se obtienen altas cifras en la prevención y atención al cáncer cérvico uterino, todavía son insuficientes los esfuerzos institucionales por lograr la concientización de la población y posterior control en tiempo de estas enfermedades del sistema reproductor femenino. Lo anterior se evidencia en los altos niveles de atención en mujeres sobre todo en edad madura y post- climaterio con afecciones de este tipo que llegan a las consultas con la enfermedad avanzada.

El 70% de las mujeres encuestadas, que están en edad de realizarse la prueba citológica, el 65% de las encuestadas expresa que se la realiza en tiempo, argumentando la preocupación por el estado de su salud el 44% de las mismas. Resulta destacable el trabajo que realiza la enfermera de la familia en esta situación, reflejado en el 17% que la menciona como responsable de la citación

para el examen. Aunque representa una minoría, un 5% manifiesta resistencia a realizarse la prueba a causa de su temor a la misma.

Aun así, los especialistas confirman que a pesar del éxito de este programa en el país, se incrementan las tasas de muertes y de las intervenciones quirúrgicas femeninas por enfermedades del cuello uterino. Según el médico y la enfermera de la familia existe demora y despreocupación por parte de las mujeres de la comunidad en la sistematicidad de los chequeos, ya que muchas veces no asisten a realizarse la prueba citológica, y otras demoran al punto de que se les tenga que hacer el llamado en varias ocasiones.

Esta contradicción entre la percepción de las mujeres y la de los médicos queda explicada por la información que emerge en las entrevistas en profundidad. Las mismas demuestran que la atención periódica a la salud no es una de las prioridades de estas mujeres.

*“ (...) Yo me hago la prueba citológica cuando me avisan. La enfermera es la que se encarga de eso, porque como es cada un tiempo, si ella no me dice, yo no voy (...) ”* **(ama de casa, 32 años)**

*“ (...) ¿La prueba citológica? Eso es lo peor que hay, como duele, yo le tengo terror. (...) ”* **(ama de casa, 38 años)**

*“ (...) Yo nunca me la he hecho, no sé, a mi no me gustan esas cosas. (...) ”* **(ama de casa, 31 años)**

*“ Yo nada más me hice una hace no sé qué tiempo, y no me la he vuelto hacer, como salió normal, me la haré dentro de unos años (...) ”* **(ama de casa, 39 años)**

El hecho que creemos incide en este problema de detección del cáncer, es la postergación de realización de la prueba. A pesar del acceso a estos controles y el tratamiento médico de estas afecciones, se demuestra una vez más el detrimento de las percepciones del riesgo asociados a conductas fundamentadas en un capital cultural internalizado, que limita la toma de conciencia del cuidado de

la salud sexual y reproductiva. La no asistencia en tiempo y forma a este estudio incide que en la detección tardía de estas afecciones.

### La Infertilidad

En el último lustro se ha incorporado un nuevo tema: la infertilidad como problema de salud. Se estima existen 50.000 parejas en Cuba que necesitan reproducción asistida (Álvarez, 2011). Según los criterios recogidos en la entrevista a expertos, los especialistas afirman que la infertilidad en Cuba podría aumentar su incidencia en la población según estudios realizados de un 12 a un 14%. Entre sus causas fundamentales en mujeres se hallan la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y la inflamación pélvica.

Pese a la vitalidad hoy en día de los servicios médicos en el tratamiento de la infertilidad, se manifiesta una incidencia de 13 casos entre las mujeres encuestas, lo que representa el 17 % de las mujeres de las que no han podido tener hijos.

Según las entrevistas en profundidad realizadas se constató que entre los aspectos ligados a este fenómeno se hallan su desigual repercusión entre hombres y mujeres y los conflictos que genera en la relación de pareja, debido a la posición de la mujer que la hace responsable de la procreación y a su mayor exposición a experiencias de mala salud reproductiva que desembocan en esa situación (abortos, consecuencias negativas del uso de anticonceptivos, tumores malignos, ITS). Además, la internalización de la cultura patriarcal que aún prevalece en la familia y la pareja sexual en cuanto a relaciones sexuales desprotegidas, la convierten frecuentemente en blanco de infecciones urinarias y de transmisión sexual.

*“ (...) Yo no tengo hijos. Comencé a tener relaciones sexuales a los 15 años sin protección. Poco tiempo después tuve que hacerme un aborto, salí embarazada estudiando, no podía tener hijos. Me pusieron una “T” que me la quité a los 24 años cuando me casé y estuve preparada para tener un hijo (...) ” (ama de casa, 30 años).*

*“ Tuve un embarazo como a los 20 años y fue un aborto espontáneo. Después me traté una vez por una infección parasitaria que tuve y de ahí para acá no tengo anticonceptivo porque quiero tener mi familia y más nunca he salido en estado (...) ”*  
**(ama de casa, 30 años)**

Según el criterio de un experto, es posible que la postergación de la maternidad a edades más cercanas a los 35 años cuando empieza a declinar la actividad reproductiva en las mujeres, ligado a hábitos inadecuados de vida como la ingestión de alcohol y cigarro haga más difícil el deseo de concebir.

*“ Yo no había querido tener hijos hasta ahora por la situación económica tan mala que vivimos. Ahora ya tengo que tenerlo, ya puedo ofrecerle aunque sea un techo a mi hijo. Pero hace dos años que me quité un DIU que tenía desde hace como diez o doce años y nada de nada. Me he tomado mil remedios y no salgo en estado (...) ”*  
**(Trabajadora estatal, 32 años)**

*“ (...) yo me empecé a proteger de los embarazos porque jovencita sufrí dos abortos espontáneos. Ahora no estoy usando nada, hace más de un año porque mi marido queremos formar una familia, y nada de un embarazo (...) ”*  
**(ama de casa, 31 años)**

*“ No salía en estado. Después de tomar mil remedios y botellas logré un embarazo, pero aborté antes de los tres meses. Ya tengo 30 años y he perdido las esperanzas de que pueda tener a mi familia (...) ”*  
**(ama de casa, 31 años)**

El nulo acceso que tienen estas mujeres a las consultas de infertilidad que se ofrecen en las instituciones de salud la confinan a no cumplir su deseo de ser madres.

*“ (...) Yo estoy loca por salir en estado. Nunca he recurrido a ninguna consulta de infertilidad, no sabía que eso existía aquí (...) ”*  
**(ama de casa, 30 años)**

*“ Consulta de infertilidad, ¿y eso existe? ¿dónde?(...) ”*  
**(ama de casa, 48 años)**

Se constata una vez más que la reproducción no constituye una prioridad de la vida cotidiana de estas mujeres, que ven lastrados sus sueños de ser madres en algunos casos por el desconocimiento de que la fertilidad disminuye con el incremento de la edad, además de que se puede ver afectadas por diversas afecciones del sistema reproductor como las ITS.

### **Embarazos en añosas**

En los últimos años se ha venido evidenciando el desplazamiento de la fecundidad hacia las edades más avanzadas del periodo fértil en Cuba (Álvarez, 2013). Este fenómeno encuentra su génesis en procesos poblacionales tales como la reducción población femenina en edad reproductiva en 0,7 % y el aumento del envejecimiento de la población femenina en edad reproductiva en 27 % (35 y 49 años) (Gran Álvarez y otros, 2010).

A nivel micro se encontró la incidencia en la comunidad de estudio este fenómeno de ascenso en nuestro país. De las encuestadas solo 19 sobrepasan los 35 años (25%), el 21 % de las mismas tuvo un embarazo en edades consideradas añosas.

Según los criterios de las entrevistadas, se evidencia la no planificación de estos embarazos, por lo que ocurrieron igualmente que en las edades adolescentes, por la ausencia de uso de métodos de anticoncepción.

*“ (...) a los 35 con unos dolores bajo vientre tremendos. Corre para el médico, corre para aquí y para allá, según ellos un fibroma. A los 6 meses, que estaba embarazada. Me quise morir (...) Tres años después otro dolor, pensé que era una mala digestión, nada de eso, era otro muchacho (...) ”*

*“ La segunda la tuve a los 35 años. Mi última hija la tuve a los 38 años (...) Entre el anticonceptivo y el aborto me tuvieron 14 años sin poder embarazarme, tuve que tener mis hijos, vieja (...) ” (ama de casa, 38 años).*

Aunque según la entrevista realizada al médico y la enfermera de la familia, estos embarazos ocurren en casos que no son tan frecuentes como en las adolescentes, manifiestan ser consecuencias de las prácticas de no utilizar anticonceptivos en su actividad sexual. Esto desemboca en embarazos no deseados en edades que no son las propicias para ello.

## Conclusiones generales

El análisis de la evolución histórica del tratamiento teórico a la SSR permite conocer cómo la misma, antes de la conferencia de El Cairo, había sido tratada como parte de los análisis sobre la fecundidad y del comportamiento reproductivo de las poblaciones. La perspectiva sociológica se presenta fundamentalmente en los estudios sobre factores sociales que afectan la salud, existiendo un vacío que explique la pertinencia de la consideración de las prácticas culturales en comunidades pobres en la SSR.

La revisión crítica de las teorías generales existentes sobre la población y el comportamiento reproductivo permitieron observar los elementos aportativos de cada una de ellas al estudio de la relación entre dicho comportamiento, como forma de expresión de la salud reproductiva, y su relación con las condiciones de vida de la población. Así se constató un insuficiente tratamiento de aspectos de la SSR desde los niveles comunitario.

En el caso de Cuba predominan los estudios a escalas nacionales, y los informes de desarrollo y SSR no implican un vínculo con el estudio de las prácticas culturales comunitarias en un contexto donde predominan las condiciones de pobreza. De ahí la propuesta que se realiza.

El análisis del comportamiento de la SSR, teniendo en cuenta la influencia de condiciones de pobreza, entraña aún la explicación de relaciones complejas en el contexto cubano y sus particularidades en el oriente del país.

Estamos en presencia de un espacio social catalogado como pobre pero en el que las instituciones y servicios de salud sexual y reproductiva, dígase anticoncepción, planificación familiar, atención especializada antes, durante y después del embarazo, vigilancia y tratamiento de ITS/VIH, prevención de cáncer cérvico uterino, están garantizados gratuitamente para todos y todas, en igualdad de condiciones.

La construcción de este campo como mundo significativo en la interioridad de los agentes, se ve influenciada por las maneras de pensar y actuar según la posición que ocupan Las mujeres en su entorno social. Estas dan sentido y valor a las

prácticas que en cuanto a sexualidad y reproducción se han configurado, a su vez que se legitiman como prácticas culturales comunitarias que conforman la realidad del estado de su SSR.

La trayectoria social vivida por estas mujeres en los entornos familiar y comunal, está dada por una vida de carencias y necesidades insatisfechas en el orden económico que traspasa su influencia desde lo individual hasta lo social, y se manifiesta en bajo niveles educativos, maternidad y emparejamiento a edades tempranas, desempleo, dependencia económica, etc. Además, emerge con gran influencia la división sexual del trabajo que matiza las diferencias de género, otorgando a la mujer el rol de cuidadoras del hogar y los hijos con las implicaciones que esto trae para sus vidas. Tal división supone una sobrecarga de trabajo que limita su acceso al control de recursos y por tanto aumenta su dependencia económica hacia los hombres, su autonomía y su papel protagónico en la determinación del cuidado de su propia SSR.

Se evidencia entonces que sus disposiciones a actuar y pensar en relación con su vida cotidiana están marcadas por la tendencia a vivir el presente sin medir las consecuencias de sus actitudes ante la sexualidad, la consideración de adicciones como el cigarro y el alcohol frente al estrés de sus limitaciones económicas, abandono de su participación en la vida social para ocupar roles domésticos; todo ello entrecruzado con disposiciones en cuanto a la reproducción y la sexualidad que se convierten en hábitos que estructuran prácticas culturales y comunitarias que configuran la realidad de la SSR de estas mujeres.

Podemos decir entonces que, su propensión a iniciarse sexualmente en edades tempranas, la espontaneidad en sus relaciones sexuales, el desconocimiento y el desinterés ante el uso de anticonceptivos; constituyen las ideas, pensamientos, esquemas de percepción, a través de los cuales estas mujeres van estructurando su realidad bajo la influencia de las prácticas culturales, y que a su vez, dan un sentido social al campo de la salud sexual y reproductiva.

Estas prácticas, son consideradas a efectos de esta tesis como culturales comunitarias, ya que corresponden a un tipo específico de interacciones o

prácticas sociales y de significados, constitutivo de un sistema de disposiciones fuertemente estructuradas en las relaciones que en el campo de la salud sexual y reproductiva se establecen. Las mismas se manifiestan en: uso del aborto como método anticonceptivo, no utilización de métodos de planificación familiar, desuso del condón, hábitos de fumar e ingerir bebidas alcohólicas, emparejamiento a edades tempranas, y el uso inadecuado del tiempo libre.

Las características de tipo sociocultural favorecen la aparición de problemas de salud asociados a las prácticas orientadas por los hábitos de los individuos en los ámbitos de la reproducción y la sexualidad. La influencia de costumbres, tradiciones, conductas asociadas al estilo de vida de las personas en su espacio social, marcan la influencia del medio en la SSR. De ahí deviene la necesidad de contemplar las acciones de las principales estructuras implicadas en el proceso de socialización, a fin de desarrollar un capital cultural que les permita a estas mujeres asumir con responsabilidad el cuidado de su SSR.

A partir de las evidencias aportadas en este estudio, se concluye que la pobreza genera mayores riesgos, exclusiones y menos oportunidades en las mujeres pobres y sus familias. Este hecho se sustenta en su no participación en el mercado de trabajo encontrándose mayoritariamente presentes entre los desocupados, limitaciones en el acceso a la educación, su discapacidad para obtener ingresos, su posicionamiento naturalizado en el ámbito doméstico por la cultura patriarcal, además del sufrimiento de secuelas asociadas a hechos adversos en la reproducción (infertilidad, cáncer cérvico uterino, abortos).

La SSR se alza como un factor relacionado con la pobreza, debido a sus implicaciones en el acceso al desarrollo (educación, ingresos, vínculo laboral, recursos, conocimientos). Igualmente, las carencias vividas en la cotidianidad de las mujeres, restringen las condiciones y posibilidades de ejercer en la práctica una sexualidad y reproducción responsables y seguras, matizadas por la influencia de lo cultural y comunitario que legitima la realidad donde se desarrollan. El principal elemento económico que influye es la precariedad ingresos que les impide desplegar un papel activo en sus decisiones de

fecundidad e independencia. Esto conforma su propensión a ser amas de casa y cuidadoras absolutas de los hijos, situación que dificulta las posibles estrategias de salidas de la pobreza.

Los estándares de SSR constituyen elementos esenciales para el logro del Desarrollo Humano Sustentable al que aspira la humanidad. En nuestro país las mejoras de producidas a partir de la calidad y acceso a estos servicios, garantizan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, las actitudes y comportamientos asociados a la reproducción y la sexualidad, las relaciones de género, los hábitos y costumbres, constituyen dimensiones ancladas en lo cultural que marcan significativamente el recorrido de la SSR en comunidades con condiciones de pobreza. Resulta de marcada importancia que se tome en cuenta este condicionamiento en futuros programas, que aseguren la eficacia de los esfuerzos nacionales por mejorar la salud materno infantil.

## Recomendaciones

❖ *A la Atención Primaria de Salud (Consultorio Médico de la Familia 50-51 del Consejo Popular Mariana Grajales):*

1. Tener en cuenta los resultados de este estudio en el fortalecimiento de la labor preventiva que realizan, incorporando a la evaluación y apoyo de sus conocimientos médicos los aprendizajes para el auto-cuidado y cuidado mutuo de la salud en la práctica cotidiana de las personas, en vistas al mejoramiento de la calidad de vida, al desarrollo y a la adopción de estilos de vida saludables que promuevan la autorreflexión sobre comportamientos de riesgo.
2. Articular proyectos preventivos en educación sexual de conjunto con las instituciones de Educación Secundaria y Media Superior, teniendo en cuenta los problemas que presenta la comunidad en salud sexual reproductiva, con la participación de adolescentes, sus padres y madres y otros trabajadores de las redes de instituciones y organizaciones de la comunidad.
  - a) Desarrollar acciones de consejería especial para las mujeres a través de talleres e intervenciones comunitarias con propuestas auto-gestionadas por la comunidad (FMC, Delegada del Poder Popular.), donde se propicien conversaciones sobre diferencias de género, sexualidad, reproducción y auto-cuidado de la salud.

❖ *A los centros de educación de la comunidad:*

1. Lograr la eficacia deseada con los programas de educación sexual. Esto equivale a redimensionar el papel activo de la escuela como una de las principales instituciones encargadas de la socialización y de la correspondiente formación y desarrollo del capital cultural en los individuos.
2. Redimensionar la función de dotar los elementos cognoscitivos y conductuales a los individuos en cuanto: información sobre anticoncepción, actitudes responsables ante la sexualidad, coberturas y acceso a anticoncepción y los factores de riesgo en comportamientos sexuales y reproductivos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Alfonso de Armas, Marisol (2009): La singularidad de una segunda transición demográfica en Cuba. Tesis en opción al título de Dra. en Ciencias Económicas, CEDEM, Universidad de la Habana.
2. Alvarez Fumero, Dr. Roberto (2013): Problemas actuales en salud sexual y reproductiva. Dpto. Materno Infantil del MINSAP.
3. Antona, Alfonso(2006): Embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Federación de Planificación Familiar de España, Madrid.
4. Añé Aguiloché, Lia (2005): Contribución a los estudios de pobreza en Cuba. Una caracterización de la Capital. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Universidad de La Habana, Cuba.
5. Ares, P. (2010). Prólogo, Familia y pobreza en Cuba Estudio de casos. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
6. Arriagada, Irma (2006): Cambios de las políticas sociales: políticas de género y familia. Serie Políticas Sociales 119, CEPAL.
7. Barrera, F. (2004): Relación de las Actitudes Personales y de la Norma Social con la Actividad Sexual de los Adolescentes. Revista de Estudios Sociales, N°17.
8. Benítez, Iliana (2012): Estudio sociológico de la relación entre el comportamiento reproductivo, la dinámica poblacional y el desarrollo social en el municipio Santiago de Cuba. Tesis en opción al título de doctora en Sociología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba.
9. Benítez Jiménez, Iliana (2009): “El estudio de los factores sociales que inciden en la fecundidad como parte del desarrollo poblacional en Santiago de Cuba”. Revista Santiago, No. 118
10. Benítez Jiménez, Iliana (2011): “Acerca del tratamiento desde un enfoque de género a los problemas del desarrollo poblacional y el comportamiento reproductivo en Santiago de Cuba”. Revista Novedades en Población, Año 7, No. 13, CEDEM, La Habana.

11. Benítez Pérez, María Elena (2015): La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor que abortar. Novedades de población, CEDEM.
12. Bourdieu, Pierre (1977): Outline of a Theory of Practice. Londres, Cambridge University of Chicago Press.
13. Bourdieu, Pierre (1991): El sentido práctico, Taurus, España.
14. Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant (2005) [1992] Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
15. Bueno, Eramis (2003): Población y Desarrollo, enfoques alternativos de los estudios de población. CEDEM, Ciudad de La Habana.
16. Bütner, T. (1989): "Los rasgos fundamentales de la reproducción de la población en el socialismo". En Chávez Álvarez, Ernesto: Teoría y Política de Población. Ed. Ciencias Sociales, La Habana.
17. Cabria, Ángeles (2006): Situación de la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes en América Latina y el Caribe: los condicionantes sociales, culturales, políticos y económicos que marcan sus pautas y sus demandas. Federación de Planificación Familiar de España, Madrid.
18. Caldwell, J. C. (1997): "The Global Fertility Transition: The Need for Unifying Theory". Population and Development Review, Vol. 23, No. 4, Dec., p. 803-812.
19. Catasús, Sonia y Ma. del Carmen C. (1986): "La Sociología de la Familia en Cuba". En Pérez Rojas, Niurka (Compiladora): Selección de lecturas sobre familia y población en Cuba. ENPES, Universidad de la Habana.
20. Catasús Cervera, Sonia y R. García: La salud reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
21. CELADE (2007), División de Población de la CEPAL: Estimaciones y proyecciones de las poblaciones de América Latina y el Caribe actualizadas en julio de 2007, Santiago de Chile [en línea] [http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos\\_BD.htm](http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm)
22. CEDEM, ONE, MINSAP (1995): Cuba, transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. La Habana.

23. Centro de Estudios Sociales Cubanos y Caribeños (CESCA)(2015): Informe del Proyecto "la atención a la pobreza como modelo de inclusión: perspectivas de integración en comunidades santiagueras". Universidad de Oriente.
24. Chávez Galindo, Ana M. y otros (2005): Tendencias de la fecundidad indígena en México. XX Conferencia Internacional de Población. CRIM-UNAM.
25. Coleman, D.(2005): Population prospects and problems in Europe. Genus, Special Edition Vol. LXI NN.3-4 July-december.
26. Díaz Pérez, Danay y Luisa Iñiguez Rojas(2010): La salud sexual y reproductiva en barrios de Ciudad de la Habana. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana, La Habana.
27. Di Cesare, Mariachiara (2007): Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE): División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile.
28. Espina Prieto, Mayra Paula(2008): El caso cubano en diálogo de contraste. Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Marzo.
29. Esping-Andersen, Gösta(2004): La política familiar y la nueva demografía. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
30. Fernández Álvarez, Gerardo y otros (2006): Control de la natalidad: enfoque por diferentes épocas y culturas. Historia de la medicina. [en línea] <http://www.uvs.sld.cu/humanidades/plonearticlemultipage.2006-08-15.7480657408/control-de-la-natalidad-enfoque-por-diferentes-epocas-y-culturas> [Consulta: 27/1/2012].
31. Fleitas, Reina (2013): Familias pobres y desigualdades de género en salud: el caso del barrio de San Isidro (CLACSO-CROP), Buenos Aires.
32. Florez, C. E., Vargas, E., Henao, J., Gonzales, C., Soto, V. y Kassem, D. (2004). "Fecundidad adolescente en Colombia: Incidencia, tendencias y

determinantes. Un enfoque de historia de vida”. Universidad de los Andes. Colombia.

33. Florez, C., Soto, V. (2013). “Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia”. serie de estudios a Profundidad, Encuesta Nacional en Demografía y Salud 1990 –2010”. Ministerio de la Protección Social, ICBF, Profamilia. Bogotá.
34. Franco, Manuel; Joan F. Kennelly, Richard S. Cooper y Pedro Ordúñez-García(2007): La salud en Cuba y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health21 (4).
35. García Canclini, Néstor (1990) Introducción: La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu. En: Pierre Bourdieu, Sociología y Cultura (1984). México D.F.: Edit. Grijalbo.
36. García Quiñones, Rolando; J.C., Albizu-Campos Espiñeira, M. Alfonso de Armas(2015): Coyuntura económica, procesos demográficos y salud. La experiencia cubana. Novedades de Población, CEDEM, La Habana.
37. Giner, Salvador y Emilio Lamo de Espinosa: Diccionario Sociológico. Ciencias sociales. Alianza Editorial, S. A., Madrid, 1998, pág 575.
38. Grant Alvarez, Miriam (2006): La salud sexual y reproductiva. Revista Cubana de Salud Pública No.32.
39. Grant Alvarez, Miriam; Rosa María Torres Vidal, Libia Margarita López Nistal, María Elena Pérez Leyva(2012): Fecundidad, anticoncepción, aborto y mortalidad materna en Cuba Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba
40. Harris, Marvin y Eric B. Ross (1999) [1991]: Muerte, Sexo y Fecundidad. La Regulación Demográfica en las Sociedades Preindustriales y en Desarrollo. Alianza Editorial. España.
41. Héctor Javier Sánchez-Pérez, Guadalupe Vargas Morales, Josep María Jansá Vida y salud de la mujer en zonas de alta marginación en México¿Es peor ser indígena?
42. Hernández, R.(1986): E proceso de de la revolución demográfica en Cuba. CEDEM, Universidad de La Habana.

43. Ibañez, Marta (2010): Fecundidad, participación femenina en el empleo y políticas de conciliación en España. Departamento de Sociología Universidad de Oviedo. Disponible en <http://recwowe.vitamib.com/>.
44. Jiménez, Maren Andrea y Jorge Rodríguez Vignoli (2009): "Evaluating the Millennium Development Goal Target on Universal Access to Reproductive Health: a View from Latin America and the Caribbean", documento presentado a la reunión anual de la Population Association of America, Detroit.
45. [La tercera revolución de la modernidad. La revolución reproductiva](#). Revista Española de Investigaciones Sociológicas (Reis) No. 122, 2008, pp. 89-118, pág. 109-114.
46. Labrada Rosabal, Alejandro (2015): Factores sociales, percepción de salud y práctica de atención en el Consejo Popular Flores, Santiago de Cuba. Trabajo de diploma en opción al título de Licenciado en Sociología, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba.
47. López, Elsa M.: Anticoncepción y fecundidad en la Argentina(2005): prácticas, opiniones, y políticas. Centro de Estudios Demográficos, Universidad autónoma de Barcelona.
48. Lundgren, Rebecka (2000): Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina. División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Familia y Población (OPS).
49. Malthus, Thomas: Ensayo sobre el principio de la población, Madrid, 1846, pág. 16]
50. Mayra Paula Espina Prieto(2001): Humanismo, totalidad y complejidad. El giro epistemológico en el pensamiento social. CIPS.
51. Medina, Margarita R. y María del Carmen Fonseca (2003): Reflexiones sobre los paradigmas que explican la fecundidad. Tesis doctoral programa ALFA-POP. Ctro Estudios Demográficos. Barcelona.

52. Miró, Carmen A. (2009): América Latina, población y desarrollo (Antología). Colección Pensamiento Crítico Latinoamericano. CLACSO. Siglo del Hombre Editores, Colombia.
53. Moncada Santos, Margarita y Falcón Salmon, Humberto (2013): Contextualizando la relación pobreza, salud e inclusión social desde una mirada a la Atención Primaria de Salud como espacio social. Centro de Estudios para el Desarrollo Integral de la Cultura (CEDIC). Universidad de Oriente.
54. Moncada Santos, Margarita (2013): Prácticas culturales y salud. Una mirada sociológica a la Atención Primaria de Salud en comunidades pobres de Santiago de Cuba. CEDIC.
55. Moreno, Almudena (2004): Cambios en la fecundidad y el empleo femenino en los Estados de Bienestar del Sur de Europa en Perspectiva comparada: el papel del mercado laboral, la familia y las políticas familiares. Departamento de Sociología, Universidad Autónoma de Barcelona.
56. Organización de Naciones Unidas (1989): La población del mundo para fines del siglo. New York.
57. Nani, Ester (2004): Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y los Objetivos Del Milenio en América Latina y el Caribe. Asociación Mujeres en Acción Integrante de la Red Argentina de Monitoreo de Políticas de Género Buenos Aires, República Argentina.
58. Parsons, Talcott (1964): Edad y sexo en la estructura social de los Estados Unidos. Ensayos in Sociological Studies.
59. Peña Farías, Ángela (2014): La reproducción de la pobreza familiar desde la óptica de los regímenes de bienestar en el contexto cubano actual. Tesis en opción al grado de Doctora en Ciencias Sociológicas, La Habana.
60. Pérez Díaz, Julio (1994): "La política mundial de población en el siglo XX". Papeles de Demografía. No. 90, Centro de Estudios Demográficos, Barcelona.
61. Pérez Rojas, Niurka (1979): Características socio demográficas de la familia cubana. 1953-1970. Ed. Ciencias Sociales, La Habana.

62. Reis Itaboraí, Nathalie (2008): Los cambios en el comportamiento reproductivo, el protagonismo femenino y las desigualdades de clase: reflexiones sobre los límites de las políticas públicas a partir del caso brasileño. Papeles de población, México.
63. Ritzer, George (2007) [1993]: Teoría Sociológica Clásica. Ed. Félix Varela, La Habana.
64. Ritzer, George (2007) [1993]: Teoría Sociológica Contemporánea. Ed. Félix
65. Rodríguez Gomez, Grisell. (2006a). “Salud sexual y reproductiva adolescente en dos comunidades urbanas cubanas.” En: Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba. Universidad Autónoma del Estado de México y Universidad de La Habana. La Habana, Cuba.
66. Rodríguez Gómez, Grisell (2006b): La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales. Tesis en opción al título de doctora en ciencias económicas, CEDEM, Universidad de la Habana.
67. Rodríguez Gómez, Grisell(2013): De lo individual a lo social: Cambios en la fecundidad cubana. CEDEM, Universidad de La Habana.
68. Rodríguez Wong, Laura e Iñez H. O Perpétuo (2011): La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994. Centro Latinoamericano y Caribeño De Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL
69. Rodríguez Vignoli, JORGE: VULNERABILIDAD DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA(2001): ¿QUÉ HAY DE NUEVO? CEPAL-CELADE. Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe Santiago de Chile, 20 y 21 de junio.
70. Sen, Amartya(1992): “Sobre conceptos y medidas de pobreza” en Comercio Exterior(México DF) Vol. 42, nº 4, abril.
71. Stuart Mill, John y Harriet Taylor Mill (2001): Ensayos sobre la igualdad sexual. Ed. Cátedra, España.

72. Szasz, Ivonne, "El derecho a ser mujer", Contrapunto. La salud reproductiva [en línea] consultado 1/10/2012, disponible en: <http://www.tierramerica.org/mujer/contrapunto.shtml>
73. UNFPA (2006): Baja fecundidad. ¿El futuro de Europa? Entre Nous, Revista europea sobre salud sexual y reproductiva, No. 63.
74. Van de Kaa D.J.(2001): Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to a new behaviour. En "Global Fertility Transition". Supplement vol.27 of Population and Development Review. Population Council, New York.
75. Van de Kaa D.J.(2001): Postmodern fertility preferences: from changing value orientation to a new behaviour. En "Global Fertility Transition". Supplement vol.27 of Population and Development Review. Population Council, New York.
76. Villarreal Valera, José A.(2012): La dimensión cultural en la Atención Primaria de Salud: interacción prácticas culturales comunitarias - práctica médica familiar. Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Sociológicas, UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
77. Villasmil, Mary Carmen (1998): Fecundidad en familias en situación de pobreza: hipótesis para su estudio. Papeles de Población, vol. 4, núm. 18, octubre-diciembre, 1998, pp. 175-188, Universidad Autónoma de México, México.
78. Vinuesa, Julio y Colectivo de Autores: Demografía: análisis y proyecciones. Editorial Síntesis, pág. 93 Material en red.
79. Zabala Argüelles, María del Carmen (2005) "Jefatura femenina de hogar y familias monoparentales femeninas: vulnerabilidades y fortalezas", Ponencia presentada en la IV Reunión del Grupo de trabajo Familia e infancia, CLACSO, Cuzco, 23-25 de octubre.
80. Zabala Argüelles, M. (2010). Familia y pobreza en Cuba Estudio de casos. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.

## **Anexos**

### **Anexos 1**

#### **Guía de observación:**

**Tipo de Observación:** no participante

**Fecha:** 13, 16, 19 noviembre del 2015/ 18, 20, 22 febrero 2016

**Tiempo de Observación:** 12 horas.

**Lugar:** Circunscripción 34 de San Pedrito

**Objetivo:** observar las condiciones de vida de las mujeres en edad reproductiva y su comportamiento en el contexto de la comunidad.

Indicadores a medir:

- Condicionesde la vivienda
- Saneamiento ambiental
- Actividades que realizan

## **Anexo 2: Tablas**

Elaboradas por autor a partir de los datos obtenidos a partir del cuestionario y el análisis de documentos.

**Tabla.2:**

Situación de Indicadores de SSR										
Indicadores	AÑOS									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	P.J.M	M. S.C	P.J. M	M.S. C	P.J.M .	M.S. C	P.J. M	M.S. C	P.J. M	M.S. C
Embarazo en adolescencia	28,9	16,2	12,3	16,1	15,4	14,7	18,6	13,9	11,2	13
G.con probl. Nutricionales	44,6	40,3	24,6	29,5	18,4	32,2	19,3	41	20,3	36,5
Tasa mortalidad infantil	6,9	5,6	2,2	7,1	5,2	5,7	4,8	6,7	1,9	3,1
Tasa mortalidad materna	6,7	3	2,1	3	0	1,9	0	3,2	19,1	4,8
Indice Bajo Peso al nacer	14,7	4,9	8,3	6	5,8	6,1	7,3	6,1	6,6	6,2
Regulaciones menstruales	26,3	24,9	23,6	22,4	30,5	31,4	48,1	26,4	19,4	18,5
Tasa de abortos	19,3	23	22,1	25,5	26,5	24,7	23,9	30,1	20,7	28
Abortos en adolescencia	21,6	32,8	26,3	38,1	32,3	43,5	31,2	35	30,8	35,9
Embarazo en m. añosas	14,7	12,1	15,3	12	11,2	11,3	13	10,8	26	28
Prueba citológica	100,8	101,6	102,8	104,5	99,4	99,2	103	101	86,3	101,5

**Tabla.3 Edad de la primera relación sexual**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 años	4	5,2	5,2	5,2
	18 años	13	16,9	16,9	22,1
	15 años	30	39,0	39,0	61,0
	16	30	39,0	39,0	100,0
	Total	77	100,0	100,0	

**Tabla.4 Utilización de m/anticonceptivo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	10,4	10,4	10,4
	No	69	89,6	89,6	100,0
	Total	77	100,0	100,0	

**Tabla. 5 Momento en que ha recurrido a la utilización de algún método**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Después de mi primer embarazo	11	14,3	14,3	14,3
	Después de mi primera relación sexual	6	7,8	7,8	22,1
	Después que tuve mis hijos	46	59,7	59,7	81,8
	Nunca los he utilizado	14	18,2	18,2	100,0
	Total	77	100,0	100,0	

**Tabla.6 Consumo de sustancias**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	Bebidas alcohólicas	46	59,7	59,7	59,7
	Cigarros	16	20,8	20,8	80,5
	Calmañtes	1	1,3	1,3	81,8
	Infusiones naturales	6	7,8	7,8	89,6
	Ninguno	8	10,4	10,4	100,0
	Total	77	100,0	100,0	

### **Anexo 3**

#### **Guía de entrevista a expertos:**

1. Evaluación del estado actual de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad reproductiva en la comunidad en estudio.
2. Principales problemáticas o riesgos que enfrentan las mismas en su salud sexual y reproductiva.
3. Principales causas de estos problemas de salud.
4. Valoración de las prácticas y comportamientos asumidos por estas mujeres en el ejercicio de su reproducción.

## **Anexo 4**

Guía de entrevista en profundidad a mujeres en edad reproductiva de la comunidad.

Datos solicitados a las mujeres

Edad, nivel escolar, estado civil, personas con las que vive, cantidad de hijos, edad a que los tuvo.

Preguntas guías:

¿Cómo ha sido tu vida sexual y reproductiva hasta hoy?

¿Cómo llegaste al número de hijos que tienes hoy?

¿Pensaste tener la cantidad de hijos que tienes?

¿Cómo haces para atender a tus hijos?

Cuéntame sobre la utilización de métodos de anticoncepción.

La entrevista se realizó a 14 mujeres de la comunidad. Estas preguntas se utilizan como temas de apoyo en caso de ser necesarias, ya que las mujeres tienen la libertad de contar su historia sexual y reproductiva según desee en el diálogo.