

ELEMENTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Ingrid Behm Ammazini
Eyda María Camacho Cantillano

RESUMEN

Se describen los aspectos más relevantes del desarrollo histórico de la salud reproductiva, tanto nacional como internacional, con especial énfasis en Latinoamérica. Se discute conceptualmente el problema de la construcción genérica de la masculinidad y la salud reproductiva. Se caracteriza la atención de la salud reproductiva y los aspectos innovadores de los programas actuales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se plantea nuestra posición teórica y a partir de la propuesta de los principios teórico metodológicos, que orientan el accionar del Grupo Consultivo en Salud Reproductiva de la Universidad de Costa Rica, se analiza la salud reproductiva y los mediadores grupales, clase, familia y género.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la salud reproductiva ha sido conceptualizada desde el punto de vista de la reproducción biológica humana, en la cual se le asigna el papel fundamental a la mujer.

Esta concepción reduccionista es la que respalda la organización de los servicios de salud, los cuales se orientan fundamentalmente a la atención del embarazo, parto y puerperio, a la planificación familiar y en años más recientes, a la detección precoz del cáncer cérvico-uterino y de mama.

Si bien la orientación de los servicios es casi exclusivamente dirigida a la mujer, esto no constituye en ninguna medida una posición de privilegio, sino un "apoyo" a la

responsabilidad que la sociedad patriarcal le atribuye.

Así, la participación predominante del hombre en la reproducción humana, ha sido restringida a su rol procreador en el momento de la fecundación y eventualmente, en algunas familias, en el de proveedor. Este papel lo asume también la mujer parcialmente o en su totalidad, cuando se convierte en madre jefe de hogar, por abandono o por ser madre soltera. Sin embargo es importante destacar, que la toma de conciencia de algunos sectores aunque no mayoritarios, permite la emergencia de una relación contrahegemónica mucho más equitativa entre las parejas, las que participan corresponsablemente en los distintos aspectos relativos a la crianza y cuidado de sus hijos e hijas.

De esta manera, es de suma urgencia comprender el fenómeno de "la paternidad" en nuestras sociedades, que como se analiza más adelante está plagada de una serie de mitos, que se justifican en la construcción de la identidad genérica de varones y mujeres.

En esta visión el componente de la sexualidad ha sido excluido o visto en forma fragmentada, cuando la problemática social que se genera, obliga a acciones focales que intentan responder a las necesidades.

Esto ha llevado a que distintos grupos y personas empiecen a reflexionar y a generar propuestas alternativas, que ubiquen a la reproducción humana, como parte y consecuencia de la reproducción social.

Nuestro Grupo Consultivo en Salud Reproductiva de la Universidad de Costa Rica, viene trabajando en este sentido, convencidas de que es necesario crear las condiciones para efectuar una transformación de la práctica en esta área, tanto en lo relativo a la formación de recursos humanos, como a los servicios.

A las autoras, nos ha competido la responsabilidad de sistematizar la posición teórica y metodológica, que el grupo viene construyendo en el proceso de trabajo en el área de la salud reproductiva.

En el presente artículo, se efectúa una revisión de los principales pasos que históricamente se vienen dando en el ámbito internacional, especialmente en Latinoamérica, para conformar un pensamiento de vanguardia, que respalde el proceso de transformación de la práctica en esta área. Se aborda además, el problema de la construcción genérica de la masculinidad y la salud reproductiva, como punto álgido en la conceptualización y abordaje. Se discuten las características de la atención de la salud reproductiva y los aspectos innovadores de los programas actuales de la Caja Costarricense de Seguro Social. Posteriormente se desarrolla nuestra posición teórica, que se resume en la propuesta de los principios teórico metodológicos, a partir de los cuales se orienta nuestro modesto accionar. Por último se efectúa el análisis de la salud reproductiva y los mediadores grupales, clase familia y género.

LA SALUD REPRODUCTIVA EN COSTA RICA EN EL CONTEXTO SOCIO HISTÓRICO

La década de los 60 presencia el surgimiento de teorías poblacionales, que intentan explicar el subdesarrollo a partir del problema de la sobrepoblación. Esta forma de interpretar la cada vez más dramática situación de los pueblos del tercer mundo, parte de la ideología liberal y justifica la puesta en marcha de programas de planificación familiar, los cuales se debaten en antagonismos de orden moral y religioso. Costa Rica no es excepción a la tónica del momento.

En esta década, la población empieza a buscar el control de la fecundidad, para lo que según J. M. Ureña, acuden a los servicios privados de planificación familiar, los cuales tienen muy poca cobertura. Las Caravanas de Buena Voluntad, es el primer servicio que brinda información al respecto y suministra anticonceptivos en forma gratuita (1984. En: Mora, y Villafuerte, 1998).

La Asociación Demográfica Costarricense se crea en 1966, para responder al principio de que "los males del subdesarrollo, son consecuencia de la sobrepoblación". En 1967 el Ministerio de Salud establece el Programa Nacional de Planificación Familiar, cuya instancia responsable es la Oficina de Población. En 1969 el Ministerio de Educación, aprueba como parte de los programas educativos, la educación sexual.

Desde esa óptica participan también en este período: El Centro de Estudios Sociales y de Población (CESPO); el Centro de Orientación Familiar (COF), que surge como instancia de cooperación entre la Asociación Demográfica y la Iglesia Episcopal; el Comité Nacional de Población (CONAPO); el Centro de Integración Familiar (CIF) de la Iglesia Católica (*Op. cit.*).

La década del 70, presencia la consolidación de estos programas. Según estas autoras, la Caja Costarricense del Seguro Social inicia, en 1970, un Plan Piloto en Turrialba.

En 1974 se inicia el Proyecto "Consolidación del Programa Nacional de Planificación Familiar y Educación en Costa Rica", en

el que participan todas las organizaciones antes mencionadas. Es financiado por el Fondo de Población para las Naciones Unidas (FNUAP).

El programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud incorpora la Planificación Familiar, como parte de sus actividades a fines del 75. En 1976 se funda el Departamento de Población al Programa Materno Infantil.

La década de los 80 es testigo de una serie de acciones que consolidan la Planificación Familiar y que llevan a acuerdos entre el fondo de Población, la Asociación Demográfica, y diversas instancias gubernamentales: Ministerio de Salud y Caja Costarricense del Seguro Social. Los programas que de éstos se derivan reciben financiamiento de la Agencia Internacional de Desarrollo (AID).

Entre los acuerdos están: la "... capacitación del personal médico en planificación familiar" y el "... suministro de anticonceptivos y otros materiales, utilizados en las consultas de Planificación Familiar...", en los diferentes niveles de atención (*Op. cit.* Pág. 9).

En la década de los 90, la política neoliberal impulsa el proceso de reforma del aparato de estado en los países del tercer mundo, lo que conlleva a redireccionar el financiamiento de las agencias externas.

Esto hace que la Asociación Demográfica entre en franca crisis, lo que la obliga a convertirse en una organización no gubernamental (Ureña, *Op. cit.*).

Con los cambios a consecuencia de la reforma, se fortalece la función del Ministerio de Salud como organismo rector. La Caja Costarricense del Seguro Social, debe asumir la atención de la salud reproductiva y sexual, según se define dentro del Programa de Atención Integral de la Salud. Por lo tanto, teóricamente, debe atravesar todos los programas de atención a las personas, en el sentido de que ésta abarca desde la atención preconcepcional, la niñez y los aspectos sexual y reproductiva en las otras etapas de la vida (Guzmán *et al.*; 1997).

Los servicios se organizan alrededor de la concepción de la reproducción biológica:

Planificación familiar, embarazo, parto, puerperio y más recientemente, como se menciona en la introducción, los tamizajes de cáncer cérvico-uterino y de mama.

Según Mora y Villafuerte, en la última mitad del Siglo XX, el enfoque prioritario es el de la salud materno infantil, al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos. En la década de los 60, la planificación familiar es el eje sobre el que gira la cooperación técnica y financiera (*Op. cit.*).

Paralelamente a este desarrollo, en el contexto internacional se realizan intentos para reconceptualizar la salud reproductiva, y definir estrategias para el avance de las naciones, de acuerdo al contexto histórico social concreto.

De acuerdo a las autoras citadas, la evolución de las perspectivas de la salud materno infantil y de la planificación familiar, lleva a redefinir las responsabilidades de hombres y mujeres en la reproducción, las necesidades especiales de los y las adolescentes, la violencia y otras inequidades.

En una publicación del Population Council de 1999, se afirma que:

"La trascendencia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha sido ampliamente reconocida en las últimas décadas. De este modo, la comunidad internacional, los profesionales de la salud, los activistas y la sociedad en general se han aliado para asegurar el acceso de las mujeres y las parejas a una atención de calidad, así como para pugnar por un entorno en que se respeten los derechos sexuales y reproductivos. Distintos acontecimientos han marcado este proceso: el reconocimiento por parte de Naciones Unidas de los años 1985-1995 como la Década de la Mujer, la iniciativa por una Maternidad sin Riesgos (1987) y, más recientemente la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo CIPD, (El Cairo, 1995) y la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995), las dos últimas convocadas por

la Organización de las Naciones Unidas" (Pág. 5).

Si bien todas estas reuniones marcan un avance en la conceptualización, al integrar los aportes del enfoque de género y de participación social, no se ha logrado superar el enfoque idealista.

Por ejemplo, la reunión del Cairo parte del concepto de salud

"... como un estado de absoluto bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o padecimientos, en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor, sus funciones y procesos" (*Op. cit.* Pág. 14).

Incorpora además que:

"... la salud reproductiva entraña la capacidad de hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia...". "El derecho a la información y el acceso a métodos seguros y legales para regular la fecundidad, a la atención del embarazo y parto sin riesgo" (Naciones Unidas, 1995, Pág. 32. En: Mora y Villafuerte, *Op. cit.*).

A pesar de tomar en cuenta la "salud sexual" y no sólo "la atención de la reproducción humana y de las enfermedades de transmisión sexual", obvia el acceso diferencial que los varones y las mujeres tienen de acuerdo a su condición de vida; es decir, según su articulación e inserción en la estructura productiva, a partir de la cual interiorizan la cultura y dentro de ésta, los valores de clase y género fundamentalmente.

De ahí que las estrategias para el programa de acción, a pesar de superar el enfoque estrictamente demográfico y de reconocer que las necesidades de varones y mujeres son diferentes, resulte ser idealista. Esto no desmerece el avance real en la concep-

tualización de la salud reproductiva.

La Reunión de Beijing, marca otro aporte, aunque se parte del concepto de salud antes expuesto. Es importante señalar el reconocimiento a los derechos reproductivos, del control de la fecundidad, de la atención de la salud sexual y reproductiva y a la educación desde niños(as), sin violencia de género.

Las participantes por Costa Rica, elaboran el compromiso del país con la plataforma de acción de dicho evento. Se plantea dentro de este, el mejoramiento de las condiciones de salud de mujeres y hombres, desde una perspectiva de género (*Op. cit.*).

En Latinoamérica se han dado importantes aportes:

La Reunión de Cartagena, celebrada en 1993, plantea que la Salud Reproductiva se orienta al desarrollo del ser humano en su función reproductora de la especie, como en lo que concierne a la reproducción, del potencial intelectual y creativo, basado en la experiencia personal y colectiva en que se sustenta la sociedad (O.P.S./O.M.S., 1997. En: Mora y Villafuerte, *Op. cit.*). En este encuentro, según la Máster Griselda Ugalde, quien participa en la reunión por nuestro país, se plantea que la salud reproductiva debe verse en relación con los principios básicos del desarrollo humano y la responsabilidad social (Comunicación personal, 1999).

Definitivamente es un avance considerar a la salud reproductiva como un componente del desarrollo humano, del que la reproducción biológica es tan solo un aspecto.

La Reunión de Querétaro plantea que:

"La salud reproductiva es la capacidad y el derecho que tiene el hombre y la mujer de reproducirse en forma saludable y de tomar decisiones responsables concernientes como miembro de una familia y una comunidad, considerando el contexto social en el que está inmerso."

[Es además,] "... el proceso que permite al hombre y a la mujer crear y desarrollarse fortaleciendo sus potencialidades como seres humanos integrales, con

posibilidad de disfrutar su vida sexual, de reproducirse y mejorar la especie, los valores, la cultura y los conocimientos, con una visión que trasciende el ámbito personal, familiar, comunal y considera el avance permanente, la armonía y el respeto de los habitantes de todos los pueblos" (*Op. cit.*, Pág. 27-28. En: Mora y Villafuerte, *Op. cit.*, Pág. 30).

En ésta se hace énfasis en el proceso de socialización en el que la familia, la clase social y el género, mediatizan los conocimientos, actitudes y conductas de los seres humanos. Además considera que los servicios básicos en salud reproductiva, deben incluir las prácticas tradicionales, el control del SIDA y la educación sexual. Por otra parte plantea la necesidad de un proceso de cambio y aprendizaje individual y social, que implica responsabilidades en el desarrollo humano.

Es importante recalcar que el avance en las conceptualizaciones refleja sin duda, una toma de conciencia de la visión parcial que sobre salud reproductiva, se ha desarrollado dentro de la sociedad patriarcal. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer en el proceso de transformación de esta práctica, tanto en los elementos conceptuales interpretativos, como en la organización de los servicios y de la enseñanza.

MASCULINIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

Si se retoma el supuesto planteado en la introducción del trabajo, cual es que la mayoría de los hombres en la sociedad patriarcal, tienen restringida su participación en la reproducción humana a su rol procreador y eventualmente al de proveedor; es necesario entender como esta participación se construye en el desarrollo de su identidad genérica, que es justificada ideológicamente por la estructura organizativa de la sociedad actual.

En tal sentido hay que entender la categoría género como:

"... una serie de atributos y funciones, que van más allá de lo biológico re-

productivo, construidas culturalmente y que son adjudicados a los sexos para justificar diferencias y relaciones de opresión entre los mismos" (Keijzer, 1995, Pág. 3).

El autor destaca cómo la identidad genérica se construye mediante "... un complejo trabajo de socialización" que implica el incorporar formas de representarse, valorar y actuar en el mundo. Este complejo proceso cultural, según Buenaventura Sáenz, nos acompaña durante toda la vida. (1990. En: Keijzer, *Op. cit.*)

La valoración, representación y actuación del ser genérico, está plagada de una serie de mitos, que son parte constitutiva de la cultura patriarcal.

En tal sentido, se entiende por mito:

[a una] "... masa de ideas, creencias, teorías y juicios, en contradicción abierta con nuestra experiencia sensorial", [y que] "... pone de manifiesto tendencias, apetitos, afanes y deseos; brota de profundas emociones humanas que por su medio, se convierten en imágenes y adquieren forma definida; conduce a la objetivación de sentimientos y experiencias sociales..." (Cassirer, 1947. En: Calvo, 1990).

Esta definición traduce sintéticamente el sentido del mito patriarcal, que según Yadir Calvo, parafraseando a Jean Aubert,

"... responde a la necesidad compartida por todos [porque así lo hemos interiorizado] de justificar nuestros actos para legitimarlos, y a la exigencia de racionalidad que los orienta, aún cuando sean de lo más irracionales" (1990, Pág. 27).

Ahora bien, este mito constituye "... otro pase de magia del patriarcado" que representa de acuerdo a la autora "... un recurso fraudulento, en tanto que consiste en hacer pasar por verdaderas, aseveraciones absurdas o inverosímiles" (*Ibid.*).

Lo cierto del caso es que todos estos mitos y representaciones, tienen consecuencias nefastas para las relaciones intergenéricas, al legitimar la subordinación de las mujeres a los varones, la opresión y la desigualdad que se traduce en inequidades en todos los órdenes.

Pero aún hay más. Los efectos negativos de esta relación desigual entre estas mujeres y varones producto de la construcción genérica, afecta no solo a la mujer, sino a ambos.

En tal sentido hay que entender la masculinidad, como "... un conjunto de valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón de una cultura determinada" (Keijzer, *Op. cit.* Pág. 3).

Sin embargo, a pesar de que es un común denominador, que el modelo hegemónico de masculinidad en nuestras culturas, atribuya al varón el poder de dominancia para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres; las formas en que esta masculinidad se expresa, difieren de acuerdo a la clase social. Es decir, que la socialización genérica tiene manifestaciones particulares de acuerdo al grupo social de pertenencia.

Además la masculinidad expresada en este dominio, tiene graves consecuencias para la salud del varón, el cual tiene un acceso diferente a la misma, de acuerdo a su articulación en la estructura productiva. A partir de ésta, se establecen "las presiones y los límites", que van conformando las manifestaciones de la masculinidad en las diferentes clases sociales y en los varones (*Op. cit.*).

Ahora bien, la forma en que se manifiestan las relaciones de subordinación, ha variado a través de la historia.

Yadira Calvo, cita a Lévi Strauss, el cual analiza la relación de la ley de equivalencias entre contrastes significativos, en lo relativo a las estaciones climáticas, dentro de los Murngin, en Australia. La estación lluviosa representada por las Wawilak y la seca representada por la Serpiente.

La primera, significa "... lo puro, sagrado, macho, superior, *fertilizante*, iniciado". La segunda, "... lo impuro, profano, hembra,

inferior, *fertilizado*, no iniciado". Sin embargo, existe una contradicción pues la estación lluviosa, se considera masculina y la seca "asociada a la esterilidad", femenina, siendo la mujer representante de la fecundidad natural (1962. *Op. cit.*, Pág. 28 y 29).

Keijzer, cita el trabajo de Kaufman para ilustrar la costumbre taina de enterrar viva a la esposa favorita, cuando un hombre moría. En tal sentido el autor analiza, la consecuencia del "significado histórico", de la dominación patriarcal hacia la mujer (1989. *Op. cit.*).

Otros ejemplos concretos que ilustran esta subordinación histórica son los legitimados por diferentes religiones, en aras de la mantención de la estructura de poder.

En el Egipto A.E., en el imperio de los faraones, éstos tomaban por esposas a sus hermanas. Para que estas pudiesen establecer su vida con otro hombre, tenían que gozar del beneplácito del faraón (Dr. Guido Miranda, Comunicación personal, 1999).

Cuando el médico alemán Moebius afirma que:

"... la mujer es inferior mental porque la hembra es ante todo madre y la naturaleza sólo le exige amor y abnegación maternas, León XIII asegura en la *Rerum Novarum*, que a las mujeres la naturaleza las designa a las labores domésticas".

En 1909, casi treinta años después, "Pío V insiste en que [a las mujeres] les corresponde el cuidado de la economía del hogar y la educación de los hijos." En 1904, Pío X envía una carta a los obispos en la que les orienta sobre la Acción Popular Cristiana. En ella dispone que "jamás se le concederá la palabra a las mujeres por respetables y piadosas que sean" (Calvo, *Op. cit.*, Pág. 19).

Cuando el movimiento feminista propugna la emancipación psicológica, económica y social de la mujer, la iglesia lo interpreta en primer término

"... como un rechazo a los cargos conyugales y maternos de la esposa"

y en segundo término como

"... la temible posibilidad de que al manejar sus bienes, la mujer pueda libremente tener sus negocios, dirigirlos y administrarlos, incluso a espaldas y contra la voluntad de su marido"

y por último, considera que esta emancipación

"las alejaba de sus deberes domésticos" (Calvo, *Op. cit.* Pág. 20).

Según la autora, el movimiento de denuncia de las mujeres, cada vez más fuerte, lleva a que:

"En 1983, el Consejo Nacional de Iglesias, que comprende más de 30 congregaciones protestantes y ortodoxas de los Estados Unidos, sometió a revisión la Biblia, con el propósito de atenuar el sentimiento de exclusión que puedan generar en las mujeres las connotaciones sexistas de su texto."

En 1989 la Iglesia de Inglaterra publicó el documento *Tornando visibles a las mujeres*, en la que se recomienda

"evitar las referencias ofensivas para ellas en la liturgia eclesíástica"

porque

"la humanidad incluye también a las mujeres"

aunque

"Dios es varón" (*La Nación*, 1 de enero de 1989. En: *Op. cit.* Pág. 20).

Otro ejemplo de legitimación del poder patriarcal, la fiesta que la religión judía hace a los varones al cumplir los trece años, cuyo rito se denomina bar-mitzva. Esta ceremonia es parte de la cultura ancestral y se

mantiene en la actualidad. A partir de ese momento se considera que los varones alcanzan la madurez plena, psíquica y cívica, por lo que adquieren el derecho a la opinión, a su individualidad y pueden casarse. Este rito es exclusivo para los varones, quienes además son los únicos que pueden solicitar el divorcio (Dr. Guido Miranda, Comunicación personal, 1999).

La religión islámica permite al varón casarse nueve veces con mujeres vírgenes. Este privilegio está vedado a la mujer, la cual si se casa nuevamente, solo puede hacerlo, si es elegida por un hombre divorciado (Asanoski Sabrya, yugoslavo practicante de la religión musulmana, Comunicación personal, 1999).

Actualmente, la manifestación hegemónica de la masculinidad, se expresa en la violencia doméstica, la cual se reconoce como problema de salud pública. Ésta es un mecanismo patriarcal, que permite restablecer las relaciones de género (poder) "normales" (Goldner, 1990) y se considera como costumbre aceptada, según la expresión de un parlamentario de Nueva Guinea (Heise, 1994) (Ambos citados por Keijzer, *Op. cit.*).

En lo relativo a la sexualidad, una expresión de la misma es considerar a la mujer un objeto usable, mediante el cual el varón ejerce el poder. Expresiones cotidianas evidencian la aceptación de este mito por parte de las mujeres, quienes hacen alusión a la frecuencia con que "su señor" o "su esposo las usa" (*Op. cit.*).

Esta estructuración de límites como lo expresa el autor, explica una serie de manifestaciones como la frigidez, el hostigamiento y el abuso sexual. Muchas de éstas quedan ocultas por vergüenza o temor, a pesar de las instancias de denuncia que se han ido ganando en nuestras sociedades.

Por otra parte las penalizaciones por estos hechos, son sumamente benévolas y se refugian en el silencio de la complicidad masculina, hasta que nos toca, pues la que resulta agredida es la esposa o una hija (*Op. cit.*).

Otro hecho que ilustra esta situación en Costa Rica, es el desplazamiento del grupo de riesgo del SIDA, hacia mujeres amas

de casa. Esta situación refleja, siguiendo la lógica del autor, "... la falta de prevención y autocontrol masculina que se expresa en la negativa a usar el condón" y "a la bisexualidad negada por muchos". Manifiesta además, las relaciones de poder y subordinación entre hombres y mujeres.

Esta situación se agrava por el abuso del alcohol y la droga, que enmascara muchas veces actos de violencia inimaginables hacia la mujer, niños(as) y otros hombres, aparte de las consecuencias para su propia salud (*Op. cit.*).

En lo que respecta a la paternidad, esta se constituye en otro medio de subordinación, en el que la sociedad le asigna funciones específicas a los varones y a las mujeres. Tradicionalmente, según Beno de Keijzer, la atención de los niños y niñas de menos de dos años en lo relativo a los pañales, lactancia, alimentación y todo lo que concierne al proceso de construcción de la identidad genérica de las niñas, constituye un campo especializado de la mujer.

Al hombre le corresponde proveer [función asumida cada vez menos frecuentemente], educar sentimental y sexualmente a los hijos varones en lo relativo al trabajo, al deporte y a la defensa (1996).

Sin embargo, los roles de los varones se diluyen en una serie de conductas que obligan a hablar de paternidades, pues hay diversas maneras de concebirla y ejercerla. Según el autor, la paternidad encierra aspectos más amplios que la construcción de la identidad genérica (*Op. cit.*). Es decir, es el resultado de complejos y diversos procesos de socialización relativos a la sociedad y a la política, los cuales inciden en las relaciones intergenéricas, la estructura de la familia y la crisis de la masculinidad (Keijzer, s.a.).

La comprensión de la construcción genérica masculina, es un requisito fundamental para entender los cambios que necesariamente deben asumir, en lo relativo a su conducta sexual, la paternidad, los problemas de salud propios, de sus compañeras y de sus hijas e hijos.

Los papeles que han jugado tradicionalmente, influyen de manera determinante en las manifestaciones de la salud reproductiva tanto en el ámbito familiar como social.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, se declara que:

"Se deben realizar esfuerzos especiales para subrayar la responsabilidad compartida de los hombres y promover su participación activa en una paternidad responsable y un comportamiento sexual y reproductivo, incluyendo la planificación familiar; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; el control sobre los ingresos familiares y la educación, la salud y la nutrición de los hijos, y el reconocimiento y la promoción del idéntico valor de los hijos de ambos sexos" (Population Council, *Op. cit.* Pág. 11).

Estas prácticas, legitimadas en el devenir histórico, se traducen en una atención diferencial por clase social y por género como se discute en el apartado siguiente.

LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Como se señala en la introducción los servicios de salud reproductiva se han conceptualizado desde el punto de vista de la reproducción biológica, y se traduce en programas de acción orientados fundamentalmente a la atención del embarazo, parto, puerperio, planificación familiar y a la detección temprana del cáncer cérvico-uterino y de mama.

De tal manera la orientación de los servicios de salud reproductiva se ha dirigido principalmente hacia la mujer adulta, aunque actualmente se hacen esfuerzos importantes para organizar una oferta de servicios, que abarque los diferentes grupos de población.

Este esfuerzo se enfrenta a una realidad que se caracteriza por la carencia de servicios continuos para el y la adolescente, que se resuelve con "semanas", dedicadas al trabajo divulgativo, más que formativo. Las charlas sobre sexualidad y salud reproductiva, dan tan solo una pincelada que no supe las expectativas y mucho menos, las necesidades de este importante grupo poblacional. Los servicios enfatizan en la atención del embarazo y parto de las adolescentes.

En relación con este problema afirman Weller y Orellana, que el poco impacto de los esfuerzos dirigidos a ese grupo poblacional, a pesar de las buenas intenciones, se debe al desencuentro entre los intereses de éstos y los programas definidos desde el punto de vista de los adultos y que conlleva a "... la falta de caracterización del modo en que los primeros organizan el problema de salud" (1995, Pág. 58). A esta posición le agregamos, que el desencuentro es producto de la concepción patriarcal de la sociedad, que niega especialmente las expresiones de la sexualidad en este grupo.

Por otro lado, se enfrenta a la inexistencia de programas específicos orientados a la salud, específicamente a la salud reproductiva del varón, como sería por ejemplo, un programa de detección precoz de cáncer de próstata, cuando el país presencia una alza en la mortalidad por esta patología.

Esta pasa de 2,62 por 100 000 habitantes en 1972 a 4,51 en 1992, para el grupo de 45 a 59 años. Para el grupo de más de 60 años, se incrementa de 76,71 a 155,89 por 100 000 habitantes en el mismo período. Estos datos serían más dramáticos si se relaciona con la población masculina (CCSS, 1995, citado por: Araya, y otras, 1997).

Además existen disfunciones del aparato reproductor masculino, que es necesario atender. Aparte de las manifestaciones biológicas, es imprescindible dar respuestas a las necesidades propias en la dimensión de los procesos de conciencia y conducta de las condiciones de vida, como los analiza Pedro L. Castellanos (1991). Esta es una aproximación que permitiría hacer efectiva

en la atención de la salud, la teoría de género que permea el discurso oficial.

La respuesta a esta problemática ha constituido un cúmulo de acciones fragmentadas e insuficientes, que impiden una atención integral de la salud reproductiva masculina y femenina. Esto a pesar del énfasis de los programas dirigidos a la mujer, que cubren aspectos relativos a la reproducción biológica.

La nueva propuesta de oferta de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social define cinco programas de atención a las personas, a saber:

"La Atención Integral al Niño(a), la Atención Integral al(la) Adolescente, la Atención Integral a la Mujer, la Atención Integral al(la) Adulto(a), la Atención Integral al(la) Adulto(a) Mayor" (Guzmán *et al. Op. cit.*, Pág. 93).

Es importante destacar que dentro de estos programas se define como una línea de acción la salud sexual y reproductiva en los escenarios familiar, educativo, comunidad, servicios de salud y laboral.

Como aspectos innovadores se definen acciones específicas. En relación con los niños y niñas se plantea la promoción y educación. Para la adolescencia, la educación sexual integral, incluye los derechos sexuales y reproductivos, las relaciones de pareja, la detección y prevención del abuso sexual. En el programa de la mujer, aparte de las acciones tradicionales, se incluye los derechos sexuales y reproductivos y la educación sexual sobre autoimagen corporal, sexualidad, prevención ETS-Sida. Para las(os) adultas(os), se plantea la formación en paternidad y maternidad responsable, la capacitación en el uso de métodos anticonceptivos y la detección de conductas de riesgo. En relación con las(os) adultas(os) mayores, es importante destacar que hasta el momento no se había planteado en el discurso oficial, un interés dirigido hacia ese grupo poblacional; de ahí que todas las acciones contempladas sean innovadoras. Se define dentro del programa, la

educación sexual en lo relativo a la prevención del abuso y la sexualidad, atención a la salud sexual y reproductiva con énfasis en la sexualidad individual y en pareja, y la anti-concepción masculina (*Op. cit.*).

Está por verse cómo se logra vencer los obstáculos y cristalizar en la práctica los elementos connotados, los cuales resultan ser contrahegemónicos con la cultura institucional curativa y biomédica que se enmarca y se define por el conjunto de una sociedad eminentemente patriarcal. Por otra parte, cuál va a ser la respuesta de las personas y comunidades, que han interiorizado y aprehendido los valores patriarcales y una concepción de la salud morbicéntrica, que se traduce en prácticas de clase y género, que demandan una atención altamente medicalizada y fragmentada como respuesta a sus necesidades.

POSICIÓN TEÓRICA Y METODOLÓGICA

1. Aspectos generales

La salud reproductiva como práctica, ha sido escindida ideológicamente de la reproducción social, lo que conduce a que las acciones institucionales, en los diferentes escenarios, reproduzcan el reduccionismo y fragmentación positivista, con que han sido abordados tradicionalmente. Presentan los programas con una coherencia lógica normativa, que a su criterio permitiría asegurar una atención de "calidad".

De esta manera se obvian "las presiones y los límites" que definen esta práctica social, los cuales permitirían derivar los criterios explicativos de los acontecimientos en esta área.

Muchos aspectos que tienen que ver con la profunda complejidad de la salud reproductiva, son obviados o abordados tangencialmente, como es por ejemplo, la problemática de la salud reproductiva en la adolescencia o en la adultez mayor.

No se puede negar, que la salud reproductiva se construye en el contexto histórico social. Es decir, que su acercamiento,

exige caracterizar los elementos que a nivel macro, influyen en su conformación.

En el diagrama siguiente se presentan las diferentes instancias que actúan definiendo la complejidad de la práctica social.

En el primer término se destaca en el ámbito general, la base o estructura económica. En esta misma dimensión se ubica la superestructura, que legitima el orden económico o base material, en la que se ubica la esfera política y la ideología (normas, valores, usos, costumbres, mitos, entre otros).

La interrelación entre ambas instancias es profundamente dinámica. Es decir, tiene carácter de proceso y como tal se conforma en el decursar de la historia.

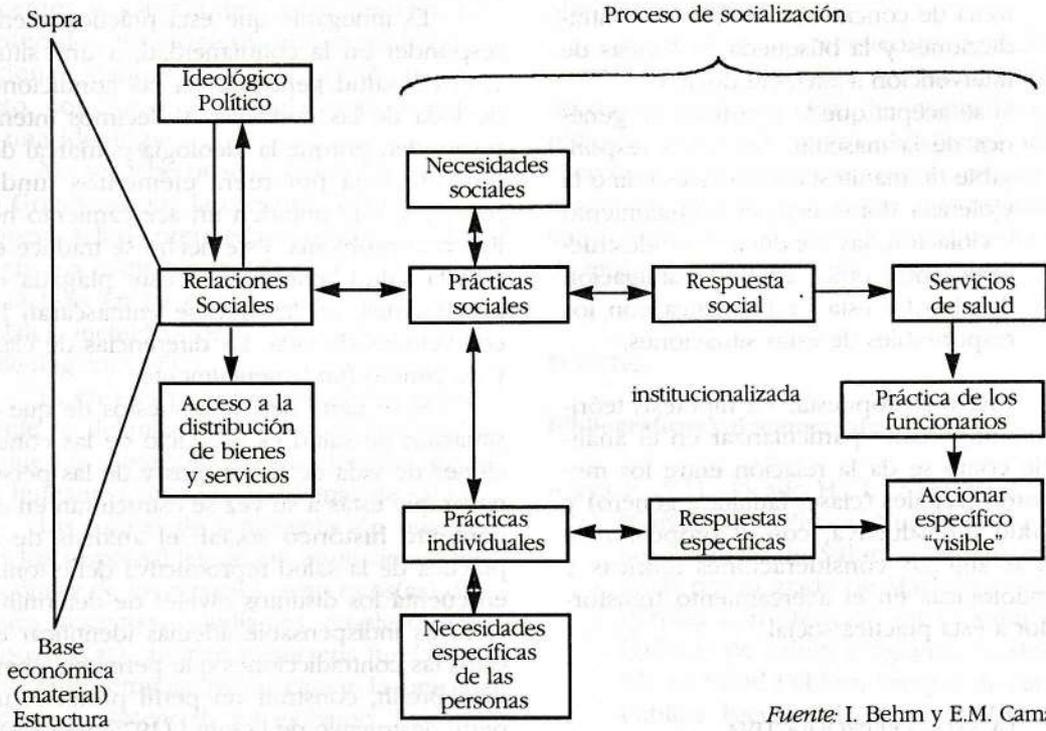
Producto de esta relación se estructuran las relaciones sociales, que corresponden a la dimensión particular. Estas se ubican en la Práctica Social en la que —producto de la posición que las personas ocupan en la estructura productiva— se definen las relaciones sociales, como consecuencia del acceso diferencial a los bienes y servicios, entre éstos, la salud.

De esta manera, la sociedad organiza un conjunto de respuestas sociales ante las necesidades, tanto a nivel del Estado como de la Sociedad Civil. Las personas pertenecen a diferentes instancias o mediadores grupales, como los llama Breilh, entre los que ubica a la clase social, a la familia, al género, entre otros (1995).

En tal sentido, los mediadores actúan moldeando y delimitando las características de grupos y personas mediante el complejo proceso de socialización, en el que la familia cumple un papel fundamental. Esta a su vez se comporta de acuerdo a su posición de clase y perpetúa las características de la sociedad, que en el caso que nos ocupa se basa en la propiedad privada de los medios de producción y es de corte patriarcal.

Las personas, a su vez tienen prácticas individuales que se ubican en la dimensión de lo singular, mediante las cuales responden a necesidades específicas. Estas respuestas son coherentes con la clase social de pertenencia y se enmarcan entre las posibilidades que les brinda la sociedad.

DIAGRAMA
INSTANCIAS QUE DELIMITAN Y DEFINEN LA PRÁCTICA SOCIAL



Fuente: I. Behm y E.M. Camacho

M. Schapira afirma que: "Las formas culturales que adquiere [para las personas] el estar sano o enfermo son parte del proceso histórico social en el que se conforman las subjetividades colectivas" (1993). En este complejo proceso de socialización, juegan un papel fundamental los mediadores grupales, antes mencionados, los cuales se analizan en relación con la salud reproductiva.

2. SUPUESTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS

El discurso seguido hasta aquí permite proponer, a manera de síntesis, los supuestos teóricos y metodológicos orientadores de un accionar comprometido con la transformación de la práctica en salud reproductiva.

1. La salud reproductiva tiene carácter de clase y está definida por la construc-

ción genérica. Por tanto, el estudio de sus manifestaciones debe tomar en cuenta, las características de su estructuración histórica.

2. El reconocimiento del carácter complejo de la salud, específicamente de la salud reproductiva, y de su estructuración histórico social, exige modalidades investigativas, que permitan rescatar los aspectos cualitativos y cuantitativos de esta realidad.

3. Si se acepta que la salud reproductiva es una práctica permeada de la construcción genérica, el acercamiento al problema exige utilizar técnicas, que permitan develar los contenidos ideológicos de esta construcción en los diferentes actores.

4. Si existe una contradicción sobre el discurso oficial —el cual acepta la teoría de género— y la forma de organización

de los servicios e instituciones formadoras; hay que utilizar formas de acercamiento que permitan al personal, la toma de conciencia sobre estas contradicciones y la búsqueda de formas de intervención acordes al discurso.

5. Si se acepta que la construcción genérica de la masculinidad, es la responsable de manifestaciones tales como la violencia doméstica, el hostigamiento y violación, las conductas autodestructivas, entre otras; existe la obligación de abordar esta problemática con los responsables de estas situaciones.

Una vez propuestas las hipótesis teóricas, es importante particularizar en el análisis de cómo se da la relación entre los mediadores grupales (clase, familia y género) y la salud reproductiva, con el propósito de aportar algunas consideraciones teóricas y metodológicas en el acercamiento transformador a ésta práctica social.

3. LA SALUD REPRODUCTIVA Y LOS MEDIADORES GRUPALES CLASE, FAMILIA Y GÉNERO. ELEMENTOS PARA SU CONSTRUCCIÓN

Se parte del supuesto de que la salud reproductiva es una práctica social, que se manifiesta en la dimensión particular. Como tal está mediada por la clase social, el género y la familia.

La clase social se entiende como un grupo que tiene una posición similar en la estructura productiva y que comparte una condición de vida y consecuentemente una ideología similar. Ésta es interiorizada a través del proceso de socialización, que es distinto para hombres y mujeres. De este proceso por lo tanto, se derivan las diferencias de género, que atraviesan las clases sociales. La familia como uno de los medios de socialización más importantes, reproduce la ideología dominante y asegura su reproducción.

Lógicamente es entendible que las personas, reproduzcan en los diferentes escenarios esta compleja situación, que no

puede ser obviada en el acercamiento a los problemas, en el caso que nos ocupa, la práctica en salud reproductiva.

Es innegable que esta práctica intente responder en la cotidianeidad, a una situación de salud generada en las condiciones de vida de las personas. Y decimos intente responder, porque la ideología patriarcal dominante deja por fuera elementos fundamentales, que impiden un acercamiento holístico al problema. Este hecho se traduce en que la salud reproductiva este plagada de inequidades, en las que se enmascaran las condiciones de vida, las diferencias de clase y de género fundamentalmente.

Si se parte de los supuestos de que la situación de salud es producto de las condiciones de vida de los grupos y de las personas y que éstas a su vez se estructuran en un contexto histórico social; el análisis de la práctica de la salud reproductiva debe tomar en cuenta los distintos niveles de determinación. Es indispensable además identificar en éstos las contradicciones que permiten, como dice Breilh, construir un perfil protector/un perfil destructivo de la salud (1975, Pág. 49).

Cabe preguntarse ¿qué elementos de la dimensión general (estructura político ideológica y base económica), permiten potenciar una práctica en salud reproductiva, tendente al logro de la equidad y consecuentemente de la sobrevivencia y la salud de hombres y mujeres?

De la misma manera, se deben ubicar los elementos que impiden avanzar hacia el logro de una práctica en salud reproductiva equitativa y de calidad que asegure un perfil protector y qué elementos potencian, contradictoriamente, un perfil destructivo que acelera los procesos de envejecimiento, enfermedad y muerte.

El problema radica en definir ¿cuáles son los lineamientos metodológicos que permiten este acercamiento?

Los datos fríos generados desde la estructura de poder, resultan reducidos e insuficientes para profundizar en una problemática tan compleja.

Sin embargo, existe la posibilidad de acercarnos en el ámbito particular a

las personas que laboran en los servicios, o que participan en la formación de recursos humanos para la salud, sean estos docentes o estudiantes, para develar los contenidos ideológicos que respaldan el accionar institucional o su accionar concreto, como sujetos singulares portadores de una ideología.

No se debe olvidar, como afirma Mabel Grimberg, que la construcción social del proceso salud-enfermedad-atención, constituyen una compleja red de representaciones y prácticas en las que se articulan procesos sociales, incluidos los económicos, políticos e ideológicos (1992).

Es en esta compleja red de relaciones donde se delimitan las características de las respuestas (atención y formación de recursos humanos), ante los problemas de salud.

Las formas de representación que tienen los responsables de las instituciones formadoras y de los servicios, sean estos(as) dirigentes, docentes, estudiantes, empleados(as) o usuarios(as), aportan elementos fundamentales, que permiten redireccionar la práctica docente y asistencial. Sin embargo, hay que tomar conciencia de que el reto es difícil y exige métodos creativos, que permitan ir ganando terreno al enfoque y accionar reduccionista y patriarcal de nuestras instituciones.

4. REFLEXIÓN FINAL

El proceso de trabajo y reflexión que ha venido desarrollando el Grupo Consultivo en Salud Reproductiva de la Universidad de Costa Rica, ha sido una continua búsqueda de posibilidades de acercamiento creativo a una práctica legitimada a través de los años. El propósito que perseguimos es el de ir construyendo una posición teórica y metodológica, en la que confluyen tres aspectos de fundamental importancia.

El primero es el reconocimiento de la necesaria transformación de una práctica en salud reproductiva reduccionista y patriarcal.

El segundo, la adopción de una perspectiva crítica que integre los principios his-

tóricos y dialécticos, dentro de la que se reconoce la importancia de dilucidar los contenidos ideológicos que respaldan las inequidades genéricas.

Por último, los encuentros y desencuentros, que en el camino nos han enfrentado con posiciones teóricas de "avanzada" y la reproducción de elementos ideológicos, interiorizados por las personas del grupo, en el medio social y cultural que pretendemos transformar. De esta manera el avance ha sido lento y profundamente cuestionador.

FUENTES

Bibliográficas y documentales

- Araya F., V.H.; Picado H., L.; Sánchez Z., M. "Cáncer de próstata. Nuevo reto para las Políticas de Salud". Trabajo para optar por el grado de Máster en Salud Pública con Mención en Gestión de Políticas de Salud, Programa de Maestría en Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, 1997.
- Breilh, Jaime. "Nuevos Conceptos y técnicas de Investigación. Guía Pedagógica para un taller de metodología". Segunda Edición. *Serie Epidemiología Crítica* N°3. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Ecuador, 1995.
- Calvo F., Yadira. *A la mujer por la palabra*. Primera Edición. Editorial de la Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica, 1990. Premio en la rama de ensayo del certamen UNA-PALABRA, 1989.
- Castellanos, Pedro Luis. "Proyecto: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar." OPS/OMS borrador de trabajo, 1991.
- De Keijzer, Beno. "La masculinidad como factor de riesgo". Serie *Salud y Género*.

- Inédito. Zacatecas, nov. 1995. (Pendiente de publicar por PUEG y la Universidad Autónoma de Tabasco).
- De Keijzer, Beno. "Para negociar se necesitan dos: Procesos de interacción en la pareja con énfasis en la crianza: una aproximación crítica desde lo masculino". *Serie Salud y Género*, mayo de 1996.
- De Keijzer, Beno. "Paternidad y transición de género". Capítulo para el libro: *Transformation of family structure in the nineties and the future of children*. Editado por Beatriz Schumlder y Ana Langer, Population Council, s.a.". Serie Salud y Género.
- Gimberg, Mabel "Sexualidad y construcción social del HIV-SIDA: Las representaciones médicas". *Cuadernos Médico Sociales*. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario, N° 70, 1995.
- Guzmán, A., MacDonald, J., Quirós, I., Sánchez, R., Fernández, A. "Atención Integral en Salud". Módulo 3. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud para los Médicos(as) Generales de los EBAIS.UCR/CCSS/CENSEISS. 1997.
- Herrera, P., de Keijzer, B., Reyes, E. "Salud mental y géneros: Una experiencia de educación popular en salud con hombres y mujeres". *Ponencia*. Coloquio de Género y salud femenina, organizado por el CIESAS y el INNSZ, México D. F., junio del 93.
- Mora M., Rosa E. y Villafuerte V., Annes Y. "Salud reproductiva: Análisis de los contenidos del discurso de un grupo de funcionarios del nivel local". Área de salud de Liberia, Guanacaste. *Trabajo final para optar por el grado de Máster en Salud Pública con Mención en Gestión de Políticas de Salud*, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, 1998.
- Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. *Mensajes sobre salud sexual y reproductiva*. Tomo I. Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V. 1999.
- Schapira, Marta V. "Representaciones del proceso de salud enfermedad y la valoración de la atención médica desde la perspectiva de la mujer". Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario, *Cuadernos Médico Sociales* N° 65 – 66, 1993.
- Weller, S. I.; Orellana, L. C. "Representaciones de los jóvenes en torno a la salud. Un estudio exploratorio de perfiles". Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario, *Cuadernos Médico Sociales* N° 70, 1995.

Construcción colectiva

Grupo Consultivo en Salud Reproductiva de la Universidad de Costa Rica constituido por: Ingrid Behm Ammazzini, Eyda María Camacho Cantillano, Ana Isabel Rojas Chavarría y Griselda Ugalde Salazar.

Comunicación personal

Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Sr. Asanoski Sabrya, (1999).

Ingrid Behm Ammazzini
Programa de Tecnología en Salud
Facultad de Medicina
Universidad de Costa Rica

Eyda María Camacho Cantillano
Programa de Tecnología en Salud
Facultad de Medicina
Universidad de Costa Rica