



*Universidad de La Habana
Facultad de Filosofía e Historia
Departamento de Sociología*

Trabajo de Diploma

*Título: Salud sexual y reproductiva en
espacios desiguales de Ciudad de La Habana.
Un estudio de caso.*

Autora: Danay Díaz Pérez

Tutoras: Dra. Mariana Ravenet Ramírez

Dra. Luisa Íñiguez Rojas

Cotutora Lic. Niuva Ávila Vargas

Mayo/2009

*A mi princesa Elim, por ser la fuente de mi inspiración.
A mis padres por su apoyo incondicional.
A la ciencia sociológica por facilitar la comprensión de la realidad social.*

Agradecimientos:

A Dios por sus continuas bendiciones, por su eterno amor y por darme fuerzas cuando más lo necesitaba.

A mis padres por su apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado.

A mis profesores de la universidad por despertar en mí el interés por la realidad social.

Al Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano por su interés y apoyo en mi tesis.

A la doctora Ruth Daysi Henriques por guiarme desde la primera vez que fui al Centro a pedir ayuda y confiar en mí.

A mis tutoras Luisa y Mariana por su paciencia y enseñanza.

A Niuva por enseñarme a amar la Sociología y por su ejemplo profesional y personal.

A Vanessa por encaminarme cuando más perdida estaba.

A Rangel por sus consejos y su buena enseñanza.

A la Dra. Antuané por su tiempo y gran ayuda en los Bajos de Santa Ana.

A la asistente Milagros, la enfermera Odalys y la Dra. Anaisa por acogerme en el consultorio de Nuevo Vedado mientras hacía las encuestas.

A todas las mujeres encuestadas, por dedicarme su tiempo y cooperar en esta investigación.

A Yelena por ser mi amiga de siempre y por soportarme todos estos años.

A Anny por sus consejos y por su ejemplo de dignidad, por enseñarme a encontrar la Sociología en las cosas más insignificantes, por nuestros años en la universidad que han sido los mejores.

A mi tía Estrella por ser mi segunda madre, por sus oraciones diarias y por confiar en mí.

A mis tías Nery y Lulú por su amor y generosidad.

A mi tía Mercy por interceder por mí y ayudarme con la niña.

A Norbe por su cariño, sus consejos en todo tiempo y por su gran ayuda durante todos estos años de universidad.

A Lourdes por su gran apoyo espiritual y material sin pedir nada a cambio.

A los muchachos (Ariel y Arian) por prestarme la computadora cuando más la necesitaba.

A Sandra y Yessi por desafiar la lluvia y ayudarme con las encuestas.

A Liene por apoyarme con la computadora y porque con el tiempo, también se convirtió en un amigo confiable.

A Ana Adela y su familia por ayudarme a terminar la tesis y por su apoyo durante todos estos años.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: ALGUNAS CUESTIONES TEÓRICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DESIGUALDADES ESPACIALES.....	8
1.1. El estudio de la salud desde la Sociología.....	8
1.2. Salud sexual y reproductiva.....	15
1.3. Salud sexual y reproductiva en Cuba.....	19
1.4. Breve aproximación al estudio de las desigualdades espaciales.....	28
Capítulo II: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESPACIOS DESIGUALES.....	33
2.1. Fundamentación de la investigación.....	33
2.2. Diseño de investigación.....	35
2.3. Metodología.....	43
2.4. Selección muestral.....	45
CAPÍTULO III: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL RESIDENTES EN LOS BAJOS DE SANTA Y NUEVO VEDADO.	48
3.1. Características sociodemográficas de las mujeres de la muestra.....	48
3.2. Condiciones de vida de las mujeres estudiadas.....	56
3.3. Comportamiento sexual y reproductivo.....	64
3.4. Conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva.....	81
3.5. Significado que atribuyen a su salud sexual y reproductiva.....	84
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	93
ANEXOS	
Anexo 1: Técnicas	
Anexo 2: Entrevistas a expertos	
Anexo 3: Criterios de selección de los espacios.	

Introducción

Desde el propio surgimiento del hombre, su salud ha constituido un pilar fundamental en el funcionamiento de cualquier sociedad y como se ha estudiado, esta no sólo es el resultado de procesos biológicos y ambientales, sino también sociales e institucionales como el sistema de salud, los valores familiares, las creencias religiosas, entre otras. Generalmente cada individuo está condicionado por las características de la sociedad y en este sentido, sus acciones responden a normas y valores sociales predeterminados, en conjunto con sus experiencias personales. Incluso su manera de reproducirse y de asumir su sexualidad están influenciados por el contexto sociohistórico en el que vive.

Dentro de las múltiples problemáticas inmersas en el ámbito de la salud a nivel mundial, el tema de la salud sexual y reproductiva ha sido objeto de investigación en numerosos estudios durante los últimos años. Ello se debe fundamentalmente a una serie de problemas que han venido afectando la reproducción y sexualidad en general de las personas, en especial de las mujeres, víctimas de sociedades patriarcales que la han limitado, primero al ámbito del placer sexual y luego al de la maternidad, muchas veces sin tener decisión sobre esta área de su vida. La constante lucha que ella ha protagonizado en aras de alcanzar sus derechos sexuales y reproductivos, también ha contribuido a que este sea uno de los temas más antiguos y abordados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este sentido, la perspectiva sociológica intenta abordar el tema de la salud sexual y reproductiva desde una visión que integre tanto los factores biológicos, psicológicos e histórico-sociales, con el fin de alcanzar la mejor comprensión del fenómeno. En las investigaciones sobre los determinantes sociales de la salud se han tenido en cuenta variables como: clase social, género, etnia y ubicación territorial o áreas geográficas. En general, se han observado comportamientos diferentes de la salud sexual y reproductiva influenciados por condiciones socioeconómicas, culturales, entre otras. Incluso entre las mujeres de una

determinada sociedad se evidencian diferencias. Es entonces cuando se habla de diferencial según el lugar de residencia, el nivel educacional, la condición ocupacional, etc.

Algunas investigaciones en Cuba han tenido en cuenta el espacio en este análisis, sin embargo, desde las desigualdades espaciales ha sido poco abordado. La presente investigación tiene como objetivo principal comparar la salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil en dos espacios desiguales de Ciudad de La Habana, el cual se apoya en objetivos específicos y preguntas de investigación.

La relevancia de este estudio no ha sido sólo abordar este aspecto de la salud desde las desigualdades espaciales, sino demostrar la incidencia del espacio en cuestiones sexuales y reproductivas, teniendo en cuenta los factores económicos y socioculturales que caracterizan los mismos. Ello permitirá que se tracen estrategias más focalizadas, teniendo en cuenta los diferenciales espaciales. Otro de los aspectos significativos es la incorporación del elemento subjetivo en el presente análisis, pues se analizó el conocimiento y significado que tiene para las mujeres estudiadas, su salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, también es necesario considerar que una de las limitaciones del estudio propuesto es que los resultados no son susceptibles de generalizar, pues la muestra no es representativa del resto de la población. Además se reconoce que el empleo de otras técnicas como la historia de vida, hubiera aportado mayor riqueza al discurso cualitativo sobre salud sexual y reproductiva.

El trabajo se ha estructurado en tres capítulos. El primero, propone un acercamiento a la teoría donde se analiza el tratamiento que las Ciencias Sociales han realizado sobre la salud y la salud sexual y reproductiva; se hace referencia a esta temática en el contexto cubano y su desarrollo histórico desde principios del siglo XX hasta la actualidad. Por último, se dedica un epígrafe a los aspectos teóricos más relevantes de las desigualdades espaciales. El segundo, presenta el

diseño de investigación, el cual contiene el problema de investigación, preguntas y objetivos específicos, conceptos fundamentales que se utilizaron, la operacionalización de las variables y la unidad de análisis. Se explican los criterios tenidos en cuenta para la selección de los espacios; se exponen los métodos y técnicas empleados para la recogida de información; el plan de análisis para su procesamiento y los recursos materiales y de tiempo que se necesitaron.

El tercer capítulo se propone exponer los resultados siguiendo cada uno de los objetivos propuestos y comparando cada variable según los espacios estudiados. El primer epígrafe aborda las características sociodemográficas de las mujeres de la muestra, el segundo analiza las condiciones de vida en que se desarrollan las mismas, el tercero se refiere a su comportamiento sexual y reproductivo y luego, se explica el conocimiento y significado que le atribuyen a su salud sexual y reproductiva.

Por último, se presentan algunas ideas que no pretenden ser conclusivas, sino aspectos de reflexión que estimulen nuevas investigaciones en este sentido. También se plantean algunas recomendaciones que pueden guiar otros estudios y dar solución a problemas que han sido demostrados.

Se consultó una amplia bibliografía que posibilitó un mayor acercamiento al tema por brindar suficiente conocimiento teórico e información especializada. Se trabajó en lo fundamental con enfoques teóricos provenientes del interaccionismo simbólico, la teoría ecológica y la marxista; así como algunas corrientes feministas sobre salud; y para el caso cubano, en especial, autores tales como R. Fleitas, G. Gómez y L. Iñiguez. Sin embargo, los estudios consultados se concentran específicamente en mujeres, lo cual constituye una de las limitaciones del tema que se investiga.

Capítulo I: Algunas cuestiones teóricas sobre salud sexual y reproductiva y desigualdades espaciales.

1.1. El estudio de la salud desde la Sociología

El estudio de la salud desde el punto de vista social se ha fraccionado en diferentes disciplinas como la medicina social, la sociología médica, la higiene social, la epidemiología social, la medicina colectiva, entre otras. Las mismas han trascendido la perspectiva de la medicina convencional para adentrarse en aquellos factores sociales que inciden sobre el comportamiento de la salud humana.

Uno de los primeros en destacarse en estos estudios fue Johann Peter Frank (1745-1821), considerado el pionero de la medicina social. En 1779 surge en Alemania el primer volumen de su obra (Sistema de una administración sanitaria integral), considerada como la primera gran recopilación del conocimiento contemporáneo sobre las relaciones sociales de la salud y la enfermedad.

A finales del siglo XVIII, Frank era director general de salud pública de la Lombardía austríaca y profesor de medicina clínica en la Universidad de Pavía. Sus magistrales conferencias le dieron el título de un reformador social, pues su discurso estuvo siempre a favor, no de reformas sanitarias; sino sociales y económicas. Se dedicó a estudiar las condiciones de vida y de trabajo de la población y llegó a la conclusión que la causa principal de las enfermedades era la pobreza. Analizó además problemas sociodemográficos, como la atención a madres y a mujeres embarazadas; así como los programas de beneficencia para lactantes y niños, la higiene escolar, la alimentación, entre otros aspectos. Consagró su vida a estudiar las condiciones sociales en que vivían los hombres en función de promover la salud y el bienestar del pueblo.

Otro de los estudiosos que se destacó en este sentido fue Emile Durkheim, considerado uno de los grandes clásicos de la disciplina sociológica. Durkheim se

dedicó a analizar las tasas de suicidio en Europa en 1897, abordando además algunos problemas de salud mental relacionadas con éste. Desde sus reflexiones, se interesó por el tipo de suicidio “anómico” como el más característico de la sociedad moderna, cuya ocurrencia es mayor en los períodos de agitación social y está relacionado también con fenómenos tales como incremento de los divorcios y las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades.

También en Francia, en la primera mitad del siglo XIX, se iniciaron numerosos estudios sobre las relaciones entre la posición social de cada individuo y las enfermedades. Con la ayuda de métodos estadísticos se llevaron a cabo una serie de investigaciones sobre las diferencias en la tasa de morbilidad entre las distintas clases sociales, analizándose la influencia que ejercían la alimentación, la vivienda y la profesión sobre la salud.

En 1848 surge en este país el concepto de medicina social por el Dr. Jules R. Guérin, quien la entendía como “el estudio de las relaciones entre el estado físico y psíquico de una población y sus leyes u otras instituciones sociales; las relaciones entre los factores sociales, la salud y la enfermedad; así como la elaboración de medidas para fomentar la salud y prevenir la enfermedad.”¹ En este concepto el autor enfatiza en la visión macrosocial de la salud al considerar su estrecha relación con el sistema social en general y las instituciones que lo integran. La prevención de las enfermedades es una función que debe garantizar la sociedad con la ayuda del conocimiento científico.

Las ideas de Carlos Marx y Federico Engels constituyeron también un significativo aporte al estudiar la situación de la clase obrera. La teoría marxista sobre la sociedad brinda un análisis sobre la salud y la enfermedad, considerando que están muy vinculadas a la explotación de las clases. Ellos creían que el hombre sólo podía tener un desarrollo sano sin ser explotado por el sistema capitalista, es

¹ Colectivo de autores alemanes. (2006). Sociología y medicina. En: Compiladora Fleitas Ruiz, Reina. **Sociología y políticas de salud. Selección de lecturas**. Editorial Félix Varela. La Habana. Pág. 64-65.

decir, mediante el establecimiento de relaciones socialistas de producción. Las obras de Marx y Engels ("El Capital" y "La situación de la clase obrera en Inglaterra" respectivamente) fueron fundamentales para denunciar las pésimas condiciones de vida a que estaban sometidos los obreros europeos, especialmente mujeres y niños; así como la influencia de esta situación sobre la salud de los individuos.

También en Alemania se desarrolló e institucionalizó la disciplina de Higiene Social por Alfred Grotjahn. En su importante obra "Patología Social" (1912) afirmó: "No sólo muchas enfermedades tienen su origen primario en causas sociales, sino que un número mucho mayor son influídas decisivamente en su evolución, ya sea favorable o desfavorable, por circunstancias sociales."² El mismo autor simplificó la relación entre salud y condiciones sociales en el siguiente esquema:

- "1) Las condiciones sociales crean o favorecen la predisposición a enfermar.
- 2) Las condiciones sociales son las portadoras de las condiciones de enfermedad.
- 3) Las condiciones sociales son eslabones intermediarios de la patogenia.
- 4) Las condiciones sociales influyen en la evolución de las enfermedades."³

Para Grotjahn lo social estaba presente desde el propio origen de las enfermedades hasta su evolución y recuperación del paciente. Su concepción teórica de la medicina social viene a ser la máxima expresión de la clase burguesa.

Asimismo en Rusia se destacaron los estudios de Nikolai Semaschko, quien fuera el primer comisario de sanidad del gobierno de Lenin tras la Revolución Socialista de Octubre. Este médico se empeñó en demostrar estadísticamente la relación entre las deficientes condiciones de vida y el estado de salud de la población rusa, y a partir de sus estudios se desplegaron concepciones teóricas, metodológicas y

² Citado en: *Ibíd.* Pág. 66.

³ *Ídem.*

organizativas que han ejercido influencia hasta nuestros días en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En general, todos estos autores de una forma u otra, han analizado la interrelación entre las condiciones sociales, la salud y la enfermedad de los hombres. Algunos se han centrado más en los aspectos macrosociales que influyen en la salud (sistema social e instituciones sociales) y otros en los microsociales (condiciones y estilos de vida). Se trata de brindar las herramientas necesarias para que cada gobierno adopte políticas de salud de acuerdo a las necesidades de su población y para que cada hombre tome conciencia de su estado de salud y bienestar. Sus concepciones teóricas se consideran los antecedentes de la sociología médica.

Desde 1924 se iniciaron algunos estudios sobre las creencias y normas relativas a la salud en los estudios antropológicos. Sin embargo, no fue hasta 1960 que se creó la Sección de Sociología de la Medicina en la Asociación Americana de Sociología. A partir de este momento el proceso de institucionalización y desarrollo de esta disciplina ha sido constante, y se han especializado áreas como la etnomedicina y la sociología hospitalaria.

La sociología de la medicina o también conocida como sociología médica, nace ante la necesidad de entender la medicina en la sociedad, en general, y en cada grupo social. Esta disciplina demostró la validez del análisis sociológico para una mayor comprensión de la salud humana, la interacción medico-paciente, la forma en que los individuos y sus respectivas familias asumen la enfermedad, los perfiles profesionales del personal sanitario, las formas en que se organizan y distribuyen los servicios, las disposiciones nacionales e internacionales de los sistemas sanitarios y los problemas relacionados con las políticas de salud.

Talcott Parsons inició los estudios relacionados al ámbito de la salud desde una visión sociológica. En su obra "El sistema social" (1951), dedica un capítulo al análisis de las relaciones entre la sociedad y la salud o la enfermedad. La teoría

funcionalista parsoniana sostiene la idea de que una parte considerable del origen de las enfermedades es producto de factores motivacionales. Según el autor, algunas personas se exponen a injurias o infecciones inconscientemente como un medio de evadir las presiones sociales a que están sometidas. Consideraba además la enfermedad como una disfunción que obstaculiza el correcto funcionamiento de la sociedad y va en contra del alcance de algunos objetivos sociales. También analiza el rol específico que desempeña el enfermo en la sociedad y resalta el papel del médico como una función de control social que vigila las desviaciones de conducta. Parsons idealizó cómo debería actuar la población cuando se encontraba enferma, definiendo normas y valores relativos al estatus del enfermo, tanto para el paciente como para las personas que le rodean.

En el estudio de la salud por la sociología se destacó también el paradigma ecológico, el cual a diferencia del estructural-funcionalismo, no entiende la enfermedad como un problema de no adaptación del individuo, sino que asume las complejas relaciones entre sistemas biológicos, psicológicos y sociales. En este sentido, el concepto de enfermedad se analiza desde la cultura hasta la experiencia de los propios individuos, por lo que la identidad social del enfermo varía según el contexto en que vive.

Otra de las corrientes de pensamiento que abordan este tema es el interaccionismo simbólico que centra su interés en la forma en que la enfermedad y la subjetividad del enfermo son construídas en el proceso de interacción con los demás individuos, específicamente en la relación médico-paciente. Los interaccionistas consideran que la enfermedad es más un encuentro social entre actores que un mal funcionamiento fisiológico. Desde este punto de vista, "la salud y la enfermedad se contemplan como construcciones humanas que la población percibe de un modo subjetivo, lo que lleva a analizar las visiones cotidianas de las personas sobre la enfermedad, las connotaciones ideológicas que los

profesionales sanitarios adscriben a las enfermedades o la construcción y aplicación del conocimiento médico.”⁴

Las teorías feministas también abordan el tema centrando su análisis en la medicina, la salud y la enfermedad al considerar el cuerpo como el ámbito donde mayor interacción social se produce. Además enfatiza en aspectos tales como la sexualidad, la reproducción biológica y su relación con la sociedad, pues se cree que la medicina ha ejercido un papel fundamental, de tipo patriarcal, en el control social de la mujer. En esta misma corriente, los estudios sobre la salud y la enfermedad se han desarrollado en tres áreas fundamentales: el estudio sociológico de los determinantes de la salud y de la enfermedad en la población, el estudio sociológico de la respuesta social organizada frente a la enfermedad y el estudio de la percepción y la conceptualización de la enfermedad.

Por otra parte Foucault, compartiendo la teoría funcionalista parsoniana, sostiene la idea que la medicina en la sociedad es un poderoso medio de disciplina y control social. Para él la privación religiosa y la negación del cuerpo han sido sustituidas por las dietas alimenticias y el ejercicio físico como las nuevas formas de autorregulación del cuerpo en la modernidad. La teoría foucaultiana relaciona la medicina y el cuerpo con los sucesivos cambios de contextos históricos y sociales al considerar que la creciente urbanización y el desarrollo del capitalismo han propiciado el aumento de la demanda para la regulación de los cuerpos.

También se han desarrollado, dentro de la Sociología, una serie de teorías que se refieren a la relación entre las enfermedades y los factores socioculturales, centrándose fundamentalmente en el efecto de los estímulos sociales y culturales en la aparición de trastornos físicos o psíquicos del ser humano. Procesos como la emigración o el contacto de poblaciones con nuevas formas de vida se han tenido en cuenta en el estudio de las enfermedades.

⁴ Bleda García, José María. (2005). **Determinantes sociales de la salud y la enfermedad.** (Documento digitalizado) Pág. 2.

A finales de la década de los setenta los teóricos del tema se vieron ante la necesidad de redefinir la salud en términos propiamente sociológicos y no biológicos o epidemiológicos. De una sociología de la medicina que abordaba temas como el reclutamiento y origen de los médicos, sus prácticas y entrenamientos, así como sus relaciones con otros profesionales, etc; se evolucionó a la sociología de la salud. La principal atención se centró no ya en el proceso de medicalización, sino en otros factores sociales como la clase, el grupo, la religión y las condiciones de vida en general, que de una forma u otra inciden en el bienestar físico y mental del individuo.

Esta "es una rama del conocimiento aún en construcción, donde deberá definirse qué grado de autonomía y qué tipo de relación tiene la esfera de la salud con la totalidad social y con cada una de sus partes y como han influido las diferentes corrientes sociológicas en las investigaciones, las acciones de salud, campo en el cual los sociólogos tienen posibilidades para desarrollar sus potencialidades como científicos capaces de transformar la realidad en su nivel de competencia."⁵

Este nuevo enfoque considera la salud como relación social y los servicios como instituciones capaces de responder a las necesidades humanas. Se trata de lograr que todos los individuos de una sociedad alcancen el pleno bienestar tanto físico como psicosocial. El centro de análisis se orienta hacia una visión macro y microsocia l con el fin de estudiar las relaciones sociales que se generan entre la sociedad, en sentido general, y la salud. La sociología de la salud debe investigar la población teniendo en cuenta cada uno de los grupos y clases sociales que la integran, así como el marco institucional y territorial en que se desempeñan los individuos.

Las perspectivas sociológicas más actuales abordan la problemática de la salud centrándose en la cura, prevención y rehabilitación de las personas enfermas.

⁵ Citado en: Puisseaux Himely, Yaidy. (2006). Tesis de Diploma. **La comunicación médico-paciente en la consulta de aborto. Un enfoque desde la Sociología de la salud.** Departamento de Sociología, Universidad de La Habana. Pág. 9

Además no sólo se enfatiza en la función de las instituciones sanitarias, sino que el papel de cada individuo en la conservación de la salud es fundamental. Se trata de lograr un vínculo recíproco entre el sistema social en general y las personas en aras de alcanzar el máximo grado de bienestar.

1.2. Salud sexual y reproductiva.

Desde finales del pasado siglo se han venido registrando cambios significativos en la salud sexual y reproductiva a nivel mundial. En este sentido, resaltan las altas tasas de enfermedades venéreas, así como la expansión de la pandemia del VIH\SIDA. Es evidente que, en este sentido, son las mujeres las más vulnerables; pues según el Fondo de Población de las Naciones Unidas “las mujeres corren mayor riesgo de infección que los hombres y la detección es más difícil (un 70% de las mujeres no presentan síntomas en comparación con un 10% de los hombres).”⁶ Unido a ello se acrecientan los problemas relacionados con la mortalidad materna y fetal, sobre todo en los países más subdesarrollados. Ello se debe fundamentalmente al desigual acceso a los servicios de salud y la inexistencia de políticas sociales que favorezcan los derechos de todo individuo a disfrutar de una vida sexual plena y segura.

En 1994 tiene lugar la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto. En este contexto y como una necesidad histórica surge el concepto de Salud Sexual y Reproductiva. Temas como la salud materno-infantil y la planificación familiar cobraron mayor importancia en un análisis integrador. Se trataba de demostrar como incidían las estructuras económicas y sociales sobre la salud reproductiva de la mujer.

Para la OMS, “la salud reproductiva es el conjunto de fenómenos relacionados con la reproducción biológica de la población y comprende no sólo aquellas enfermedades y problemas de salud derivados de la reproducción mismas, -el

⁶ Alfonso Rodríguez, Ada C. “Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres.” En: **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol. 32, No. 1. Enero-Marzo 2006. Pág. 63

embarazo, el parto y el puerperio-, sino también aquellos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, la prevención del embarazo no deseado, la regulación de la fecundidad y el uso de tecnologías anticonceptivas.⁷ Ello implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad y libertad de reproducirse. Implícitamente en esta última condición están los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección, acceso a servicios y cuidados de salud apropiados, que permitan a la mujer atravesar con seguridad el período del embarazo y el parto, ofreciendo a las parejas la más alta probabilidad de tener un niño sano.⁸

Hay en este concepto un propósito por asegurar la reproducción libre y responsable, suponiendo una sexualidad vivida en consecuencia, ajena a riesgos de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. Además se manifiesta un marcado interés por incorporar las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social. Los humanos, más allá de sus determinaciones biológicas, son los únicos que pueden atribuir sentido y significado a la reproducción, y en ese ámbito, surgen situaciones particulares.

De esta definición se han desprendido también derechos reproductivos para todas las personas, ellos comprenden:

- 1) “El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos; disponer de la información de los medios para ello.
- 2) Alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni

⁷ Hernández Tezoquipa, Isabel; Luz Arenas Monreal y Doris Ortega Altamirano. (2006) “Los significados socioculturales de los prestadores de servicio y su influencia en el Programa de Salud Reproductiva de los estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca, México.” En: Compiladoras González González, Norma y Martha Isabel Ángeles Constantino. **Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba.** Pág 172.

⁸ Ponencias centrales. (1994). **Seminario Científico por el Día Mundial de la Población.** Ciudad de La Habana. Pág. 1.

violencia, conforme a lo establecido en los documentos de derechos humanos.”⁹

Es responsabilidad de cada gobierno en correspondencia con sus instituciones de salud, respetar estos derechos y exigir porque tengan cumplimiento, teniendo en cuenta las particularidades de cada contexto social y las principales problemáticas de cada región.

Con la adopción del concepto de Salud Sexual y Reproductiva, los científicos sociales recibieron una nueva herramienta metodológica para una mejor interpretación de las problemáticas de la sociedad. Se trata de avanzar más allá de la estrecha relación entre reproducción y salud, de las fronteras del esquema demográfico “dogmático”, restringido al ámbito de la fecundidad y su eventual control.

En la discusión científica actual se ha hecho imperioso el tema de la sexualidad; pero en un análisis que trasciende la frecuencia de las relaciones sexuales o en términos del tiempo en que una persona estaba expuesta a tenerlas. La salud sexual y reproductiva de cada persona está permeada por diversos factores socioculturales como la clase social, el grupo, la religión, el territorio donde se desempeña habitualmente. De acuerdo a estos el hombre crea sus propias condiciones y estilos de vida, lo cual incide de una forma u otra en su salud de manera general.

Desde otras ciencias sociales, específicamente desde la Sociología, se ha tratado el tema con una perspectiva más integradora, estudiando aquellas estructuras sociales que pueden estar incidiendo sobre el comportamiento de la fecundidad y la sexualidad de manera general. Pero al ser un concepto relativamente nuevo, requiere de mayor atención por parte de los científicos sociales y se hace

⁹ Ídem.

necesario lograr relacionarlo con los cambios macro-sociales que se vienen generando desde finales del siglo pasado.

Específicamente en América Latina, a partir de la última década del pasado siglo se han venido desplegando numerosas investigaciones sociales sobre la salud sexual y reproductiva. De gran importancia son las realizadas en distintos estados de México, las cuales han introducido el estudio de la subjetividad de las mujeres en el análisis de este concepto.¹⁰ Ello ha propiciado una visión holística del fenómeno y una mayor comprensión de la realidad social.

Por otra parte, es innegable que uno de los logros más significativos de la salud pública en los últimos años es el tratamiento que se le ha dado a la salud sexual y reproductiva, el cual va más allá de una atención individualizada para abarcar grandes grupos de población, con un enfoque social y de desarrollo humano. Se trata de alcanzar el máximo grado de equidad en cuanto a género, etnia, cultura y territorio.

Actualmente los programas de salud sexual y reproductiva trascienden la regulación del crecimiento de la población para adentrarse en un enfoque que ofrece oportunidades a mujeres y hombres en la toma de decisiones sobre su reproducción y su vida sexual en general. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos reconocidos en leyes nacionales y en documentos internacionales (ONU). Es por ello que cada Estado debe garantizar las condiciones indispensables para su ejercicio.

La salud sexual y reproductiva no sólo es responsabilidad de las instituciones de salud, sino que viene a ser resultado de otros factores como el desarrollo social de

¹⁰ Ver Hernández Tezoquipa, Isabel; L. Arenas Monreal y D. Ortega Altamirano. (2006) “Los significados socioculturales de los prestadores de servicio y su influencia en el Programa de Salud Reproductiva de los estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca, México” y Valadez Isabel; R. Amezcua y N. Alfaro. “Exploración de la significación social femenina del embarazo en la comunidad de Toluquilla, Jalisco, México.” En: Compiladoras González González, Norma y Martha Isabel Ángeles Constantino. **Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba.**

cada territorio, las oportunidades de empleo y el acceso que tenga la mujer a la vida pública, sus niveles de educación; así como el comportamiento individual de su salud. La satisfacción de las necesidades de los jóvenes en materia de información y servicios es vital para su futuro.

1.3. Salud sexual y reproductiva en Cuba.

A principios del siglo XX en Cuba no podíamos referirnos a un concepto de Salud Sexual y Reproductiva, sino que a través de la eugenesia¹¹ se explicaban los problemas de natalidad, mortalidad infantil, maternidad, aborto, la esterilización de enfermos y criminales, así como las enfermedades venéreas y hereditarias.

Desde la segunda mitad del siglo XIX las estadísticas demostraban altos índices de natalidad, mortalidad, aborto clandestino, infanticidio y enfermedades venéreas y hereditarias. Sobre estas estadísticas estaban incidiendo factores sociales como las pésimas condiciones de alimentación y de vivienda, la pobreza, los bajos salarios y el desempleo de las clases más inferiores de la sociedad cubana.¹²

Los eugenistas, generalmente médicos, preocupados por estudiar estas cuestiones que afectaban la obtención de una "raza perfecta"; más allá de lograr controles biológicos y genéticos eran partidarios de mejorar las condiciones sociales prestándole la debida atención a los niños, mujeres embarazadas, campesinos y obreros. A pesar de todas las críticas que ha recibido la eugenesia en Cuba, es meritorio destacar que este fue uno de sus rasgos positivos; sin olvidar que su pretensión de mejorar la "raza humana" era extremadamente discriminatoria.

¹¹ La eugenesia es la búsqueda de una raza fuerte y saludable a través del control de la inmigración. Se desarrolla en Cuba en la primera mitad del siglo XX. Nota de la autora.

¹² García González, Armando y Raquel Álvarez Peláez. **En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1878-1958)**. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Pág. 282.

En este sentido se destacan las ideas de uno de los miembros de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, Gonzalo Aróstegui y del Castillo (1859-1940), quien recomendaba la creación de instituciones para el cuidado de la mujer embarazada y el niño, al estilo de los países europeos. Propuso también la creación de diferentes leyes que garantizaran la atención a la mujer y al niño pobres, promoviendo al mismo tiempo la fundación de escuelas de madres, cursos de higiene para las jóvenes con el objetivo de educarlas en los aspectos relacionados a la lactancia y la higiene infantil. Las ideas de Aróstegui expresan lo más avanzado de su época en cuanto al desarrollo de la puericultura, aún cuando estaban basadas en la eugenesia. Sin embargo, ha sido criticado por no profundizar en aspectos sociales, políticos y económicos que dependían de un cambio estructural en el gobierno y la sociedad.

En los primeros años del siglo XX, algunos proyectos de legislación se interesaron por la mujer embarazada y el niño, donde se abordaban cuestiones referidas al tiempo que podía trabajar la mujer durante el embarazo, las condiciones higiénicas de los talleres y otras medidas de protección. En 1909 se crea la Secretaría de Sanidad y Beneficiencia, la cual contemplaba dentro de sus múltiples funciones una asistencia adecuada a la mujer embarazada y al niño. Esta misma institución creó "(..) el Premio de Maternidad para la mujer cubana y pobre que presentase al niño menor de un año mejor criado, asistido y cuidado a juicio del Jurado."¹³

Mucha veces estos concursos servían de propaganda política y económica más que una verdadera preocupación por la población, pues el gobierno no era capaz de asegurar a todas las mujeres cubanas las condiciones mínimas para una maternidad adecuada. No obstante a ello, este constituía un recurso que motivaba a las madres a ocuparse con esmero de la nutrición e higiene de sus hijos en la primera infancia.

¹³ Ídem.

En 1914 se celebró el Primer Congreso Español de Pediatría, en el cual los médicos cubanos abogaron por medidas tales como: la ley de reposo para la mujer embarazada, asilos para solteras embarazadas, comedores para madres lactantes, creación de Juntas de Protección Infantil en distintas poblaciones vinculadas con un Instituto de Puericultura central; así como otras que favorecieran una adecuada atención a la mujer embarazada desde la concepción hasta la lactancia.

Del conjunto de los estudios médicos con la constitución de una moral preventiva, nace la sociología médica, "destinada a fijar los derechos y deberes que tiene el ser humano para ser protegido contra las enfermedades y las leyes eugénicas que salvan la especie."¹⁴ Este es uno de logros más importantes dentro de las ciencias cubanas al insertar la prevención y el análisis de los factores sociales sobre las enfermedades en el estudio de la salud.

También el movimiento feminista de la década del veinte abordó diversos temas con relación a la protección de la mujer y el niño en los Congresos Nacionales de Mujeres celebrados en 1923 y 1925. En este contexto se destacaron las ideas de Pelegrina Sardá, Presidenta y Delegada de la Asociación Nacional de Enfermeras al Congreso de 1923, la cual era partidaria de la difusión de la enseñanza de la maternología, la puericultura y la educación sexual entre las jóvenes. Algunas publicaciones como la Revista Protectora de la Mujer se hicieron eco de estas ideas a favor de la maternidad consciente y de la protección de la infancia.

Sin embargo, los prejuicios de la época impedían el buen desarrollo de la educación sexual en los hogares y en las escuelas. Hablar de embarazos fuera de matrimonios y enfermedades venéreas muchas veces era considerado una deshonra, por lo que la divulgación de estos temas era casi imposible. La cultura patriarcal de la sociedad cubana sólo consideraba la labor reproductora y materna de la mujer. La mujer cubana estaba destinada solamente a ser madre, cuidadora

¹⁴ *Ibíd.*, pág. 290.

y educadora de sus hijos, por tanto eran las únicas responsables de prepararse para una maternidad lo más sana posible.

El triunfo revolucionario de 1959 significó una continua transformación de la sociedad en todas sus esferas, y uno de sus mayores logros se evidenció en el ámbito de la salud. En Cuba los servicios de salud, incluyendo los de salud sexual y reproductiva, son totalmente gratuitos y no excluyen a ningún sector social. Sus principios comprenden un "carácter integral, basado en la filosofía de la prevención, planificación, participación comunitaria, responsabilidad estatal y derecho a ser disfrutado por todo ciudadano."¹⁵

El primero de agosto de 1961 se dictó la ley que definió las funciones del Ministerio de Salud Pública. Se estableció el servicio médico social, se amplió la cobertura de atención médica, se construyeron hospitales en todas las provincias del país, aún en las zonas más apartadas y se priorizó la atención materno-infantil en toda la nación.

"A partir de 1968 se llevó a cabo un programa nacional de atención a la mujer con una serie de medidas que beneficiaban su salud reproductiva:

1) Dispensarización total de las embarazadas para su atención prenatal. (con el apoyo de las organizaciones de masas: Federación de Mujeres Cubanas, Comité de Defensa de la Revolución, entre otras.)

2) Promoción del parto institucional. El objetivo principal es lograr que el mayor número de partos se lleve a cabo en los hospitales. En el caso de aquellas mujeres que residen en zonas apartadas se creó una institución conocida como "Hogar Materno" que las acoge en su seno hasta el momento del parto."¹⁶

¹⁵ Fleitas Ruiz Reina. (2006). "Equidad de género y salud reproductiva en Cuba." En: **Sociología y políticas de salud. Selección de lecturas**. Editorial Félix Varela, La Habana. Pág. 128-129.

¹⁶ Álvarez, Luisa. (1985). **La fecundidad en Cuba**. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana. Pág. 9.

Asimismo el Ministerio de Salud Pública se ha encargado del adiestramiento del personal para garantizar la calidad de las estadísticas de salud. Ello ha permitido que en los últimos años la información estadística y demográfica sea más eficaz y confiable.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, los servicios primarios se basan en la atención clínica ginecológica y materno-infantil, así como en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de una fecundidad no deseada, estructurados desde la propia comunidad. El médico de la familia junto a la enfermera debe realizar una serie de actividades educativas que contribuyan al bienestar de la población en este sentido.

También desde una perspectiva preventiva, le sigue a este nivel primario una red de hospitales provinciales y municipales que se ocupan de la salud sexual y reproductiva basados en un enfoque clínico y quirúrgico. Sin embargo, no existen dudas que el nivel primario de la comunidad constituye el eslabón más importante para garantizar una salud plena.

Como parte del proceso que lleva a cabo el Estado cubano para lograr la eficiencia en los servicios médicos, se han orientado una serie de programas con el objetivo de dar solución a los principales problemas que afectan la salud sexual y reproductiva. El "Programa Nacional de Atención Materno-Infantil " junto al de la Lactancia Materna y para una Maternidad y Paternidad Consciente, están encaminados a identificar las dificultades fundamentales en esta área y con ello trabajar en función de lograr una mejoría en la salud sexual y reproductiva de la mujer cubana.

También el Programa Nacional Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo ofrece la información, educación y servicios a las mujeres y sus parejas; intentando satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes. Otros programas como el de Atención Integral a la Salud del Adolescente, Diagnóstico Precoz del

Cáncer de Cuello, Programa Nacional de Educación Sexual, entre otros han demostrado el interés del Estado cubano por hacer valer los derechos reproductivos de cada persona.

Uno de los logros más importantes en esta dirección ha sido la reducción de la mortalidad materna, así como la disminución de las tasas de aborto mediante la prevención del embarazo con métodos anticonceptivos y con el desarrollo de la educación sexual. Sin embargo, el perfeccionamiento del método de regulación menstrual ha conllevado a un incremento en su uso por muchas jóvenes y mujeres adultas para regular su fecundidad.

El sistema de salud cubano garantiza que todas las mujeres accedan a sus servicios, dándoles el derecho a realizarse el aborto gratis en buenas condiciones higiénico-sanitarias. No obstante, un aborto no puede ser considerado un método anticonceptivo, pues es necesario tener en cuenta que este procedimiento puede resultar incluso fatal en la salud reproductiva de la mujer.

Los servicios médicos, en conjunto con la Federación de Mujeres Cubanas han llegado a crear centros como el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y la Sociedad Cubana de Estudios de Familia (SOCUDEF), fomentando una labor educativa en el área de la planificación familiar. A partir de 1990 el sistema de salud reproductiva cubano creó las consultas de planificación familiar en todas las áreas de salud con el objetivo de orientar a la población femenina y distribuir gratuitamente los anticonceptivos.

Desde 1970 Cuba ha estado inserta en la fabricación de los Dispositivos Intrauterinos (DIU) y algunas píldoras, al mismo tiempo que ha creado relaciones de trabajo con distinguidas organizaciones mundiales vinculadas a esta actividad a nivel internacional. Con el incremento cada vez mayor de personas infectadas con enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, el uso del condón se ha hecho tan necesario que actualmente es el método anticonceptivo más utilizado

por los jóvenes, especialmente los que residen en zonas urbanas. Los servicios farmacéuticos venden a precios muy baratos las píldoras y los preservativos, considerados los medios más populares.

Es evidente que el triunfo revolucionario ha traído consigo un desarrollo creciente en este ámbito; y uno de los logros más significativos en esta dirección ha sido trascender la dimensión meramente reproductiva (salud materna e infantil) para adentrarse en factores que no tienen como objetivo la reproducción de la especie, sino el placer y el encuentro amoroso. "El disfrute de la sexualidad es un requisito indispensable del bienestar asociado a la salud sexual y reproductiva de las personas."¹⁷

En cuanto a la producción teórica cubana, desde los años noventa se vienen realizando estudios sobre los indicadores más importantes de la salud sexual y reproductiva. Temas como el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y la reproducción entre otros factores han sido debatidos en no pocas tesis. Una de estas investigaciones es la realizada por un grupo de científicos sociales entre 1991-1992 sobre el perfil sociodemográfico del aborto inducido en uno de los municipios capitalinos. La misma demostró elevadas tasas de aborto inducido en mujeres menores de 24 años, lo cual constituye un problema de salud para la mujer cubana.¹⁸

Entre los años 1998-2003, el gobierno cubano, representado por el Ministerio de la Inversión Extranjera y Colaboración Económica (MINVEC), fue beneficiario de un proyecto financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para la realización de Estudios Territoriales sobre Salud Reproductiva. La Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), a través de su Centro de Estudios de Población y

¹⁷ Alfonso Rodríguez, Ada C. "Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres." En: **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol. 32, No. 1. Enero-Marzo 2006. Pág. 61.

¹⁸ Cabezas García, Evelio; Langer Glass, Ana; Álvarez Vázquez, Luisa y Bustamante, Patricia. (1998). **Perfil sociodemográfico del aborto inducido**. Salud Pública México. Pág. 1.

Desarrollo (CEPDE), fue el centro de investigación encargado de la dirección metodológica y ejecución de estos trabajos. Como parte del proyecto se aplicaron en las provincias de Cienfuegos y Holguín encuestas sobre la temática durante los meses de marzo y agosto del año 2001.

“El análisis de los resultados conllevó a un informe final en el cual quedó plasmada la situación de la salud reproductiva de la población en relación con las principales temáticas que involucró la encuesta. Los resultados obtenidos, en particular los referidos al ideal reproductivo de la población de ambas provincias, motivaron a continuar profundizando en esta dimensión de la fecundidad, que a la larga está relacionada con los niveles reales de esta variable demográfica. De particular interés resultó el hallazgo de una incoherencia por defecto entre el ideal reproductivo de las mujeres y de los hombres de esas provincias con su fecundidad real, tanto medida por la paridez media encontrada en la encuesta, como por la fecundidad global que se deriva de las estadísticas de nacimientos.”¹⁹

Desde el Centro de Estudios de Población y Desarrollo también se ha destacado la labor investigativa desempeñada por Juan Carlos Alfonso Fraga, quien ha propuesto un análisis sobre el descenso de la fecundidad en Cuba y sus determinantes, así como la salud sexual y reproductiva de manera general.²⁰

Igualmente se ha venido desarrollando un grupo importante de investigaciones y estudios sobre fecundidad, abortos, anticoncepción y más recientemente sobre salud sexual y reproductiva. En este sentido es meritorio destacar la Tesis Doctoral de Reina Fleitas Ruiz, profesora del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana, la cual hace un análisis de la identidad femenina y la

¹⁹ Franco Suárez, María del Carmen; Diego Enrique González Galván y Juan Carlos Fernández Suárez. “Caracterización de la población femenina con ideales reproductivos por encima del reemplazo”. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. En: Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 32, No. 1. Enero-Marzo 2006, Ciudad de La Habana.

²⁰ Alfonso Fraga, Juan Carlos. (2006). **El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica**. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. Pág 1.

maternidad en la adolescencia en territorios diferenciados por el grado de urbanización.²¹

Asimismo en el Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana se destaca la investigación realizada por Grisell Rodríguez Gómez sobre la salud sexual y reproductiva adolescente en dos comunidades urbanas cubanas. En esta se hace un mayor énfasis en la percepción que tienen los jóvenes estudiados en cuanto a indicadores tales como el embarazo en la adolescencia, comportamientos promiscuos, enfermedades de transmisión sexual, el uso de anticonceptivos, entre otros.²²

Todos estos estudios han aportado conocimientos que realmente son necesarios para comprender un poco más nuestra complejidad social. El comportamiento de la población no es homogéneo y el Período Especial vino a reafirmar que existían múltiples diferencias que aún la voluntad de las políticas gubernamentales no había podido solucionar. La heterogeneidad y la búsqueda de aquellos aspectos que generan y reproducen desigualdades, vienen a ser fundamentales para las ciencias sociales.

Aún cuando Cuba cuenta con adelantadas políticas sociales y garantiza que todos los individuos accedan a los servicios de salud gratuitamente, existen múltiples diferenciales que resultan necesarios estudiar. La mayor cantidad de trabajos que han tenido en cuenta la territorialidad como diferenciadora de los comportamientos han privilegiado los estudios de las discrepancias entre el espacio rural y el urbano. Sin embargo, más allá de la dicotomía rural-urbana, una nueva mirada de lo local que profundiza en la desigualdad espacial de la salud²³

²¹ Fleitas, Reina (2000). Tesis de Doctorado. **Identidad femenina y maternidad adolescente en Cuba**. Departamento de Sociología, Universidad de La Habana.

²² Rodríguez Gómez Grisell. (2006) "Salud sexual y reproductiva adolescente en dos comunidades urbanas cubanas." En: Compiladoras González González, Norma y Martha Isabel Ángeles Constantino. **Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba**.

²³ Desarrollada en el Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana.

se convierte en una interesante propuesta para el estudio de la salud sexual y reproductiva.

1.4. Breve aproximación al estudio de las desigualdades espaciales

Resulta de vital importancia esclarecer algunas cuestiones teóricas relacionadas con las desigualdades espaciales, con el fin de lograr una mayor comprensión del problema que se desea investigar. En este caso el espacio será eje transversal en el estudio de la salud sexual y reproductiva.

Para la comprensión de las desigualdades espaciales, es importante conocer dos de las premisas de partida planteadas por M. Ravenet en su trabajo *Espacio y Territorio en los estudios sociológicos en Cuba*²⁴. La primera de ellas está referida a que “La sociedad es diversa y desigual, por naturaleza, y como resultado del desarrollo desigual capitalista”.

En efecto, la historia de las sucesivas divisiones del trabajo ha acarreado la diversidad de la sociedad como un todo y desatado, en cada momento histórico, diferentes grados de desigualdad socio-territorial que van desde las originarias manifestaciones de separación entre ciudad y campo -como resultado de las primeras divisiones clasistas durante el feudalismo-, pasando por la creación de amplias corporaciones que irradian prosperidad en lugares del mundo a expensas de aquellos no favorecidos, ya que no cuentan con recursos de interés para los “inversores”. Todos esos procesos han repercutido en desigualdades sociales apreciadas en diferentes escalas territoriales nacionales y extranacionales, como es el caso de las diferencias (a escala universal) entre *desarrollo-subdesarrollo*, *norte-sur*, o entre *rural y urbano* (en lo particular) o -en lo singular- al interior de las ciudades, los barrios con exclusivas urbanizaciones de clases poseedoras del poder económico y político que contrastan con zonas espontáneas y decadentes,

²⁴ Ravenet, Mariana. *Espacio y territorio en los estudios sociológicos en Cuba*. Tesis en opción al Grado de Doctor en C. Sociológicas. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, 2002.

es decir, barrios de desempleados y subempleados que migran a la capital, como resultado de la débil estructura productiva del campo.

Por otra parte, las características naturales del espacio y la de los seres humanos que lo transforman y construyen, le imprimen diversidad al proceso de la vida social y a la estructura y funcionamiento de las sociedades. Los lugares en los que se asientan los hombres para desarrollar sus vidas, poseen características *naturales* que imprimen especificidad a las formas de reproducción social. Así, personas instaladas en lugares con suelos fértiles propios para el cultivo de determinados alimentos requeridos por las demandas poblacionales, tendrán condiciones diferentes para desarrollar sus niveles y modos de vida, que otros instalados en suelos cenagosos, o costeros para la explotación pesquera o turística.

En este sentido las sociedades son diversas o desiguales –entendiendo esta desigualdad como diferenciación social- tanto por la condición humana inherente a los grupos que la integran, como por las características de explotación y propiedad de los recursos naturales por determinados grupos sociales.

La siguiente premisa es que “no existe sociedad aespacial”. “A cualquier sociedad le es inherente un territorio y una historia determinados. En la historia de la humanidad los hombres se han establecido y organizado en determinados lugares (asentamientos humanos), explotando y transformando los recursos naturales a su disposición, estableciendo reglas y normas de convivencia de acuerdo al modo en que se van apropiando de los medios fundamentales de producción. Estos espacios fueron construídos y reconstruídos por todos los hombres a través del trabajo, por lo que son expresivos de la memoria histórica de sus modos de producción, de su cultura y formas de reproducción social, reflejando así su desigualdad”. Por tanto, “la sociedad, siempre y dondequiera, es *espacial* y *temporal*, aspectos consustanciales al concepto de espacio geográfico”.²⁵

²⁵ Ibidem, pág. 12

El espacio geográfico es definido por el célebre geógrafo brasileiro Milton Santos como un conjunto indisociable de sistemas de objetos (fijos) y acciones (flujos), en permanente interacción. Es expresión de las relaciones entre funciones y formas, que se presentan como testimonio escrito por los procesos del pasado y del presente.²⁶

Según Ravenet, en Cuba “el uso indistinto de conceptos tales como “medio comunitario, entorno territorial, medio social, territorio, espacios territoriales, punto geográfico “y otros, son expresivos de imprecisiones conceptuales dentro de la Sociología, como consecuencia de un intercambio disciplinar limitado básicamente a aquellas que la prioridad empírica de la formación académica les delegó, donde la geografía ha estado ausente”.²⁷

Por ello, es importante también esclarecer el concepto de territorio, como espacio delimitado por el poder político-administrativo o administrativo sectorial, para ejercer sus funciones. En otra acepción se acepta como sinónimo de espacio, cuando el territorio ha sido apropiado por los grupos sociales y estos ejercen un poder sobre el funcionamiento espacial.²⁸

Las desigualdades sociales y económicas tienen lugar en espacios-territorios, generando de esta forma desigualdades espaciales. Cada territorio tiene características específicas dadas por la propia dinámica de su población y esto hace que exista una diferenciación territorial que se expresa en diferencias en cuanto a calidad de vida y bienestar humano.

²⁶ Ver: Santos, Milton. (1990). Por una Geografía Nueva. Espasa-Universidad. España, pág.138. Y Santos, M. (1996). De la totalidad al lugar. Edit. Oikos-tau, Barcelona, España, p.50.

²⁷ Ravenet, Mariana. Espacio y territorio en los estudios sociológicos en Cuba. Tesis en opción al Grado de Doctor en C. Sociológicas. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana, 2002. pág.118.

²⁸ Íñiguez, L; Ravenet, M; Gerhartz, J.L. PNCT (1999) La sociedad cubana: retos ante el siglo XXI. Desigualdades espaciales del bienestar en Cuba. Aproximación a los efectos de los nuevos procesos en las realidades sociales. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. Universidad de La Habana.

“El espacio, producto social, es un soporte para la vida en sociedad y al mismo tiempo un condicionador de proyectos humanos, un referencial simbólico, afectivo y también para la organización política. Es por ello que el desarrollo es necesariamente socioespacial.”²⁹ En este sentido, el análisis de las desigualdades espaciales incorpora una serie de elementos objetivos y subjetivos determinados por los grupos sociales que integran el territorio (mujeres, niños, jóvenes, etc.)

En nuestro país ha venido desempeñando un papel fundamental en los últimos años el Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de La Habana. Sus investigaciones han pretendido de una forma u otra entrever relaciones que se producen al interior de los territorios y/o entre territorios y las condiciones de vida y de salud de sus pobladores; trabajando en una constante interrelación con los centros de salud de nuestro país.

Aún cuando el Estado socialista cubano ha puesto todos sus empeños en lograr una distribución lo más equitativa posible de todos los recursos del país, es innegable la existencia de zonas más deprimidas que otras. Sin embargo, antes de la crisis económica de los años noventa no eran tan amplias las distancias sociales o socioespaciales. Con el advenimiento del Período Especial y la emergencia de nuevos sectores en la economía del país, se fueron visibilizando y ampliando cada vez más estas desigualdades.

Algunas investigaciones sobre desigualdades espaciales en Cuba en la década de los noventa mostraban cómo en determinados espacios predominaban grupos sociales en ventaja y desventaja. No obstante, aún cuando “(...) existía cierta homogeneidad en factores como el nivel de escolaridad, la mortalidad infantil,

²⁹ Citado en: Íñiguez, Luisa y Mariana Ravenet. (1999). **Desigualdades espaciales del bienestar en Cuba. Aproximación a los efectos de los nuevos procesos en las realidades sociales.** Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. Universidad de La Habana. Pág. 7

entre otros; era apreciable la desigualdad en cuanto a condiciones de vida y el estado higiénico-sanitario.”³⁰

En el proyecto de investigación desarrollado en el marco del Programa Territorial de Ciencias Sociales “Efectos de las medidas de ajuste sobre la ciudad”, la Doctora Luisa Íñiguez se aproximó a las desigualdades espacio-familias en Ciudad de La Habana, adecuando los conceptos de espacios luminosos y opacos introducidos por Milton Santos. En este sentido, definió como criterios de clasificación:

1. La localización de nuevos actores económicos estatales o no estatales;
2. La irradiación de las ventajas de las anteriores localizaciones a otros espacios o territorios próximos.

La concurrencia de ellos determinaría los espacios más luminosos y su ausencia los más opacos.”³¹

En la presente investigación el espacio deberá ser utilizado como eje transversal del análisis, a fin de conocer lo diferente e incrementar las precisiones, más que las generalizaciones. La comparación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil de los espacios desiguales escogidos, facilitará profundizar en el conocimiento de las peculiaridades de cada lugar y con ello, se podrá contribuir al establecimiento de políticas sociales y de salud puntuales, es decir, que respondan a los problemas concretos de cada espacio estudiado.

³⁰ Íñiguez, Luisa. (2004). Desigualdades espaciales en Cuba: entre herencias y emergencias. En: **Heterogeneidad social en la Cuba actual**. Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humano. Universidad de La Habana. Pág. 39.

³¹ Íñiguez Rojas, Luisa. Ponencia: “El laberinto de las desigualdades en la Ciudad de La Habana.” En: **XXVII Internacional Congreso, LASA 2007**. Centro de Estudios de la Universidad de La Habana. Pág. 5.

Capítulo II: Propuesta metodológica para el estudio de la salud sexual y reproductiva en espacios desiguales.

2.1. Fundamentación de la investigación.

El tema de la salud sexual y reproductiva es uno de los mejores desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su nacimiento era inminente ante un mundo sumido en problemas sexuales y reproductivos, donde las estadísticas han venido a confirmar una realidad que ha golpeado por siglos la humanidad.

Actualmente, en los países menos desarrollados, las principales causas de defunción entre las jóvenes de 15 a 19 años se deben a las complicaciones del embarazo, el aborto en condiciones riesgosas y el parto. Además los jóvenes de 15 a 24 años presentan los índices más altos de enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluso el VIH-SIDA. Ello se debe fundamentalmente a la inaccesibilidad que existe en estos países a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la orientación e información correspondientes.

Específicamente en Cuba se cuenta con un sistema de salud que garantiza el acceso gratuito de todas las personas sin ningún tipo de discriminación, concediendo gran importancia a la salud sexual y reproductiva. Generalmente se considera que la mujer cubana tiene un alto nivel educacional y cuenta con una legislación que protege sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual la sitúa en condiciones de ventaja frente a otras mujeres de diferentes contextos. Sin embargo, en los últimos años es innegable la incidencia de trastornos sexuales y reproductivos como la infertilidad, el cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mamas, entre otros. Por ejemplo, hoy Cuba se encuentra entre los primeros países de América Latina donde hay mayor incidencia de cáncer de mamas.³²

³² Entrevista a Reina Fleitas, Profesora del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana. Anexo II.

Aunque se ha trabajado incansablemente en la prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) y se ha trabajado por el logro de una conciencia de autocuidado y protección, todavía existen personas en condiciones de riesgo que ni siquiera usan el condón. Algunas investigaciones demuestran diferenciales en cuanto a edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia, entre otros.

Un aspecto a tener en cuenta es la carencia de reemplazo generacional de la población cubana por más de treinta años debido al sostenido descenso de la fecundidad que se ha venido experimentando en las últimas décadas. Las parejas tienden a disminuir la cantidad de hijos y a aplazar el nacimiento del primero para momentos con mejores condiciones. Sin embargo, el ideal de hijos no ha descendido, y aún cuando este ideal no se logra debido a una serie de factores económicos y sociales que permanecen en estudio, el número de embarazos es muy alto en las mujeres cubanas.

Lo que está sucediendo es que un número significativo de estos embarazos no llega a término, debido en muchos casos a su interrupción. Según los expertos existe en Cuba un uso indiscriminado del aborto, el cual es asumido por muchas féminas como método natural de interrumpir el embarazo. Otros expertos sostienen el criterio que las regulaciones menstruales también son utilizadas por las embarazadas para interrumpir la gestación. Esta idea aún cuando no sea conclusiva de investigaciones, avalan la opinión de que ambos están siendo empleados como reguladores de la fecundidad en sustitución de los métodos anticonceptivos convencionales. Y es importante añadir que aún cuando estos pueden servir para controlar deliberadamente la fecundidad, actúa contra la salud sexual y reproductiva de las propias mujeres.

Numerosos han sido los estudios en Cuba relacionados a la salud sexual y reproductiva. Este tema ha sido uno de los más trabajados desde la medicina y algunas Ciencias Sociales como la Psicología y la Antropología, con importantes investigaciones y resultados. Sin embargo, en este sentido la Sociología se

encuentra en una posición de desventaja con respecto a otras disciplinas y generalmente los estudios están centrados sólo en mujeres, lo cual impide una visión integral de este fenómeno. Incluso muchos programas adolecen de un adecuado enfoque de género y esto es una de las limitaciones que se deben superar.

El tema de la salud sexual y reproductiva todavía no ha sido lo suficientemente investigado y en este sentido, es importante no sólo que se aborden aquellos aspectos más generales, sino otros diferenciales que pueden estar incidiendo directamente en el comportamiento sexual y reproductivo de las personas. Desde las Ciencias Sociales se han analizado las diferencias que se producen teniendo como variable diferenciadora el espacio o territorio. Pero estas investigaciones han privilegiado los análisis de los diferenciales urbano/rural, siendo menos potenciado otras formas de estudiar las desigualdades espaciales. Las mismas podrían ser interesantes en el análisis del comportamiento sexual y reproductivo. Aún cuando en Cuba se trabaja incansablemente por lograr una homogeneidad social trazando políticas que alcanzan a toda la población, es innegable que existen diferencias que demandan la creación e implementación de estrategias focalizadas a los diferentes grupos, lo cual no escapa a las diferencias que aún persisten entre diferentes espacios. La presente investigación se propone aproximarse al análisis de la salud sexual y reproductiva en espacios desiguales.

2.2. Diseño de investigación.

Problema de investigación.

¿Cómo se comporta la salud sexual y reproductiva, de un grupo de mujeres en edad fértil en dos espacios desiguales de Ciudad de La Habana?

Objetivo general.

Comparar el comportamiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres seleccionadas en barrios desiguales de Ciudad de La Habana.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres de cada barrio.
2. Describir las diferencias en sus condiciones de vida (de las mujeres de la muestra).
3. Identificar los comportamientos diferenciales de la salud sexual y reproductiva de las mujeres seleccionadas.
4. Analizar el significado que le atribuyen las mujeres estudiadas de cada barrio a su salud sexual y reproductiva.

Generalmente el investigador se acerca a su objeto de investigación con ciertas preconcepciones sobre lo que descubrirá o demostrará en el transcurso de su estudio. Sus hipótesis sobre lo que está investigando serán, según sea el caso, confirmadas o rechazadas.

Sin embargo, muchas veces la propia riqueza de la realidad social hace que el profesional no tenga ideas definidas sobre los resultados que podrá arrojar su investigación. Dada la peculiaridad del tema y el poco conocimiento acumulado que sobre él existe, la presente investigación no se propone el planteamiento de hipótesis, por lo que el estudio se acoge a la modalidad de preguntas más específicas para orientar la investigación.

Preguntas de investigación.

- 1) ¿Cuáles son las características socio-demográficas que diferencian a las mujeres objeto de estudio?
- 2) ¿Qué indicadores de condiciones de vida diferencian a las mujeres de la muestra?

- 3) ¿Qué diferencias tienen las mujeres seleccionadas respecto a su comportamiento sexual y reproductivo?

- 4) ¿Existen diferencias en el significado que le atribuyen las mujeres estudiadas a su salud sexual y reproductiva?

2.2.1. Definición de conceptos.

Salud sexual y reproductiva: Según la Organización Mundial de la Salud, "es el conjunto de fenómenos relacionados con la reproducción biológica de las personas y comprende no sólo aquellas enfermedades y problemas de salud derivados de la propia reproducción (embarazo, parto, puerperio); sino también aquellos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, la prevención del embarazo no deseado, la regulación de la fecundidad y el uso de métodos anticonceptivos. Esta definición implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguro; pero también se refiere a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos, escogiendo el método más conveniente de manera libre e informada, así como el derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad."³³

Desigualdades espaciales: "Diferencias que pueden ser medidas objetivamente y que no necesariamente tienen una dimensión moral, históricamente acumuladas o súbitamente creadas. Estas desigualdades generan la existencia de espacios luminosos y espacios opacos. Estos son espacios bipolares definidos a partir de la concurrencia o no, de nuevos actores económicos estatales o no estatales y la irradiación o no, de sus ventajas a otros espacios o territorios próximos."³⁴

³³ Hernández Tezoquipa, Isabel; Luz Arenas Monreal y Doris Ortega Altamirano. (2006). "Los significados socioculturales de los prestadores de servicios y su influencia en el Programa de Salud Reproductiva de los estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca, México. En: **Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba**. Editorial CIGOME S.A, México. Pág. 172.

³⁴ Íñiguez Rojas, Luisa. (2007). Ponencia: **El laberinto de las desigualdades en La Ciudad de La Habana**. XXVII Internacional Congress. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano. Universidad de la Habana. Pág 5.

Condiciones de vida: "Conjunto de procesos *materiales y espirituales* que caracterizan y reproducen la forma particular que cada grupo de la población adopta en el funcionamiento del conjunto de la sociedad."³⁵

Significado: "Para la Sociología la cuestión del significado está ligada al sentido que las acciones tienen para quienes las realizan. El interaccionismo simbólico representado por la obra de G. H. Mead postula que los humanos orientan sus acciones hacia los objetos (cosas y otros individuos) en función de los significados que los objetos tienen para ellos. Los significados son producto de la interacción social y se manipulan y modifican mediante el proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse a las cosas."³⁶ En este caso se refiere a los conocimientos y valoraciones que tienen las mujeres estudiadas sobre su salud sexual y reproductiva.

2.2.2. Operacionalización de las variables.

Variables	Dimensión	Indicadores	Subindicadores
1) <i>Características sociodemográficas</i>	Edad		
	Color de la piel	Blanca Negra Mestiza	
	Estado civil	Soltera Casada Unida Divorciada Separada Viuda	
	Tiempo de relación con la pareja actual		
	Lugar de nacimiento		
	Lugar actual de residencia	Bajos de Santa Ana Nuevo Vedado	
	Tiempo de residencia en ese lugar	Menos de 1 año Entre 1-2 años Entre 3-5 años Entre 5-10 años 10 o más años	
	Lugar donde vivía antes		

³⁵ Castellanos, Pedro Luis. En: **jardo.sld.cu-salud-publicaciones**. Las cursivas son de la autora.

³⁶ Giner, Salvador; Emilio Lamo de Espinosa y Cristóbal Torres (eds). **Diccionario de Sociología**. Ciencias Sociales, Alianza Editorial, Madrid. Págs 682 y 683.

	Nivel educacional terminado	Primario Secundario Preuniversitario Técnico Medio Universitario	
	Ocupación actual	Estudiante Ama de casa ³⁷ Trabajadora estatal Trabajadora por cuenta propia Busca trabajo No trabaja	
	Sector ocupacional	Cuentapropista Estatel Cooperativo Mixto Otro	
	Fuentes de ingreso (Moneda nacional o moneda libremente convertible)	Salario estatal Salario del sector privado Estimulación Remesas Rentas y alquileres Otros ingresos	
	Monto del ingreso mensual (Moneda nacional o moneda libremente convertible)		
	Estructura de la familia de convivencia	Unipersonal Nuclear completa -Reconstituida Nuclear incompleta Extendida completa -Reconstituida Extendida incompleta Hogar compuesto	
	Tamaño del núcleo familiar		
2) <u>Condiciones de vida</u>	Condiciones materiales de la vivienda	Tipo de vivienda	Apartamento Casa Solar Improvisada (llega y pon) Otras

³⁷ Se asume el término utilizado por la ONE.

		Condiciones de la estructura física	Buena (las paredes y el techo se encuentran en buen estado) Regular (el techo y-o las paredes se encuentran en regular estado) Mala (las paredes y el techo se encuentran en mal estado)
		Higiene de la vivienda	Paredes del interior y exterior Piso Presencia de animales, insectos y-o roedores. Presencia de mal olor Estado de los muebles
		Tipo de agua	Potable No potable
		Frecuencia del agua	Todos los días En días alternos Una vez a la semana Nunca
		Tenencia de baño dentro de la casa	
		Cantidad de dormitorios de la vivienda	
		Tenencia de equipos electrodomésticos	Televisor Refrigerador Equipos de la cocina Equipo de música DVD Video Computadora Aire acondicionado Otros
		Hábitos tóxicos	Fumar Ingestión de bebidas alcohólicas Otros
		Empleo de su tiempo	Labores domésticas Trabajo Vida personal (recrearse y atender su salud)
3) <u>Salud Sexual y Reproductiva</u>	Comportamiento sexual	Edad de la primera relación sexual	

		Orientación sexual	Heterosexual Homosexual Bisexual
		Frecuencia de las relaciones sexuales	Todos los días En días alternos Una vez a la semana Nunca
		Disfrute de las relaciones sexuales	
		Relaciones sexuales	Número de parejas sexuales que ha tenido Relaciones con varias personas a la vez
		Enfermedades de transmisión sexual padecidas	VIH-SIDA Sífilis Gonorrea Herpes genital Condiloma Hepatitis B Otras
	Planificación familiar	Decisión de la pareja de tener hijos	De ambos padres De la madre Del padre
		Número de hijos deseados	
		Uso de anticonceptivos	Oral DIU Vacunas Diafragma Preservativo Coito interrumpido Óvulos Jaleas, cremas No tener relaciones en días peligrosos Vasectomía de su pareja Esterilización Anticoncepción de urgencia Otros
		Abortos	Número de abortos espontáneos Número de abortos provocados Causas de los abortos
		Regulaciones menstruales	Número de regulaciones menstruales Causas de las regulaciones menstruales

		Lugar donde se realizan los abortos y las regulaciones menstruales	En el servicio que le corresponde por su residencia En otro servicio En su casa o la de otra persona
		Quien la acompaña a realizarse el aborto o la regulación menstrual	Pareja Familiar Amiga(o) Nadie
	Comportamiento reproductivo	Edad de la primera menstruación	
		Fecundidad	Número de embarazos Edad del primer embarazo
		Natalidad	Número de hijos tenidos (vivos y muertos) Número de hijos prematuros de tiempo Número de hijos prematuros de peso Tipo de parto (normal, cesárea, instrumentado)
		Padecimiento de enfermedades de la salud sexual y reproductiva	
		. Asistencia a los servicios de salud	-Consultas de prueba citológica
		Autoexamen de mamas	
		Quien la enseña a autoexaminarse	Familiar Especialista Medios de comunicación
4) <u>Significado</u>	Conocimientos sobre la Salud Sexual y Reproductiva	Conocimiento de al menos un programa nacional que contribuya a la salud sexual y reproductiva	
		Elementos que deben tenerse en cuenta para disfrutar de una adecuada Salud Sexual y Reproductiva	
	Valoración sobre la Salud Sexual y Reproductiva	Percepción de su propia salud sexual y reproductiva	
		Autocuidado de su salud sexual y reproductiva	Acciones que realiza en aras de lograr una adecuada Salud Sexual y Reproductiva

2.3. Metodología.

2.3.1. Fundamentación metodológica.

Esta investigación tiene un carácter descriptivo analítico, pues en ella se pretende referir y analizar el comportamiento de la salud sexual y reproductiva de un grupo de mujeres en edad fértil residentes en dos lugares diferenciados por condiciones constructivas, infraestructurales y sociales que más adelante se explicitan. Este es un estudio de caso microsociológico, y aún cuando los resultados no permitan hacer generalizaciones, brindan un nuevo conocimiento sobre el tema de la salud sexual y reproductiva a partir de la diferenciación socioespacial.

En este sentido, lo más apropiado fue la triangulación metodológica para obtener información tanto objetiva como subjetiva de la realidad social en cuestión. El empleo de técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas, garantizó una mirada integradora del fenómeno que se estudia, al complementar los datos cuantificables y las observaciones de campo con la propia valoración que dan las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva.

Debido al tipo de investigación y los objetivos propuestos, se han seleccionado las siguientes técnicas de recogida de información:

Observación no participante.

Dentro de los tipos de observación, en este caso se utilizó la observación semi estructurada no participante, ya que por una parte, se determinó anticipadamente qué elementos del proceso o de la situación tiene mayor importancia para la investigación. En estos aspectos se concentró toda la atención, componiendo una guía especial de registro de las observaciones antes de comenzar a recopilar la información. Por otra parte, en dicha guía se incorporó un acápite abierto para recopilar los principales aspectos que caracterizan al barrio en observación.

Se observó todo lo relacionado a las condiciones materiales de la vivienda de las mujeres entrevistadas, es decir, tipo de vivienda, estado e higiene de la misma,

entre otros aspectos reflejados en la guía de observación (Anexo 1); intentando no modificar con la presencia del investigador la conducta de los sujetos estudiados.

Encuesta.

En este caso se confeccionó un instrumento con preguntas cerradas y abiertas, el cual se aplicó en forma de una entrevista personalizada (cara a cara) en aras de lograr una buena comunicación entre la investigadora y la persona estudiada. La técnica aplicada de este modo permite controlar que todas las preguntas sean contestadas y así lograr la mayor recolección de información. Este modo de hacer encuestas contribuyó a crear un ambiente de confianza que permitió que el entrevistado hablara sin barreras sobre su vida sexual, de cuestiones íntimas y personales.

Entrevista a expertos.

Para lograr una información más especializada y científica se utilizó la técnica de entrevista a expertos. Esta entrevista se hizo a personas especializadas en el tema, con suficiente información sobre los principales aspectos del tema que se investiga. Ello permitió un mayor conocimiento y dominio del investigador sobre la problemática a estudiar, teniendo en cuenta que es un tema poco desarrollado desde las Ciencias Sociales cubanas.

Para la realización práctica de estas entrevistas se contó con una guía que centraba la atención en los temas de mayor interés. Se procuró que no existiera rigidez a la hora de hacer las preguntas. Esta técnica fue ventajosa ya que brindó al investigador herramientas teóricas en cuanto al problema que se estudia, enriqueciendo de esta forma el tratamiento del mismo.

Los principales expertos entrevistados fueron profesores dedicados a la investigación sobre el tema en cuestión, profesores especializados en las desigualdades espaciales y médicos de los consultorios de los espacios escogidos para la investigación.

2.4. Selección muestral

Unidad de análisis y selección muestral.

El Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos aportó los espacios más apropiados en vistas de que la investigación fuera viable. En cuanto a la selección de los espacios se tuvo en cuenta la diferenciación de contextos ambientales físicos y sociales, tales como condiciones de habitabilidad, infraestructurales y otros, de forma que presentase un predominio de condiciones de vida favorables y desfavorables.

Se establecieron como criterios de selección de los barrios: **las diferencias de origen; diferencias en la tipología constructiva y diferencias de dotación de la infraestructura técnica y de servicios.** De esta forma, se escogió como barrio desfavorable el de Bajos de Santa Ana, perteneciente al municipio Playa. El mismo se encuentra en la frontera entre Ciudad de La Habana y La Habana, al noroeste de la capital. Se originó como un asentamiento de segundas casas o casas de recreo y su poblamiento creció con cierta regularidad a partir de los setenta, obteniendo un acelerado incremento a partir de la crisis económica de los noventa, dando lugar a condiciones de ilegalidad e insalubridad. Actualmente presenta construcciones irregulares de origen precario, muchas de madera y otras que han ido evolucionando en su patrón constructivo. Las viviendas son generalmente casas con condiciones de habitabilidad regulares, o malas.

Por otra parte, se escogió como barrio favorable, un subespacio de Nuevo Vedado en el municipio Plaza, que abarca el área de salud de un consultorio médico en los alrededores del Cine Acapulco. Su origen se remonta a los años cincuenta del pasado siglo, inscribiéndose en una urbanización compactada para clase media que posteriormente es ocupado por representantes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias, en su mayoría inmigrantes de zonas orientales y centrales. En el barrio predominan viviendas aisladas y edificios de dos a cuatro plantas. En

general se aprecia un buen estado constructivo de las viviendas, así como de habitabilidad.

Se tomó como objeto de estudio las mujeres entre 15 y 49 años (período de reproducción femenina) de los territorios que se seleccionaron, las mismas constituyen la unidad de análisis. En este caso la muestra fue seleccionada intencionalmente debido a la falta de recursos para emprender una investigación de mayor envergadura. Se escogieron 35 mujeres en cada espacio, teniendo en cuenta una distribución lo más equilibrada posible entre los grupos de edades. En un primer momento se seleccionó un consultorio dentro de cada espacio en estudio con el objetivo de determinar la muestra de mujeres teniendo en cuenta su pertenencia a ese centro de salud, y que pudieran servir como información secundaria a la investigación. Al haber dificultades en las estadísticas, a causa de la reorganización de los consultorios, no fue posible utilizar estos datos, como tampoco fue fiel la información de la pertenencia de las mujeres a los respectivos consultorios por lo que la colaboración de los médicos de familia se limitó a propiciar la selección de la muestra intencional de aquellas mujeres a estudiar. De esta forma quedó conformada la muestra en 35 mujeres de subespacios de los Bajos de Santa Ana (“La Giraldilla” y “Luz Brillante”) y una misma cantidad de la zona aledaña al Cine Acapulco (en Nuevo Vedado).

Estrategia de análisis.

Una vez recopilada toda la información, los datos cuantificables fueron procesados mediante programas estadísticos (SPSS y EXCEL) y el análisis cualitativo se llevó a cabo mediante la construcción de categorías sobre el conocimiento y significado que estas mujeres atribuyen a su salud sexual y reproductiva. En este caso el análisis comparativo propició reconocer la diferenciación espacial del comportamiento de la salud sexual y reproductiva en los lugares escogidos.

Línea de tiempo, recursos necesarios para la investigación.

Para lograr que la investigación fuera lo más planificada posible se hizo el siguiente cronograma de trabajo:

Durante los meses de septiembre y octubre se revisaron los capítulos teórico y metodológico teniendo en cuenta las sugerencias del tribunal del Taller VII. A partir de noviembre y hasta principios de enero se procedió a la construcción de los instrumentos (guía de observación, cuestionarios y entrevistas a expertos). A finales de enero se inició la aplicación de los mismos la cual se extendió hasta finales de marzo. Durante el mes de abril tuvo lugar el procesamiento de datos para de esta forma redactar y revisar el documento final en el mes de mayo.

Se necesitó de un paquete de hojas blancas para aplicar el cuestionario y redactar la investigación. Para las entrevistas se empleó una mini grabadora, con sus cassettes y pilas y un cuaderno de campo para las anotaciones. Se hizo indispensable el uso de una computadora tanto para redactar el documento final como para procesar los datos obtenidos en las encuestas; así como el CD para la entrega de la tesis en soporte digital.

Capítulo III: Salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil residentes en los Bajos de Santa Ana y Nuevo Vedado. Un estudio de caso.

3.1. Características socio-demográficas de las mujeres de la muestra.

Distribución por grupos de edades:

Las mujeres estudiadas de los Bajos de Santa Ana y de Nuevo Vedado se distribuyen por los siguientes grupos de edades, mostrando que hubo un predominio de las adolescentes en la muestra de Nuevo Vedado. Esto se debe tener en cuenta para el momento de análisis de los resultados ya que la vida sexual y reproductiva de una adolescente necesariamente va a introducir diferenciales en las variables a medir:

Tabla 1: Distribución por edades.

Grupos de edades	Mujeres (%)	
	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado
Adolescentes (15-19 años)	2,85	11,42
Adultas jóvenes (20-29 años)	37,13	31,42
Adultas (30-49 años)	59,99	57,13
Total	100	100

Fuente: Datos de la muestra.

Color de la piel:

De las encuestadas de los Bajos de Santa Ana, el 40% son de piel blanca, el 34,28% son mestizas y el 25,71% de piel negra, es decir, hay un predominio de mestizas y negras. En Nuevo Vedado sin embargo, abundan las mujeres de piel blanca con el 65,71% de la muestra, el 20% son de piel mestiza y el 14,28% de piel negra. Se aprecia la diferencia entre barrios: predominio de color de piel mestiza y negra en los Bajos de Santa Ana y de piel blanca en Nuevo Vedado.

Nivel de escolaridad:

Entre las estudiadas de los Bajos de Santa Ana, predominan aquellas con nivel secundario (45,71%), preuniversitario (25,71%) y técnico medio (20%). Sólo el

5,71% alcanzó nivel primario y el 2,85% universitario. Este último dato resulta interesante considerando que Playa es el segundo municipio con mayor porcentaje de población graduada de nivel universitario en Ciudad de La Habana³⁸, pero que pudiera estar confirmando la hipótesis de los expertos de que existen desigualdades espaciales en un mismo territorio que pasan también por los niveles de educación de los residentes. Por tanto, los Bajos de Santa Ana es considerado un espacio opaco dentro del municipio Playa, ya que este se considera un barrio insalubre en condiciones de ilegalidad, que no ostenta los mismos indicadores socio-demográficos del resto de los habitantes de Playa

Sin embargo, en las de Nuevo Vedado se evidencia un mayor nivel de escolaridad, pues existe un mayor porcentaje de mujeres con nivel técnico medio (34,28%), universitario (25,71%) y preuniversitario (25,71%). Sólo un 14,28% de ellas tiene nivel secundario. Es necesario tener en cuenta en el presente análisis que Plaza es el primer municipio con mayor porcentaje de población graduada de nivel universitario de Ciudad de La Habana.³⁹

No sólo es importante resaltar las diferencias en cuanto a las graduadas universitarias, sino también que en Nuevo Vedado todas las mujeres investigadas alcanzan el nivel secundario, ninguna ostenta como último nivel alcanzado el primario.

Ocupación actual:

En los Bajos de Santa Ana, predominan las amas de casa (48,57%) y las trabajadoras (42,85%, n=15) vinculadas a sectores tales como: estatal (66,66%), cuentapropista (20,00%), mixto (6,66%) y cooperativo (6,66%). Aunque representan una minoría, el 5,71% de estas mujeres son estudiantes y sólo una declaró estar desvinculada, representando un 2,85% de la muestra. Por otra parte, entre las estudiadas de Nuevo Vedado predominan las trabajadoras (57,14%)

³⁸ Anuario Demográfico de Cuba, ONE 2006.

³⁹ Anuario Demográfico de Cuba, ONE 2006.

pertenecientes al sector estatal exclusivamente. En menor medida están las amas de casa (20%), las estudiantes (17,14%) y las desvinculadas (5,71%).

Es de destacar que en Nuevo Vedado no sólo existe un mayor porcentaje de trabajadoras sino que estas en su totalidad pertenecen al sector estatal. Los datos de los Bajos de Santa Ana muestran menor número de mujeres incorporadas al trabajo y una mayor dispersión de sectores ocupacionales, lo cual pudiera indicarnos una mayor búsqueda de alternativas económicas. Estas diferencias también pueden estar vinculadas con el origen de los barrios y la dinámica de sus poblamientos, según la marcha de los procesos socioeconómicos que se desarrollan en el país.

Estado civil:

El 57,14% de las encuestadas en los Bajos de Santa Ana están unidas consensualmente, lo cual responde a la tendencia en Cuba de un incremento en las uniones consensuales constatado en las últimas investigaciones.⁴⁰ Entre ellas el 40% tienen una relación de diez años o más.

Las mujeres casadas de este mismo lugar representan un 22,85% del total y tienen más de 30 años a excepción de una entrevistada que tiene 29. Las mismas llevan menos tiempo de relación con su pareja que las que están unidas consensualmente (Tabla 2).

Sin embargo, en Nuevo Vedado el comportamiento es diferente, pues el 54,28% de las mujeres entrevistadas están casadas y la mayoría de ellas tienen una relación estable de diez años o más. Las mujeres unidas consensualmente representan el 34,28% y de ellas el 58,33% tiene una relación de dos años o menos, es decir, tienen menos tiempo de relación con su pareja que las casadas.

⁴⁰ Idem.

En este análisis es importante destacar la diferenciación en cuanto al estado civil de las mujeres de la muestra, predominando en el espacio menos favorecido la unión consensual. Este comportamiento puede estar debido a que aún existen personas en condiciones de ilegalidad en el barrio o porque en las zonas rurales la unión consensual en las últimas décadas se ha fortalecido más que en las urbanas.⁴¹

Esto último se analiza porque aunque será objeto de atención más adelante, es pertinente decir que de 20 mujeres unidas, 13 son naturales de otras provincias, específicamente de zonas rurales de provincias orientales. El patrón cultural adquirido por estas mujeres responderá en buena medida al construido en sus lugares de origen, además que lo siguen reproduciendo en su actual residencia. Este barrio cuenta con una alta población de inmigrantes, propio de barrios insalubres e ilegales, donde se socializan y reproducen estilos de vida del lugar donde provienen.

También se constató que en cada lugar existe un 11,42% de mujeres solteras. Del total de mujeres estudiadas en los Bajos de Santa Ana, solamente una de refirió estar divorciada y otras dos son separadas. Sin embargo, en Nuevo Vedado ninguna refirió estar divorciada o separada.

Tabla 2: Tiempo de relación con la pareja actual

Tiempo de relación.	Mujeres casadas (%)		Mujeres unidas consensualmente (%)	
	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado
Menos de un año	0	0	0	16,66
Entre uno y dos años	0	10,52	25,00	41,66
Entre tres y cinco años	12,50	5,26	25,00	33,33

⁴¹ Benítez, María Elena. (2003) **La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX**. Editorial Ciencias Sociales, La Habana. Pág 80-81.

Entre cinco y diez años	50,00	5,26	10,00	8,33
Diez años o más	37,50	78,94	40,00	0
Total	100	100	100	100

Fuente: Datos de la muestra.

La sobrerrepresentación de mujeres con menos tiempo en su relación se debe a que en la muestra de Nuevo Vedado predominan adolescentes respecto a la muestra de los Bajos de Santa Ana, siendo precisamente estas adolescentes las que refieren menos tiempo con sus parejas.

Naturalidad e inmigración:

Son nacidas y residentes de toda la vida en los Bajos de Santa Ana sólo dos mujeres (5,71%), una de 38 años de edad y otra de 23; mientras que en Nuevo Vedado el 20% nació y ha vivido siempre en este lugar, con edades que oscilan entre los 20 y los 46 años de edad. Este comportamiento se pudiera explicar por el origen y la dinámica de estos barrios, con movimientos migratorios diferentes. La urbanización y poblamiento de Nuevo Vedado corresponde a la década de los años cincuenta, con casas y edificaciones de 2 a 4 plantas; sin embargo, en los últimos 20 años se ha incrementado el número de edificios múltiples (de Microbrigada) y a su vez, la movilidad de la población ha estado influida por los procesos migratorios externos e internos.

En el caso de los Bajos de Santa Ana, su población ha crecido vinculado a momentos de crisis; un primer crecimiento se produce en los años setenta, se intensifica durante el Período Especial en los noventa y adquiere su mayor incremento en los años 2000. El lugar ha propiciado una mayor recepción de inmigrantes por facilitar condiciones de ilegalidad o indocumentación, al igual que en otros barrios insalubres de la ciudad.

Del total de las inmigrantes de los Bajos de Santa Ana, el 65,71% nació en otras provincias (la mayoría son naturales de la zona oriental y con menor representación fueron también halladas mujeres de otras provincias como Pinar del Río, La Habana y Villa Clara). El 28,57% son naturales de otras zonas de la

provincia de Ciudad de La Habana, incluyendo el propio municipio Playa; y esta frecuencia puede estar explicada por la falta de vivienda propia y la posibilidad de asentarse en ese sitio periférico, formar un hogar, sin aparente dificultad legal, a diferencia de otros espacios capitalinos que tienen restricciones más sólidas.

A diferencia de los Bajos de Santa, existe en Nuevo Vedado un mayor porcentaje de mujeres inmigrantes al barrio que son naturales de Ciudad de La Habana (39,99%), incluyendo aquellas que nacieron en otros barrios del municipio Plaza. El resto nacieron en otras provincias (Pinar del Río, La Habana, Matanzas, Villa Clara, Camaguey, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo) lo cual representa un 40%. (Tabla 3)

Tabla 3: Lugar de nacimiento.

Lugar de nacimiento	Bajos de Santa Ana (%)	Nuevo Vedado (%)
Nacidos en el barrio	5,71	20
Nacidos en el municipio donde se ubica el barrio	8,57	8,57
Nacidos en otros municipios de la capital	20	31,42
Nacidos en otras provincias	65,71	40
Total	100	100

Fuente: Datos de la muestra.

Lo interesante de estas cifras es que resalta la naturalidad de las mujeres de Nuevo Vedado respecto a las de los Bajos de Santa Ana, siendo este último mayor receptor de inmigrantes naturales de otras provincias. Como se había comentado anteriormente, las mismas condiciones de ilegalidad en las que se construye y desarrolla este asentamiento caracteriza su proceso de poblamiento. Muchos de los inmigrantes vienen hacia el occidente en condición de ilegales encontrando este tipo de barrio periférico, y al margen de la legalidad, como la mejor opción de asentarse en la capital. No sucediendo así en la zona de Nuevo

Vedado, que es más céntrica, con un proceso de urbanización legalizado y menos espacios que permitan este tipo de construcciones. No obstante, durante el trabajo de campo realizado, se observó que comienzan a proliferar adiciones constructivas en viviendas individuales y colectivas, tanto en edificaciones tradicionales del barrio como en aquellas de construcción relativamente nueva (microbrigadas). (Ver Anexo III. Fotos)

Esta situación reafirma que los barrios insalubres son receptores de población natural del oriente del país, específicamente de Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo. "Estas regiones históricamente han sido de las más deprimidas del país por sus condiciones geográficas (Sierra Maestra) y en los últimos años sus suelos han sufrido una erosión, dando lugar a una agricultura precaria y de bajos rendimientos."⁴²

La información también arrojó que las mujeres residentes actuales de los Bajos de Santa Ana han tenido una experiencia migratoria anterior mayor que las de Nuevo Vedado (Tabla 4). Si lo analizamos siguiendo la misma lógica podría decirse que las mujeres que habitan este tipo de barrio han tenido una historia anterior de búsqueda de alternativas de sobrevivencia que también pasa por la tenencia de vivienda propia y condiciona el resto de sus funciones sociales. Para estudiar los movimientos migratorios se decidió agrupar las provincias según las zonas del país. El occidente comprende desde Pinar del Río hasta Matanzas, incluyendo Isla de la Juventud, el centro se extiende desde Villa Clara hasta Camagüey y por último la zona oriental que comprende el resto de las provincias.

⁴² Rodríguez Ruiz, Pablo; Ramón Claudio Estévez Mesquía y Tania Canet Iglesia. **"Los ilegales de las alturas del mirador. ¿O marginalidad o pobreza o exclusión social?"** Centro de Antropología. CITMA. La Habana, 2004. Pág 40.

Tabla 4. Lugar de nacimiento y última residencia antes de vivir en el barrio.

Última residencia antes de asentarse en el barrio	Lugar de nacimiento (%)							
	Occidente		Ciudad de La Habana		Centro		Oriente	
	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado
En la provincia en la que nacieron	14,28	5,71	0	0	2,85	5,71	11,42	14,28
En otra provincia, distinta a la de nacimiento	0	0	2,85	0	0	0	11,42	2,85
En el municipio en el que está el barrio.	0	0	8,57	8,57	0	0	11,42	0
En otro municipio de la ciudad.	0	5,71	17,14	28,57	2,85	2,85	11,42	5,71
Siempre ha vivido en el barrio	0	0	5,71	20	0	0	0	0
Total	14,28	11,42	34,27	57,14	5,71	8,56	45,68	22,84

Fuente: Datos de la muestra.

Tipo y tamaño de la familia:

La información registrada manifiesta que existe un comportamiento similar entre los espacios seleccionados, atendiendo a este indicador Predominan en los dos barrios las familias nucleares completas en la misma proporción (42,85%) y las ampliadas completas (Bajos de Santa Ana 31,42% y Nuevo Vedado 42,85%)

La formación de familias en Cuba no tiene como tendencia ser nuclear completa por lo que estos datos son contrastantes con los indicadores nacionales.⁴³ Sin embargo, el dato de las familias ampliadas si está en consistencia con las actuales condiciones de tenencia de la vivienda, pues una de las hipótesis que se maneja en el análisis de la prevalencia de familias ampliadas, es la imposibilidad de tenencia de vivienda independiente por las nuevas parejas que se forman, por lo que deben convivir con el resto de sus familiares.

⁴³ Benítez, María Elena. (2003) **La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX**. Editorial Ciencias Sociales, La Habana. Pág 52-55.

Referido al tamaño de la familia la muestra pertenece a núcleos de los siguientes tamaños:

Tabla 5: Tamaño del núcleo familiar.

Tamaño del núcleo familiar	Bajos de Santa Ana (%)	Nuevo Vedado (%)
Dos personas	5,71	2,85
Tres personas	22,85	22,85
Cuatro personas	37,14	48,57
Cinco personas	28,57	14,27
Seis personas	2,85	8,57
Siete personas	2,85	0,00
Nueve personas	0,00	2,85
Total	100	100

Fuente: Encuestas.

En este análisis se evidencian diferencias en el tamaño del núcleo familiar, predominando en los Bajos de Santa Ana núcleos con mayor número de personas que en Nuevo Vedado.

3.2. Condiciones de vida de las mujeres estudiadas.

Tipo y condiciones estructurales de la vivienda

Todas las mujeres entrevistadas de los Bajos de Santa Ana viven en casas de construcción irregular, lo cual es característico de este lugar que, aunque en su origen fue ocupado por segundas casas, o casas de recreo hasta de familias que no residían en Ciudad de La Habana, su evolución parece estar asociada en lo fundamental, a condiciones de ilegalidad e insalubridad. Durante el trabajo de campo a través de conversaciones informales con las mujeres estudiadas y otras, se apreció la coincidencia de que el barrio fue poblándose lentamente, con mucha mayor celeridad a partir de la década del noventa del pasado siglo y en los últimos años de la presente década.

La mayoría de las viviendas de las entrevistadas (60 %) se encuentran en estado regular o malo, presentan suciedad en las paredes (77,14%) y en menor medida

en el piso (20%). Es importante destacar la heterogeneidad existente en cuanto a las condiciones estructurales de la vivienda, pues se encontraron mujeres en casas de buen estado constructivo (40%). Sin embargo, algunas están incompletas, todavía en construcción o en vías de ampliarse (40%) y aunque representan una minoría (14,28%) existen casas de madera en el lugar, las cuales están en malas condiciones. En general en el área de estudio las observaciones de campo permitieron reconocer un notable ritmo constructivo actual a favor de viviendas de relativamente alto patrón de construcción en contraste con otras “improvisadas”, que pudieran indicar distancias en los ingresos familiares entre otras explicaciones.

Por otra parte, en Nuevo Vedado el 82,85% de las viviendas de las mujeres entrevistadas son apartamentos, el resto son casas. Esto responde al tipo de construcción que identifica esta zona, la cual fue creada en los años cincuenta para la clase media de aquella época. La mayoría de estas viviendas se encuentran en buen estado (97,14%), presentando buena higiene en las paredes (82,85%) y en el piso (91,42%). Ello refleja una mayor homogeneidad en este tipo de barrio.

Tenencia de animales

El 40% de las mujeres residentes en los Bajos de Santa Ana tienen animales, específicamente perros y cerdos. En algunos casos coincide la tenencia de animales con la presencia de mal olor (35,71%, n=14), aunque en una de las casas visitadas no había animales, sin embargo se percibía la fetidez. Se percibió además, mediante una guía de observación, que en la mayoría de las casas donde estos habitaban, la higiene de la paredes era mala (92,85%, n=14) y la del piso también (42,85%).

La tenencia de cerdos corresponde a una práctica generalizada en este tipo de asentamientos de las zonas periféricas, como formas alternativas de búsqueda de ingresos al hogar y/o como garantía de alimentación. Esta práctica está

penalizada por las autoridades de Salud Pública y su permanencia reafirma las condiciones de ilegalidad que estimula la vida en las zonas periféricas.

De las residentes en Nuevo Vedado, el 20 % tiene animales, generalmente perros, y no se percibió presencia de mal olor en las viviendas. Sólo hubo una casa donde se sentían la fetidez; sin embargo, en esta no había animales en el momento de la encuesta. Se observó también que en tres de las viviendas donde había animales, la higiene de las paredes y el piso era mala.

Número de dormitorios en la vivienda

El 82,85% de las encuestadas de los Bajos de Santa Ana vive en casas con uno o dos dormitorios (82,85%) y de ellas existen algunas que no tienen baño interior dentro de la casa (13,79%, n=29). Sin embargo, el 8,57% vive en casas con tres dormitorios e igual por ciento en casas con cuatro, lo cual reitera la heterogeneidad del barrio seleccionado y la flexibilidad de construir habitaciones al gusto y posibilidades del propietario. En Nuevo Vedado, el 77,14% de las viviendas tiene entre dos y tres dormitorios (77,14%) y en todas, excepto en una, hay baño dentro de la casa. Ello reitera las diferencias en cuanto a condiciones de vida de ambos espacios. Tabla 6.

Tabla 6: Cantidad de dormitorios en el diseño interior de las viviendas

Barrios	Número de cuartos dormitorios en la vivienda					Total
	Sin cuartos dormitorios	Con 1 cuarto dormitorio	Con 2 cuartos dormitorios	Con 3 cuartos dormitorios	Con más de 3 cuartos dormitorios	
Bajos de Santa Ana	0	42,85	40	8,57	8,57	100
Nuevo Vedado	0	8,57	45,71	31,42	14,28	100

. Fuente: Datos de la muestra.

Para analizar el hacinamiento se ha tenido en cuenta la siguiente escala: no existe hacinamiento cuando hay menos de una persona por dormitorio, tampoco cuando hay dos, pues aunque no sean pareja en las condiciones actuales de la vivienda es completamente legítimo que dos individuos compartan la habitación. A partir de tres

personas por cuarto ya se considera hacinamiento porque se va perdiendo la privacidad. De esta forma, más de la mitad de las mujeres encuestadas de los Bajos de Santa Ana (54,28%) vive en condiciones de hacinamiento, mientras que en Nuevo Vedado sólo vive en esta situación el 25,71%. Se debe tener en cuenta que en el primer barrio existen casas más pequeñas, incompletas o en procesos de construcción muchas veces con un sólo dormitorio. Además como se había analizado anteriormente el tamaño de los núcleos familiares es mayor al de Nuevo Vedado, propiciando que habiten más de dos personas en un mismo cuarto.

Infraestructura técnica y de servicios

A diferencia de Nuevo Vedado, el saneamiento básico y las condiciones higiénico sanitarias de los Bajos de Santa Ana no son las mejores, pues no existe en el barrio recogida de desechos sólidos regularmente, ni tampoco un sistema de alcantarillado para evacuar los desechos líquidos, los cuales van directamente a las fosas o al ojo de agua (manantial). En cuanto a la infraestructura técnica no existen calles, sino callejones sin pavimentar o pavimentados en muy mal estado, sin aceras y sin cunetas. La basura se encuentra muy cerca de las viviendas y del mangle. (Ver Fotos Anexo III) Su acumulación en estos lugares abiertos, facilita la reproducción de vectores, tales como ratas, mosquitos, y guasazas. Con ello, el riesgo de proliferación de enfermedades contagiosas es potencial.

Las mujeres del barrio menos favorecido refirieron que la frecuencia con que llega el agua a las casas es en días alternos; de ellas el 22,85% no tienen instalación interior de agua, sino que la tienen en el patio. En cambio, la mayoría de las mujeres de Nuevo Vedado refieren que la frecuencia con que llega el agua a sus viviendas es diaria (91,42%), el resto declara que viene en días alternos. Todas las viviendas tienen instalación interior dentro de la casa, excepto una ubicada en el sótano de un edificio.

Equipamiento electrodoméstico de las viviendas

En cuanto al equipamiento interior de cada una de las viviendas de los Bajos de Santa Ana, predominan aquellas que poseen muebles en regular o mal estado (85,71%). La mayoría de las mujeres entrevistadas tiene televisor (94,28%) refrigerador (91,42%), equipos de cocina (77,14%), lavadora (77,14%), equipo de música (57,14%) y DVD (51,42%). En menor medida tienen video (20%) y computadora (5,71%). Ninguna de las viviendas de las entrevistadas tiene aire acondicionado.

En Nuevo Vedado más de la mitad de las encuestadas posee muebles en buenas condiciones (74,28%) y todas refirieron tener refrigerador. La mayoría tiene también televisor (97,14%), lavadora (94,28%), equipos de cocina (80%), equipo de música (74,28%), DVD (71,42%) y video (57,14%). En menor medida tienen computadora (37,14% de la muestra) y aire acondicionado (34,28%).

Ingresos familiares

En cuanto a los ingresos familiares, el 97,14% de la muestra de los Bajos de Santa Ana declaró que lo reciben en moneda nacional, mientras que sólo el 14,28% reciben ingresos en moneda libremente convertible. La entrada principal de presupuesto al hogar, es el salario estatal (88,57%) y en menor medida el salario del sector privado (37,14%). El 20% de las mujeres estudiadas recibe estimulación y el 11,42% remesas. Sólo cuatro de las entrevistadas reciben en sus ingresos familiares los dos tipos de moneda, lo cual representa el 11,42%.

En Nuevo Vedado la mayoría de las mujeres encuestadas reciben en sus ingresos familiares salario estatal (94,28%) y de ellas 18 reciben estimulación (54,54%). Un 22,85% recibe remesas familiares y otro 22,85% recibe ingresos familiares por otras vías. Sólo una de ellas declaró que uno de sus ingresos familiares era el alquiler de habitaciones. En cuanto al tipo de moneda, todas refieren recibir ingresos familiares en moneda nacional y el 51% recibe ingresos en moneda

libremente convertible. De 35 mujeres estudiadas, 18 reciben ingresos en los dos tipos de moneda.

Las mayores diferencias en este aspecto se evidencia en los per cápitas familiares, mayores en los hogares de Nuevo Vedado que en los de Bajos de Santa Ana. (Tabla 7). De las que declararon sus ingresos en este último barrio (77,14%), predominan aquellos hogares con percápitas entre los 100 y 200 pesos. Sin embargo, se pueden percibir grandes diferencias, teniendo en cuenta que este un dato siempre distorsionado. El percápita mínimo asciende a los 23 pesos, mientras que el máximo es de 833 pesos, es decir una distancia 36 veces mayor. Es necesario destacar que en los hogares donde el ingreso por persona es mayor, reciben moneda libremente convertible, ya sea por remesas y por salario del sector mixto; mientras que en los de menores ingresos lo reciben del sector estatal.

De las que declararon sus ingresos en Nuevo Vedado (88,57%), predominan aquellas con percápitas entre los 200 y los 500 pesos, aunque también se diferencian, el percápita mínimo asciende sólo a 82 pesos, mientras que el máximo es de 3200 pesos; aquí la distancia es 39 veces mayor. De igual forma en estos hogares donde el ingreso por persona es mayor reciben moneda libremente convertible, ya sea por remesas, por estimulación o por la renta de habitaciones.

Tabla 7: Ingresos. Percápita.

Ingresos (MN)⁴⁴	Mujeres (%)	
	Bajos de Santa Ana (n=27)	Nuevo Vedado (n=31)
Menos de 50 pesos	7,40	0
Entre 50 y 100	18,51	6,45
Entre 101 y 200	48,14	12,90
Entre 201 y 500	18,51	54,83

⁴⁴ Se convirtieron en moneda nacional todos los ingresos.

Entre 501 y 1000	7,40	16,12
Más de 1000	0	9,67
Total	100	100

Fuente: Datos de la muestra.

En consideración a lo anterior se puede decir que las mujeres de los Bajos de Santa Ana viven en condiciones más adversas que las de Nuevo Vedado no sólo en el espacio individual/familiar sino también en lo que respecta al propio barrio y a los servicios estatales. Esto es coherente con todos los análisis que se han venido realizando, que indican que efectivamente existen diferencias sustanciales que condicionan las formas de vida, pues no es lo mismo vivir en un ambiente saludable, higiénico, sin el stress que genera la falta de ingresos, o ingresos bajos, con una serie de servicios garantizados para los quehaceres diarios. Entiéndase que estamos hablando de mujeres que llevan sobre sí la carga del trabajo doméstico, y mucho va a influir en sus vidas las condiciones de realización de este tipo de trabajo.

Estilos de vida

En ambos lugares la mayoría de las mujeres estudiadas refirieron no tener hábitos tóxicos, sólo un 25,71% de las encuestadas de cada espacio declaró que fumaban. También coincide que las amas de casa le dedican todo el tiempo a las labores domésticas, mientras que las trabajadoras remuneradas lo hacen después del trabajo o los fines de semana. Lo que evidencia que siguen siendo las mujeres las que realizan las labores domésticas independientemente de estar ocupadas o no.

Dentro de las mujeres de los Bajos de Santa Ana que son trabajadoras remuneradas existen diferentes horarios de trabajo, algunas trabajan de ocho a doce horas diarias (41%) y las demás en días alternos (trabajadoras de gastronomía, una enfermera). Por otra parte, en Nuevo Vedado de un total de 20 mujeres trabajadoras, 15 de ellas trabajan ocho horas diarias, representando un 75%. Las demás trabajan 12 horas diarias o en días alternos.

Generalmente aquellas que residen en el barrio menos favorecido refieren que no le dedican tiempo a su vida personal (recrearse, atender su salud) o le dedican muy poco (65,71%) y a medida que aumenta la edad disminuye la preocupación en este sentido. En cambio de las residentes en Nuevo Vedado el 68,57% declaró dedicarle tiempo a su vida personal. Otras no lo hacen por falta de tiempo o le dedican muy poco. Estas diferencias pueden estar explicadas, entre otras razones, por las desventajas que tienen las mujeres de los Bajos de Santa Ana en cuanto a posibilidades económicas y oportunidades de recreación en su zona de residencia, la cual es una zona periférica de la ciudad. Sin embargo, durante el trabajo de campo se observó que existen en este barrio mecanismos de compensación en este sentido, buscando alternativas recreativas (juego de dominó entre mujeres). En cuanto a las condiciones y cobertura de la recreación estas son deficientes a nivel de país, concentrándose las existentes en la capital y al interior de la misma en determinadas zonas privilegiadas por su ubicación geográfica. Las zonas más alejadas del centro de la ciudad, salvo contadas excepciones, no cuentan con una recreación, que sin pretender que sea variada, al menos que permita espacios de esparcimiento.

De las residentes en los Bajos de Santa Ana, el 71,42%% no tiene creencias religiosas y de las que pertenecen a alguna religión específicamente (10 mujeres), el 50% son Testigos de Jehová, el 40% están vinculadas a religiones afrocubanas y sólo una declaró ser cristiana. Por otra parte, el 85,71% de las de Nuevo Vedado refirió no tenerlas, sólo cinco lo afirmaron (una católica, una cristiana protestante y tres pertenecientes a religiones afrocubanas). Estas características, que podrían llamarse del espacio privado, se necesitan tenerlas en cuenta porque muchas de estas prácticas regulan el comportamiento sexual y reproductivo, se conoce mucho sobre la posición de la Iglesia Protestante y Católica acerca de la contracepción pero esta no es la única religión que interviene en este espacio de la vida privada, sino que también los Testigos de Jehová poseen creencias contra el aborto y las Religiones Afrocubanas también poseen disposiciones,

sobre todo en el caso de los iniciados, sobre la práctica de las relaciones sexuales.

3.3. Comportamiento sexual y reproductivo.

Edad de la primera menstruación

La mayoría de las mujeres encuestadas en los Bajos de Santa Ana tuvieron su primera menstruación entre los 12 y 15 años de edad (76,47% de 34 mujeres). Mientras que en Nuevo Vedado el 91,42% la tuvo en edades más tempranas, entre los nueve y los catorce años. “Este evento es utilizado frecuentemente en diversas pesquisas médicas y antropológicas, pues entre otros elementos refleja la situación ambiental y socioeconómica del grupo humano objeto de estudio. Constituye además un índice del estado de salud y de la calidad de vida ”⁴⁵ Mientras más favorables sean estos indicadores, las jóvenes menstruarán más tempranamente.

Inicio de las relaciones sexuales

En cada espacio estudiado se encontró una muchacha que no ha tenido relaciones sexuales. La que reside en los Bajos de Santa Ana tiene 20 años y ha mantenido su virginidad por su pertenencia a la religión Testigos de Jehová, mientras que la de Nuevo Vedado tiene 15 años y afirma no tener creencias religiosas.

El 78% de las 34 mujeres del barrio menos favorecido que tienen vida sexual, tuvieron su primera relación entre los 14 y los 18 años, es decir, en plena adolescencia, lo cual se considera una etapa precoz desde el punto de vista biológico como psicológico, con grandes probabilidades de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad de transmisión sexual por la inexperiencia de la adolescencia. Sin embargo, esto coincide con los hallazgos de otros

⁴⁵ Tanner, JM (1971) “ **Educación y desarrollo físico**”. Instituto Cubano del Libro, La Habana, 164 p.

investigadores que afirman que en Cuba la primera relación sexual se produce en edades tempranas, donde el papel de los medios masivos de difusión es trascendental en este comportamiento.⁴⁶

Por otra parte, en Nuevo Vedado si bien la tendencia (91,42%) de las que iniciaron su vida sexual, aumentaron respecto a las anteriores en un año la entrada a las relaciones sexuales y no se concentran en 5 años sino que los extienden a 6, también se considera que 15 años es una edad lo suficientemente joven como para estar preparada para la sexualidad.

Frecuencia y disfrute de las relaciones sexuales

En los dos lugares las encuestadas se declararon heterosexuales, aunque este es un tema íntimo donde las personas puedan ocultarlo por temor a ser juzgados. De las residentes en los Bajos de Santa Ana que se encontraban sexualmente activas en el momento de la encuesta (30 mujeres), el 60% declaró tener relaciones sexuales diariamente o en días alternos. Las demás refirieron tener relaciones una vez a la semana, cada 15 días o una vez al mes (23,33%). También se escucharon frases como “a veces”, y “*esporádicamente*”⁴⁷ (16,67%). De las mujeres estudiadas que en el momento de la encuesta declararon tener relaciones sexuales, el 96,66% planteó que “las disfruta” argumentando con frases tales como: “*me siento bien*”, “*me gusta*” o “*amo a mi esposo*”⁴⁸. Una de ellas declaró no disfrutar del acto sexual porque estaba enamorada de otro hombre.

Este comportamiento es similar en Nuevo Vedado, pues el 64,70% de las que tienen una vida sexual activa declararon tener relaciones diariamente o en días alternos, el resto una vez a la semana o más. Todas disfrutaban sus relaciones, argumentando que se sienten bien, seguras, satisfechas y están enamoradas de su pareja.

⁴⁶ Abreu Naranjo, Rafael; Oliva Reyes Amat, George N. García Rodríguez, Maricel León Jorge y María L. Naranjo León. “**Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes.**” Gaceta Médica Espirituana, 2008. Documento digitalizado. Pág 1

⁴⁷ Encuestas realizadas a mujeres residentes en los Bajos de Santa Ana.

⁴⁸ Ídem.

Número de parejas sexuales y promiscuidad

En los Bajos de Santa Ana el 61,76% de aquellas que han iniciado su vida sexual ha tenido como tendencia entre tres y ocho parejas sexuales (Tabla 8), aunque resaltan aquellas que han tenido 10 y 15, con edades que oscilan entre 30 y 44 años. Vale destacar en este análisis que este lugar facilita las posibilidades de relacionarse, por su cercanía a zonas turísticas y de acceso a extranjeros como la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM). Sin embargo, es necesario destacar que algunas mujeres han tenido sólo una pareja sexual o dos (38,23%).

Por otra parte, en Nuevo Vedado el 64,70% ha tenido entre tres y diez parejas sexuales (Tabla 8) y son las que han iniciado su vida sexual en edades tempranas. Aquellas que han tenido una sola pareja sexual o dos representan un 35,29%

Tabla 8: Parejas sexuales.

Número de parejas	Mujeres (n=34)	
	Bajos de Santa Ana	Nuevo Vedado
Una pareja	8,82	14,70
Dos parejas	29,41	20,58
Tres parejas	20,58	23,52
Cuatro parejas	11,76	11,76
Cinco parejas	8,82	8,82
Seis parejas	5,88	2,94
Siete parejas	0	5,88
Ocho parejas	2,94	5,88
Diez parejas	8,82	5,88
Quince parejas	2,94	0

Fuente: Datos de la muestra.

En los Bajos de Santa Ana el 14,70% de las entrevistadas ha tenido relación con más de una persona en el mismo período de tiempo, y de forma coincidente son las que más parejas sexuales han tenido. Las mismas tienen entre 30 y 44 años

de edad. En Nuevo Vedado estas mujeres representan el 17,64% y generalmente son menores de 25 años (todas excepto una). Las mismas tuvieron su primera relación sexual con 18 años o menos, incluyendo aquellas que la tuvieron a los 13 y 14. Han tenido de tres a cinco parejas sexuales, una de ellas ha tenido 10. Este comportamiento responde a estilos de vida propios de sociedades modernas, donde la pérdida de valores trae consigo conductas promiscuas. En ocasiones la familia delega la mayor parte de la educación a otras instituciones sociales y pierde protagonismo en la formación sexual de las nuevas generaciones, lo cual repercute sobre la manera en que los jóvenes asumen su sexualidad.

Infecciones de transmisión sexual

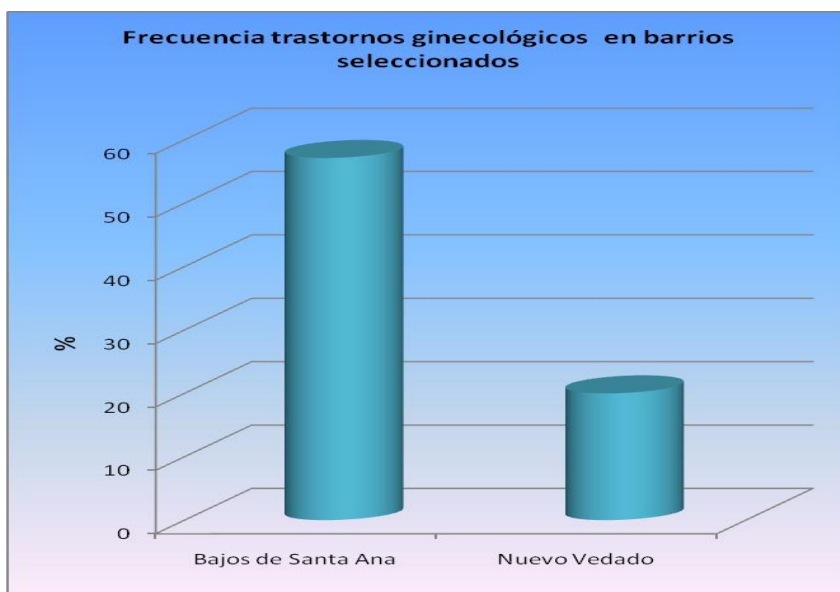
En ambos espacios todas las mujeres de la muestra refirieron tener conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y en cada uno de estos lugares una de ellas declaró haber padecido alguna. La residente en los Bajos de Santa Ana tuvo una vaginosis bacterial porque su esposo la contagió, mientras que la de Nuevo Vedado padeció condiloma por no protegerse en sus relaciones sexuales.

También coincide que en los dos lugares un porcentaje elevado de mujeres han padecido infecciones vaginales por asearse con agua de mala calidad o sin hervir (62,85% en los Bajos de Santa Ana y 74,28% en Nuevo Vedado). Generalmente las padecen frecuentemente o cuando han estado embarazadas. Estas cifras son contradictorias con las condiciones de vida diferentes que tienen las mujeres de ambos barrios, específicamente las referidas a la forma de recolección de agua en el hogar. Quizás estas mismas deficiencias estén condicionando que las mujeres de los Bajos de Santa Ana tengan más cuidado con el agua que utilizan ya que es de menos calidad.

Enfermedades de la salud sexual y reproductiva

Una de las diferencias más significativas entre las mujeres estudiadas de los espacios seleccionados es la incidencia de enfermedades de la salud sexual y reproductiva. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Incidencia de enfermedades asociadas a la salud sexual y reproductiva.



Fuente: Datos de la muestra.

Más de la mitad de las residentes en los Bajos de Santa Ana padece o ha padecido trastornos ginecológicos (57,14%), algunas con más de uno (35%, n=20). Dentro de los trastornos más repetidos se encuentran los nódulos en los senos, la displasia y la inflamación pélvica. (Tabla 9). Según la Doctora Antuané, esta última puede estar debida a la repetición de infecciones vaginales, provocadas por la inestabilidad de parejas y las malas condiciones higiénico-sanitarias.⁴⁹

El 90% de las mujeres entrevistadas de los Bajos de Santa Ana que presentan al menos un trastorno ginecológico tuvo su primera relación sexual entre los 15 y los 18 años, edades de inmadurez tanto biológica como psicológica para el inicio de la vida sexual. Sin embargo, una de ellas nunca ha tenido relaciones sexuales (5%) y otra inició su vida sexual a los 26 años (5%).

⁴⁹ Entrevista a Doctora Antuané Costa Valera del Consultorio No. 24 de los Bajos de Santa Ana. Anexo II.

En Nuevo Vedado es menor el porcentaje de mujeres con enfermedades de la salud sexual y reproductiva (20%) y menos variedad de afecciones, sin embargo una de ellas ha padecido de cáncer de mamas. Existen otras afecciones como nódulos en los senos, displasia, dolores bajo vientre, sangramiento, operación de fibromas e histerectomía. Incluso una ha padecido más de un trastorno. Todas ellas tuvieron su primera relación sexual a los 17 años o menos, edades muy precoces para el inicio de la vida sexual.

Tabla 9: Enfermedades de la salud sexual y reproductiva.

Enfermedades padecidas	Bajos de Santa Ana No. mujeres	Nuevo Vedado No. mujeres
Nódulos en los senos	6	1
Displasia	4	1
Inflamación pélvica	4	-0
Fibromas	4	1
No sale embarazada	2	0-
Pezón invertido	1	-0
Acceso entre trompa izquierda y apéndice	1	-0
Folículo muy pequeño	1	-0
Rectocitocelís	1	-0
Quiistes en los ovarios	1	1
Extracción del cuello uterino	1	-0
Estopia cervical	1	-0
Irregularidades menstruales	1	-0
Cáncer de mamas	-0	1
Histerectomía	-0	1
Dolores bajo vientre	-0	1
Sangramiento por el anticonceptivo	-0	1

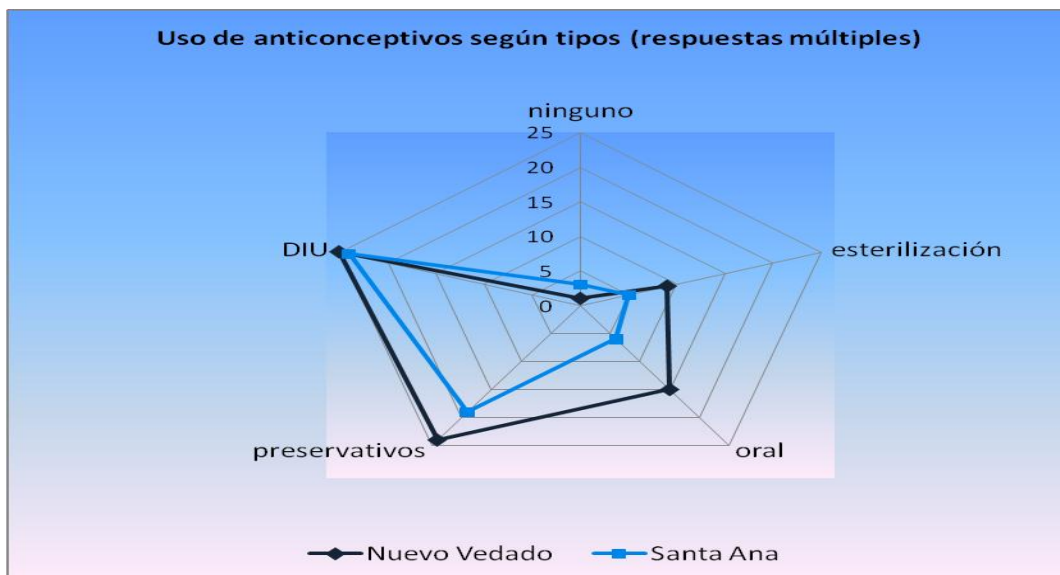
Fuente: Encuestas.

Uso de anticonceptivos

De las mujeres de los Bajos de Santa Ana que han iniciado su vida sexual, el 97,05% ha usado anticonceptivos y más de la mitad refirió que lo usan para no salir embarazadas (63,63%, n=33). Otro grupo de mujeres plantearon que lo usan no sólo para evitar embarazos, sino además para no contraer enfermedades de transmisión sexual (36,36%). Los anticonceptivos más usados son los Dispositivos Intrauterinos (72,72%) y el preservativo (57,57%). En menor medida se usan las tabletas (18,18%). (Ver Entrevista a la Dra Antuané, Anexo II), la esterilización (15,15%) y las vacunas (12,12%).

Por otra parte, en Nuevo Vedado existe un mayor uso de la anticoncepción que en las residentes en los Bajos de Santa Ana, pues todas las mujeres activas sexualmente usan anticonceptivos. Algunas lo usan sólo para prevenir embarazos (52,94%), mientras que otras lo usan para protegerse de embarazos y también de enfermedades de trasmisión sexual (47,05%). Dentro de los tipos de anticonceptivos, coincide que los más usados son los Dispositivos Intrauterinos (73,52%) y el condón (70,58%). En menor medida se usan las tabletas (44,11%) y la esterilización (26,47%). Aunque existe en este barrio una totalidad en la anticoncepción no existe diferencia notable con la otra muestra de mujeres. A nivel nacional las campañas de salud en los medios de comunicación para la protección son programas de importantes impactos en la población, principalmente en las zonas urbanas, como es el caso que se investiga. Existe una alta probabilidad de que estas mujeres estén condicionadas por estas políticas de salud.

Gráfico 2: Uso de anticonceptivos.



Fuente: Datos de la muestra.

Número de embarazos

De las mujeres residentes en los Bajos de Santa Ana que han iniciado su vida sexual, el 88,23% ha tenido al menos un embarazo y la mayoría de ellas entre 15 y 20 años de edad (83,33%, n=30), es decir, en edades tempranas. Según Reina

Fleitas, Profesora del Departamento de Sociología de la Universidad de La Habana, "la maternidad adolescente es un fenómeno de desfasaje temporal de lo femenino, de la relación entre el tiempo biológico, psicosocial y percibido por la mujer. Es una realidad que adelanta roles cuando aún no se ha concluido la preparación del sujeto para vivir en otros espacios posibles de realización y ella, por tanto, atenta contra el proyecto de equidad por el que lucha la mujer. Los estudios que sobre maternidad precoz se han realizado explican las consecuencias sociales y biológicas que este hecho acarrea para la mujer y el niño y promueven la necesidad de su prevención y erradicación."⁵⁰

De estas mujeres siete han tenido su primera relación sexual y su primer embarazo a la misma edad (entre 15 y 17 años de edad), lo que pudiera reflejar la poca orientación de estas jóvenes en su vida sexual y reproductiva.

De las 30 mujeres que han salido embarazadas en los Bajos de Santa Ana, el 73,33% de ellas ha tenido tres embarazos o más; incluso una de ellas ha tenido 10 embarazos y otra 15. La que tiene 10 embarazos es de color de la piel negra de 35 años de edad y la otra es mestiza de 42 años. Ambas iniciaron su vida sexual con edades muy precoces, con 16 y 15 años respectivamente. Es preciso tener en cuenta también que estas dos mujeres padecen trastornos ginecológicos. La que tuvo 10 embarazos tiene fibromas y la que tiene 15 padece de inflamación pélvica y nódulos en los senos.

En general, las mujeres que han tenido mayor número de embarazos son aquellas que iniciaron su vida sexual y tuvieron su primer embarazo en edades muy tempranas (entre 15 y 17 años) y son también las que más parejas sexuales han tenido.

⁵⁰ Fleitas, Reina. Tesis de Doctorado. **Identidad femenina y maternidad adolescente en Cuba.** Departamento de Sociología, Universidad de La Habana. Pág 153-154.

Por otra parte, de las que residen en Nuevo Vedado que han iniciado su vida sexual el 85,29% han tenido al menos un embarazo y de ellas la mayoría ha tenido su primer embarazo entre 15 y 24 años (82,75%). Es importante destacar también que algunas han salido embarazada por primera vez en plena adolescencia, es decir, entre 15 y 20 años (41,37%).

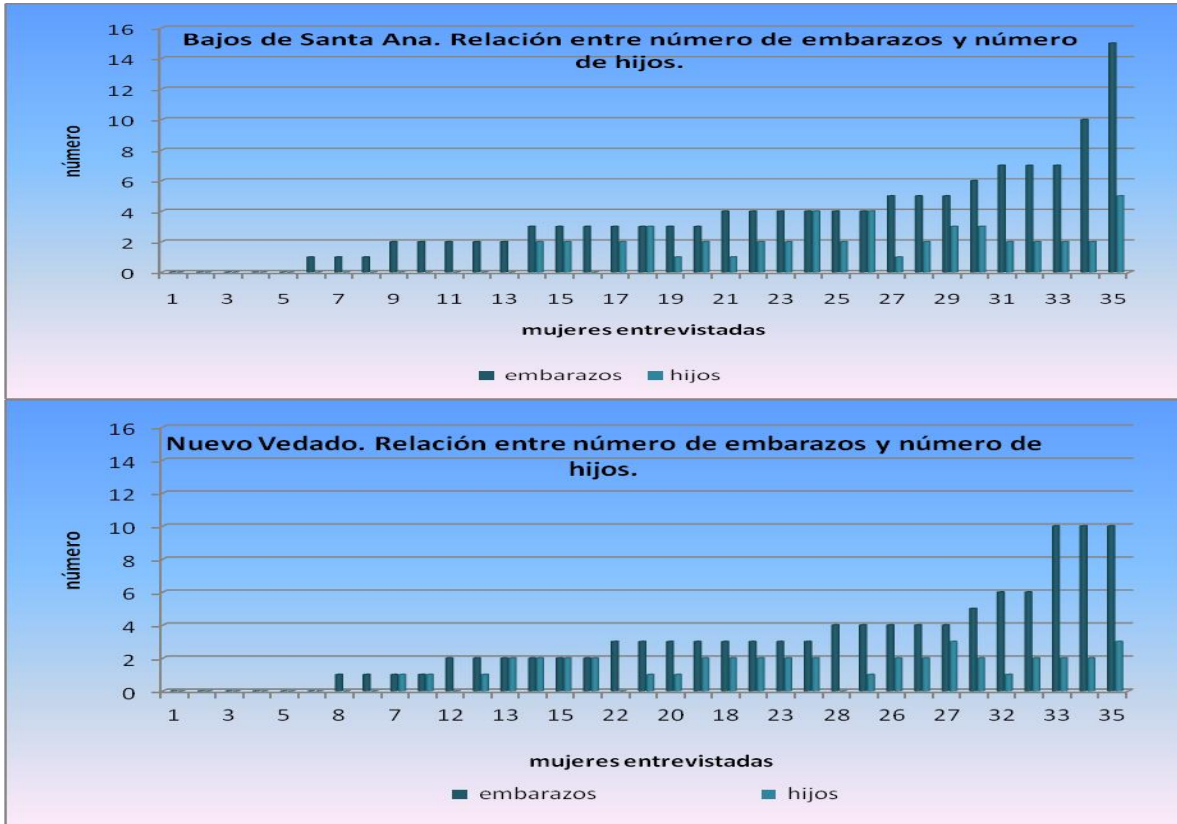
Aunque representan un número menor en relación a las mujeres de los Bajos de Santa Ana, dentro de esta muestra también se encontró que tres mujeres tuvieron su primera relación sexual y su primer embarazo a la misma edad (entre 17 y 19 años). Este hecho pudiera explicarse entre otras razones por la falta de comunicación con los padres y la no protección en las relaciones sexuales como consecuencia del desconocimiento, la poca orientación o una actitud pasiva ante las exigencias de los varones que muchas veces no se protegen por considerar que de esta forma disfrutan más el acto sexual.

En cuanto al número de embarazos, el 65,51% de las residentes en Nuevo Vedado ha tenido tres embarazos o más. Las mujeres con más números de embarazos son aquellas que han iniciado su vida sexual y han tenido su primer embarazo en edades tempranas (entre 15 y 23 años). Algunas de ellas con más de cinco parejas sexuales (siete mujeres). Esto demuestra la poca responsabilidad y planificación familiar de las más jóvenes en cuanto a su vida reproductiva. Dentro de esta muestra se encontraron tres mujeres con 10 embarazos. Todas naturales de Ciudad Habana, blancas, casadas, con nivel educacional universitario y con más de 40 años de edad. Las mismas han tenido de cinco a diez parejas sexuales.

En las mujeres de ambos espacios, se evidencia un mayor número de embarazos que de hijos, en los Bajos de Santa Ana el 90% de las mujeres entrevistadas tienen más embarazos que hijos y en Nuevo Vedado el 79,31%. Aunque en los dos lugares el número de mujeres con más embarazos que hijos es considerable,

sobresale en este sentido el por ciento en los Bajos de Santa Ana. Sin embargo, lo más significativo es la cantidad de mujeres con cuatro embarazos y más.

Gráfico 3: Relación entre número de embarazos y número de hijos.



Fuente: Datos de la muestra.

Número de hijos

El 57,14% de las que viven en los Bajos de Santa Ana tienen entre dos y cinco hijos. Sin embargo, en Nuevo Vedado las mujeres entrevistadas tienen generalmente dos hijos o menos. La fecundidad acumulada es mayor a medida que aumenta la edad. La baja fecundidad que se observa en el primer territorio estudiado está en correspondencia con los niveles de envejecimiento que presenta el municipio al cual pertenece, considerado el más envejecido del país. Si tenemos en cuenta que la mortalidad en Cuba ha llegado a los umbrales de dicha variable, entonces es la fecundidad la variable demográfica que actúa directamente y con mayor intensidad en el proceso de envejecimiento.

Los bajos y altos niveles de fecundidad se pudieran explicar por distintas razones que irían desde las condiciones materiales de vida de estas mujeres pasando por sus niveles educacionales y terminando con sus planificaciones familiares. Dentro del ámbito académico existen diferentes posiciones que dan preferencia a una razón más que otra. Lo cierto es que ya es un hecho que las condiciones materiales de vida no son la única causa reconocida, ni la de más peso.⁵¹

El 84% de las mujeres con hijos de los Bajos de Santa Ana los tuvieron a término, es decir con el tiempo y el peso adecuado y el 92% de ellas tuvo un parto natural en el servicio correspondiente a su residencia y el 16% parto por cesárea. Dos de ellas tuvieron los dos tipos de parto. Además casi todas lactaron a su bebé en los primeros meses de vida, excepto dos.

En las mujeres de Nuevo Vedado casi todos nacieron a término también, excepto uno que fue prematuro de peso y tiempo. El 66,66% de las encuestadas que tuvieron al menos un hijo, declararon tener un parto normal. Sin embargo, en las mujeres de este lugar existe una frecuencia mayor de partos por cesárea e instrumentado (por fórceps) que en las de los Bajos de Santa Ana, con un 45,83% y un 8,33% respectivamente. Generalmente estos partos tuvieron lugar en el servicio médico correspondiente a su residencia. Algunas de ellas tuvieron varios tipos de parto, parto normal en su primer hijo y cesárea en el segundo (16,66%); o parto normal y parto instrumentado (4,16%). En este lugar todas declararon que dieron de lactar a sus hijos en los primeros meses de vida.

Decisión de tener hijos

La mayoría de las entrevistadas en los Bajos de Santa Ana refieren que la decisión de tener el primer hijo fue de ambos padres (88% de 25) y aquellas que tuvieron su segundo hijo o más reafirman lo mismo (94,73% de 19). Similar

⁵¹ Alfonso de Armas, Marisol. (2009) Tesis Doctoral: **La singularidad de una segunda transición demográfica en Cuba**. Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana. Pág. 155-161.

comportamiento se evidencia en Nuevo Vedado, el 91,66% de las mujeres con hijo declararon que la decisión de tener el primero fue de ambos padres, sólo uno de ellos fue decisión de la madre (4,16%). Sin embargo, una de estas mujeres comentó que la decisión de tener su hijo no fue de ella ni de su pareja, sino de su familia. Esta muchacha tuvo su hijo con 15 años de edad, por lo que su familia pudo haber influido decisivamente en el hecho de tenerlo o no. En cuanto a los demás hijos todos fueron decisión de ambos padres, excepto uno que fue decisión sólo de la madre.

Ideal de hijos

El 82,85% de las mujeres estudiadas en los Bajos de Santa Ana desea o hubiera deseado tener dos hijos o más. La mayoría de ellas desea tener más hijos de los que tienen hasta el momento (62,85%), o coinciden su ideal con el número de hijos que tienen (25,71%). Sin embargo, también están aquellas que tienen más hijos de los que desearon (11,42%); por lo que se considera no hubo una adecuada planificación familiar.

En este sentido, la situación de las mujeres de Nuevo Vedado es diferente, pues el 85,71% de las mujeres de la muestra desea o hubiera deseado tener dos hijos o menos. Exactamente la mitad de las que declararon su ideal de hijos (34 mujeres) desea más de los que tienen y el 41,17% tienen la misma cantidad de hijos que desean. Al igual que en el primer barrio existen mujeres con más hijos de los que desearon (8,82%), con la diferencia de que en el primer barrio el máximo de hijo tenido por estas mujeres es de cinco y en Nuevo Vedado es de tres. Este patrón de natalidad corresponde a los patrones diferenciales por zona de residencia (urbana/rural), por niveles de educación, por la ocupación de la madre, condiciones de vida, entre otros factores. En el caso de la naturalidad de las mujeres del Bajo de Santa Ana, se había visto que existe una prevalencia de las nacidas en otras provincias, específicamente de la zona oriental, las cuales pueden estar reproduciendo el patrón y nivel de la fecundidad de aquella zona del país.

Abortos y regulaciones menstruales

El comportamiento de los abortos y regulaciones menstruales es bastante similar entre ambos espacios. Los abortos son ligeramente más elevados en las mujeres del Bajo de Santa Ana, mientras que en Nuevo Vedado lo son las regulaciones menstruales (Gráfico 4 y 5). Esto nos hace pensar que las mujeres de este último lugar son más responsables y más seguras en sus decisiones, pues se interrumpen el embarazo con menos tiempo. No obstante, según los expertos, "la mujer cubana hace uso indiscriminado del aborto, muchas veces considerándolo un método anticonceptivo. Planifican la cantidad de hijos que van a tener cuando ya están embarazadas y luego deciden qué hacer con el producto de su concepción."⁵² Sin embargo, es meritorio destacar también que existe un porcentaje de mujeres sin abortos ni regulaciones en los dos espacios, lo cual se considera un logro en la salud sexual y reproductiva por indicar una eficaz anticoncepción.



Gráfico 4: Abortos. Fuente: Encuestas.

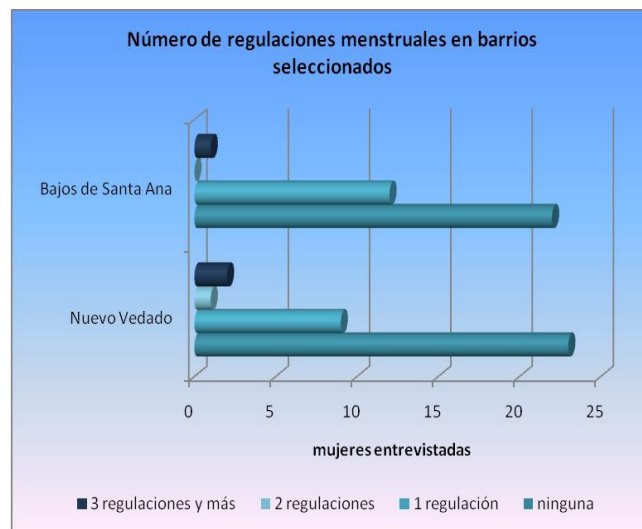


Gráfico 5: Regulaciones menstruales.

Fuente: Encuestas.

De las encuestadas en los Bajos de Santa Ana que han salido embarazadas, el 57% de ellas se ha realizado al menos un aborto. La mayoría de estas interrupciones se realizaron en el servicio médico correspondiente a la residencia

⁵² Entrevista a Grissel Rodríguez Gómez, Profesora del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana. Anexo II.

de estas mujeres (92% de un total de 37). En cuanto a los abortos espontáneos, el 30% de estas mujeres ha tenido al menos uno, algunas sin saber la causa, otras creen que por esfuerzo físico y una de ellas declaró que perdió el embarazo por hipertiroidismo.

En relación a las regulaciones menstruales en este mismo lugar, de un total de 30 mujeres que han salido embarazadas, 14 de ellas se han realizado al menos una en los servicios médicos correspondientes a su residencia. Cabe destacar que la que tuvo 15 embarazos se realizó 9 interrupciones provocadas (7 legrados y 2 regulaciones menstruales), tuvo un aborto espontáneo y concibió cinco hijos; mientras que la que tuvo 10 se realizó 8 interrupciones (3 legrados y 5 regulaciones menstruales) y tuvo dos hijos. La mayoría de las que se interrumpieron el embarazo, tienen al menos un hijo (13 de 17) y son generalmente las mujeres que más embarazos han tenido.

Con respecto a los motivos por lo que se interrumpieron el embarazo, estos son diversos y las respuestas son múltiples. La mayoría lo hizo porque no querían más hijos o porque no eran deseados (14, n=21). Cuatro argumentaron que tenían niños chiquitos y no podían tener otro. Dos de estas mujeres se refirieron a su poca experiencia como madre por su juventud y otras dos declararon que estaban estudiando y no podían embarazarse por ahora. Dos más consideraron no tener condiciones para tener un hijo y por último, una lo hizo porque el embarazo fue “malo”. Durante el trabajo de campo, varias de las mujeres con quien se tuvo contacto expusieron que no deseaban más hijos por motivos que pueden interpretarse como escasez de ingresos para mantenerlos, con respuestas tales como *“la cosa no está para tener más hijos.”*⁵³,

De 29 mujeres que han tenido al menos un embarazo en Nuevo Vedado, el 17,24% ha tenido un aborto espontáneo y el 55,17% ha tenido al menos un aborto provocado. Dos de estas mujeres han sufrido tanto el aborto espontáneo como el

⁵³ Conversaciones informales con las mujeres residentes en los Bajos de Santa Ana.

provocado, representando un 6,89%. El 93,75% de las que se interrumpieron el embarazo tienen al menos un hijo, excepto una y son estas las que más embarazos han tenido.

En cuanto a las regulaciones menstruales, el 44,82% de las mujeres de este mismo barrio que han salido embarazada se han hecho al menos una regulación menstrual. De ellas el 69,23% tienen al menos un hijo, sin embargo hay cuatro que se han interrumpido el embarazo sin tenerlos (30,76%). Algunas se han interrumpido el embarazo tanto por regulación menstrual como por legrado (27,58%).

En cuanto a la causa de los espontáneos, estas mujeres no tienen conocimiento de ella. Por otra parte, se reiteran las razones que tratan de justificar las interrupciones provocadas (legrados y regulaciones menstruales). Algunas se refieren a las pocas condiciones tanto materiales como espirituales, a la poca experiencia por ser tan jóvenes o por problemas de salud. Otras lo hacen para no interrumpir sus estudios o simplemente porque no había sido planificado en ese momento.

La mayoría de las residentes en los Bajos de Santa Ana en el momento de la interrupción fueron acompañadas por algún familiar, generalmente por la madre, o por una amiga (en el caso de los abortos el 72% de las 18 mujeres que asistieron al médico y las regulaciones menstruales el 86% de un total de 14). Este hecho demuestra la poca participación del hombre en estos hechos, lo cual pudiera ser explicado entre otras razones por la evasión de responsabilidades o incluso el rechazo a la asistencia a este tipo de servicio. Además muestra como la planificación familiar sigue recayendo sobre la mujer cubana.

Sin embargo, el 75% de las mujeres de Nuevo Vedado que se interrumpieron al menos un embarazo fueron acompañadas por su pareja en el momento de la interrupción. Sólo una de ellas fue sola (6,25%) y tres estuvieron acompañadas de

un familiar o amigo (18,75%). Los datos demuestran una mayor participación de las parejas en este último lugar, quizás relacionado con un mayor compromiso o relaciones conyugales más sólidas, pues como se había mencionado anteriormente gran parte de estas mujeres están casadas.

Es necesario hacer referencia además que un 36,36% de las encuestadas de los Bajos de Santa Ana refieren que no se han realizado interrupciones de embarazo ni regulaciones menstruales. Cinco de ellas, nunca han salido embarazadas, una es virgen y otra refirió tener problemas para concebir. El resto tiene entre dos y cuatro hijos, y tres de ellas son Testigos de Jehová. También en Nuevo Vedado un 44,82% de las 29 mujeres que han tenido al menos un embarazo no se lo ha interrumpido y más de la mitad son menores de 23 años. Dos de ellas tienen creencias religiosas que han influido en este comportamiento (15,38%), no obstante, es importante resaltar que las demás no las tienen. Este es un indicador importante si se tiene en cuenta la alta incidencia de abortos y regulaciones menstruales en Cuba.

Trastornos ginecológicos post-abortivos

En cuanto a los trastornos ginecológicos post-abortivos, se reitera que son las encuestadas de los Bajos de Santa Ana las que más han padecido estas afecciones. De 16 mujeres que han perdido al menos un embarazo, voluntaria e involuntariamente, siete de ellas han sufrido trastornos tales como sangramiento, fiebre, infección por dejar restos adentro y una de ellas no ha salido más embarazada. Dos de estas mujeres han padecido estas afecciones sólo por los abortos espontáneos. Los trastornos post-abortivos o después de una regulación menstrual tienen una alta incidencia en mujeres que tienen más de tres embarazos y generalmente sólo tienen dos hijos o menos. Las mismas son mayores de 32 años, negras o mestizas y su primera relación sexual ocurrió a los 17 años o menos.

Por otra parte, de 21 mujeres que viven en Nuevo Vedado y se hicieron al menos una interrupción provocada, ya sea por legrado o por regulación menstrual, cuatro

de ellas han tenido complicaciones porque les dejaron restos adentro. Tres de ellas se habían interrumpido el embarazo por ambas vías y coincidentemente son las que más interrupciones se han hecho (entre tres y ocho interrupciones). Las mujeres que han padecido este tipo de afecciones tienen 27 años o más y tuvieron su primera relación sexual a los 19 años o menos.

Gráfico 6: Trastornos ginecológicos post-abortivos



. Fuente: Datos de la muestra.

Prueba citológica y examen de mamas

En los Bajos de Santa Ana todas las mujeres entrevistadas con 25 años y más⁵⁴ declararon realizarse la prueba citológica (24 mujeres), y de ellas la mitad deciden ir sin que la enfermera les avise. Este comportamiento es una prueba del efecto educativo de las acciones de salud, al igual que representa un paso de avance en la prevención para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la mujer cubana. En cambio las mujeres de Nuevo Vedado aún no son tan eficientes en este aspecto, pues de las encuestadas con edad para hacerse esta prueba, dos nunca se la han realizado.

El 74,28% del total de entrevistadas residentes en los Bajos de Santa Ana se realiza el autoexamen de mamas, enseñadas -según declaran-, por un

⁵⁴ En Cuba la prueba citológica se realiza en los consultorios a partir de los 25 años, aunque si una mujer con menos edad desea hacérsela es atendida por el médico de la familia en conjunto con la enfermera.

especialista en ciencias médicas (61%) o por los spots de la televisión (31%). Esto demuestra que las instituciones de salud y los medios de comunicación influyen más que la familia en el comportamiento de este aspecto tan importante de la salud sexual y reproductiva⁵⁵, y se ha demostrado la validez del autoexamen de mamas en la prevención del cáncer. Similar comportamiento se evidencia en las mujeres de Nuevo Vedado, pues el 71,42% se autoexamina, generalmente enseñadas por el especialista en medicina (44%) o por los spots de la televisión (44%, n=25). Sólo el 8% fue enseñada por algún familiar.

3.4. Conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva.

El sistema de salud cubano tiene dentro de sus prioridades la salud sexual y reproductiva y para ello ha creado una serie de programas de alcance nacional, como bien se han mencionado anteriormente. Ninguna de las residentes en los Bajos de Santa Ana conoce al menos uno de estos programas; no obstante, algunas refieren que han obtenido conocimientos sobre salud sexual y reproductiva mencionando como fuentes las siguientes: consejerías anónimas, libros, “la propaganda televisiva” y, programas de la televisión cubana como “Cuando una mujer...”⁵⁶

En cambio, de las mujeres encuestadas en Nuevo Vedado cinco mencionaron al menos uno de los programas nacionales del sistema de salud cubano para alcanzar una adecuada salud sexual y reproductiva, representando un 14,28%. Algunas respuestas fueron múltiples y entre los mencionados están los siguientes.

Tabla 10: Programas nacionales encaminados a lograr una buena salud sexual y reproductiva.

Programas que conocen	Mujeres (%) Respuestas múltiples n= 10
Planificación familiar	30
Prevención de ITS	20

⁵⁵ En entrevista a Reina Fleitas, Profesora de Sociología de la Universidad de La Habana, se declaró que en Cuba hay una alta incidencia de cáncer de mamas, ubicado dentro de los primeros de América Latina.” Anexo II.

⁵⁶ Encuestas realizadas a mujeres residentes en los Bajos de Santa Ana.

Prevención contra el cáncer cérvico-uterino	20
Prevención contra el cáncer de mamas	20
Programa de Atención Materno Infantil	10

Fuente: Encuestas.

Otras mujeres se refirieron a programas televisivos como “Hablemos de salud” (3) y “Cuando una mujer” (2) o secciones de la prensa como “Sexo Sentido” del periódico Juventud Rebelde (2). También se refirieron a las charlas educativas que imparte el consultorio (2) y a los libros (1).⁵⁷

El 54,28% de ellas no tienen conocimiento de estos programas y no son precisamente las de menor nivel educacional. El 42,10% de ellas tiene nivel técnico medio, 21,05% preuniversitario, 21,05% secundario y 15,78% universitario. Una de ellas no contestó la pregunta.

El 65,71% de las entrevistadas de los Bajos de Santa Ana refirió conocer elementos para mantener una buena salud sexual y reproductiva. Sin embargo, el 34,28% no los conoce, por lo que se percibe que existen deficiencias en el conocimiento de las mujeres de este lugar. Más de la mitad de estas mujeres tiene nivel secundario (41,66%, n=12) y nivel primario (8,33%), lo cual pudiera estar explicado por el bajo nivel de escolaridad de las mismas.

De las que reconocieron al menos uno de los elementos propios de la salud sexual y reproductiva, las respuestas son diversas y aunque múltiples, en general fueron muy escuetas (Tabla 11). El 40% de las mujeres solo mencionó un elemento. Entre aquellos que más se repiten está tener pareja estable, constatándose que las mujeres que hicieron este planteamiento y tienen pareja, llevan una relación de cinco años o más. “Cuidarse o protegerse”, es otro de los elementos más referidos.

⁵⁷ Encuestas realizadas a mujeres residentes en Nuevo Vedado.

Aquellas que dieron otras respuestas se refirieron a tener buena alimentación y buena salud. Incluso una consideró que es necesario no tener hábitos tóxicos como fumar o ingerir bebidas alcohólicas. El hecho de que el 14,70 % de las respuestas no tienen vínculo con el tema, reafirma las carencias en el conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres estudiadas de los Bajos de Santa Ana. Si a esto se agrega la tercera parte que planteó no conocer, cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas desconoce al menos un elemento para el logro de una buena salud desde esta perspectiva.

Tabla 11: Elementos necesarios para una buena salud sexual y reproductiva.

Elementos	Bajos Santa Ana Resp. múltiples (n=34) %	Nuevo Vedado Resp. múltiples (n=46) %
Pareja estable	29,41	21,95
Tener información, educación sexual	0,00	19,51
Usar anticonceptivos, condón	14,70	7,31
Cuidarse, protegerse (ser responsable, tener buena higiene)	38,23	24,33
No ser promiscua	2,94	0,00
Comunicación y amor en la pareja	0,00	9,74
Otras respuestas que no se relacionan con el tema	14,70	0,00
No saben, no conocen	34,28	14,28

Fuente: Encuestas.

Por otra parte, en las residentes de Nuevo Vedado las respuestas son más elaboradas aunque sean múltiples o simples. El 29,25% de ellas se refiere a aspectos educativos y/o valores (educación sexual, comunicación, amor), que no se dan en el caso de las de Bajos de Santa Ana. (Tabla 11) Si bien representan una minoría (14,28%), algunas no supieron la respuesta y no eran precisamente las de menor nivel educacional (dos de nivel secundario, una de preuniversitario, una de técnico medio y otra universitaria). Una de ellas no contestó nada, representando un 2,85%

Al comparar los conocimientos que poseen las mujeres estudiadas de ambos espacios, resalta que son las de Nuevo Vedado las que conocen y valoran más los aspectos de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, en sentido general se reitera que existen deficiencias en el conocimiento de las mujeres que deben ser tratadas. Es cierto que en Cuba las mujeres saben adonde acudir ante cualquier problema de esta índole e incluso por lo general, conocen sus síntomas principales, pero el hecho está en asumir una actitud individual preventiva, con una adecuada planificación familiar que les permita disfrutar de una sexualidad y reproducción sin riesgos.

3.5. Significado que atribuyen a su salud sexual y reproductiva.

La mayoría de las mujeres entrevistadas de los Bajos de Santa Ana (80%) refieren tener una buena salud sexual y reproductiva argumentando con diversas opiniones. Predominan aquellas respuestas muy generales como *“me siento bien”*, *“no he tenido problemas”* o *“tengo tremenda salud”*, considerando que la salud sexual y reproductiva es el bienestar físico de todo el cuerpo (57,14%). También se escucharon frases como *“soy una persona activa”* (3,57%) y *“me cuido”* (3,57%). El 10,71% lo justifica porque tiene una sola pareja, mientras que una última argumenta que no es promiscua, representando un 3,57%.

Es interesante la contradicción que se da en opiniones referidas al embarazo, una de ellas cree que tiene una buena salud sexual y reproductiva porque nunca ha salido embarazada, aún sin usar anticonceptivos. Otra lo considera así porque sale *“embarazada hasta por gusto”* y una última porque no ha tenido complicaciones en sus embarazos. Uno de los argumentos en este aspecto que llama la atención es de una entrevistada que considera tener una buena salud sexual y reproductiva *“por no tener relaciones sexuales”*.

Aún cuando existe en las mujeres estudiadas de este lugar una alta incidencia de trastornos ginecológicos (más del 50% de las mujeres entrevistadas), la mayoría de ellas considera que tienen una buena salud sexual y reproductiva, muchas

veces argumentando que no han tenido problemas, o porque los perciben como lejanos en el tiempo. Ello reitera el peso de la subjetividad en la valoración de la salud, y la percepción que sobre la misma se tenga. De estos planteamientos puede deducirse que no tienen un conocimiento acabado de la salud sexual y reproductiva, o no consideran estas afecciones como importantes, aún cuando científicamente se ha demostrado que estas pueden causar trastornos más graves como el cáncer cérvico-uterino o el cáncer de mamas.

Sin embargo, otro grupo de las mujeres estudiadas consideran no tener una buena salud sexual y reproductiva, en ocasiones dando explicaciones un poco vagas. Una de ellas comentó que a veces se siente bien, pero a veces se siente mal. Otra argumentó que estaba regular porque fumaba mucho, mientras otra lo considera porque ya no confía en su pareja. Las demás justifican sus respuestas por el padecimiento de trastornos ginecológicos (embarazo ectópico, operación de nódulos en los senos y falta de menstruación a causa del climaterio).

De las mujeres de los Bajos de Santa Ana, sólo dos no supieron explicar por qué consideraban tener una buena salud sexual y reproductiva. Ambas tienen un nivel de escolaridad secundario.

Por otra parte, todas las mujeres encuestadas de Nuevo Vedado consideran tener una buena salud sexual y reproductiva, excepto una que no contestó. Algunas argumentan que no han tenido problemas (26,47%), tienen una pareja estable (20,58%) o simplemente se cuidan (14,70%). También consideran que se sienten satisfechas en sus relaciones (5,88%), mientras que otras refieren no padecer de ITS, ni trastornos sexuales y/o reproductivos (8,82%). Una declaró que tenía una buena salud sexual y reproductiva porque “sale embarazada con facilidad” y por último, otra lo refirió porque tiene “buena higiene” y asiste regularmente al médico a atenderse. Aunque son las menos (17,64%), algunas no supieron explicar por qué se consideran sanas sexual y reproductivamente. Estos planteamientos

demuestran que las mujeres residentes en el espacio de mejores condiciones de vida tienen un conocimiento superior sobre salud sexual y reproductiva.

En cuanto a las acciones que realizan las entrevistadas residentes en los Bajos de Santa Ana para alcanzar una buena salud sexual y reproductiva, las respuestas que dieron fueron generalmente simples y en ocasiones vagas. El 39,28% de ellas considera que se “*protegen*” o “*cuidan*”, sin especificar nada más, sólo una se refirió a cuidarse de enfermedades (3,57%). Algunas declaran tener una relación estable, representando un 17,85%, mientras que otras se protegen usando anticonceptivos (7,14%). También se refieren a disfrutar el tiempo con su pareja y tener buena comunicación, sentirse bien en la relación y “*vivir el momento*” (17,85%). Una de ellas hizo alusión a estar informada leyendo o viendo la televisión (3,57%), mientras que una última considera que lo importante es no tener “relaciones” (3,57%). Otras dan respuestas tan vacías y falta de significado como “*lo normal*” (3,57%), o “*sentirme bien*” (3,57%).

Sin embargo, están también aquellas que no saben qué hacer para alcanzar una buena salud sexual y reproductiva (8,57%) o simplemente no hacen nada (11,42%), las cuales tienen un bajo nivel de escolaridad (una con nivel primario y tres con nivel secundario).

Con respecto a las acciones que realizan las que viven en Nuevo Vedado, algunas aseguran que disfrutaron el tiempo con su pareja, buscando momentos espacios o creando las condiciones (29,41%). Una de ellas se refirió a la comunicación como una de las acciones más importantes. Otras reafirman el hecho de tener una pareja estable (21%) y cuidarse (21%). Por último, una de estas mujeres declaró hacerse chequeos periódicamente. Sin embargo, algunas no saben qué acciones realizar en aras de alcanzar una adecuada salud sexual y reproductiva (24%), llamando la atención que representan un mayor porcentaje que las de los Bajos de Santa Ana.

Es evidente que ambos grupos de mujeres desconocen aspectos importantes para su bienestar físico y psicológico. Ese desconocimiento pudiera traer alteraciones a la hora de afrontar cualquier evento vinculado a su sexualidad y reproducción. Las personas, en este caso las mujeres, deberían tomar una actitud más activa en el momento de decidir y actuar respecto a estas dos facetas de su vida; pues el Estado y específicamente el MINSAP, no es el único encargado de difundir y construir conocimiento, sino que cada sujeto como agente activo debe generar alternativas de búsqueda de información para su bienestar. No obstante, las condiciones de partida de cada sujeto condicionan estas posibilidades y aunque en el caso que se analiza las diferencias no son sustanciales es evidente que las mujeres de Nuevo Vedado también presentan síntomas de estar más informadas que las del Bajo de Santa Ana.

Conclusiones

El trabajo que aquí se presenta no pretende ser el final de una investigación en el orden de la salud sexual y reproductiva en Cuba. Como se analizó anteriormente, aún quedan muchos aspectos por hacer y decir en este ámbito de la realidad social. No obstante, este primer acercamiento desde las desigualdades espaciales ha permitido aportar elementos a considerar para futuras indagaciones.

Es inevitable destacar la introducción de la categoría espacio para la realización de un análisis transversal de todas las demás variables que se seleccionaron para la investigación. Este proceder permitió no sólo el estudio de la salud sexual y reproductiva de un grupo determinado de mujeres, sino lograr su comparación en espacios desiguales. De acuerdo a los objetivos planteados, se observaron diferencias que se presentan a continuación en forma de reflexiones y comentarios sobre las preguntas de investigación establecidas.

Las características sociodemográficas que diferencian a las mujeres de cada espacio se aprecian principalmente en el color de la piel, el nivel educacional, la ocupación y sector ocupacional, el estado civil y la naturalidad, en correspondencia con la historia pasada y presente de los espacios estudiados.

Entre los indicadores de condiciones de vida, las diferencias fundamentales se observan en las fuentes de ingresos y los ingresos per cápita, duplicándose o triplicándose respectivamente a favor de Nuevo Vedado. El hacinamiento es otro de los indicadores que, aún cuando se percibe en ambos lugares, es dos veces mayor en el caso de Bajos de Santa Ana.

En relación al comportamiento sexual y reproductivo, las diferencias más significativas se evidencian en el ideal y número de hijos; lo cual apoya el planteamiento de que las condiciones de vida no son determinantes en la baja natalidad. Las mujeres de Nuevo Vedado incorporan en mayor medida conductas de planificación familiar que las residentes en los Bajos de Santa Ana, las cuales se aprecian en la relación entre el número de embarazos y el número de hijos, así como en el empleo de métodos anticonceptivos. También se muestran diferencias en los abortos y regulaciones menstruales, predominando el primero en los Bajos de Santa Ana y el segundo en Nuevo Vedado. Es meritorio destacar en este último la participación de las parejas en el momento de la interrupción, mientras que las mujeres del barrio menos favorecido son las que menos apoyo reciben de las mismas, al ser acompañadas por un familiar o amiga.

La incidencia de enfermedades de la salud sexual y reproductiva, así como de trastornos ginecológicos post-abortivos, son otras de las diferencias más significativas, donde las más afectadas en este sentido son las que residen en los Bajos de Santa Ana. Es innegable que el acceso o no a los servicios de salud no influyen en esta conducta, pues el sistema de salud cubano alcanza a todas las personas sin excepción alguna. Sin embargo, el peso de los factores económicos y socioculturales propios de cada espacio repercute en la reproducción y sexualidad de las mujeres, así como en la actitud preventiva que estas sean capaces de asumir.

Además de estas diferencias, existen similitudes en los espacios estudiados que merecen ser valoradas. Tanto en Bajos de Santa Ana como en Nuevo Vedado se aprecia el inicio de las relaciones sexuales en edades muy tempranas; un comportamiento similar en cuanto al número de parejas sexuales y de embarazos, así como en sus interrupciones, en sentido general. Ello demuestra la existencia de comportamientos que trascienden

las desigualdades espaciales y se vinculan mayormente con el desarrollo de la sociedad cubana actual.

En sentido general, existen carencias en el conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres de ambos espacios. No obstante, las residentes en Nuevo Vedado reconocen programas nacionales y elementos necesarios para alcanzar una buena salud desde esta perspectiva; aspectos que son desconocidos o pobremente explicitados en las mujeres de los Bajos de Santa Ana. En esta situación pudieran estar influyendo factores como el nivel de escolaridad y la cultura que reproduce cada espacio.

El hecho de que las diferencias no sean tan notables en esta variable, pudiera estar apuntando a una asistematicidad en las acciones preventivas de salud en los niveles primarios, las cuales no han llegado a la población con la misma efectividad que otras. En esta apropiación del conocimiento las condiciones de partida de las mujeres de cada espacio pueden estar ejerciendo influencia. El conocimiento de aspectos relacionados con la salud implica hacer uso de ellos para la prevención de enfermedades.

En cuanto al significado que le atribuyen las mujeres de la muestra a su salud sexual y reproductiva, son también las de Nuevo Vedado las que mayor importancia le conceden a esta. Sin embargo, las carencias en el conocimiento hacen que muchas veces se tengan concepciones que no guardan relación con la sexualidad y reproducción. En este sentido, la subjetividad es un elemento importante para analizar los comportamientos individuales.

Si es una realidad que el gobierno cubano se ha esforzado notablemente en lograr la mayor equidad posible en todos los sentidos, es importante el reconocimiento de las desigualdades en el ámbito sexual y reproductivo, que trascienden políticas de alcance nacional, para adentrarse en aspectos

característicos del espacio en el que se desenvuelven las personas, matizado por experiencias individuales que reproducen determinados comportamientos. El reconocimiento de estos factores garantizará un mayor dominio del problema y la creación de políticas de salud más focalizadas.

Recomendaciones.

A partir del análisis de los resultados y las anteriores reflexiones, es necesario sugerir algunas ideas que deberán tenerse en cuenta en investigaciones futuras. Para ello es importante:

- Que se realicen investigaciones de este tipo para que se pueda acumular mayor volumen de información, utilizando historias de vida sexual y reproductiva que permitan un enriquecimiento en el orden cualitativo.

- Incorporar la variable desigualdades espaciales en las investigaciones que sean susceptibles a este análisis. Las Ciencias Sociales deberían dar cuenta de todos los diferenciales que atraviesan los fenómenos de la realidad social. Este concepto de desigualdades espaciales, casi exclusivo de la ciencia geográfica, sería oportuno rescatarlo para estudios de corte sociológico.

- En Cuba deben estimularse las investigaciones que tengan en cuenta la salud sexual y reproductiva de los hombres, considerando que también ellos son partícipes de la reproducción y disfrutan de la sexualidad en sentido general. En la bibliografía consultada no se encontró referencia a un estudio de este tipo, evidenciando su escasez o posible inexistencia.

- Las instituciones territoriales de salud, educación y las organizaciones de masas como la Federación de Mujeres Cubanas, deberían integrarse para lograr una mayor eficacia en la labor educativa y preventiva, adaptando los programas nacionales de educación sexual a las especificidades de cada espacio. De esta manera se estarían propiciando herramientas para una posterior búsqueda de información y asumir una actitud más responsable en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

Bibliografía.

Alfonso de Armas, Marisol. (2009) Tesis Doctoral: **La singularidad de una segunda transición demográfica en Cuba**. Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

Alfonso Fraga, Juan Carlos. (2006). **El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica**. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. (Documento digitalizado).

Alfonso Rodríguez, Ada C. (2006) "Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres." En: **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol. 32, No. 1. Enero-Marzo.

Álvarez, Luisa y Farnós, Alfonso. (1986) **Factores determinantes y características de la fecundidad cubana**. Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

Álvarez Vázquez, Luisa. (1985). **La fecundidad en Cuba**. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana.

Artiles Visbal, Leticia. (2006). "A diez años de El Cairo y Beijing." En: **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol.32, No.1. Enero-Marzo

Benítez, María Elena. (2003) **La familia cubana en la segunda mitad del siglo XX**. Editorial Ciencias Sociales, La Habana.

Bleda García, José María. (2005). **Determinantes sociales de la salud y la enfermedad**. (Documento digitalizado).

Boletín normativo. **Cómo responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las jóvenes**. (Documento digitalizado).

Cabezas García, Evelio; Langer Glass, Ana; Álvarez Vázquez, Luisa y Bustamante, Patricia. (1998). **Perfil sociodemográfico del aborto inducido**. Salud Pública México.

Colectivo de autores. (2005). **Selección de lecturas de metodología, métodos y técnicas de investigación de investigación social II**. Editorial Félix Varela, La Habana.

Cubillas Pérez, Ramón. (1998). Tesis de Diploma. **Influencia de la familia en la formación de la sexualidad del niño. Estudio sociológico en un medio rural**. Departamento de Sociología, Universidad de La Habana.

De Urrutia Torres, Lourdes y Graciela González Olredo. (2003). **Metodología, métodos y técnicas de la investigación social III. Selección de lecturas**. Editorial Félix Varela, La Habana.

Erviti, Beatriz. **Cambios de la fecundidad cubana en las últimas cuatro décadas. Algunas reflexiones**. (Documento digitalizado).

Filgueira, Carlos y Andrés Peri. (2004). **América Latina: los rostros de la pobreza y sus causas determinantes**. Proyecto Regional de Población, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Fleitas Ruiz, Reina. (Compiladora). (2006). **Sociología y Políticas de Salud. Selección de lecturas**. Editorial Félix Varela, La Habana.

1. Colectivo de autores alemanes. **Sociología y medicina**.
2. Donati, Pierpaolo. **Paradigma médico y paradigma sociológico: las bases teóricas de la sociología sanitaria**.
3. Durán, María Ángeles. **Las perspectivas sociológicas en el estudio de la salud y la enfermedad. Problemas metodológicos**.

4. Fleitas Ruiz, Reina. **Equidad de género y salud reproductiva en Cuba.**
5. García, Juan Cesar. **Sociología y medicina. Bases sociológicas de la relación medico-paciente.**

Fleitas, Reina. (2000) Tesis de Doctorado. **Identidad femenina y maternidad adolescente en Cuba.** Departamento de Sociología, Universidad de La Habana.

Freedman, Ronald; Davis Kingsley y Judith Blake. **Factores sociológicos de la fecundidad.** Centro Latinoamericano de Demografía, Colegio de México.

García González, Armando y Raquel Álvarez Peláez. **En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1878-1958).** Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

García Quiñones, Rolando. (2003). **Hacia una nueva demografía de la reproducción.** (Documento digitalizado).

Giner, Salvador; Emilio Lamo de Espinosa y Cristóbal Torres (eds). **Diccionario de Sociología.** Ciencias Sociales, Alianza Editorial, Madrid.

González Soto, Nodalys. (2004). Tesis de Diploma. **Cuba. Estructura de la fecundidad en los noventa. Madres mayores de 30 años.** Facultad de Economía de la Universidad de La Habana.

Gran Álvarez, Mirian A.; Libia M. López Nistal; Marianela Peraza Peraza y Maricela Martínez Morales. **El descenso de la natalidad en Cuba.** (Documento digitalizado).

Gran Álvarez, Mirian A. (2006) “La salud sexual y reproductiva”. En: **Revista Cubana de Salud Pública.** Vol. 32, No. 1. Enero-Marzo.

Ham Chande, Roberto. (1997). "Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: una relación bidireccional." En: **Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo- 94**. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México.

Hernández Tezoquipa, Isabel; Luz Arenas Monreal y Doris Ortega Altamirano. (2006). "Los significados socioculturales de los prestadores de servicios y su influencia en el Programa de Salud Reproductiva de los estados de Morelos, Guerrero y Oaxaca, México. En: **Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba**. Editorial CIGOME S.A, México.

Íñiguez, Luisa; Ravenet, M; Gerhartz, J.L. PNCT (1999) La Sociedad cubana: retos ante siglo XXI. Desigualdades espaciales del bienestar en Cuba. Aproximación a los efectos de los nuevos procesos en las realidades sociales. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. Universidad de La Habana.

Íñiguez, Luisa y Mariana Ravenet. (1999). **Desigualdades espaciales del bienestar en Cuba. Aproximación a los efectos de los nuevos procesos en las realidades sociales**. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos. Universidad de La Habana.

Íñiguez, L y Everlery, O (2003) "Desigualdades espaciales del bienestar en la provincia de Ciudad de La Habana". **Territorios y espacios en las desigualdades sociales en la provincia Ciudad de La Habana. Efectos de las medidas de ajuste sobre la ciudad**, Universidad de La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano, Programa Territorial de Ciencia y Técnica, CITMA.

Íñiguez, Luisa. (2004). Desigualdades espaciales en Cuba: entre herencias y emergencias. En: **Heterogeneidad social en la Cuba actual**. Centro de Estudio de Salud y Bienestar Humano. Universidad de La Habana.

Íñiguez Rojas, Luisa. (2007) Ponencia: " El Laberinto de las desigualdades en la Ciudad de La Habana." En: **LASA 2007, XXVII Internacional Congreso**. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana.

López Gómez, Alejandra; Wilson Benia; Myriam Contera; Carlos Guida. (2003). **Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas**. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay.

Miller, Eric R; Barbara Shane y Elaine Murphy. **Seguridad de los métodos anticonceptivos. Rumores y realidades**. (Documento digitalizado)

Naranjo Orovio, Consuelo y Armando García González. **Medicina y racismo en Cuba**. Ayuntamiento de La Laguna, Centro de la Cultura Popular Canaria.

Postgrado Latinoamericano en Trabajo Social. (2004) Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Puisseaux Himely, Yaidy. (2006). TD: **La comunicación médico-paciente en la consulta de aborto. Un enfoque desde la Sociología de la salud**. Departamento de Sociología, Universidad de La Habana.

Ramos Polanco, Marilyn y Navarro, María de los Ángeles. (1995). Tesis de Diploma. **El aborto: problemática sociológica actual. Un enfoque para su estudio**. Departamento de Sociología, Universidad de La Habana.

Ravenet, Mariana. (2002). **Espacio y territorio en los estudios sociológicos en Cuba**. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias Sociológicas. Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana, Ciudad de La Habana.

Rigol Ricardo, Orlando. "Introducción de los dispositivos intrauterinos anticonceptivos en Cuba." En: **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol.32, No.1. Enero-Marzo 2006

Rodríguez Cabrera, Aida y Luisa Álvarez Vázquez. (2006) "Percepciones y comportamientos de riesgo en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes." En: **Revista Cubana de Salud Pública**. Vol. 32, No.1. Enero-Marzo.

Rodríguez Gómez, Gregorio; Javier Gil Flores y Eduardo García Jiménez. **Metodología de la investigación cualitativa**. (Documento digitalizado).

Rodríguez Ruiz, Pablo; Ramón Claudio Estévez Mesquía y Tania Canet Iglesia. (2004) "**Los ilegales de las alturas del mirador. ¿O marginalidad o pobreza o exclusión social?**" Centro de Antropología. CITMA. La Habana.

Santos, Milton. (1990) **Por una Geografía Nueva**. Espasa-Universidad. España.

Santos, Milton. (1996) **De la totalidad al lugar**. Edit. Oikos-tau, Barcelona, España.

Sevilla Casas, Elías. **Sociología de la sexualidad, variables de encuesta y perfiles nacionales: a propósito del diformismo de género en Colombia**. Departamento de Ciencias Sociales, Universidad del Valle. (Documento digitalizado).

Sigerist Henry. (2006). "Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social." En: **Revista Salud Colectiva**. Vol 2, No. 003. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.

Tanner, JM (1971) **Educación y desarrollo físico**. Instituto Cubano del Libro, La Habana.

Torres, Amanda. **El SIDA en Cuba. Acciones gubernamentales y percepciones de la sociedad en relación a los Estados Unidos.** Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana. (Documento digitalizado).

ANEXO I: Técnicas.

Guía de observación.

1) Tipo de vivienda:

- Apartamento
- Casa
- Solar
- Improvisada (llega y pon)
- Otras.

2) Condiciones estructurales de la vivienda

- Buena
- Regular
- Mala

3) Higiene de la vivienda:

- Paredes del interior y exterior
- Piso
- Presencia de animales, insectos y-o roedores
- Estado de los muebles
- Presencia de mal olor

4) Aspectos característicos de cada barrio

Encuesta

Código (según lugar de residencia y nº encuestada) _____

La siguiente encuesta responde a una Tesis de Diploma que se propone conocer el comportamiento de la salud sexual y reproductiva de mujeres en edad fértil. Se necesita su más sincera colaboración a fin de que la información obtenida sea lo más veraz posible. Sus respuestas se mantienen en el anonimato. Gracias por su valiosa colaboración.

Bloque sociodemográfico

- (1) Edad**____ **(2) Color de la piel:** 1. Blanca____ 2. Negra____ 3. Mestiza____
- (3) Nivel educacional terminado:** 1. Primario____ 2. Secundario____ 3. Preuniversitario____ 4. Técnico Medio ____ 5. Universitario
- (4) Ocupación actual:** 1. Estudiante____ 2. Ama de casa____ 3. Trabajadora ____ 4. Busca trabajo____ 5. No trabaja____
- (5) Sector ocupacional a que pertenece:** 1. Estatal ____ 2. Mixto ____ 3. Cooperativo ____ 4. Cuentapropista____ 5. Otros ____ 6. No procede ____
- (6) Estado civil:** 1. Soltera____ 2. Casada____ 3. Unida____ 4. Divorciada____ 5. Separada____ 6. Viuda____
- (7) Si está casada o unida, ¿con su pareja actual, qué tiempo lleva de relaciones?** 1. Menos de 1 año____ 2. Entre 1- 2 años____ 3. Entre 3-5 años____ 4. Entre 5-10 años____ 5. 10 o más años____
- (8) Lugar de nacimiento** (provincia, municipio, barrio o asentamiento)
-
- (9) ¿Desde cuándo vive en este lugar?** 1. Menos de 1 año____ 2. Entre 1- 2 años____ 3. Entre 3-5 años____ 4. Entre 5-10 años____ 5. 10 o más años____
- (10). Donde vivía antes. Provincia, municipio, barrio o asentamiento)**
-
- (11) Cuántas personas conviven actualmente en su hogar:** 1. Padre____ 2. Madre____ 3. Hermanos____ 4. Esposo____ 5. Hijos____ 6. Suegros ____ 7. Otros parientes____ 8. Sin ningún parentesco ____

(12) Los ingresos familiares

Proviene de:	Total en M.N.	Total en Cuc	Total
1. Salario Estatal			
2. Salario sector privado			
3. Estimulación			
4. Remesas			
5. Rentas/alquileres			
6. Otros			
Per cápita familiar			

Bloque Condiciones de vida

Su vivienda posee: (poner el número o marcar con X)

(13) N° de dormitorios	
(14) Baño dentro de la casa	
(15) Agua potable	
(16) Instalación interior de agua	

(17) Frecuencia con que llega el agua a su domicilio: 1. Diariamente ____

2. En días alternos ____ 3. Una vez a la semana ____ 4. Nunca ____

(18) Su vivienda posee los siguientes equipos en funcionamiento (marcar con una X y poner cantidad si tiene más de uno):

1. Refrigerador	
2. Televisor	
3. Equipo de música	
4. Equipos de cocina	
5. Lavadora	
6. Video	
7. DVD	
8. Computadora	
9. Aire Acondicionado	

10. Otros	
-----------	--

(19) ¿Posee algún hábito tóxico? 1. No___ 2. Si, Fumar___ 3. Si, ingerir bebidas alcohólicas___ 4. Otros (cuál) _____

(20) Qué tiempo le dedica a:

1. Las labores domésticas	
2. Su trabajo	
3. Su vida personal(atender su salud, recrearse)	

Bloque salud sexual y reproductiva

(21) A qué edad tuvo:

1. Su primera menstruación	
2. Su primera relación sexual	

(22) Qué preferencia sexual usted tiene: 1. Heterosexual___

2. Homosexual ___ 3. Bisexual ___

(23) Actualmente, ¿con qué frecuencia tiene relaciones sexuales?

1. Diariamente___ 2. En días alternos___ 3. Una vez a la semana ___

4. Otra respuesta_____ 5. Nunca_____

(24) Sobre sus relaciones sexuales: (responda cantidad ó con Si/No):

	¿Por qué?
1. ¿Disfruta de ellas?	
2. Parejas sexuales que ha tenido	
3. ¿Ha tenido más de 1 pareja en un mismo periodo de tiempo?	

(25) Sobre las enfermedades de transmisión sexual: (responda Si/No ó cantidad)

1. ¿Conoce sobre ellas?	
2. ¿Ha padecido alguna?	
3. ¿Alguna vez ha tenido infección vaginal?	

4. ¿Cuántas veces ha tenido infección vaginal?	
--	--

(26) ¿A qué le achaca haber tenido infección vaginal?

(27) Si ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual, marque cuál con una X y al lado, diga porqué cree que la obtuvo

1. VIH-SIDA		
2. Gonorrea		
3. Sífilis		
4. Herpes genital		
5. Hepatitis B		
6. Condiloma		
7. Otras (cuál?)		

(28) ¿Ha tenido otro tipo de problema sexual o reproductivo? 1. No ___
 2. Si, cáncer de mama ___ 3. Si, cáncer de cuello uterino ___ 4. Si, cáncer de ovarios ___ 5. Anorgasmia ___ 6. Infertilidad ___ 7. Histerectomía ___ 8. Otros (cuál) _____

(29) ¿Ha usado métodos anticonceptivos? 1. No ___ 2. Si, porque _____

(30) Si usa métodos anticonceptivos, diga cual o cuáles usa: 1. Oral ___
 2. Dispositivo intrauterino ___ 3. Diafragma ___ 4. Vacuna ___ 5. Preservativo ___
 6. Óvulos ___ 7. Jaleas, cremas ___ 8. Coito interrumpido ___ 9. No tener relaciones sexuales en días peligrosos ___ 10. Vasectomía de su pareja ___ 11. Esterilización ___ 12. Anticoncepción de urgencia (ponerse un anticonceptivo antes de los 5 días de la concepción) ___ 13. Otros (cuál) _____

(31) ¿Usa uno o varios a la vez? 1. Uno, porque _____
 2. Varios, porque _____

(32) ¿Usa preservativo? 1. No ___ 2. Si, porque _____

(33) Ha salido embarazada alguna vez? 1. Si ___ 2. No, porque _____

(34) Si ha salido embarazada, señale:

1. Edad del primer embarazo	
-----------------------------	--

2. Número de embarazos	
3. Número de hijos	
4. De ellos, cuántos nacieron a término	
5. Cuántos fueron prematuros de tiempo	
6. Cuántos fueron prematuros de peso	
7. Cuántos por parto normal	
8. Cuántos por cesárea	
9. Cuántos con fórceps u otro instrumento	

(35) La decisión de tener hijos fue: 1. Mía__ 2. Del padre__ 3. Ambos__

(36) Sobre las consultas prenatales, ¿faltó a alguna? 1. No_____ 2. Si, a _____ consultas 3. Razones: _____

37) ¿Dónde se realizaron sus partos?	1º hijo	2º hijo	3º hijo
1. En el servicio que le corresponde por su residencia			
2. En otro servicio			
3. En su casa o la de otra persona			

(38) Sobre las consultas postnatales, ¿faltó a alguna? 1. No_____ 2. Si, a _____ consultas 3. Razones: _____

(40) ¿Cuántos hijos desea o hubiera deseado tener? _____

(39) ¿Ha abortado alguna vez? 1. No__ 2. Si __ 3. Razones: _____

(40) Si alguna vez ha abortado, diga:	Total	Edad	Si acudió al médico
1. Abortos espontáneos			
2. Abortos provocados			

(41) ¿Quién la acompañó? 1. Su pareja__ 2. Otro familiar__ 3. Un amigo(a) _____ 4. Nadie _____

42) ¿Dónde se realizaron sus interrupciones?	1º vez	2º vez	3º vez

1. En el servicio que le corresponde por su residencia			
2. En otro servicio			
3. En su casa o la de otra persona			

(43) Si tuvo alguna complicación con las interrupciones, diga cuál o cuáles:

1. No tuvo _____ 2. Tipo de Complicaciones _____

(44) ¿Se ha hecho regulaciones menstruales? 1. No ___ 2. Si, una _____

3. Si, dos _____ 4. Si, tres o más _____

45) ¿Dónde se realizaron sus regulaciones?	1º vez	2º vez	3º vez
1. En el servicio que le corresponde por su residencia			
2. En otro servicio			

(46) ¿Quién la acompañó? 1. Su pareja ___ 2. Otro familiar ___ 3. Un amigo(a)

___ 4. Nadie _____

(47) Causas de las regulaciones menstruales

1. 1ª vez _____

2. 2ª vez _____

3. 3ª vez _____

(48) Si usted se hace regularmente la prueba citológica, 1. Quién la

envía _____ 3. Va sola ___ 4. Va con la pareja _____

5. No se la hace con regularidad _____

(49) Si usted se hace regularmente examen de mama, diga: 1. quién la

enseñó _____ 2. No se lo hace regularmente _____

(50) Mencione algún programa nacional que contribuya a la salud sexual y reproductiva _____

(51) ¿Qué elementos considera necesarios para alcanzar una adecuada salud sexual y reproductiva? _____

(52) ¿Cómo calificaría usted su salud desde el punto de vista sexual y reproductivo? 1. Buena, porque _____

2. Regular, porque _____

3. Mala, porque _____

(53) ¿Que usted hace para disfrutar de una buena salud sexual y reproductiva? _____

(54) ¿Tienes usted creencias religiosas? 1. No___ 2. Si, Católica___ 3. Si, Cristiana ___ 4. Si, Afrocubana_____ 5. Si, Budista_____

6. Otra (cuál) _____

(55)¿En qué medida sus creencias religiosas influyen en su comportamiento sexual y reproductivo?

(56) ¿Desea agregar algo más?_____

Gracias por su colaboración.

Guía de entrevista a expertos. (Médico de la familia)

1-¿Qué entiende usted por Salud Sexual y Reproductiva?

2-¿Qué acciones planifican las instituciones de salud en Cuba dirigidas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de la mujer cubana?

3-¿Qué actividades se realizan en los consultorios en aras de lograr una buena Salud Sexual y Reproductiva?

4-¿Qué usted cree sobre la manera en que asumen las mujeres cubanas su Salud Sexual y Reproductiva?

Guía de entrevista a expertos. (Profesores)

1-¿Qué opina sobre el tratamiento del concepto Salud Sexual y Reproductiva en las ciencias sociales cubanas, específicamente en la Sociología?

2) ¿Qué puede decirme sobre el tratamiento del tema desde una perspectiva de género?

3-¿Qué acciones planifican las instituciones de salud en Cuba dirigidas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer cubana?

4-¿Qué usted cree sobre la manera en que asumen las mujeres cubanas su salud sexual y reproductiva?

Anexo II. Entrevistas a expertos.

Entrevista a la Dra. Reina Fleitas.

- 1) ¿Qué opina sobre el tratamiento del concepto de salud sexual y reproductiva en las ciencias sociales cubanas, específicamente en la Sociología?
- 2) ¿Qué puede decirme sobre el tratamiento del tema desde una perspectiva de género?

Primero déjame decirte que, a pesar que he trabajado los temas de salud sexual y reproductiva, no he hecho una sistematización del concepto y como lo han trabajado los diversos autores; y por lo tanto es posible que en esta reflexión hayan algunas cosas que se me escapen.

Sin embargo, creo que hay dos invariantes que a la hora de abordar esta temática debemos tener en cuenta. En primer lugar, frente a otras ciencias sociales de la salud, la Sociología tiene una desventaja. Yo pienso que hay muchos más psicólogos, hay resultados en campos como la antropología, de la medicina social, de la epidemiología que es una ciencia de la salud con enfoque social; que han aportado mayores resultados y han dado un tratamiento más rico al tema que la propia Sociología.

También es cierto que hay mucha gente que hace Sociología y presuponen que esta es la ciencia que estudia lo social y en realidad, no tienen en cuenta las tradiciones teóricas y metodológicas y por lo tanto sus enfoques pueden considerarse sociales, pero difícilmente sociológicos. Y eso desde mi punto de vista, yo lo veo así tanto para el campo de la salud sexual y reproductiva como para otros temas que tienen que ver con salud. De la misma manera, considero que algunos científicos de la medicina sin proponerse explícitamente hacer sociología, tienen conocimiento de esas tradiciones y las han incorporado a su reflexión social y sin darse cuenta están haciendo sociología, aun cuando no tengan una formación tradicional sociológica.

Otra invariante a tener en cuenta es que en materia de salud sexual y reproductiva, este es uno de los campos que más se ha hablado y que más ha sido trabajado en el país. Estamos hablando de uno de los temas más antiguos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estado presente casi desde su nacimiento en el tratamiento del tema de la salud de la mujer. Muchos otros temas todavía están casi por descubrir, muy pobremente desarrollados. Por ejemplo yo pienso que debe trabajarse más en los perfiles epidemiológicos de hombres y mujeres de manera diferenciada; en un conjunto de enfermedades muy amplias. Ya se están haciendo algunas cosas, pero la cantidad de publicaciones y resultados de investigaciones no es la misma que la que tiene el campo de la salud sexual y reproductiva.

El concepto de salud sexual y reproductiva está muy influenciado por el concepto de salud que tiene la OMS. Si te habrás dado cuenta cuando revisas la literatura, cualquiera que sea la especialidad de las ciencias sociales que esté trabajando toma ese concepto, que yo podría decir que es casi un concepto sociológico. Algunos dicen que el concepto es interdisciplinario, pero que pasa, que la Sociología, incluso en el área de salud ha sido una ciencia que ha trabajado con la interacción de los procesos biológicos, de la naturaleza y la sociedad en un análisis general y el concepto de salud implica el estado de bienestar físico, psíquico, somático y social que alcanza el individuo.

Es un concepto que ha sido muy criticado, pero después de todo el mundo lo usa en todas partes. Cuando se toma ese concepto la mayoría de los que trabajan, sean psicólogos, demógrafos, lo retoman para decir que se aplica a la esfera de los problemas de salud sexual y reproductiva. De alguna manera es el concepto con el que opera casi todo el mundo por la influencia de la OMS, más allá de cada especialidad. Las disciplinas ponen siempre un límite al uso del concepto como instrumento de análisis de la realidad social o para diseñar las investigaciones. Parten de ese concepto, pero yo

siento que hay una dicotomía entre la definición con que la persona opera y los procesos más específicos que están trabajando en el ámbito de la salud sexual y reproductiva determinados por el enfoque de la disciplina en la que se formó el investigador.

Los demógrafos desde la demografía, los psicólogos desde la psicología (procesos subjetivos, salud mental, procesos asociados a la salud sexual y reproductiva). En realidad se hace muy difícil poder diseñar y después analizar a partir del resultado que se obtenga de los datos de investigación, un proceso de salud desde esa perspectiva que sugiere la OMS, la interacción entre las determinantes socioculturales y biológicas. Eso es muy difícil porque tendríamos que pasar nuestras propias limitaciones en la formación.

Los sociólogos no conocemos de medicina, difícilmente nos orientamos en ese campo. En Cuba los sociólogos de la salud no se forman como en otras escuelas como la norteamericana donde hay muchos que se hacen sociólogos como una especialidad después de haber sido médicos. Entonces tienen la formación médica y la formación sociológica posterior le permite completar la visión sociocultural de los procesos de salud y se da una comprensión más dialéctica de esa realidad.

En Cuba los pocos sociólogos que se dedican a la salud tienen sus limitaciones, aunque hay algunos que llevan tiempo trabajando dentro de las instituciones de salud y en alguna medida han logrado sobreponerlas. Hay otra tercera invariante, una buena parte de los sociólogos que de manera primaria se formaron hace años, tiene una formación académica influenciada por el plan de estudios marxista y hay un espectro de tradiciones teóricas dentro de la sociología de la salud que se tienden a rechazar por el simple hecho de no ser marxista.

Y te digo una cuarta invariante, que es el tema género en el concepto de salud sexual y reproductiva porque la teoría feminista ha hecho innovaciones, ha desarrollado la perspectiva sociocultural en interacción con la biológica. No es lo mismo tratar el concepto desde la perspectiva mujer a la perspectiva de género. La inmensa mayoría del tratamiento del concepto de salud sexual y reproductiva ha estado focalizado en mujeres. Los mismos análisis de fecundidad, ¿se estudia la fecundidad del hombre? Se estudia la fecundidad de la mujer. No existen estadísticas ni metodología ni nada para plantearse un estudio de la fecundidad de los hombres. Es verdad que los hombres no se embarazan, pero si tienen hijos. Entonces, ¿por qué no se hacen estudios de la fecundidad de los hombres? Bueno ya se están haciendo estudios sobre la infertilidad femenina y la infertilidad masculina, sobre la incidencia de enfermedades como el cáncer y la morbilidad que provoca en hombres y mujeres, comparando el cáncer de próstata con el cáncer de mamas.

En el caso de Cuba estamos mucho mas atrasados en esta materia. Esta última variante posiblemente sea la más importante porque desde que nació el tema de la salud sexual y reproductiva, nació con enfoque de mujer. Todos los programas de la OMS en lo años 70 que tenían que ver con lo que después se ha llamado el PAMI (Programa Materno Infantil) tenía enfoque de mujer, no de género.

El enfoque de género en la salud y reproductiva viene con el decursar del tiempo, digamos que está asociado a la década del 90 con la transversalización del enfoque de género por la UNICEF y las agencias de las Naciones Unidas, por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Pero en Cuba eso todavía está en pañales, se ha ido avanzando; pero todo el mundo cree que hablar de mujeres es hablar de género. Entonces la comparación, no solo en cuanto a estadísticas de morbilidad, sino en qué medida las causas tienen que ver con roles de género que desempeñan hombres y mujeres. Hay muchas personas que se

centran en la polémica del bienestar, pero es que las personas no siempre tienen un bienestar en sentido óptimo. Cuando pensamos en la historia de vida de alguien te das cuenta que uno vive situaciones psicológicas, biológicas, problemas disfuncionales. Yo creo que lo difícil del concepto no es eso, sino está en lograr un diseño metodológico que tenga en cuenta la dialéctica entre lo biológico, lo psicológico y lo social, es decir lo sociocultural.

Hay que lograr que de la definición conceptual se derive la operatividad que se requiere en la construcción de indicadores, las estrategias de análisis y de cómo vas a cruzar esos indicadores que presupongan el enfoque de género, la dialéctica entre lo biológico y lo social, la perspectiva de análisis sociológico.

La sociología desde sus orígenes ha perseguido una visión compleja e integral de la realidad y se ha planteado ese presupuesto de la integración de todo. No es la sociedad pura sino en interacción con el medio ambiente, con la naturaleza. Todo análisis de lo social no se traduce en un análisis sociológico porque el enfoque económico dentro de la salud es también un enfoque social, pero no necesariamente es sociológico. Para conocer el enfoque de una ciencia hay que conocer sus tradiciones teóricas y sociológicas, sus debates, sus resultados.

Desde la perspectiva de género se puede seguir innovando mucho porque si reciente es el enfoque de género, mucho mas reciente es lo que tiene que ver con la teoría de las masculinidades. Y para mí esta teoría ha venido a ser el fenómeno teórico y metodológico que ha venido a completar y enriquecer los estudios de género. Se han hecho muchos estudios de mujer, pero si no conoces la otra parte difícilmente se podrá dominar el enfoque de género. Yo creo que queda mucho que hacer en el ámbito de la salud en general con respecto a la perspectiva de género.

En el ámbito de salud y medio ambiente, el tema de género en Cuba está en pañales. Yo estoy asesorando una investigación nacional sobre la influencia de las contaminantes en la morbimortalidad por tumores del Instituto de Epidemiología precisamente introduciendo el enfoque de género transversal para que hagan un estudio comparativo según roles de hombres y mujeres, de la incidencia que tiene el cáncer en ellos y las contaminantes en los tres elementos: aire, agua y tierra. Probablemente sea el primer estudio, en salud sexual y reproductiva hay mucho del tema mujer, pero poco de la perspectiva de género.

Ahora quiero retomar un tema que me recomendó un amigo ginecólogo que es el tema de la infertilidad tratado desde la pareja, lo cual me parece muy bien ese procedimiento con enfoque de género. El tema del cáncer creo que se ha abordado poco, el estudio de los factores socioculturales y su incidencia en el comportamiento de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres tendría que seguir avanzando. Los médicos tienen una gran limitación en es abordaje porque no tienen una base de formación adecuada en su plan de estudios e incluso los mismos ginecólogos, en un tema donde el factor sociocultural es mas visible. Sin embargo, es insuficiente la formación del médico con relación a temas de género. Nosotros, por otra parte, tenemos insuficiente conocimiento biológico y psicológico.

- 3)** ¿Qué acciones planifican las instituciones de salud en Cuba dirigidas por el MINSAP en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer cubana?

Muchas, lo que pasa es que todas necesitan potenciar el enfoque de género. Hay varios programas, te voy a dar un artículo que es inédito sobre salud en general de hombres y mujeres en Cuba de un libro que está por publicarse. El artículo de salud sexual y reproductiva decidí abordarlo dentro del artículo de familia por las implicaciones que esto conlleva en su

proceso de ampliación. Hay otro subacápite que tiene que ver con el cáncer.

Se planifican muchas acciones y conscientemente se puede decir que hemos cubierto una etapa importante en materia de salud de la mujer, altamente priorizada en el país. Probablemente el PAMI es uno de los programas que más recursos y atención se le ha dado en el país. Sin embargo, se considera que no es el más eficiente. Según un académico de la escuela de salud, el Dr. Rojas Ochoa, el mejor programa de salud en Cuba es el programa de vacunación. Y tiene un argumento que hay que tener en cuenta y es que es un programa que se ha ido perfeccionando con el tiempo, convirtiendo a Cuba no sólo en un consumidor de vacunas, sino productor de vacunas. El propio programa ha permitido que Cuba se convierta en un exportador de vacunas.

El PAMI aún cuando ha mejorado sus indicadores de salud, se ha reducido la mortalidad infantil y la materna que son los dos indicadores más importantes; ha sufrido mucho el impacto del Período Especial. Sin embargo, se ha innovado porque desde el primer hogar materno en los sesenta, hoy en día hablamos de casas maternas. En materia de programación se ha hecho mucho porque del primer programa hoy tenemos una diversidad de programas y algunos se articulan, pero no tienen el nivel de eficiencia ni de constancia en sus resultados como el programa de vacunación que no es un programa de salud sexual y reproductiva específicamente.

También está el programa de Maternidad y Paternidad Responsables con resultados diversos, pero irregulares. Hay provincias con mejores resultados que otras, hay momentos históricos donde se logra una mayor eficiencia. Uno de los logros más importantes de este programa es hacer que los hombres participen del parto, del embarazo. Sin embargo hay

hospitales donde todavía se viven tensiones con la bata y con los recursos que se requieren para que la mujer tenga un hijo en condiciones adecuadas. Sucede muchas veces que el padre quiere participar en el parto y no puede porque no hay bata.

Por otro lado, mientras la sociedad siga creando esas diferencias entre hombres y mujeres y se siga pensando que la mujer es para parir y para cuidar a los hijos y el hombre le dedique tanta atención a su trabajo de modo que no le de tiempo para poder estar en el momento del parto, difícilmente se podrá cumplir el programa.

Toda la visión de salud tiene que ser una visión intersectorial. Si se quiere alcanzar todo lo que dice el concepto de la OMS, entonces toda la sociedad tiene que ponerse en función de eso. No basta con que haya una ley del 2003 que diga que los hombres también pueden acogerse a la ley de maternidad cuando la mujer termine el periodo de lactancia y se incorpore al trabajo si no se pone en práctica, hay que hacer otras acciones.

El programa de Maternidad y Paternidad Responsable es bueno en su diseño, susceptible de mejorar, pero adolece de tantas invariantes y situaciones de contingencia que es muy difícil que alcance los resultados del PAMI que es el programa insigne con dos indicadores que forman parte de los índices de desarrollo humano (mortalidad infantil y materna).

También está el programa “Educa a tu hijo” conectado con el PAMI. Aunque no es un programa específicamente de salud, tiene que ver con el desarrollo psicomotor e intelectual de los niños menores de 5 años, tiene acciones que comienzan con la atención a la mujer embarazada y ahí viene la conexión con las instituciones de salud.

Se supone también que el cuidado infantil no sólo sea un problema de la mujer, sino también de los hombres y las charlas educativas que reciben las

mujeres en el período de embarazo también deben ser dirigidas a hombres. Todo es muy relativo porque si hay hombres que no tienen la mujer internada en un hogar materno y por lo tanto no va a las visitas, no participan de las charlas que se imparten en el hogar materno sobre el cuidado infantil en esa primera etapa de la vida.

Sin embargo, en el programa “Educa a tu hijo” en su etapa más avanzada, cuando ya son las instituciones educativas las que dirigen acciones a los padres incidiendo en el desarrollo psicomotor de los niños, la mayoría que asisten son las mujeres y si acaso los hombres que van son los abuelos a algunas actividades que después deben repetirse en la casa. Es un programa con enfoque de familia y con cierto enfoque de género porque tiene como premisa involucrar a los padres y a las madres, pero no tiene el efecto de superar sus limitaciones.

Está también el programa de prevención precoz del cáncer cérvico-uterino, que tuvo mucho éxito durante mucho tiempo, al punto que se redujo considerablemente porque hay una detección precoz importante. Al programa se le han hecho evaluaciones y ha tenido un por ciento grande de eficacia en cuanto a detección precoz del cáncer cérvico-uterino, con un 80% de eficacia en los noventa.

El programa tiene un impacto importante que no siempre es positivo porque su base está en el consultorio de la familia y los médicos de la familia están sometidos a un proceso de reorganización por todo lo que pasó en el país, implicando que cada médico atiende a una población mayor.

Yo pienso que hay irregularidades en el seguimiento de la mujer que tiene que hacerse la prueba citológica cada cierto tiempo. Cuando ves los indicadores te das cuenta que la incidencia del cáncer cérvico-uterino es mayor en áreas rurales que en las urbanas. Aunque en Cuba las

estadísticas son bastantes homogéneas cuando comparas con otros países, no se puede obviar esta diferencia en cuanto al cáncer cérvico-uterino, no así en el de mamas.

Sucede que el cáncer de mamas incide más en las mujeres de áreas urbanas y mi hipótesis es que las mujeres de áreas rurales dan más de mamar que las mujeres de áreas urbanas. Creo que en este campo hay todavía mucho por donde andar, pero este programa actualmente creo que no tiene los resultados que tenía en otras épocas. Ha sido uno de los programas más golpeados por el impacto del Período Especial.

Yo he realizado entrevistas y existen muchos médicos que todavía no han incorporado la práctica de reconocer las mamas, esa que anuncian en la televisión. No tienen la práctica clínica de hacer un reconocimiento a la mujer de las mamas, vaya por lo que vaya, ni le enseñan como se hace. La mujer debe saber como hacerse su propio examen. Por otro lado tengo entendido que la única mamografía que funciona en Ciudad de La Habana es la del Hospital Oncológico y otras en todo el país. Cuba está en uno de los primeros países de América Latina con la mayor tasa de cáncer de mamas en estos momentos. Esas son las paradojas de la vida, en Haití hay menor incidencia del cáncer de mamas que en Cuba, puede ser un problema de registro estadístico, pero es así. Claro está que las mujeres haitianas no tienen otro remedio que darle de mamar a sus hijos porque no tienen comida para darles. Las mujeres cubanas pronto dejan de lactar y lo sustituyen por cualquier comida, es más fácil dar comida que dar de lactar. En América Latina los países con mayores perspectivas de vida y con mayor nivel de eficacia en sus programas de salud sexual y reproductiva (Cuba, Uruguay, Chile, Costa Rica) son los de mayores tasas de cáncer de mamas. La paradoja es que el peor en los indicadores de salud es Haití y es el que menos incidencia tiene del cáncer de mamas. O es un problema

de registro estadístico o es que las mujeres haitianas no tienen dinero para comprar comida y están obligadas a lactar a sus hijos.

Lo que si está demostrado es que la lactancia materna previene a la mujer del cáncer de mamas. Hay estudios que demuestran la alta incidencia del cáncer de mamas en mujeres célibes, que no han tenido hijos, que son infértiles, o por ejemplo entre las monjas que tienen mayor incidencia del cáncer de mamas y del cérvico-uterino.

Entre otras acciones esta la creación de los hogares maternos que han estado al tope por un problema de seguridad alimentaria para las embarazadas, sobre todo en mujeres de la región oriental. Hay un mapa en Cuba llamado "De la vulnerabilidad a la seguridad alimentaria" que identifica como grupos de riesgo a los niños y mujeres embarazadas. El Ministerio de Salud fue quien lo identificó por su sistema de vigilancia con el índice de bajo peso al nacer incrementado desde los noventa, determinando que el país desarrollara el Programa Mundial de Alimentos de apoyo a las mujeres embarazadas y niños recién nacidos para mejorar su alimentación.

De todas formas hay un problema en la mujer que se refuerza con el embarazo. Aunque la mujer recibe dieta, pero tiene un niño, un anciano o incluso a su esposo en su hogar, prefiere repartir su dieta y no alimentarse como se debe. La dieta además es muy ridícula y la mujer comienza a tener déficit de hierro y otros componentes que el niño va absorbiendo y la anemia es el primer síntoma. Además hay una vulnerabilidad alimentaria y no tienen una dieta balanceada con todos los recursos alimentarios necesarios para tener un embarazo feliz, las mujeres enseguida presentan problemas de nutrición. Ese es principal problema de salud que presentan las mujeres de la zona oriental.

Entonces los hogares maternos están llenos, no con el fin que se crearon que era para acoger a mujeres de las montañas. Hoy te puedo decir que el Plan Turquino tiene hogares que parecen hoteles de cuatro estrellas. Eso te lo puedo demostrar con fotos e investigaciones que he realizado en Songo La Maya con las mujeres y los médicos de allí. Hay un por ciento considerable de mujeres que ingresan por problemas de malnutrición y la nutricionista se convierte en el alma del hogar materno.

Sin embargo, estos hogares han sufrido el impacto de la crisis y muchos se han beneficiado por los proyectos de intervención de UNICEF, del Programa Mundial de Alimentos con el seguimiento y el apoyo del Estado; por ello se han creado las “casas maternas”, donde se escoge una casa en cada territorio y se le asigna cierta cantidad de alimentos y allí la mujer embarazada que no esté ingresada puede ir a desayunar, almorzar, comer, merendar y por la noche duerme en su casa. Cualquier mujer, sea ama de casa o trabajadora. También se le dan charlas educativas y se hacen actividades para la mejoría de la salud sexual y reproductiva.

También te puedo seguir diciendo todo lo que se ha hecho en materia de infertilidad, lo cual ha evolucionado mucho porque hoy en Cuba se hace fertilización invitro bajo los cánones establecidos de que siempre tiene que ser una pareja, lo cual yo no comparto porque yo si creo en la maternidad independiente. La mujer tiene el derecho a tener un hijo sin marido, como el hombre debe tener el derecho de adoptar un niño sin mujer, siempre y cuando tenga las condiciones para ello.

Se ha creado un programa nacional del seguimiento de la infertilidad porque ha crecido mucho la infertilidad en el país. El programa contempla consultas de infertilidad en cada municipio. Desde el punto de vista de los servicios, muchos ya se han institucionalizado y se ha avanzado mucho en eso.

Las mismas consultas de planificación familiar son de los años noventa y nacieron en el momento de la última y peor crisis, porque la primera fue en los años sesenta cuando se fueron los 3000 médicos, desapareció el abastecimiento de anticonceptivos en el país y eso llevó al baby boom. Las consultas de planificación familiar fueron creadas para la asignación gratuita de anticonceptivos a mujeres con ciertas necesidades. Se ha dado una cobertura de anticonceptivos en el país, lo cual ha ayudado a reducir la tasa de fecundidad de la cual nos quejamos tanto hoy, pero que ha permitido a la mujer cubana tener esa estrategia de controlar su fertilidad. Se creó también la SOCUDEF, las consultas a adolescentes en un país donde había tanta maternidad adolescente y ahora se ha reducido considerablemente. Mientras exista una adolescente siendo madre hay preocupación, pero la mayoría de los embarazos en adolescentes en Cuba son de 18 a 19 años que ya están en la adolescencia tardía y la tasa que actualmente tiene es menor que la de 1953.

Eso es el resultado de todos los programas educativos y de servicios en el área de salud sexual y reproductiva. Estos han sido programas guiados por la lógica de prevención y de salud comunitaria, descargando todos los servicios en la comunidad, dándole seguimiento a la mujer, aún con todas las dificultades actuales. Si tú ves hoy al Hospital González Coro da vergüenza y eso tiene un impacto en la calidad del servicio.

Los programas, sin embargo, no se han quedado en el diseño, aunque se puede avanzar más en el enfoque de género en la formación de todo el personal de salud, desde el nutricionista que atiende la embarazada hasta el oncólogo que atiende los problemas de mamas y el cáncer cérvico-uterino, el ginecólogo que atiende la infertilidad y otros problemas de salud sexual y reproductiva.

- 4) ¿Qué usted cree sobre la manera en que asumen las mujeres cubanas su salud sexual y reproductiva?

El acceso a la salud no sólo depende de tener la posibilidad de recibir un servicio gratuito y del ordenamiento territorial que es otro factor importante, que no siempre es el mejor porque tú sabes que en Cuba funciona mucho que quien tiene un amigo tiene un central y todo el que tenga un amigo ginecólogo se va a ver al amigo y no va por la vía territorial, entre otras razones por problemas de la atención a la salud que existen en todo el sistema, nivel primario, secundario, terciario, etc.

Sin embargo, hay un factor importante que no siempre se tiene en cuenta que es el factor cultural, el acceso depende de la cultura que tienen mujeres y hombres de saber el problema de salud que tienen, de cómo tratarlo, del nivel de conciencia para saber cuál es el momento más adecuado para ir al médico y someterse a un tratamiento, es decir, de la educación de salud que tienen las personas.

Es cierto que el factor cultural de la mujer cubana la pone en una situación de ventaja con respecto a otras mujeres del mundo. El propio Rojas Ochoa hacía una anécdota de lo más simpática, recordando la visita de un inminente demógrafo a principios de la Revolución que fue con él a las montañas y allí le pregunta a una campesina: ¿Cuándo usted no quiera tener un hijo, que hace? Y ella le respondió: bueno yo voy al médico y él me hace todo lo necesario para no tenerlos. Y ese hombre le dijo a Rojas Ochoa: eso es lo que no sabe una campesina francesa y sabe una campesina cubana.

Aún cuando todavía existan insuficiencias en la formación cultural de la mujer cubana y muy diversa formación, saben adonde acudir para hacerse un examen de mamas, aunque no sepan hacérselo. En el mundo hay mujeres que viven en un nivel de precariedad en el conocimiento de su

salud que ni siquiera saben eso. Yo creo que todo lo que se ha invertido en educación de salud tiene un impacto en la formación cultural sobre salud sexual y reproductiva. Este siempre ha sido un programa insigne y la prevención ha sido lo más importante en el caso de Cuba, porque lo que nos interesa no es la enfermedad sino prevenirla.

No quiero decir que hayamos llegado a una situación óptima porque todavía existen diferencias entre zonas urbanas y rurales, incluso entre diversas mujeres de espacios urbanos distintos. Pero la mujer cubana tiene la ventaja de una mayor cultura, con la posibilidad de una legislación que la protege de sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, toda mujer cubana sabe que tiene que recorrer un camino para hacerse el aborto, ir al policlínico, someterse a estas pruebas, va al hospital y se hace el aborto.

El problema está en que muchas mujeres cubanas han asumido el aborto como un método anticonceptivo por las ventajas que le ha ofrecido el entorno cultural de salud, lo cual no siempre se ha traducido en una cultura de la responsabilidad. Tienes derecho, pero hay que saber usarlo responsablemente. Sin embargo, la tasa de aborto en Cuba ha disminuido por el alto consumo de métodos anticonceptivos como alternativa a una práctica abortiva.

Pero la mujer cubana también tiene una serie de invariantes en su entorno que no la ayudan al desarrollo más amplio de esa cultura de la salud por la vida cotidiana que vive y la situación estresante permanente. Y hoy se sabe que el estrés es un factor que influye en una serie de enfermedades del sistema neurológico y eso impacta de muy diversas maneras. Se ha avanzado, pero todavía se debe seguir avanzando. Hoy prácticamente la mujer cubana no hace uso de las prácticas de anticoncepción natural o tradicional con hierbas. Puede ser que exista algún caso, pero no es el promedio. Las modernas son más eficaces y se ha tratado de enseñar a

cada mujer a usarlas. Las prácticas abortivas tradicionales pueden ser eficaces, pero los cuerpos son distintos.

Se ha perdido también la práctica de que la mujer conozca su ciclo menstrual, los días que puede tener relaciones sexuales o no, y creo que eso se debe a que se ha confiado mucho en otros anticonceptivos. Los anticonceptivos tienen un rango de eficacia, pero pueden fallar también. En sentido general creo que hay una cultura en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Yo pienso que hay áreas que deben avanzar más, por ejemplo la lactancia materna, no todas las mujeres tienen plena conciencia del valor que tiene no sólo para los niños, sino para ellas, aún cuando se hace más énfasis en lo que puede ser más positivo para los niños que para la mujer. Se debe enfatizar más en los programas educativos lo que significa la lactancia.

Se ha avanzado mucho en la cultura, pero todavía existen tabúes y temores. El cáncer es algo que genera un impacto psicológico enorme en las personas y hay muchas mujeres que no se someten a una prueba porque piensan que el desconocimiento puede evitar la enfermedad. Eso funciona mucho en el sentido común cuando la gente dice: cada vez que voy al hospital me hacen una prueba y me descubren algo. Si te lo descubriste mejor todavía porque lo puedes rectificar a tiempo, pero hay muchas personas que temen ir al hospital.

Yo creo que hay que fortalecer más la educación en la prevención de la salud, pero eso implica tiempo. La mujer trabajadora ha sido muy impactada y creo que se debe estudiar más el impacto de la salud sexual y reproductiva por ocupación para ver si existen diferencias entre las trabajadoras y las trabajadoras domésticas no remuneradas. Esta última tiene más tiempo que la mujer trabajadora y a veces no tener tiempo

implica postergar su atención a la salud y no se atienden a tiempo. El no atenderse a tiempo es un problema cultural.

Muchas gracias.

Entrevista a Grissel Rodríguez Gómez, Profesora del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

- 1) ¿Qué opina sobre el tratamiento del concepto salud sexual y reproductiva en las ciencias sociales cubanas, específicamente en la Demografía?

Mi criterio es que este concepto en sus inicios, a partir de El Cairo 94 cuando se comenzó a propagandizar, se comenzó a usar dentro de varias ciencias sin una adecuada conceptualización, fue como una moda. Se trató de introducirlo en el discurso de las ciencias sociales sin realmente conceptualizarlo. Creo que es ya a inicios del nuevo siglo que se comienza a utilizar dentro de determinadas ciencias sociales con algunos intentos de conceptualización desde la academia. El concepto está muy utilizado desde la perspectiva de las acciones gubernamentales y acciones internacionales.

Aquí en el CEDEM tuvo lugar un evento en el año 97 que tenía la coletilla de salud sexual y reproductiva y se hicieron intentos por conceptualizar el tema y ver que relación tenía con la Demografía, pero en realidad eso no cuajó tanto. Es en México que se comienza a introducir la conceptualización de salud sexual y reproductiva desde la academia, específicamente con Juan Guillermo Figueroa. En torno a este tema lo que más se ha trabajado es la implementación, por ejemplo abastecimiento de condones. Por otro lado, está lo relacionado a educación sexual, programas en las escuelas y se pierde la conceptualización del proceso que es lo que teóricamente avalaría o respaldaría todo esto.

Desde las ciencias se ha comenzado a hacer, pero todavía no estoy satisfecha con la manera en que se está haciendo. Yo creo que hay muchos elementos que todavía tienen que incorporar al análisis. Se ha discutido mucho sobre hasta dónde el valor de la llamada demografía formal o clásica, los estudios de población y cómo las propias reuniones internacionales se han movido en dirección al tema de la salud sexual y reproductiva. Desde esta perspectiva, la demografía empezó en el llamado quehacer

de la sociodemografía y en este análisis se comenzaron a introducir los elementos de la salud sexual y reproductiva. Tengo que enfatizar que en Cuba y otros países podemos hablar de salud sexual y reproductiva, pero en otros países se habla solamente de salud reproductiva. En alguna convención internacional, ahora no recuerdo, se comenzó a hablar de salud reproductiva, lo sexual se ha ido incorporando en el discurso posteriormente por el tema del machismo, la iglesia, etc. Acuérdate que en América Latina es muy fuerte la iglesia.

En la Demografía también se ha ido incorporando este concepto, creo que todavía no tiene un tratamiento acabado, sino que es algo que esta en proceso. Por un lado estamos haciendo salud sexual y reproductiva, pero esto tiene que articularse con la demografía o con las variables demográficas. La teoría demográfica clásica lo ha estado incorporando, pero sin conceptualizarlo. Las últimas teorías demográficas que tratan de explicar lo que está pasando con las poblaciones ya están incorporando elementos de este concepto, pero creo que todavía está un poco divorciado y no se articula adecuadamente desde la teoría. Desde el quehacer se hace más. Creo que los puntos de enlace estarían con la variable fecundidad y todos sus determinantes y condicionantes y las desarticulaciones del comportamiento reproductivo de la población cubana: uso excesivo del aborto, no adecuado uso de anticonceptivos y otros elementos.

2) ¿Qué puede decirme sobre el tratamiento del tema desde una perspectiva de género?

Con poca frecuencia encuentro estudios de género que realmente tengan una perspectiva de género, más bien son estudios por sexo. Entonces identifican elementos de hombres y mujeres de manera separada y ya creen que están en una perspectiva de género y nada más alejado del género como construcción social. Creo que no hay un uso adecuado de este enfoque.

Por otra parte el tema género es archiusado en el mundo, vas a eventos internacionales y te encuentras con un montón de trabajos con perspectiva de género y en realidad de género no hay nada. Al final lo que hacen es una interpretación de hombres y mujeres, es decir no hay una incorporación de género como constructo social. Para mí mirar la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género es como un elemento que atraviesa este concepto. Cualquier mirada a la salud, tanto desde el punto de vista sexual como reproductivo, es también construcción social. La mujer se embaraza en una relación con un hombre, pero detrás de eso hay una serie de elementos condicionantes que son constructos sociales. Esta perspectiva de género es muy usada en las investigaciones de salud sexual y reproductiva, pero me gustaría que se usara comprendiendo el género como constructo social.

3) ¿Qué acciones planifican las instituciones de salud en Cuba dirigidas por el MINSAP en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer cubana?

De esto no estoy tan informada, pero se que el MINSAP tiene un gran plan de atención a la salud sexual y reproductiva, dentro de este tiene el Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI) con una serie de prioridades que van desde el nivel primario, secundario y terciario de la salud. Se trata de asegurar todo, ahora yo creo que no es el MINSAP el máximo responsable de la promoción de la salud sexual y reproductiva. Considero que primeramente es un elemento educativo y tiene que estar imbricado con los responsables de los elementos educativos de la sociedad como el Ministerio de Educación (MINED), Ministerio de la Educación Superior (MES), etc.

El MINSAP se ocupa de la mujer cuando ya está embarazada y ahí comienza con su proceso de atención para que la mujer llegue bien al final del embarazo, que el bebé tenga lo necesario en su primer año, etc. Pero previo a esto tiene que haber algo. Dentro de las estadísticas de población en Cuba tenemos una desarticulación para ponerte un ejemplo, si bien los nacimientos en madres adolescentes han disminuido, los embarazos de madres adolescentes no. Lo que pasa es que esos embarazos

terminan en aborto. Entonces el rol educativo ahí es importante porque salud pública se encarga de que esa muchachita que se va a hacer un aborto no se muera y le queden pocas secuelas por la seguridad de nuestro sistema de salud; pero en esencia hay que ver por qué esa muchachita adolescente se está embarazando todavía y es porque no hay un adecuado uso de anticoncepción y eso tiene que ver con la educación.

Entonces el MINSAP puede tener muchas acciones, pero tenemos que usar otras estructuras e instituciones creadas para eso como los trabajadores sociales. Los médicos no pueden con todo y para mí el tema primario es la educación. El Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) tampoco puede con toda esa responsabilidad, es decir, hay que hacer este tema más social.

4) ¿Qué usted cree sobre la manera en que asumen las mujeres cubanas su salud sexual y reproductiva?

Yo creo que las mujeres cubanas, dado nuestro nivel educacional alto y algunos elementos que se imparten en las escuelas que directa o indirectamente tributan a la salud sexual y reproductiva, creo que somos responsables de nuestra sexualidad, consideramos que nuestra sexualidad y reproducción es un derecho que tenemos sobre el cual decidir. Ahora, real conocimiento de las mujeres cubanas sobre como afrontar su salud sexual y reproductiva, creo que hay dificultades.

En entrevistas que yo he realizado sobre este tema de sexualidad, he visto que muchos elementos atentan contra una real salud sexual y reproductiva de las mujeres. Si te pones a hacer historiales a mujeres cubanas te encuentras un sinnúmero de regulaciones menstruales y abortos. Esta es una de las grandes desarticulaciones del tema. Además, cuando hablas con las personas lo tienen incorporado a su vida como algo natural, como una manera de no continuar un embarazo sumamente natural, un embarazo al cual se llegó de una manera no

responsable, con un inadecuado uso de la anticoncepción e inadecuada planificación familiar.

Cuando conversas con mujeres cubanas, te das cuenta que con frecuencia esta decide tener su hijo cuando ya está embarazada. No hay una planificación previa y esto es una gran dificultad. El derecho tiene que estar sobre la base del conocimiento y la responsabilidad y eso se soluciona con educación comenzando desde las niñas, sobre todo desde la secundaria. El tema hay que introducirlo para que se actúe responsablemente.

Muchas gracias.

Entrevista a la Dra. Antuané Costa Valera del Consultorio No. 24 de los Bajos de Santa Ana.

1) ¿Qué cantidad de mujeres en edad fértil tiene este consultorio?

Esta es una población difícil de cuantificar porque es una población inmigrante. Muchos de ellos no tienen dirección de aquí, porque esto es un barrio insalubre que no acepta cambio de dirección. Muchos de ellos provienen de diferentes provincias centrales y orientales que no tienen nada que ver con esta zona. Lo que pasa que han ido emigrando porque tienen sus familias aquí o porque este es un barrio donde ellos mismos hacen sus asentamientos y nosotros como salud tenemos que atenderlos. Inclusive las fichas familiares que están actualizadas pueden tener errores porque las personas se mudan de un día para otro, se van para su provincia y a los dos meses regresan de nuevo.

2) ¿Qué entiende usted por salud sexual y reproductiva?

Bueno la salud sexual y reproductiva no es más que todos los factores que afectan la reproducción de la mujer y su sexualidad como una integración del sexo biológico, psicológico y social. Esta integración debe ser lo más sana, placentera, libre de enfermedades, de tabúes. Esta población es muy difícil también porque es una población de bajo nivel cultural y se reproduce fácilmente. Yo llevo aquí solo siete meses y ahora es que estoy tratando de trabajar con lo que nosotros llamamos PRP (Periodo reproductivo o los riesgos preconceptionales de la mujer), tratar de que las mujeres lleguen al embarazo con todas las necesidades de salud cubiertas. Sobre todo trabajar en la anticoncepción en esas pacientes para que al llegar al embarazo este sea deseado, planificado, si la paciente tiene patologías crónicas esté lo más controlada posible, libre de ITS, que cursen el embarazo con la menor cantidad de riesgos posibles.

3) ¿Qué acciones planifican las instituciones de salud en Cuba dirigidas por el MINSAP en la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer cubana?

La primera acción la cumple el consultorio como nivel de asistencia primaria y es el control de esas mujeres en edad fértil que tienen riesgos de concebir un embarazo a través de la anticoncepción. Cuando no tenemos acceso a algunos tipos de anticoncepción, hay una consulta de planificación familiar en el policlínico que se remite desde el consultorio y se toman diferentes decisiones, según sea el paciente, para la anticoncepción a utilizar en cada una de ellas, ya sean mujeres de riesgos, adolescentes, mujeres arias por el riesgo de prematuridad y de patologías propias del embarazo

- 1) Desde su experiencia aquí en este lugar, ¿qué cree sobre la manera en que asumen estas mujeres su salud sexual y reproductiva?

Muy mal porque como ya te dije las mujeres de aquí tienen muy bajo nivel cultural y hay que trabajar mucho con ellas. Uno se desgasta hablando con ellas y al final es por gusto porque unas veces entienden, otras no entienden, pero no lo asumen porque creen que no es necesario, porque no le es convincente. Aquí encontrar a una persona en edad fértil que asuma la salud sexual y reproductiva con responsabilidad es muy difícil, las hay, pero es muy difícil encontrar.

- 2) ¿Qué puede decirme sobre la incidencia de ITS?

Esas estadísticas están en el policlínico en la consulta de ITS. Ahí las registran mejor, yo aquí llevo poco tiempo y no tengo ese dato. En mi área no hay pacientes con VIH conocido. Sí se trabaja mucho con la población y yo soy muy quisquillosa en este sentido, cada vez que viene algún paciente para hacerse un chequeo de cualquier cosa trato de hacerle estos análisis porque son enfermedades que muchas veces el paciente no sabe ni que concommitan con ellos y al final esto es una cadena. Por lo general esta población es muy promiscua, muy inestable en las parejas y corremos el riesgo.

Hace como quince días me visitó un compañero que atiende menores y se está trabajando porque tienen conocimiento de reuniones de adolescentes en la zona y eso es riesgo de ITS. Entonces estamos trabajando en conjunto para ver que podemos lograr.

3) ¿Usted como doctora le ha enseñado a las mujeres a examinarse las mamas?

Tenemos consultas planificadas para patologías, es decir para embarazadas, lactantes, patologías crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, asma bronquial) y transmisibles (ITS). Pero también está la consulta para el adulto sano una vez al año y es aquí donde se les enseña a las mujeres a hacerse el autoexamen de mamas y en qué tiempo debe hacerse, con el objetivo de que se conozcan ellas mismas y puedan acudir al consultorio en caso de alguna patología.

Aunque esta consulta es planificada una vez al año, muchos de ellos vienen dos veces porque aunque no están enfermos vienen a buscar algún medicamento y ahí se aprovecha y se le hace su consulta de adulto sano. Las mujeres en el programa de riesgo preconcepcional se atienden cada seis meses, personas con anticonceptivos, ya sean DIU o tabletas, vienen porque nosotros tenemos que estar seguros que están bien, se valoran las ITS.

7) En las encuestas uno se da cuenta que hay muchas mujeres padeciendo de inflamación pélvica y displasia, ¿Qué usted cree de esto?

Se plantea que la displasia científicamente no se ha demostrado la causa, pero hay disímiles causas, la más frecuente es la anticoncepción oral y hormonal, esta población por lo general toma muchas tabletas y toma cualquier tipo de tableta. Muchas de ellas ni vienen al consultorio ni van a la consulta de planificación familiar, van a la farmacia y compran cualquier tipo de

anticonceptivos orales, pidieron la receta en algún lugar y lo comenzaron a tomar.

Se cree que la nutrición sea otras de las causas, aunque no está demostrado científicamente, de hecho, antes en el tratamiento de la displasia se mandaba vitaminoterapia y se mandaban a suprimir ciertos alimentos como el café, el chocolate, el platanito, etc...

Las inflamaciones pélvicas están debidas a las infecciones vaginales en repetición muchas de ellas no tratadas y asintomáticas. La causa fundamental de la inflamación pélvica es la inestabilidad de parejas, la no protección en las relaciones sexuales. Algunas acuden con la sintomatología, es decir el flujo vaginal, pero muchas de ellas no acuden y detectamos que hay infección vaginal cuando hacemos la prueba citológica.

8) ¿Son constantes en la prueba citológica?

No, para nada, hay que hacer tremendo trabajo. Ahora tenemos pendiente 12 mujeres del mes de enero y pendiente del mes de diciembre hay como 16. Esas son las que tienen constatadas el policlínico, pero como esta población es tan emigrante lo que hacemos es que cuando llega el paciente a la consulta le preguntamos la edad, si se hizo la prueba citológica y constatamos lo que dice con la libreta donde se registran. Si vemos que no se la ha hecho se la hacemos en ese momento y con eso logramos un mayor control porque hay muchas de ellas que no tienen ni tarjetas, pero hay que hacerlo así para detectar el cáncer de cuello uterino a tiempo.

Muchas gracias.

Entrevista a Dra. Anaisa Gómez del Consultorio No.11 de Nuevo Vedado.

1) ¿Qué entiende usted por salud sexual y reproductiva?

Es el conocimiento que tiene la paciente acerca de la sexualidad humana, sus órganos sexuales internos y externos y de qué forma se puede llevar a cabo la concepción, o sea, la capacidad de tener hijos en un momento determinado, relacionado con todas las complicaciones que ello pueda traer, seguimiento del embarazo, la edad que debe tener y toda la información que pueda tener sobre esto.

2) ¿Qué acciones se planifican desde el consultorio en la promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres?

En cuanto a la promoción de salud sexual y reproductiva de las mujeres desde el consultorio, puedo decir que en la dispensarización hay un grupo dispensarial que se refiere al riesgo preconcepcional en mujeres entre 15 y 49 años que es la edad reproductiva de la mujer. A las mujeres que tengan una patología crónica como la hipertensión, el asma, la diabetes; se le hace un seguimiento cada cuatro meses incluyendo consultas terreno donde se vigilan si están protegidas, con qué método anticonceptivo y si no están protegidas dar seguimiento a su protección sexual. El objetivo es que estén protegidas para que en el momento que decidan tener un embarazo, ver de qué forma podemos controlar ese embarazo, de manera tal que el producto del mismo no tenga complicación ninguna.

En cuanto a mujeres que no tienen patologías crónicas se les controla una vez al año, observando que estén protegidas para que no salgan embarazadas a una edad riesgosa, por ejemplo menos de 25 años como adolescentes, estudiantes. También se imparten charlas educativas en coordinación con la FMC y las brigadistas sanitarias en estos grupos de riesgo, fomentando toda esta tarea encaminada a lograr información sobre la reproducción y la sexualidad.

3) ¿Son constantes en la prueba citológica las mujeres de este lugar?

En el consultorio pasamos por una etapa de crisis en este sentido, pues la mujeres tenían una pobre información y un viejo tabú de que la prueba citológica es lo más malo que existe. Sin embargo, gracias a este programa que se lleva a cabo desde el consultorio con el apoyo de las brigadistas sanitarias y la FMC, la mujeres tienen información sobre la prueba citológica, su importancia, en qué consiste y se ha demostrado que es una situación que es sana, que no duele. Creo que ha mejorado mucho el índice de cumplimiento de la prueba citológica, incluso los resultados son satisfactorios porque hasta ahora no hemos tenido patología de cuello ni cáncer aquí en el consultorio.

4) ¿Les enseña a hacerse el autoexamen de mamas?

Aquí en el consultorio les enseñamos a hacerse el autoexamen de mamas a pacientes entre 15 y 60 años. Les enseñamos la técnica para que se lo hagan una vez al mes. Tanto la enfermera como la brigadista sanitaria son entrenadas para que estén capacitadas en cuanto al examen de mamas. Aunque venga al consultorio por otra causa se le pregunta a la mujer que viene si conoce el autoexamen de mamas y si no lo conoce se le enseña si está dispuesta.

5) ¿Existen personas con ITS en el consultorio?

Sí, de una población de alrededor 6000 personas existen dos o tres casos de VIH-SIDA, no se decirte exactamente. Infecciones vaginales como la trichomoniasis son frecuentes porque aunque hay una cultura sexual hay mujeres que no se cuidan. A veces los jóvenes se cuidan y tienen más conocimiento sobre ITS que las personas mayores. Las mujeres jóvenes son las más afectadas. Yo creo que para una población tan grande no es tan grande la incidencia de ITS.

6) ¿Qué usted cree sobre la manera en que asumen las mujeres cubanas su salud sexual y reproductiva?

Yo creo que la mujer cubana tiene un gran conocimiento sobre salud sexual y reproductiva porque se ve en la manera en que asumen su cuidado, la forma en que se expresan al manifestar una patología determinada o un síntoma, la forma en que deben actuar ante determinado acontecimiento, ya sea de leucorrea o cualquier otra cosa. A la hora de explicarle alguna enfermedad y su posible complicación, por lo menos tiene un conocimiento básico de anatomía porque saben identificar los órganos sexuales y su localización. Muchas dominan el tratamiento que deben llevar ante determinada situación. También conocen los medios de anticoncepción. Yo pienso que de manera general el conocimiento en este sentido es bastante elevado y lo asumen de manera correcta, es mi criterio como médico de familia.

Muchas gracias.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS BARRIOS

1. Diferencias de Origen



BARRIO: NUEVO VEDADO



BARRIO: BAJOS DE SANTA ANA



2. Diferencias en la Tipología Constructiva.



Viviendas después de los años 70's







BARRIO: NUEVO VEDADO



TIPOLOGÍA CONSTRUCTIVA







**3. DIFERENCIAS DE DOTACIÓN
DE LA INFRAESTRUCTURA
TÉCNICA Y DE SERVICIOS.**

**BARRIO
NUEVO VEDADO**





BARRIO BAJOS DE SANTA ANA

