

La salud sexual y reproductiva en barrios de Ciudad de la Habana.

Autores: Lic. Danay Díaz Pérez, Dra. Luisa Iñiguez Rojas (Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana)

Resumen

El presente estudio asume que el origen y dinámica social al interior de los barrios, condiciona diferencias en componentes de la salud sexual y reproductiva. Se trata de una investigación de carácter exploratorio y se desarrolla en un grupo de mujeres en edad fértil de dos barrios de la Ciudad de La Habana. Se utilizaron técnicas para la obtención de información primaria de observación, aplicación de encuestas, y otras. Los datos fueron procesados a través de programas estadísticos 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. A pesar de las diferencias en indicadores sociodemográficos, económicos y de habitabilidad entre las entrevistadas de ambos barrios, indicadores tales como número e interrupciones de embarazos, número de hijos y otros son similares. Las mayores diferencias se hallan en la incidencia de trastornos ginecológicos y otros problemas asociados a la salud sexual y reproductiva, así como en la falta de conocimientos sobre medidas para la protección de la salud sexual y reproductiva, más frecuentes en las mujeres del barrio de condiciones materiales de vida más desfavorables.

Palabras claves: salud sexual y reproductiva, mujeres, desigualdades espaciales.

Introducción

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 factores y procesos que inciden en la reproducción y sexualidad en general de las personas, en especial de las mujeres, víctimas de sociedades patriarcales que las 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).

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 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 (Hernández, Arenas y Ortega, 2006). Ello implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que gocen de plena capacidad y libertad de reproducirse. Implícitos 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, así como ofrecer a las parejas la más alta probabilidad de tener un niño sano”(Seminario Científico por el Día Mundial de la Población, 1994).

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, así como incorporar las dimensiones biológica, psicológica y social de la salud. 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.

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 y es entonces cuando se habla de diferencial según el lugar de residencia, el nivel educacional, la condición ocupacional, y otros.(Benach y Amable, 2004).

Algunas investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en Cuba han tenido en cuenta el comportamiento diferencial en territorios (Fleitas, 1999 y Rodríguez, 2006), sin embargo, estas no asumen la teoría del espacio geográfico y las desigualdades espaciales que se emplea en este estudio. 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.

Materiales y métodos

Se parte de la definición Santos, M, quien considera el espacio como un como producto social, soporte para la vida en sociedad y al mismo tiempo un condicionador de proyectos humanos; como un referencial simbólico, afectivo y también de organización política..¹ En este sentido, el análisis de las desigualdades espaciales de la salud, en este caso sexual y reproductiva, incorpora una serie de elementos objetivos y subjetivos determinados por los grupos sociales que integran el territorio (mujeres, niños, jóvenes, y otros).

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

¹ Citado en: Iñiguez, 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, p. 7.

que exista una diferenciación territorial que se expresa en diferencias en cuanto a calidad de vida y bienestar humano.

Para la selección de los espacios se tuvieron en cuenta las diferencias de origen, de tipología constructiva y de dotación de infraestructura técnica y de servicios. Siguiendo estas premisas fue seleccionado en el municipio Playa el barrio de los Bajos de Santa Ana, y dentro de él, un área tributaria al único consultorio de este lugar; y el barrio de Nuevo Vedado en el municipio Plaza, específicamente el área correspondiente a uno de sus consultorios, localizado en el extremo oeste del municipio.

En el caso de los Bajos de Santa Ana, su origen se asocia a la construcción de de segundas casas o casas de recreo desde los años 30 de pescadores de Santa Fe en el municipio Playa, en el extremo oeste de la ciudad. Su poblamiento creció con cierta regularidad a partir de los setenta, manteniéndose una urbanización incompleta y poco densa. A partir de la década del noventa y en el marco del incremento de la inmigración hacia la provincia Ciudad de La Habana, como efecto de la crisis económica, el barrio aumentó su densidad con predominio de 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 terminadas o en proceso. Las viviendas son generalmente casas con condiciones de habitabilidad regulares, o malas y vías interiores sin asfaltar.

El barrio de Nuevo Vedado en el municipio Plaza, se remonta a los años cincuenta del pasado siglo, inscribiéndose en una urbanización para clase media con casas y edificaciones de 2 a 4 plantas. Después del Triunfo de la Revolución es re-ocupado por profesionales y en especial por representantes de las Fuerzas Armadas Revolucionarias en su mayoría provenientes de zonas orientales y centrales del país.² En los últimos 20 años el reparto se ha compactado con edificios múltiples (de Microbrigada) y a su vez, la movilidad de la población al interior del barrio, ha estado influida por los procesos migratorios externos e internos. En general se aprecia un buen estado constructivo de las viviendas, así como de habitabilidad.

² Testimonios de vecinos residentes en Nuevo Vedado desde 1960.

Se tomó como objeto de estudio un universo de 35 mujeres entre 15 y 49 años (período de reproducción femenina) en cada espacio urbano seleccionado, procurando una distribución lo más equilibrada posible entre los grupos de edades. En ambos casos la selección de viviendas fue aleatoria, y fueron seleccionadas las viviendas más representativas de cada barrio.

Para la recogida de información primaria se elaboró una encuesta con preguntas cerradas y abiertas sobre aspectos sexuales y reproductivos, la cual se aplicó en forma de entrevista personalizada (cara a cara). También se utilizaron otras técnicas como la observación y la entrevista a expertos. Las dificultades en las bases estadísticas de los consultorios, dado los procesos recientes de organización de los mismos, no permitieron utilizar la información secundaria de estas instituciones.

Una vez recopilada la información primaria, 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.

El propósito de la investigación fue colaborar con el trazado de estrategias más focalizadas según diferencias de la dinámica social en barrios de la provincia, y por tanto más efectivas según diferencias en componentes de la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los factores económicos y socioculturales que caracterizan a sus residentes. Otro aspecto a resaltar es la incorporación de la subjetividad en el presente análisis, que incluye la valoración del conocimiento y significado que tiene para las mujeres estudiadas su salud sexual y reproductiva.

Limita el alcance de estudio de corte exploratorio, el hecho de que sus resultados no son generalizables, 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.

Resultados y Discusión.

Características socio-demográficas de las mujeres del estudio.

En las mujeres estudiadas en ambos barrios predominan las adultas, en los Bajos de Santa Ana las adolescentes son ligeramente superiores, y en Nuevo Vedado las adultas jóvenes. Se observan diferencias según color de la piel con predominio de color de piel mestiza o mulata y negra en los Bajos de Santa Ana y de piel blanca en Nuevo Vedado (gráfico 1).

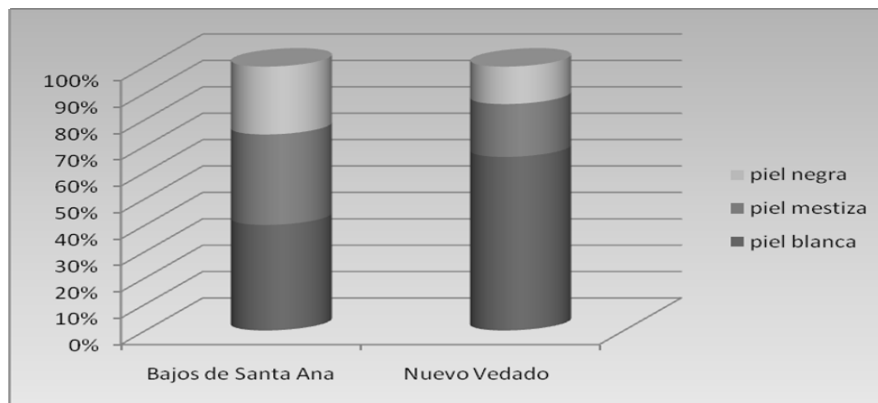


Gráfico 1. Distribución de las mujeres estudiadas según color de la piel.

Fuente: Resultado de entrevistas.

El nivel de escolaridad evidenció también comportamientos diferentes, así en las estudiadas de los Bajos de Santa Ana, predominan aquellas con nivel secundario (45.71%); tienen nivel preuniversitario el 25.71% y técnico medio el 20%. Sólo el 5.71% tiene 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 Habana (Anuario Demográfico,2006), lo que reitera que la diferenciación espacial interna del municipio, permite observar diferencias en indicadores de diferente naturaleza. En Nuevo Vedado el mayor porcentaje se observa en el nivel técnico medio (34.28%), universitario (25.71%) y preuniversitario (25.71%). Sólo un 14.28% de ellas tiene nivel secundario. Al contrario de lo hallado en los Bajos de Santa Ana, el porcentaje de mujeres con nivel universitario es similar al de la población del municipio Plaza que es el más elevado de la provincia Ciudad de La Habana (ONE, 2006).

En los Bajos de Santa Ana, predominan las amas de casa (48.57%) y las trabajadoras (42.85%) 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 (2.85%). Por el contrario entre las de Nuevo Vedado predominan las trabajadoras (57.14%) pertenecientes al sector estatal exclusivamente, un 20% son amas de casa, 17.14% estudiantes y cerca de un 6% estaban desvinculadas en el momento de la encuesta, que en valores absolutos representa solo una mujer más desvinculada en relación con los Bajos de Santa Ana.

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, lo cual pudiera ser un sesgo de ese universo de mujeres. Los datos de los Bajos de Santa Ana muestran menor número de mujeres incorporadas al trabajo y una mayor dispersión de sectores ocupacionales, ello 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.

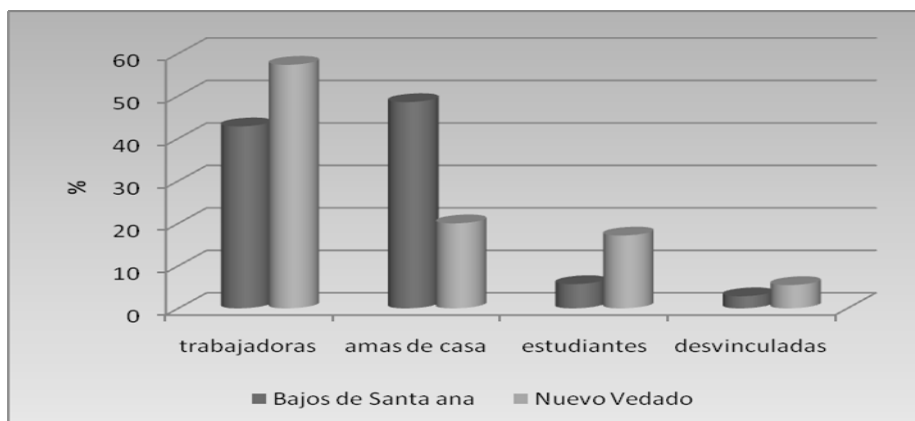


Gráfico2. Distribución de las mujeres estudiadas según ocupación actual.

Fuente: Resultado de entrevistas.

El 57.14% de las encuestadas en los Bajos de Santa Ana están unidas consensualmente, lo cual se repite en varias investigaciones desarrolladas en barrios de reciente ocupación y con predominio de inmigrantes, y pudiera relacionarse con la tendencia en Cuba de un incremento en las uniones consensuales constatado en varias investigaciones (Benítez, 2003). 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.

En Nuevo Vedado el porcentaje de mujeres unidas consensualmente es menor con 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. En consecuencia, es mayor la frecuencia de mujeres casadas que representan el 54.28% de las mujeres entrevistadas y la mayoría de ellas tienen una relación estable de diez años o más. (Gráfico 3).

El elevado porcentaje de mujeres en unión consensual en los Bajos de Santa Ana, pudiera asociarse a condiciones irregulares de residencia reiterado en este barrio, o porque el enclave de este tiene cierta similitud con el ámbito rural, donde la unión consensual en las últimas décadas se ha fortalecido más (Benítez, 2003). Aunque será objeto de atención más adelante, es pertinente colocar que de 20 mujeres unidas, 13 son naturales de otras provincias, específicamente de zonas rurales de provincias orientales. El referente cultural construido en sus lugares de origen, puede estar reproduciéndose en su actual residencia. Este barrio cuenta con una elevada población inmigrante, propio de barrios con condiciones de insalubridad e ilegalidad, donde se socializan y reproducen estilos de vida del lugar de donde se proviene.

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 refirió estar divorciada y otras dos son separadas. Sin embargo, en Nuevo Vedado ninguna refirió estar divorciada o separada.

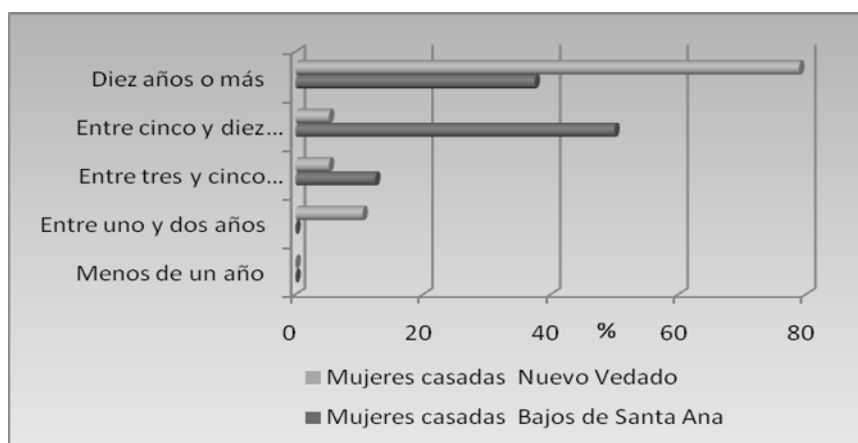


Gráfico 3. Tiempo de relación con la pareja actual.

Fuente: Resultado de entrevistas.

La sobrerrepresentación de mujeres con menos tiempo en su relación se debe a que entre las mujeres de Nuevo Vedado predominan adolescentes respecto a las de los

Bajos de Santa Ana, siendo precisamente estas adolescentes las que refieren menos tiempo con sus parejas. También es importante señalar en el gráfico que el número de mujeres casadas con uniones de larga duración en Nuevo Vedado duplica lo mostrado por los Bajos de Santa Ana. Ello pudiera asociarse a los contextos específicos de cada barrio y los propios procesos migratorios que se desarrollan en ellos, afectando de esta forma la estabilidad de la pareja.

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. Aunque en ambos barrios la naturalidad es relativamente baja, menor aún en los bajos de Santa Ana, la provincia de nacimiento de las inmigrantes al barrio muestra que las procedencias difieren territorialmente.

Del total de las inmigrantes de los Bajos de Santa Ana, el 65.71% nació en otras provincias con total predominio de las orientales, y el 28.57% son naturales de otros barrios de la provincia de Ciudad de La Habana, incluyendo el propio municipio Playa; lo cual pudiera explicarse por la posibilidad de construir una vivienda propia y asentarse en este barrio periférico, sin aparente dificultad legal, a diferencia de otros espacios capitalinos de mayores restricciones.

Por otra parte, en Nuevo Vedado un 40% de las inmigrantes al barrio son naturales de Ciudad de La Habana, incluyendo aquellas que nacieron en otros barrios del municipio Plaza. El resto nacieron en otras provincias donde las más repetidas son del occidente y centro del país. En el caso de los Bajos de Santa Ana, su población, la localización y características de la ocupación, han propiciado una mayor recepción de inmigrantes en la provincia, como ha sido notado en otras investigaciones (Rodríguez, 2004).

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 otros barrios de la provincia Ciudad de La Habana, incluyendo el propio municipio Playa.

En Nuevo Vedado es mayor el porcentaje de inmigrantes al barrio 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, Camagüey, Holguín, Granma, Santiago de Cuba y Guantánamo) lo cual representa un 40%. Este espacio más cercano a uno de los centros de la Ciudad de La Habana (Vedado), y de compactación urbana, no favorece las construcciones ilegales, pero cabe destacar que durante el trabajo de campo fue observado que se han producido adiciones constructivas en viviendas individuales y colectivas, tanto en edificaciones tradicionales del barrio como en aquellas de construcción relativamente nueva (Microbrigadas) con vistas a ampliar los espacios de residencia.

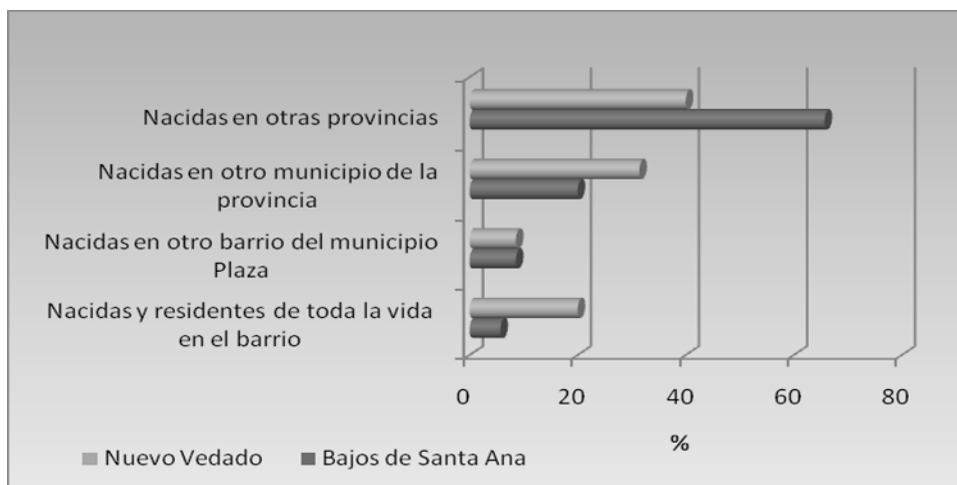


Gráfico 4. Distribución de las mujeres estudiadas según nativas e inmigrantes.

Fuente: Resultado de entrevistas.

La información también arrojó que las mujeres residentes actuales de los Bajos de Santa Ana han tenido experiencias migratorias más frecuentes que las de Nuevo Vedado. 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 aspiración de poseer vivienda propia, lo cual condiciona el resto de sus funciones sociales.

De forma sintética seleccionando algunos de los indicadores socio demográficos analizados como trazadores que diferencian las mujeres estudiadas en cada espacio, podemos notar que las mayores amplitudes de los porcentajes se encuentran en las amas de casa, las de color de la piel blanca y las de estado civil casadas (gráfico 5).

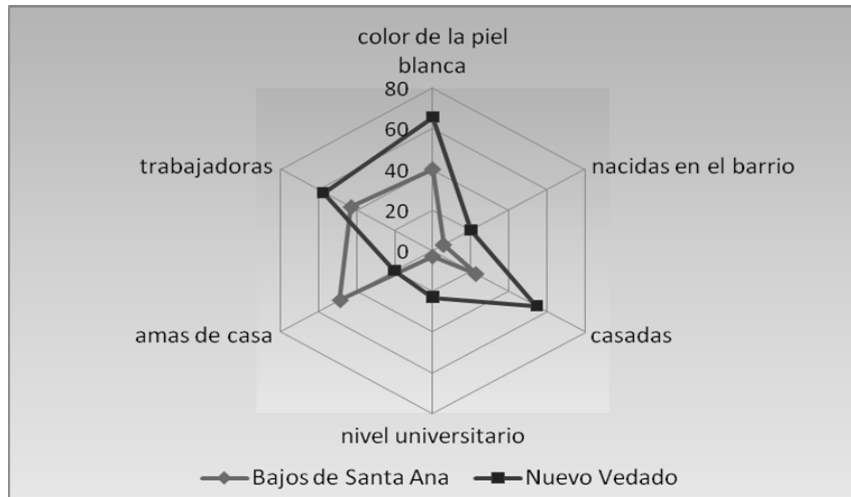


Gráfico 5. Indicadores de diferencias sociodemográficas de las mujeres estudiadas en (%).

Fuente: Resultado de entrevistas.

Con respecto a las condiciones estructurales de vivienda, la mayoría de las mujeres entrevistadas de los Bajos de Santa Ana viven en casas de construcción irregular, el 60% viven en condiciones de habitabilidad regular y mala. 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.

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 el área de estudio fue observado un notable ritmo constructivo actual a favor de viviendas de relativamente alto patrón de construcción en contraste con otras “improvisadas”, que parecen indicar grandes 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 mayoría de las viviendas se encuentran en

buen estado (97.14%), con buen estado de las paredes (82.85%) y del piso (91.42%). Ello refleja una mayor homogeneidad en este tipo de barrio.

Más de la mitad de las mujeres encuestadas de los Bajos de Santa Ana (54.28%) vive en condiciones de hacinamiento³, 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. El tamaño de los núcleos familiares es mayor al de Nuevo Vedado, propiciando que habiten más de dos personas en un mismo cuarto.

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%).

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.

³ Aquí se ha escogido el índice de hacinamiento teniendo en cuenta la cantidad de personas por dormitorio. Escala: no existe hacinamiento cuando hay entre una y dos personas por dormitorio, 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.

Fuente: 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, 2004. p. 59.

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 evidencian en los per cápitas mensuales, más altos en las familias de Nuevo Vedado, que en las de Bajos de Santa Ana. Según declaración de las entrevistadas en este último barrio, predominan aquellos hogares con per cápitas entre los 100 y 200 pesos (77.14%), sin embargo, se pueden percibir grandes diferencias. El per cápita mínimo mensual en este barrio fue de 23 pesos, mientras que el máximo fue de 833 pesos, es decir una distancia 36 veces mayor. Es necesario destacar que en los hogares donde los ingresos per cápita son más elevados, se recibe moneda libremente convertible, ya sea por remesas o por vinculación al sector mixto; mientras que en los de menores ingresos la fuente principal es el empleo en el sector estatal.

De las que declararon sus ingresos en Nuevo Vedado (88.57%), predominan aquellas con per cápitas entre los 200 y los 500 pesos, aunque también son amplias las diferencias, hallándose un per cápita mínimo de 82 pesos y uno máximo de 3200 pesos; con una distancia 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. Este hecho reafirma resultados de anteriores investigaciones que han demostrado grandes distancias entre los ingresos per cápitas (Íñiguez y autores, 2008).

En consideración a lo anterior se puede decir que las mujeres de los Bajos de Santa Ana viven en condiciones materiales más desfavorables que las de Nuevo Vedado no sólo en el espacio individual/familiar sino también en relación al propio barrio y a los servicios estatales. Una visión de las diferencias en las características de la morfología urbana y de las viviendas puede apreciarse en las fotos que se anexan.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres estudiadas.

Primera menstruación y práctica de las relaciones sexuales.

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 35 mujeres), mientras en Nuevo Vedado el 91.42% la tuvo en edades más tempranas, entre los 9 y 14 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” (Tanner, 1971). Mientras más favorables sean estos indicadores, las jóvenes menstruarán más tempranamente.

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 activa, tuvieron su primera relación entre los 14 y los 18 años, en plena adolescencia, lo cual se considera precoz tanto desde el punto de vista biológico como psicológico, con grandes probabilidades de embarazo no deseado o de contraer una enfermedad de transmisión sexual por la inexperiencia de los adolescentes, la cual propicia que estos no se protejan en las primeras relaciones. Sin embargo, esto coincide con los hallazgos de otros 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 (Abreu, Reyes, García, León, Naranjo, 2008).

Hijos e ideal de hijos.

El número de mujeres entrevistadas es el mismo, el número de las que superan los 40 años es similar en ambos barrios, y el número total de hijos es de 54 en los Bajos de Santa Ana y de 43 en Nuevo Vedado. Como se aprecia en el gráfico 6, el número de mujeres con 3 y más hijos, que llega hasta 5, es superior en los Bajos de Santa Ana. Estas diferencias en este nivel de análisis de constatación, puede parecer

contradictorio, dado que, como se ha colocado con anterioridad las mujeres entrevistadas en los Bajos de Santa Ana tienen condiciones de vida materiales más desfavorables; no obstante podemos considerar que actúan otros factores como menos vinculación al trabajo, referenciales de un número mayor de hijos en sus lugares de procedencia, o proyectos donde tener más hijos no es percibido como una limitante para su realización. Dentro del ámbito académico existen diferentes posiciones que dan preferencia a un factor más que otro, aunque se reconoce que las condiciones materiales de vida no son la única causa reconocida, ni la de más peso (Alfonso, 2009).

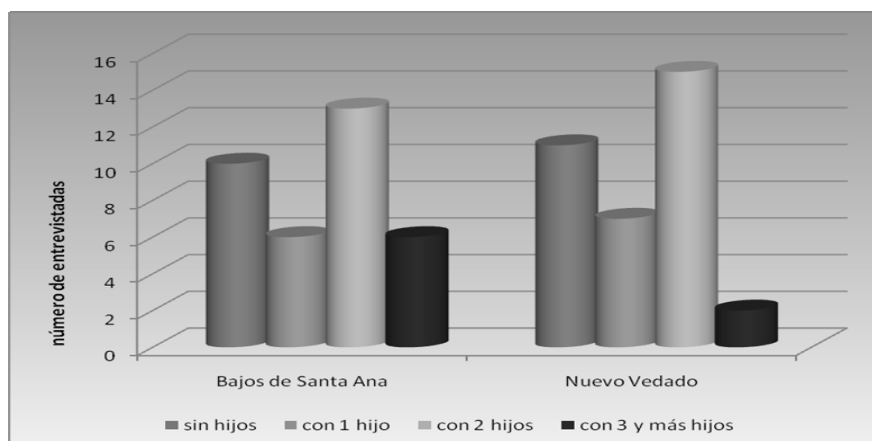


Gráfico 6: Relación entre número de hijos por mujer.

Fuente: Resultado de entrevistas.

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%) y aquellas que tuvieron su segundo hijo o más reafirman lo mismo (94.73%). Similar 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 este estudio, 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 deseaban (11.42%), lo cual pudiera estar relacionado a una inadecuada planificación familiar.

La mitad de las que en Nuevo Vedado declararon su ideal de hijos (34 mujeres) desean 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 hijos es de 5 y en Nuevo Vedado es de 3. El 11.43% de las mujeres de Nuevo Vedado refieren tener como ideal 3 o más hijos, mientras en Santa Ana este porcentaje se eleva a 22.85%.

Problemas asociados a la salud sexual y reproductiva.

En ambos espacios todas las mujeres de la muestra refirieron tener conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), y en cada uno de estos lugares una de ellas ha padecido alguna. También coincide que en los dos lugares un porcentaje elevado de mujeres ha padecido infecciones vaginales, y lo explican fundamentalmente por aseo con agua de mala calidad o sin hervir (62.85% en los Bajos de Santa Ana y 74.28% en Nuevo Vedado). Estas cifras son contradictorias, dado que el suministro y frecuencia del agua de consumo es más limitado en los Bajos de Santa Ana, y por ello el almacenamiento de agua en depósitos es más frecuente.

Una de las diferencias más significativas entre las mujeres estudiadas de los espacios seleccionados es la incidencia de problemas asociados a la salud sexual y reproductiva. 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. Este último problema se asocia a infecciones vaginales repetidas, provocadas por los cambios frecuentes de pareja y deficientes condiciones higiénico-sanitarias (gráfico 7).

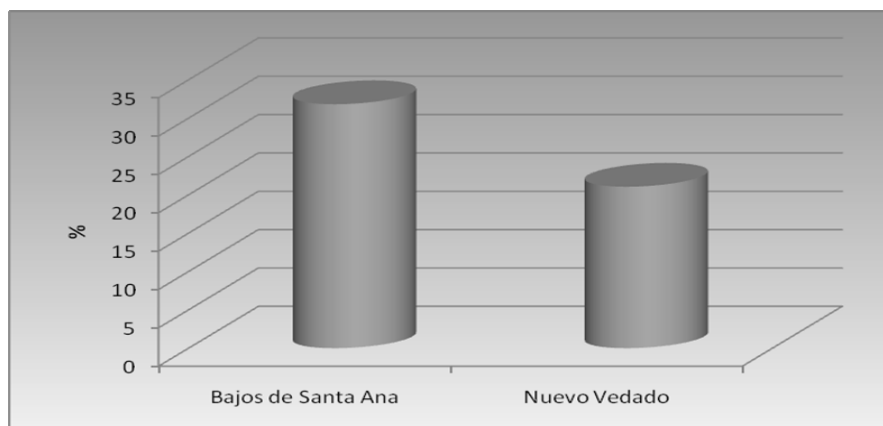


Gráfico 7: Trastornos ginecológicos en barrios seleccionados.

Fuente: Resultado de entrevistas.

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%). En Nuevo Vedado es menor el porcentaje de mujeres con problemas asociados a la salud sexual y reproductiva (20%) y menos variedad de afecciones. Existen otras afecciones como nódulos en los senos, displasia, dolores bajo vientre, sangramiento, operación de fibromas e hysterectomía.

Anticonceptivos, embarazos e interrupciones.

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 trasmisión 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%), las vacunas (12.12%) y la esterilización (15.15%).

Por otra parte, en Nuevo Vedado 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 de enfermedades de transmisión 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%). Usan las tabletas un

44.11% y la esterilización un 26.47%. Aunque existe en este barrio una totalidad en la anticoncepción no existe diferencia notable con la otra muestra de mujeres. Los anticonceptivos usados con más frecuencia se muestran en el gráfico 8.

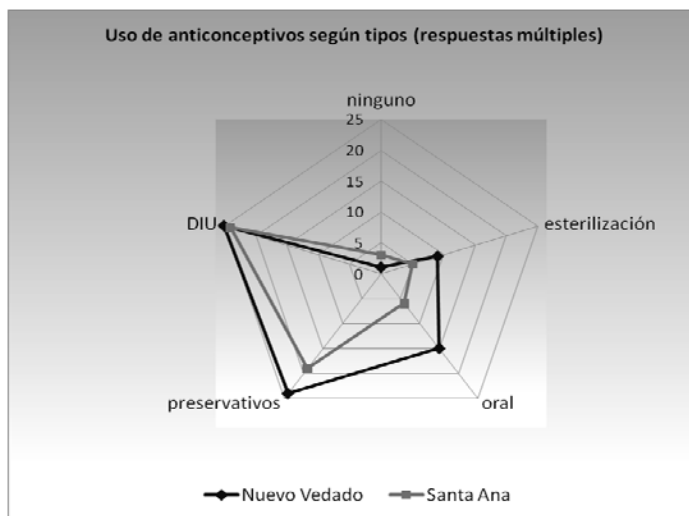


Gráfico 8: Diferencias en el uso de tipos de anticonceptivos según barrios.
Fuente: Resultado de entrevistas.

Es importante señalar las diferencias entre los espacios seleccionados en cuanto al uso del condón, las tabletas y la esterilización femenina, pues estos son más usados por las mujeres estudiadas residentes en Nuevo Vedado. Este hecho pudiera estar debido al mayor nivel educacional que poseen las mismas y además, al estar más vinculadas al trabajo se protegen más de un embarazo.

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 tiene entre 15 y 20 años de edad (83.33%, n=30). 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.

Por otra parte, de las mujeres de 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%). Cabe destacar que el 41.37 % de ellas han salido embarazadas por primera vez en edades entre 15 y 20 años. Aunque presentan un menor porcentaje que 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.

”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” (Fleitas, 2000).

De las 30 mujeres que han salido embarazadas en los Bajos de Santa Ana, el 73,33% ha tenido tres embarazos o más; incluso una de ellas ha tenido 10 embarazos y otra 15. Ambas iniciaron su vida sexual en edades muy precoces, con 16 y 15 años respectivamente y refirieron padecer trastornos ginecológicos. 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.

En el caso de las residentes en Nuevo Vedado, el 65,51% 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.

El comportamiento de los abortos y las regulaciones menstruales es similar en ambos espacios; Alrededor de la mitad de las mujeres se han realizado al menos un aborto provocado, y aproximadamente el 40% se ha realizado al menos una regulación menstrual. Según Rodríguez (2008) “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.”⁴ (gráfico 9 y 10).

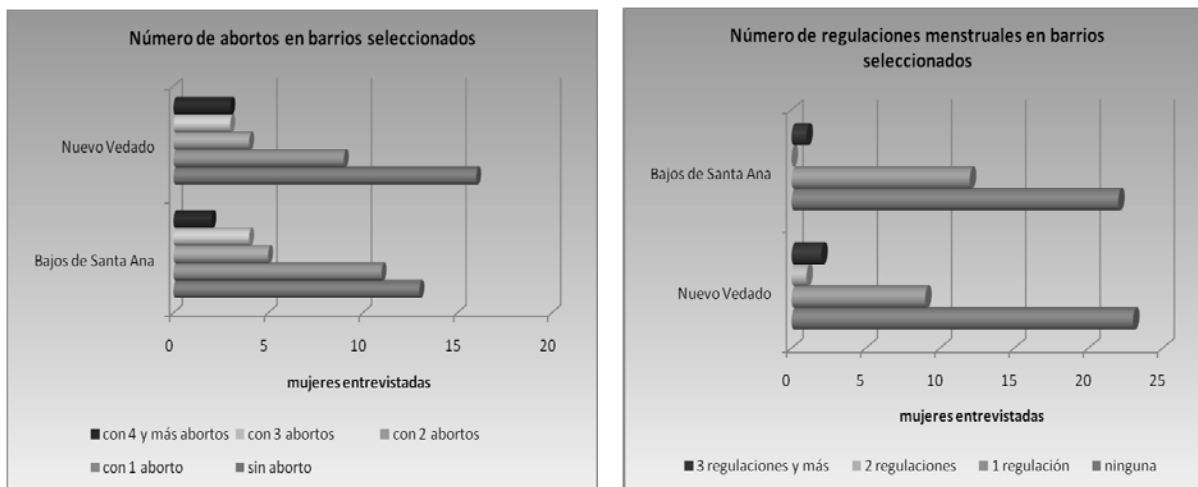


Gráfico 9: Diferencias en el número de abortos. Gráfico 10: Regulaciones menstruales
Fuente: Resultado de entrevistas

El 57% de las mujeres que han tenido al menos un embarazo en los Bajos de Santa Ana se ha realizado al menos un aborto. En cuanto a los abortos espontáneos, el 30% de estas mujeres ha tenido al menos uno, algunas sin saber la causa, otras refieren que sucedió porque realizaron esfuerzo físico y una de ellas declaró que perdió el embarazo por hipertiroidismo. En relación a las regulaciones menstruales de un total de 30 mujeres que han salido embarazadas, 14 de ellas se han realizado al menos una. Cabe destacar que la mujer con 15 embarazos se realizó 9 interrupciones provocadas (7 abortos y 2 regulaciones menstruales), tuvo un aborto espontáneo y concibió cinco hijos; mientras que la que tuvo 10 se realizó 8 interrupciones (3 abortos 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 los que decidieron interrumpir el embarazo, estos son diversos y las respuestas son múltiples. La mayoría lo hizo porque no querían más hijos o porque no eran deseados (14.28% n=21). Cuatro argumentaron que tenían

⁴ Entrevista a Grissell Rodríguez Gómez, Profesora del Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana.

niños pequeños y no podían tener otro. Dos de estas mujeres se refirieron a su poca experiencia como madre por su juventud, otras dos declararon que estaban estudiando y no podían embarazarse por ahora, dos más refirieron no tener condiciones para tener un hijo y por último, una lo hizo porque el embarazo fue “malo”.

Durante el trabajo de campo, varias mujeres expusieron que no deseaban más hijos por motivos que pueden interpretarse como limitaciones de ingresos para mantenerlos, con respuestas tales como “la cosa no está para tener más hijos.”⁵

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 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.

De las regulaciones menstruales, el 44.82% de las mujeres de este mismo barrio que han tenido embarazos 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 (30.76%). Algunas se han interrumpido embarazos tanto por regulación menstrual como por aborto provocado (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 (abortos provocados 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.

Las encuestadas de los Bajos de Santa Ana han padecido más trastornos ginecológicos post-abortivo. De 16 mujeres que han perdido al menos un embarazo, con aborto provocado o espontáneo, siete de ellas han sufrido trastornos tales como sangramiento, fiebre, infección y una de ellas no ha salido más embarazada. Dos de estas mujeres han padecido estas afecciones sólo por los abortos espontáneos. Los

⁵ Conversaciones informales con las mujeres residentes en los Bajos de Santa Ana.

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, 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, cuatro de ellas han tenido complicaciones post abortivas. 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.

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. Ninguna de las residentes en los Bajos de Santa Ana manifestó conocer 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”⁶

En cambio, de las mujeres encuestadas en Nuevo Vedado cinco mencionaron conocer al menos uno de los Programas Nacionales que promueven una adecuada salud sexual y reproductiva, para un 14.28%. Las respuestas fueron múltiples y los programas mencionados fueron cinco con porcentajes que pueden considerarse bajos.

Programas que conocen	Respuestas múltiples %
Planificación familiar	30
Prevención de ITS	20
Prevención contra el cáncer cérvico-uterino	20
Prevención contra el cáncer de mamas	20
Programa de Atención Materno Infantil	10

⁶ Encuestas realizadas a mujeres residentes en los Bajos de Santa Ana.

Cuadro 1: Programas nacionales encaminados a lograr una buena salud sexual y reproductiva.

Fuente Resultado de entrevistas.

Otras mujeres asociaron su conocimiento sobre salud sexual y reproductiva 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).⁷ 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 refirieron poseer conocimientos para mantener una buena salud sexual y reproductiva. Del poco más del 30% que no posee conocimientos, más de la mitad tiene nivel secundario (41.66%, n=12) y nivel primario (8.33%), lo cual pudiera ser un factor explicativo de este hecho.

De las que reconocieron al menos uno de los elementos propios de la salud sexual y reproductiva, las respuestas fueron diversas y en general muy escuetas (cuadro 2). El 40% de las mujeres solo mencionó un elemento. Entre aquellos que más se repiten está tener pareja estable, constatándose que las mujeres que mencionaron este elemento, llevan una relación de cinco años o más. “Cuidarse o protegerse” fue otro de los elementos más referidos.

Sólo una planteó la necesidad de no tener hábitos tóxicos como fumar o ingerir bebidas alcohólicas. El 14.70 % de las respuestas sobre el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva no tienen vínculo directo con el tema, como tener buena alimentación y buena salud. Según estos resultados cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas desconoce al menos un elemento para el logro de una buena salud desde esta perspectiva.

Elementos	Bajos Santa Ana Resp. múltiples %	Nuevo Vedado Resp. múltiples %
-----------	--------------------------------------	-----------------------------------

⁷ Encuestas realizadas a mujeres residentes en Nuevo Vedado.

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 directamente con el tema	14.70	0.00
No saben, no conocen	34.28	14.28

Tabla 2: Elementos necesarios para una buena salud sexual y reproductiva.

Fuente: Resultados de entrevistas.

Por otra parte, en las residentes de Nuevo Vedado las respuestas son más elaboradas. El 29.25% de ellas se refiere a aspectos educativos y/o valores (educación sexual, comunicación, amor), que no aparecen en el caso de las de Bajos de Santa Ana. Si bien representan una minoría (14.28%), algunas no supieron responder 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 respondió.

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. No obstante los resultados expuestos pueden considerarse desfavorables, si tenemos en cuenta la prioridad que el Sistema de Salud Cubano, junto a otras estructuras tales como la Federación de Mujeres Cubanas, y el sector educacional otorga a la salud sexual y reproductiva (gráfico 11).

La mayoría de las mujeres entrevistadas de los Bajos de Santa Ana (80%) refieren tener una buena salud sexual y reproductiva argumentando 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 refirieron argumentos tales 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%.

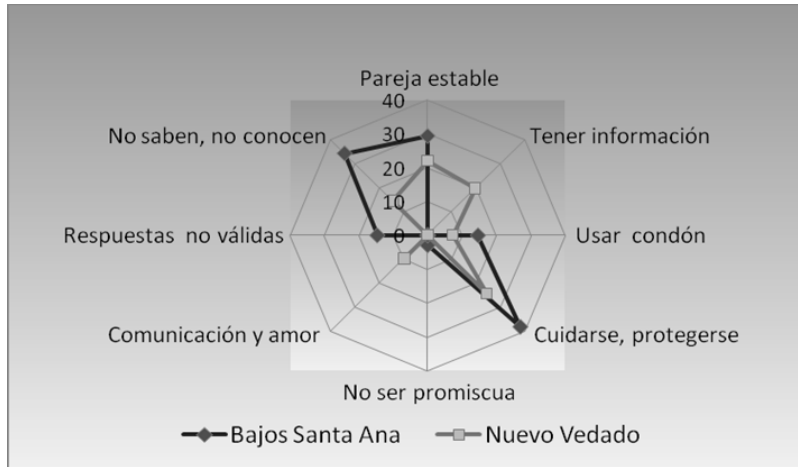


Gráfico 11: Conocimiento sobre elementos para tener buena salud sexual y reproductiva.

Fuente: Resultados de entrevistas.

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. Una de las entrevistadas considera que su buena salud sexual y reproductiva es “por no tener relaciones sexuales”.

Aún cuando existe en las mujeres estudiadas en los Bajos de Santa Ana 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. Estos planteamientos insisten en las deficiencias en el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. El no considerar los trastornos ginecológicos como importantes, puede provocar la demora en acudir a los servicios de salud e incluso limitan la prevención de trastornos más graves como el cáncer cérvico-uterino.

Otro grupo de las mujeres estudiadas consideran no tener una buena salud sexual y reproductiva, en ocasiones dando explicaciones vagas. Una de ellas respondió 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 la 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. El 17.64% del total considera que tienen buena salud sexual y reproductiva pero no argumentan sus respuestas. Estos planteamientos demuestran que las mujeres residentes en el espacio de mejores condiciones de vida tienen más conocimientos sobre salud sexual y reproductiva (gráfico 12).

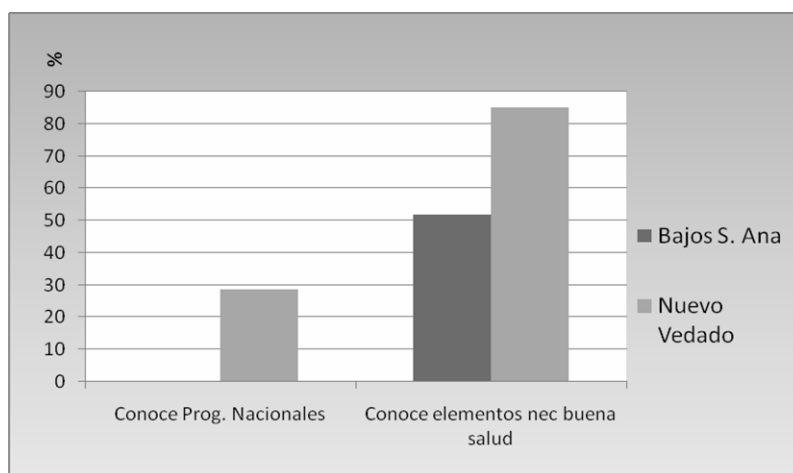


Gráfico 12: Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres entrevistadas.

Fuente: Resultados de entrevistas

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 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 disfrutan 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.

Aunque las respuestas a este tipo de pregunta no pueden considerarse del todo sinceras o completas, ellas sugieren vacíos en el conocimiento que pueden traer consecuencias desfavorables a la hora de afrontar cualquier evento vinculado a su sexualidad y reproducción. Resulta por tanto evidente la necesidad de reforzar los aspectos asociados al incremento de la responsabilidad individual en esta importante esfera de la vida de las mujeres, en íntima relación con las instituciones de salud y otras vinculadas a difundir y construir conocimientos de forma sistemática. En el caso que se analiza se revelan diferencias de conocimiento y actitudes ante la salud sexual

y reproductiva a favor de las mujeres de Nuevo Vedado, más informadas que las de los Bajos de Santa Ana.

Conclusiones

- 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 la ocupación y dinámica 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 estado regular o malo de la vivienda y el hacinamiento es mayor en el caso de Bajos de Santa Ana.
- En relación al comportamiento sexual y reproductivo, se evidencia que el número de hijos, y la relación entre el número de embarazos y de hijos, es más elevado en los Bajos de Santa Ana, donde es menos frecuente el uso de métodos anticonceptivos. Estos resultados sugieren que en las mujeres de Nuevo Vedado es más frecuente la adecuada planificación familiar.
- La incidencia de enfermedades asociadas a la salud sexual y reproductiva, incluyendo los trastornos ginecológicos post-abortivos, es más elevada en las mujeres de los Bajos de Santa Ana. Como el acceso a los servicios de salud en el país alcanza a todas las personas sin excepción alguna, es posible que las diferencias de las dinámicas espaciales en los barrios estudiados pudiera ser uno de los componentes que repercute en las conductas sexuales y reproductivas de las mujeres, así como en la actitud preventiva que estas sean capaces de asumir.
- Tanto en los Bajos de Santa Ana como en Nuevo Vedado es elevado el número de parejas sexuales, embarazos e interrupciones en sentido general. Ello demuestra la existencia de comportamientos que trascienden las desigualdades espaciales y se vinculan con el desarrollo de la sociedad cubana actual.
- En general se aprecia poco conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres de ambos espacios, más notable en las mujeres de los Bajos de

Santa Ana. Ello pudiera asociarse a una falta de sistematicidad en las acciones preventivas de salud en el nivel primario, más aguda en el caso de los Bajos de Santa Ana, donde pueden participar otros factores relacionados con la procedencia y los referenciales de vida de las inmigrantes, en especial de las recientes.

- 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 consideren acciones de prevención que no guardan relación con la sexualidad y reproducción.
- 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 y efectivas.

Recomendaciones

A partir del análisis de los resultados y las anteriores reflexiones, se sugieren algunas ideas que podrían tenerse en cuenta en investigaciones futuras:

- ✓ Realizar 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 este caso barriales, 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 de exclusivo empleo en las ciencias geográficas, sería oportuno rescatarlo con más frecuencia en estudios de corte sociológico.
- ✓ Estimular 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 referencias a estudios de este tipo, lo que evidencia su escasez.

- ✓ Procurar incrementar la sinergia entre instituciones territoriales de salud, educación y las organizaciones de masas como la Federación de Mujeres Cubanas, con vistas a lograr una mayor eficacia en la labor educativa y preventiva, adaptando los programas nacionales a las especificidades de los espacios. De esta manera se estaría fomentando el interés por una posterior búsqueda de información que permita asumir una actitud más responsable en cuanto a la salud sexual y reproductiva.

Bibliografía

Abreu Naranjo, Rafael; Oliva Reyes Amat, George N. García Rodríguez, Maricel León Jorge y María L. Naranjo León. (2008). "Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes". *Gaceta Médica Espirituana*.

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.

Benach, Joan y Marcelo Amable. (2004). "Las clases sociales y la pobreza". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 18, Supl. 1. Barcelona.

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

Fleitas, Reina. (1999). Tesis de Doctorado. *Identidad femenina y maternidad adolescente en Cuba*. Departamento de Sociología, Universidad de La Habana.

Franco, M.C; González, D; Fernández.C. (2006). Caracterización de la población femenina con ideales reproductivos por encima del reemplazo. *Rev Cubana Salud Pública*. v.32 n.1.Ciudad de La Habana. Enero/Marzo.

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: *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*. Toluca, México.

Íñiguez Rojas, Luisa; Mariana Ravenet Rodríguez; Norma Montes Rodríguez; Teresita Tamara Pérez Martínez, Edgar Figueroa Fernández y María de los Ángeles Hernández Ruiz. (2008). *Identidades territoriales en Ciudad de La Habana: contextos actuales de su construcción*. La Habana, Cuba.

ONE. (2006). Anuario Demográfico. La Habana.

Ponencias centrales. Seminario Científico por el Día Mundial de la Población. Ciudad de La Habana 1994.

Rodríguez G Grisell. (2006). "Salud sexual y reproductiva adolescente en dos comunidades urbanas cubanas." En: *Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: una aproximación desde México y Cuba*. Universidad Autónoma del Estado de México y Universidad de La Habana.

Rodríguez G, Grisell. (2006). Tesis Doctoral: *La fecundidad cubana a partir de 1990. Las perspectivas sociales e individuales*. Centro de Estudios Demográficos de la Universidad de La Habana, pp. 114-116.

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.

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

La salud sexual y reproductiva en barrios de Ciudad de la Habana.



Área trabajada en el barrio de los Bajos en Santa Ana.



Área trabajada en el barrio de Nuevo Vedado.