



**JUAN DAVID MOSOS VARGAS**

**CADA VEZ NACEMOS MENOS.  
UNA NUEVA FORMA DE VIVIR LA FERTILIDAD:  
PANORAMA SOCIAL, DE SALUD Y GÉNERO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
Facultad de Ciencias Sociales  
Bogotá, X de diciembre de 2020**



**CADA VEZ NACEMOS MENOS.  
UNA NUEVA FORMA DE VIVIR LA FERTILIDAD:  
PANORAMA SOCIAL, DE SALUD Y GÉNERO**

**Trabajo de grado presentado por Juan David Mosos Vargas, bajo la dirección del José  
Ricardo Barrero Tapias,  
como requisito parcial para optar al título de Sociólogo**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
Facultad de Ciencias Sociales  
Bogotá, X de diciembre de 2020**



(Carta del director)



## **TABLA DE CONTENIDOS**

Carta del director.....	3
Introducción.....	11
Panorama socio demográfico de la fertilidad.....	14
Salud, fertilidad y control reproductivo.....	21
Fertilidad en clave de género.....	25
Conclusiones.....	36
Bibliografía.....	39





## **Agradecimientos:**

Este trabajo fue concebido durante unas pasantías en el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana el primer semestre de 2020. Ellos posibilitaron la revisión y actualización de este tema tan polémico y diverso como lo es la fertilidad y la sexualidad. A ellos muchas gracias.

Al profesor Ricardo Barrero Tapias, con el que pude descubrir la responsabilidad que todos tenemos frente a nuestra fertilidad, y las relaciones de cuidado que allí se crean sin depender de géneros. Gracias.



## Introducción

En estos días el mundo entero se ha sacudido.

Todo parece señalar que dentro

de los estragos sociales que dejó el Covid-19

hay un descenso mundial de la fertilidad.

Sin embargo,

estos se verán hasta el próximo año,

cuando haya menos niños en las navidades.

(Anónimo, 2020)



La Pacha Mama, 1984,  
José García Chibbaro

La historia de la fertilidad se puede rastrear hasta el antiguo Egipto (3.000a.C.), así como encontrar cultos dedicados a la fertilidad en Grecia, la civilización hebrea, Mesoamérica, China, Egipto o Roma, donde la fertilidad y la infertilidad han sido temas de vital importancia y atención, sobre todo en la femenina. Tenemos ejemplos como a Pachamama, diosa de la fertilidad de varios pueblos andinos, a Deméter en la tradición griega clásica, a Ceres en la romana, o Coatlicue en la azteca mesoamericana.

Diferentes culturas alrededor del mundo han generado historias, ritos, técnicas y organizado vidas para la promoción de la fertilidad y la prevención o tratamiento de la infertilidad, que siempre han significado una amenaza o enfermedad (Massé García, 2018; Mendiola et al., 2005). Ahora bien,

recientemente, desde finales del siglo XX aproximadamente, se redujo la fertilidad a nivel global, y esto da cuenta de transformaciones en la forma de vivir la fertilidad (como capacidad) y la fecundidad (como acto). Esto sobre todo desde la aparición de los anticonceptivos y las técnicas de reproducción asistida que ahora permiten planificar la vida reproductiva y controlar la fertilidad (Álvarez Díaz, 2007; Gamboa Bernal, 2016).

A nivel biológico, la fertilidad y su contraparte la infertilidad son diferentes en hombres y en mujeres. Esto se debe a la diferencia en sus ventanas reproductivas como sus ciclos hormonales. A nivel social, la fertilidad es una responsabilidad y se ejerce presión bajo la posibilidad de crear una familia. Este tema puede ser tanto una bendición como puede transformarse en un problema y un verdadero estigma. La fertilidad atañe a la capacidad biológica reproductiva de las personas y social de cuidar hijos, a esto se le conoce como reproductividad (Herrera, 2017). Es así como esta capacidad de generar progenie evidencia la necesidad de ser pensada tanto en sus aspectos biológicos y sociales como en su repercusión en sectores como la salud y la familia.

De forma sintética, en lo que sigue, la fertilidad será entendida en su proyección demográfica, es decir, como parte de la estructura poblacional. Esta permite observar y dar cuenta de cuantos nacemos, cuantos seremos y qué ha cambiado. Esto permitirá dar cuenta de cómo se encuentra el panorama mundial de la fertilidad y cómo se encuentra Colombia en esto. Otro punto clave será entender la fertilidad dentro de la salud reproductiva, el peligro de la infertilidad y la planificación en su expresión moderna. Al final se hará un recuento de varios desafíos que nos llevan a pensar en nuevas formas de vivir y entender nuestra fertilidad.

A nivel metodológico, gran parte de este trabajo monográfico utiliza un análisis cuantitativo de datos de entidades internacionales como la ONU y el Banco Mundial, los cuales son de los bancos estadísticos mundiales más grandes en lo que a demografía y estadística se refiere. Además de estos, se tuvieron en cuenta los datos de entidades nacionales, institutos internacionales y visores estadísticos mundiales para complementar esta información. Estos datos sientan la línea de guía que es la reducción mundial de la fertilidad y por lo tanto la fecundidad mundial y regional. Esta información se complementará con estudios médicos, fisiológicos y sociales, los cuales dan cara a las razones y preocupaciones que yacen detrás de este fenómeno y de diferentes abordajes sobre el mismo.

Como tal, este texto se dividirá en tres partes. La primera versa sobre las condiciones sociodemográficas que dan cuenta de la disminución mundial de la fertilidad, es decir, cada vez nacemos menos. Este contexto mundial se analiza dentro de las teorías de la transición demográfica que estudian los diferentes cambios demográficos que se han dado en la modernidad y da cuenta sobre todo de la estructura de las sociedades y su cambio desde mediados del siglo XX. Así mismo, se buscará explicar cómo es que Colombia entra dentro de este panorama de disminución de la fertilidad. Cabe mencionar que nos enfocaremos sobre todo en lo que Giddens llama la segunda modernidad, periodo histórico que inicia después de la segunda guerra mundial y atestigua la llegada del control natal a escala mundial gracias a los anticonceptivos, la revolución digital y un avance en genética y fertilidad que posibilitan el tratamiento de enfermedades relacionadas con la fertilidad.

La segunda presenta lo nuevo en medicina y tecnologías reproductivas que hoy permiten controlar y planificar la sexualidad y la fertilidad. El contexto son los planes impulsados por organismos internacionales como la ONU para promover políticas de control natal, la educación sexual y el uso de preservativos, y así reducir el estallido demográfico iniciado desde el siglo XIX, con el capitalismo y las primeras revoluciones industriales y médicas. Para el siglo XXI, las condiciones de salud son otras, ahora vivimos por más tiempo y cada vez tenemos menos hijos, esto representa una necesidad de redistribución de sectores pediátricos a geriátricos y de salud reproductiva. Esta última parte deja abierta la puerta a la libertad y responsabilidad del desarrollo de la fertilidad propia. La tercera parte del texto y la más extensa, da cuenta de los cambios en la vivencia de la fertilidad y la reproductividad en clave de género que servirá para ilustrar cómo se han transformado la vivencia de la fertilidad con las luchas de género (feministas, masculinidades y LGBTi+) que han creado nuevas formas de estructuración familiar, de entender el cuidado y nuevas experiencias de la vida reproductiva.

### **Panorama Sociodemográfico de la fertilidad**

Durante los últimos 50 años los estudios sociodemográficos han dado cuenta de cómo la población a nivel mundial ha visto ciertos cambios en su estructura y comportamientos, rastreando un *continuum* desde aproximadamente dos siglos, por lo cual compone un fenómeno propio de la modernidad. Las teorías de la transición demográfica, como se catalogó al grupo de teorías que buscan explicar estos cambios, han señalado momentos o periodos dentro de una tendencia poblacional mundial. Es así como, según señala Max Roser, podríamos estar dirigiéndonos hacia

el final de la transición demográfica iniciada en los países europeos a inicios del siglo XIX tras la industrialización.

La gran transición demográfica global en la que entró el mundo hace más de dos siglos está llegando a su fin: este nuevo equilibrio es diferente al del pasado cuando era la altísima mortalidad lo que mantenía bajo control el crecimiento de la población. En el nuevo equilibrio, la baja fecundidad mantendrá pequeños los cambios en la población (Roser, 2014).

La transición demográfica, como proceso netamente moderno, entiende cuatro etapas. El inicio de la transición (primera etapa) se ve cuando las naciones cuentan con altas tasas de mortalidad (incluyendo la infantil y la materna), altas tasas de fecundidad (siendo más común las familias numerosas) y un crecimiento poblacional más o menos estable, con altos y bajos no tan abruptos de la población total. Cuando se entra en la transición demográfica (segunda etapa) lo primero en decaer es la tasa de mortalidad, esto gracias a los avances en medicina y saneamiento. Esto es seguido por un aumento en la población total, que ahora goza de una vida más longeva, y una paulatina aceleración del crecimiento poblacional.

En la tercera etapa la aceleración del crecimiento natural o vegetativo de las poblaciones se empieza a reducir. Esto acompañado de una reducción en la tasa de natalidad, fecundidad, fertilidad y se mantienen las bajas tasas de mortalidad. Los países en transición avanzada, o régimen moderno (cuarta etapa), poseen una población envejecida gracias a la baja tasa de mortalidad y los servicios de salud, un bajo crecimiento vegetativo, a veces por debajo del nivel de recambio poblacional, y bajas tasas de natalidad, fecundidad y fertilidad. Es debido a esto último

que el número de integrantes por hogar y el tamaño de las familias se reducen (Rivadeneira, 2000). Es así que cuando nos referimos al fin de la transición poblacional hacemos referencia a esta última etapa vista de manera general a nivel mundial, abriendo incluso la pregunta de si es posible una nueva etapa.

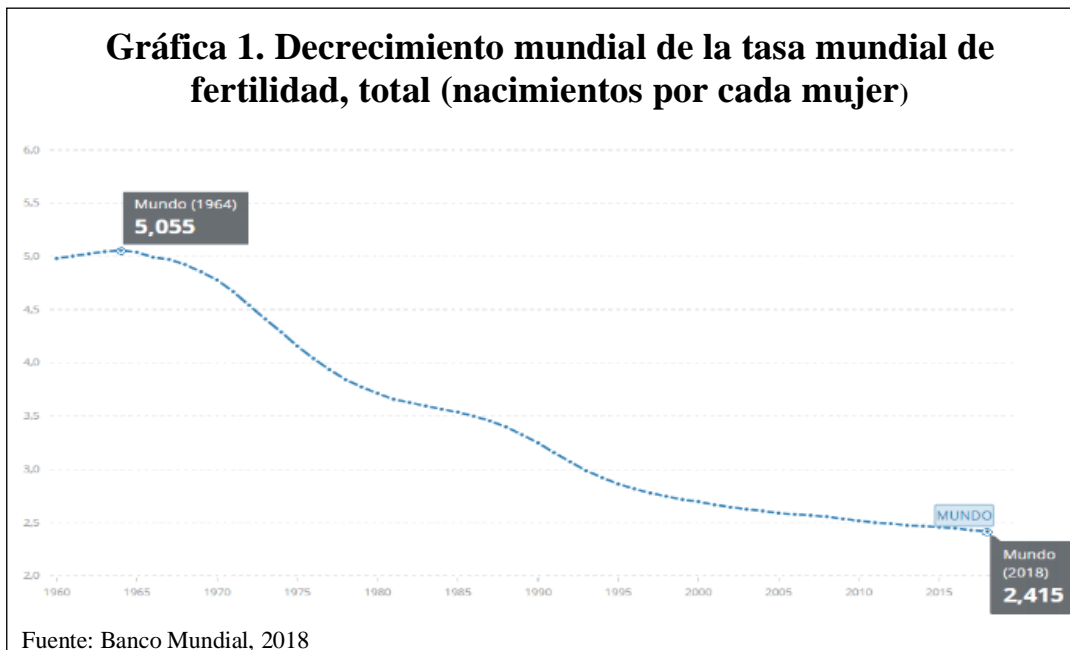
Los últimos 70 años han significado una nueva etapa en la transición demográfica. Esto se debe a que se han dado varios cambios durante el siglo XX dentro de los que se encuentra, como ya vimos, la reducción de la mortalidad, sobre todo infantil, aumento de la expectativa de vida, dando lugar a mayor población en grupos de edad más avanzados y nuevas formas de vivir y entender la fertilidad, que es en lo que nos centraremos en adelante de cara a las bajas tasas de fertilidad que auguran un decrecimiento poblacional mundial.

Una de las principales causas del cambio de la fertilidad fue la promoción y distribución de métodos anticonceptivos, así como las recientes tecnologías de reproducción asistida, dentro de un conjunto de tecnologías para el control y la salud reproductiva. Esto permitió que la tasa de crecimiento poblacional se redujera y se proyectase un pico de crecimiento hasta 2100 con aproximadamente 11 mil millones de personas, por sobre el cual empezaría a reducirse la población mundial (ONU, 2019; ONU, 2019b; Suzuki, 2019). Si bien la población mundial sigue aumentando, las Naciones Unidas y el Banco Mundial han señalado que la tasa anual de crecimiento poblacional ha venido cayendo. Por ejemplo, en 1965 la tasa mundial de crecimiento se estimaba en una tasa de 2,055% anual, mientras que más de 50 años después, en 2019, se estimaba en 1,075% anual. Esto se traduce en que para 1965 la población mundial de ese año creció un 2,055% y para 2019 se redujo casi a la mitad. Si se supone un pico en 2100 esta tasa



llegará a 0 e incluso a valores negativos empezando a decrecer la población mundial (Banco Mundial, 2020).

Una de las formas de medir la fertilidad es la cantidad de número de hijos por mujer. Este dato permite entender qué tanto está creciendo o no una población según los nacimientos. Es así que al comparar las tasas históricas podemos ver los cambios en la fertilidad de una población y permite proyectar el cambio en el tamaño de las familias, la población de remplazo y la fuerza laboral futura, entre otros. A nivel mundial, según señala el Banco Mundial, desde 1964 ha habido un descenso en la tasa mundial de fertilidad. Para 1964 se estimaba que había 5,1 hijos por cada mujer, mientras que para 2018 se redujo a 2,4 hijos por mujer (ver gráfica 1). El dato llama la atención, ya que se está rondando la tasa de remplazo poblacional (2,1). Sí bajamos de esta tasa significaría que la población mundial se estaría reduciendo, lo cual se traduce una pérdida de capital humano, grupos de edad más numerosos en la vejez, la disminución de la cantidad de infantes y, aunque de manera precoz, la posibilidad de un daño en la fertilidad humana.

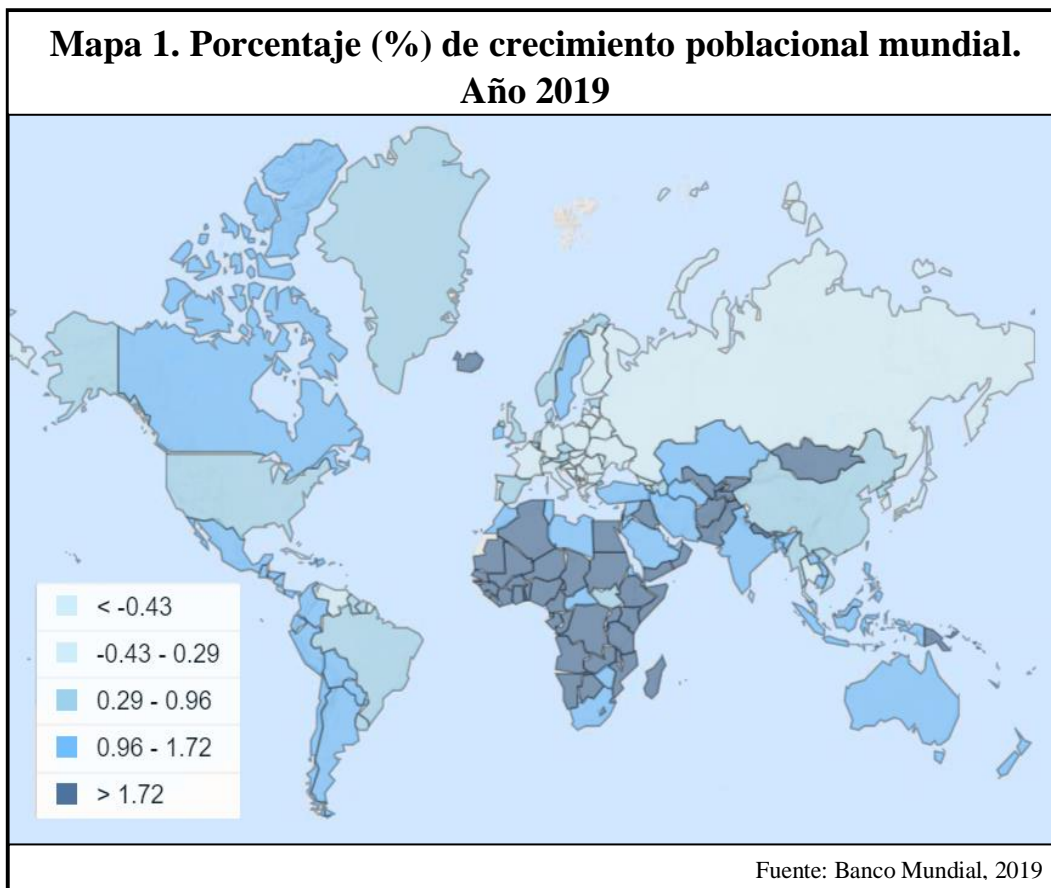


¿En qué contexto nos encontramos? Pues bien, nos encontramos a nivel mundial en una etapa de reducción de la fertilidad mas no de decrecimiento poblacional. Esto quiere decir que hay una tendencia global a reducir la tasa de fertilidad, la cual había visto un gran crecimiento durante el siglo XX gracias al gran desarrollo en medicina, entre ellos las vacunas, y las mejoras en saneamiento urbano. Lo que se denominó el Boom poblacional del siglo XX, mirando otras especies animales cuando alcanzan sus tasas de fertilidad, no iba a cesar por medios naturales, sino por un conjunto de cambios en las formas propiamente humanas de autorregularse, puntualmente formas cotidianas de vivir la sexualidad y la reproducción, como componentes clave para entender la fertilidad.

Antes de seguir cabe aclarar unos términos. La tendencia global hace referencia al acumulado de la gran mayoría de países. Sin embargo, cada región y cada país en particular tiene su propia tendencia. Dentro de los estudios demográficos se ha observado que los países que se encuentran más avanzados en la transición poblacional suelen ser los países denominados “desarrollados” o “industrializados”, sin embargo, dentro de las tasas de crecimiento poblacional anual saltan las diferencias.

Por ejemplo, de aquellos países que cuentan con menores tasas de crecimiento poblacional y de fertilidad sobresalen Japón, Rusia, Francia, Finlandia y Cuba. Luego siguen los países como Brasil, Estados Unidos, China y España. Estos países, entre otros, sobresalen porque a 2019 ya poseen valores negativos en sus tasas de crecimiento anual (Ver mapa 1). A estos los siguen los varios países de Centro América, Sudáfrica, India, Australia, Canadá, la gran mayoría de países del sudeste asiático, Arabia Saudita, Suecia e Irán entre otros. Por último, los países con mayor

crecimiento poblacional (1.72% o más) se concentran en gran parte de África exceptuando a Marruecos, Libia, Túnez, Sudáfrica, Sudan del Sur, Zimbabue, Eritrea y la República Centro Africana, Afganistán, Uzbekistán, Kazajistán, Kirguistán, Nepal y Papúa Nueva Guinea (Banco Mundial, 2019).



Así mismo, cabe resaltar que, si bien se asocia la reducción de las tasas de crecimiento poblacional con altos niveles de desarrollo económico, encontramos que pueden ser múltiples factores los que impulsan a las personas a no tener hijos y por ende a una reducción de la fertilidad. En otras palabras, no hay una sola razón de peso para el decrecimiento de la fertilidad, sin embargo, la economía se puede ver como una gran tara a la hora de tener hijos, frente a otras como la (in)migración, la educación o las políticas públicas (estos últimos dos se tocarán más adelante).

Casos como el de Venezuela y el de Cuba, que cuentan con bajas tasas de crecimiento poblacional, reflejan como condiciones económicas adversas, producto de políticas económicas internacionales, desestiman a la población a tener hijos, ya que se convierten en una carga más a la familia o los padres. Es por esto que a pesar de que encontremos similitudes entre los países que ostentan bajas tasas, no hay una razón generalizada, sino múltiple.

Para el caso de Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) señala que la tasa de fecundidad nacional se ha reducido. De tener una media de 6 hijos por mujer en 1960 a 3 entre 1980 y 1990, se ha reducido a 1,8 en el 2018. Esto coloca a Colombia por debajo de la media mundial de 2,4, lo cual muestra que Colombia con sus particularidades, también hace parte de la tendencia mundial de decrecimiento de la fertilidad. Hay que resaltar dos cosas a propósito de esto. Primero, los países latinoamericanos, entre ellos Colombia, han experimentado una transición demográfica más acelerada que los países industrializados, por lo cual no siguen de manera uniforme las etapas antes mencionadas, dando saltos o llevando a cabo transiciones sin que otras hayan iniciado necesariamente.

Segundo, estos procesos se viven diferente en las áreas metropolitanas o urbanas, y zonas urbanas más marginales y zonas rurales, dando como resultado diferentes procesos transicionales en simultaneo dentro de un mismo país e incluso dentro de una misma ciudad. Por ejemplo,

la transición reproductiva latinoamericana empezó en los años sesenta, principalmente en las ciudades y entre las mujeres con mayores niveles de educación. Además, apareció primero en las uniones concluidas después de los 20 años de edad, ya que el retraso a la primera unión, limitado a sectores sociales minoritarios, señalaba cambios

profundos en las mentalidades. En estos grupos sociales privilegiados, la transición de la fecundidad obedeció grosso modo a los mismos determinantes que en Europa, que se pueden calificar de actitudes modernas hacia la reproducción” (Zavala de Cosío, p. 41, 1995).

Las zonas rurales y las urbanas marginales, por el contrario, para la misma época presentaban una fecundidad de entre 5 y 6 hijos por mujer, mientras en las zonas metropolitanas había una media de 2,5 hijos por mujer, esto en países como Colombia, Chile, Cuba, México, Panamá y Paraguay (Ídem.).

Es así como el panorama social de la fertilidad, por lo menos en los aspectos antes mostrados, da cuenta que hay una reducción histórica en las varias tasas que miden la fertilidad tanto a nivel mundial como a nivel nacional. Esto ha impactado en el crecimiento poblacional, el cual se ha visto reducido en ritmo. En lo que sigue se abordarán dos causales de estos cambios. Uno versa sobre los aspectos relativos a la salud y control reproductivo y el otro, los cambios en los roles de género que han permitido la emergencia de nuevas prácticas y experiencias para las personas.

### **Salud, fertilidad y control reproductivo**

Como señala Gilberto Gamboa, la reducción de la fertilidad humana, aunque compagina con otros procesos sociales, no fue un fenómeno accidental, sino dirigido. Entes internacionales como las Naciones Unidas (ONU) y el Club de Roma promovieron una política global para reducir la fecundidad<sup>1</sup>. Tal política estuvo y está dirigida mayoritariamente a los países más pobres con el

---

<sup>1</sup> Fecundidad y fertilidad, si bien pueden hacer referencia a dos características demográficas estrechamente vinculadas, acá se usan indistintamente,

fin de reducir la reproducción humana bajo condiciones de pobreza. Como tal estos entes internacionales procuraron desde mediados del siglo XX la financiación de investigación en temas demográficos, fisiología reproductiva y métodos anticonceptivos, a la vez que empezaba a promover una ética del control natal y educación sexual a nivel mundial. Por otro lado, el Club de Roma, a través de la Fundación Rockefeller y otras instituciones privadas, impulsaron la distribución de anticonceptivos a gran escala (Gamboa, 2016).

Es así como el control de la reproducción empezó a ganar campo dentro de la medicina reproductiva y de la salud pública como nunca. Lejos de ver una conspiración, se ve una toma de conciencia y la emergencia de repertorios de acción, como los anticonceptivos, frente al cambio poblacional que veía en el crecimiento poblacional una amenaza, manteniendo así las sombras de las ideas derivadas del malthusianismo (Zubero, 2015)<sup>2</sup>. Por lo anterior y sobre todo desde mediados del siglo XX hubo un cambio en la disposición mundial frente a la reproducción, lo cual conllevó a los cambios en los patrones familiares, económico-domésticos, políticos, de género y de salud.

Hoy día dentro de los planes de salud pública están empezando a incorporar la salud reproductiva dentro de los planes de salud pública. Sin embargo, no se suelen contemplar a aquellas mujeres y hombres añosos que han decidido posponer la edad para la maternidad o paternidad en búsqueda de mejoras en su calidad de vida en detrimento de su vida reproductiva. Según señalan los estudios demográficos y las teorías de la transición demográfica, la tendencia mundial se dirige a una transición avanzada o moderna en la que la tasa de fertilidad, fecundidad

---

<sup>2</sup> Thomas Malthus (1766-1834) fue un erudito, economista y demógrafo inglés quien señaló algunos problemas que venían del incremento de la población con relación a la producción finita de recursos. Si bien sus tesis se han re debatido y contrargumentado varias veces, aun despierta preocupación entre los demógrafos de

y mortalidad son bajas. En otras palabras, habrá menos hijos por mujer y por hogar, cerca e incluso por debajo del nivel de remplazo poblacional, las personas vivirán más tiempo y destinarán mayor parte de su juventud buscando una posición económica y académica más estable. De igual forma, debido a la transición demográfica, la demanda de servicios de salud también han de cambiar, pues al nacer menos niños por mujer disminuye la demanda de servicios pediátricos y gracias al aumento de la expectativa de vida aumentará la demanda en servicios de salud como el reproductivo y, en especial, el geriátrico (Bote & Martínez-Martínez, 2019; Chackiel, 2004; Gamboa Bernal, 2016; Rivadeneira, 2000).

Es por esto que la medicina reproductiva se debe tener en cuenta a la hora de pensar las nuevas experiencias de la maternidad o paternidad, siendo estas una constante del ser humano. Ahora bien, la medicina reproductiva no es una invención moderna. El uso de condones de intestino de cabra o abortivos (o la evasión de los mismos) como el boldo son una de tantas formas en que el ser humano ha lidiado con la reproducción (Rodrigues et al., 2011). Así mismo, son cuantiosas las prácticas que el ser humano a lo largo de la historia ha tenido sobre este tema, sobre todo frente a la infertilidad, enfermedad *sui generis* del ser humano (Mendiola et al., 2005). Sin embargo, hoy aparece sobre el panorama mundial lo que podríamos catalogar como “la antisombra del malthusianismo”, a saber, el incremento de la infertilidad y la puerta al decrecimiento poblacional. Estas cuestiones se ven más claramente en los países industrializados o desarrollados, que presentan bajos niveles de remplazo poblacional, con transición demográfica avanzada y una población envejecida. Es así como si bien antes la preocupación era por el incremento desmesurado de la población, ahora la preocupación se vuelca sobre el decrecimiento poblacional.

En este orden de ideas, frente a la tendencia actual a la infertilidad aparecen desde la medicina reproductiva terapias y tecnologías como la fecundación *in vitro*, la estimulación ovárica, la maternidad subrogada o la congelación de ovocitos, entre muchas otras. Estas nuevas tecnologías permiten utilizar el material biológico propio o de un donante para efectuar tratamientos a personas que por condiciones genéticas o fisiológicas no pueden tener hijos<sup>3</sup>. Es por esto que dentro del debate también aparecen nuevos actores como la comunidad LGBTi+, los solteros o las mujeres “añosas” que han superado su ventana reproductiva, ya que estas tecnologías permiten desvincular el sexo de la reproducción, extender los límites de la fertilidad natural y, en general, brindan la posibilidad para que las personas puedan consumir el deseo de tener hijos (Mendiola et al., 2005).

A nivel nacional el desarrollo de la medicina reproductiva es incipiente, esto debido en parte a la baja demanda (IFFS, 2019), su falta de legislación (que apenas en el 2020 se ejecutó en el Ministerio de Salud), el momento de su transición demográfica (aproximadamente la segunda etapa) y la falta de información y educación sobre el tema de salud reproductiva (García, Vassena, Prat, & Vernaeve, 2017, Clínica Eugén, 2016). Sin embargo, se están dando pasos a nivel normativo que, junto al proceso de transición poblacional, harán que las técnicas para la reproducción asistida (que siempre han acompañado la medicina reproductiva) y la salud reproductiva empiecen a coger cada vez más fuerza.

Queda por decir que es así como la salud reproductiva para el siglo XXI se inscribe dentro del problema mundial de la (in)fertilidad. Los tratamientos para la infertilidad no componen una salvación o cura a la infertilidad natural, sino como un paliativo de cara a un proceso de

---

bido a que la tendencia al alza de la población mundial aún persiste 200 años después e las ventanas reproductivas, ya que es una cualidad natural que decae con la edad.



desaceleración del crecimiento demográfico mundial, también inducido por la medicina reproductiva, puntualmente, la distribución y promoción de anticonceptivos. Esto demanda pensar tanto a nivel ético como social lo que está pasando en la fertilidad humana y tomar acciones de cara un posible deterioro y daño en la fertilidad humana futura, junto a la posible mejora de los tratamientos y la inclusión de nuevas y mejores tecnologías para la mejoría y control de la salud reproductiva<sup>4</sup>.

### **Fertilidad en clave de género**

Los cambios en las tasas de fertilidad vienen acompañados tanto de un cambio en los patrones de conducta de las poblaciones como cambios propios para los hombres y para las mujeres. Hasta el momento hemos dado cuenta del estado de la transición demográfica haciendo hincapié en Colombia y cuestiones relativas a la salud reproductiva y la (in)fertilidad. En lo que sigue haremos referencia, en un primer momento, a la lucha feminista que ha procurado un cambio en las formas de vivir la sexualidad, y por ende la reproducción y fertilidad femenina. Luego abordaremos los desafíos a la experiencia masculina y, aunque ya se ha hablado de ello, se hará una pequeña reflexión sobre la comunidad LGBTi+, insignia las más de las veces de las nuevas formas de vivir la fertilidad.

En general, tales cambios están asociados con cambios en la forma de vivir la reproductividad, cambios en la forma de vivir la experiencia reproductiva, no sólo a nivel biológico sino también a

---

<sup>4</sup> A pesar de que la reproducción asistida esta tomando importancia en la medicina del siglo XXI, aún no se encuentra completamente regulada ni avalada en muchos países del mundo. Por ejemplo, Colombia hasta el 2020 y gracias a la ley N. 1953 de 2019, la infertilidad y la implementación de las TRA empiezan a formar parte de la salud pública. Como tal, muchos de los avances en esta temática se han logrado desde la empresa privada.

nivel social. Con la entrada de las tecnologías reproductivas como repertorios de acción, en conjunción con movimientos como el feminista y la comunidad LGBTi+ vemos que desde mediados del siglo XX y en adelante hay una transformación cultural en lo relativo a la sexualidad y por ende reproducción y fertilidad. Esto debido a que, como ya vimos, la reproducción ya se desvincula de la sexualidad en lo que el sociólogo Anthony Giddens llama *sexualidad plástica* o *sexualidad descentrada*.

La sexualidad plástica es una sexualidad descentrada, liberada de las necesidades de la reproducción. Tiene sus orígenes en la tendencia, iniciada a finales del siglo XVIII, a limitar estrictamente el número familiar; pero se desarrolla posteriormente, como resultado de la difusión de la moderna contracepción y de las nuevas tecnologías reproductivas. La sexualidad plástica puede quedar moldeada como un rasgo de la personalidad y se une intrínsecamente con la identidad. Al mismo tiempo –en principio- libera la sexualidad de la hegemonía fálica, del desmedido predominio de la experiencia masculina (Giddens 1995, p. 4).

El mayor cambio que se observa a nivel personal son los cambios en los roles femeninos y de género. La bandera ideológica de estos cambios es el movimiento feminista que abogó desde mediados del siglo XIX por un cambio en las formas de entender la relación de poder entre el hombre y la mujer. Si bien en un principio fueron reivindicaciones laborales, la lucha de la mujer impulsó un sinnúmero de reivindicaciones por derechos. Así mismo, ellas impulsaron una forma de ver la sexualidad no centrada en la experiencia masculina, o machista, para incorporar en el discurso de la sexualidad y la reproducción las voces de las mujeres. En este proceso aparece la necesidad de postular los Derechos de cuarta generación, los cuales versan hoy día sobre la

sexualidad, la reproductividad, el medio ambiente y, particularmente, los “derechos de las mujeres sobre su cuerpo; su sexualidad y su fecundidad; los cambios en las formas de filiación y de familia, y en el ejercicio omnímodo de la autonomía personal” (Gamboa Bernal, 2016, pp. 331-332).

Ahora bien, el problema de los roles de género no es único de las mujeres, pero aparece inscrito en las luchas lideradas por ellas. El silenciamiento del papel de la mujer en la construcción de la sociedad, más allá de la familia y el hogar, se debe a que se le ha cuartado su participación histórica (entendida como el relato de los vencedores). Esto fue el producto de mantener y eternizar la fragilidad de la mujer durante la gestación y cuidado de los neonatos, limitando así a la mujer a su rol de madre, cuidadora y al hogar y, por otro lado, entender la fuerza biológica y violencia de la guerra llevada como atributos de superioridad, eternizando la figura masculina como violenta y bruta. Esto es parte de lo que popularmente se conoce como “Patriarcado”, aquel sistema cultural que organiza la idea de superioridad del hombre/patriarca y así se constituye en una organización lógica de lo político, económico, religioso, jurídico, académico, erótico y para este caso cómo tener hijos, entre otros. (Ruíz, p. 42, 2013). Esto no significa que la mujer no haya tenido relevancia, sino que no aparecen tan marcadamente como autoras principales de los grandes procesos históricos, militares, políticos y económicos como sí es el caso de los hombres, quienes se dedicaban más a los roles externos al hogar, desde la economía, la política o la guerra, cuestiones que tenemos que entender bajo contextos.

A pesar de que la historia oficial haya sido escrita alrededor de la figura masculina, las mujeres han tenido una gran relevancia histórica, atribuyéndoles a ellas la reproducción tanto biológica como cultural a través del nacimiento y la crianza. Así mismo, fueron el pilar de las familias, ya

que el hombre por naturaleza carece de la posibilidad de gestar. Es por esta tendencia natural que la mujer en varias culturas fue por mucho tiempo considerada ajena a las relaciones de poder externas al hogar, centrándola en las relaciones familiares y domésticas. Sin embargo, en la modernidad y con los cambios en las formas de producción industrial, la mujer empezó a trabajar a la par que el hombre en la fábrica, ganando poco a poco mayor libertad económica y con los sufragios, libertad política. De igual forma, con los métodos anticonceptivos también han podido tener un mayor abanico de experiencias para su fertilidad, incluso negándola o expandiéndola. A pesar de esto, no significa que estén en igualdad de competencias, pues se perpetúan aún asimetrías en la participación y poder (Engels, 1986; Scott, 1996).

Los cambios en los roles de las mujeres llevaron a que destinaran más tiempo en el desarrollo de su vida laboral, económica o formativa dilatando así la fecha y edad para el primer hijo. Esta condición llevó a mayor independencia económica y política de la mujer y a incorporarse como una más dentro de las líneas productivas. En cierto sentido, la mujer se vio “masculinizada” en la modernidad a la hora de verla como una “igual” en un mercado económico y político liderado por la figura masculina. Este comportamiento también encubre otro problema ya que:

se deja de lado su propia feminidad en la búsqueda de equipararla a los hombres, sin advertir que si bien todos tenemos los mismos derechos y deberes en una sociedad moderna, deben ejercerse partiendo de las características diferenciadoras existentes entre hombres y mujeres, sin desnaturalizar o desconocer los roles que históricamente han tenido cada uno en la sociedad, a partir de las distinciones propias de su naturaleza (Proaño Reyes, p. 68, 2019).

Si bien se pueden señalar más implicaciones derivadas de los estudios y movimientos de género, es menester volver al tema principal, la (in)fertilidad humana. Como se puede observar son varias las causales de los cambios en las formas de vivir la fertilidad, siempre en conexión con la sexualidad y la reproducción. De igual forma, al tener mayor control de la fertilidad y la reproducción también se empezó a dar una mayor dilatación para el primer hijo y para decidir sobre la cantidad de hijos. Esto se tradujo en un incremento de la infertilidad humana, ya que, por lo menos para las mujeres, estas cuentan con una ventana reproductiva menor y más pronunciada, la cual finaliza con la menopausia. Esto se debe a que la fertilidad está estrechamente vinculada con la edad y el desarrollo hormonal. Para el caso de la mujer tenemos una ventana reproductiva de entre los 10-15 años hasta los 40-45, donde la mujer es fértil. Mientras más se avance en la ventana reproductiva aumentará los índices de muerte fetal, disminuye el éxito de la concepción y se reduce la fertilidad (Bote & Martínez-Martínez, 2019).

Las investigaciones relativas a la fertilidad masculinas son menores. Como tal los estudios de género, los estudios de fertilidad y de medicina reproductiva se han enfocado en la mujer, sexualmente hablando. Sin embargo, sí existen evidencias de que hay cambios en la sexualidad y fertilidad de los hombres a lo largo de su vida. Uno de estos cambios, aunque genera gran debate, es la “andropausia” o “climaterio viril”. Esta última hace referencia al descenso de testosterona en sangre que de forma natural llega a los hombres de edad avanzada, es decir, vienen con la edad en un proceso natural de envejecimiento, pero es diferente a su homónimo femenino, la menopausia o climaterio femenino. La andropausia se caracteriza por estados de ánimo bajo, baja apetencia sexual, disminución de erecciones matinales, aumento de peso, irritabilidad y disfunción eréctil (Ballesteros et al., 2016).

Ahora bien, la andropausia no es igual que la menopausia. A diferencia de las mujeres, que llegadas a cierto momento se suspende su ciclo menstrual, los hombres no presentan un cambio marcado o fijo que dé cuenta del ocaso de su vida reproductiva. Los hombres presentan un decrecimiento paulatino de la testosterona en sangre, usualmente de 1% a 2% por año después de los 40. Esto con el tiempo sí evidencia tales cambios en las formas de vida de los hombres, presentando algunos de los síntomas antes mencionados. Sin embargo, la andropausia no presenta límites claros para su actividad reproductiva, estrechamente vinculada con su potencia sexual. Es por esto que el término “andropausia”, como sugiere Janosch Deeg, debe usarse entrecomillado, ya que no refiere a un fenómeno fisiológico, psicológico o social determinado, sino a una etapa de la vida de los hombres la cual combina los tres anteriores. Cabe decir que la “andropausia” se puede confundir con el síndrome de deficiencia de testosterona (SDT) el cual, dependiendo de la edad del hombre necesita tratamiento hormonal. También cabe resaltar que algunos de los problemas relativos a la baja de testosterona en sangre también son tratados de manera más natural con ejercicio y dietas que ayudan a producir y liberar testosterona en sangre. Estos trastornos no deben, aunque pueden, confundirse con la “andropausia” (Deeg, 2018).

La disposición biológica de la fertilidad masculina delimita también la forma en que los hombres pueden vivir su fertilidad. Si bien el hecho de que la infertilidad sea un fenómeno que afecta tanto a hombres como a mujeres, ambos cuentan con diferentes presiones naturales. Los hombres, a diferencia de las mujeres, poseen una fertilidad más prolongada. Esto lleva a que la preocupación por la fertilidad sea una constante más presente en los hombres a lo largo de su vida, sin que se corte de manera abrupta por medios naturales. Sin embargo, esto también lleva a que los hombres se afanen o preocupen menos por la edad para el primer hijo. Por ejemplo, una

encuesta realizada en Medellín, Colombia, en 2017 a 500 hombres mostró como, frente al conteo bajo de espermatozoides, aquellos que tenían pareja estable eran aquellos que se preocupaban más, sobre todo por su capacidad para fecundar y la presión social. Demás frente a un posible bajo conteo de espermatozoides más de la mitad admitían no sentir nada si esto se daba (Lozano Eraso & Cardona Maya, 2019).

Es así como la mayor duración de la ventana reproductiva masculina conlleva una presión constante, aunque menor. A pesar de esto, la infertilidad masculina o, en otras palabras, no poder tener hijos sí genera problemas sicosociales. Esto se debe a que:

cuando se comparan con familia y amigos sobre aspectos reproductivos pueden surgir impresiones de derrota que desde luego ocasionan en la pareja estigmatización de los hechos, pues en el caso de los hombres existe mayor tendencia a la somatización a tal punto de destruir como tal la vida en pareja...la calidad de vida de muchos hombres puede verse afectada porque suele relacionarse directamente con el número de hijos; esto, desde luego, produce malestar emocional que incluso en estudios se ha asociado a una menor calidad de vida en individuos sin hijos (Lozano Eraso & Cardona Maya, p. 147, 2019) .

Como ya se mencionó, uno de los temas menos trabajados en lo que a estudios de género se refiere es el hombre, y menos los nuevos roles y cambios en la sexualidad y experiencias reproductivas masculinas. Sin embargo, es necesario brindarles acá un espacio para la reflexión, y sobre todo de manera comparada. Por un lado, tenemos que evaluar de manera comparativa las ventanas de fertilidad femeninas y masculinas que ejercen diferentes presiones sociales y

biológicas. Y, por otro lado, los roles de cuidado frente a la maternidad o paternidad que definen los roles dentro de la infertilidad y la reproductividad.

Como ya observamos, las mujeres cuentan con una ventana de fertilidad más corta que los hombres, esto conlleva a que las mujeres se vean más presionadas biológicamente a tener hijos tempranamente. Por su parte, los hombres, que cuentan con una ventana de fertilidad más amplia, cuentan con menor presión a tener hijos tempranamente. En este sentido, la búsqueda de parejas reproductivas estables es mayor en las mujeres, esto ya desde edades juveniles y empieza a aumentar mientras se cierra su ventana fértil. Los hombres pueden dilatar la reproducción para edades más avanzadas posibilitando una mayor estabilidad mientras esto se da. Esto explica los usuales márgenes de edad entre mujeres menores y hombres mayores. Por ejemplo, para el caso de Colombia la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) realizada por Profamilia en 2015 encuentra que “entre las mujeres y hombres de 30 a 34 años, el rol reproductivo de ellas empezó a los 21.5 años, y el de ellos a los 27.4 años” (ENDS, p. 39, 2015).

Frente a esto, la incorporación de la mujer al mundo laboral buscando estabilidad económica y la dilatación para el primer hijo se han transformado en un doble peso. Por un lado, la mujer busca una autonomía económica y política dilatando el primer hijo y, por otro lado, debe conciliar tal dilatación con la disminución natural de su fertilidad. Este es uno de los principales argumentos frente a la disminución global de la fertilidad, explicando en parte porque cada vez nacemos menos. Visto de manera aislada la mujer vive un gran peso frente a su fertilidad, transformándose incluso en una pesadilla. Sin embargo, y esto es clave para entender las nuevas formas de vivir la fertilidad, los roles de cuidado frente a los hijos deben ser vividos en pareja. Es por esto que el



acompañamiento de la figura masculina es clave para la conformación de nuevos núcleos familiares. La demanda por una mayor participación del hombre en los hábitos internos del hogar significa entonces una reincorporación de este a la vida familiar (Campos, 2007). Esto se traduciría en una equitativa división de los roles de cuidado y trabajo encubiertos en la figura femenina, así como reduce parte del doble peso femenino frente a la fertilidad y el desarrollo personal.

Siguiendo lo anterior, se podría hablar falsamente de una “feminización del hombre” así como antes se habló falsamente de una “masculinización de la mujer”. Como ya se dijo antes, no es que se dé una transformación de los roles de género de uno a otro en la modernidad, sino que se está dando un cambio de presiones en los roles de cuidado doméstico y económico que siempre han estado allí como una necesidad. Así sea a niveles básicos los roles de cuidado deben ser asumidos por al menos dos para iniciar un núcleo familiar, y antes de llegar tener o adoptar un hijo, se busca que el individuo, ya no mujer o hombre, cree aptitudes de cuidado y con ayuda de otros formar un hogar, con familias sanguíneas o no. En este sentido no se trata de que la mujer deje de ser mujer o el hombre deje de ser hombre por asumir roles estereotípicos heredados, sino que han cambiado el orden de las necesidades de cuidado y responsabilidad frente al ámbito privado, la fertilidad y la reproducción, lo cual no puede negar las disposiciones biológicas.

Ahora bien, movimientos como el feminismo abrieron el terreno político a nuevas formas de entender la sexualidad, la fertilidad y la vida familiar. Más recientemente movimientos como el LGBTi+ y nuevas masculinidades aparecieron en escena buscando reivindicar sus condiciones políticas e identitarias frente a los nuevos contextos de género. El hombre ya no está confinado al mundo público (entendido acá como laboral, económico, militar o exterior a la familia y el hogar),

sino que se recrea junto con la mujer o su pareja en un mundo entre lo público y lo privado (economía doméstica, relaciones de cuidado o al interior del hogar y la familia). Así mismo, el hombre, que suele ser la figura más ausente, también debe ser responsable de su fertilidad si hemos de concebir igualdad sin relegar la responsabilidad de cuidado y crianza a la mujer. Claro está, lo que se podría catalogar como una volatilización de los roles estereotípicos del hombre y la mujer frente a la fertilidad, reproducción y cuidado no se puede cambiar si no a través de un trabajo conjunto, no puede ser un proceso en solitario, ni para las mujeres ni para los hombres (García, 2015).

Si bien la visión de la fertilidad centrada en la mujer posee fines prácticos, tanto demográficos como políticos, no se puede desconocer la responsabilidad social frente a la fertilidad y la salud reproductiva y sexual masculina, lo cual ha llevado que los hombres ignoren su potencial de fertilidad y sus roles de cuidado en el ámbito privado del hogar. Un ejemplo de mayor paridad hoy día sería el fomento de métodos anticonceptivos masculinos. Por el momento el hombre sólo cuenta con dos, el condón o la vasectomía (sin contar la abstinencia), lo cual conlleva a que no haya repertorios de acción de amplio espectro. El condón no es 100% seguro ni la vasectomía 100% reversible, sin detallar varias complicaciones del uso de ambos<sup>5</sup>. Si se contase con mayores anticonceptivos masculinos se le permitiría al hombre tener más herramientas y repertorios de acción para la planificación y control de su propia fertilidad, esto de la mano de promoción de una cultura masculina relacionada al cuidado y la responsabilidad frente a la fertilidad.

---

<sup>5</sup> A la fecha se están experimentando métodos anticonceptivos masculinos inyectables que constan de geles, hormonas o polímeros que obstruyen el flujo de salida de esperma desde las gónadas, siendo reversible y no tan invasivos como la vasectomía (Sedicias, 2019).

La comunidad LGBTi+ supone muchos más desafíos a la hora de pensar su experiencia alrededor de la fertilidad. Esto en parte a la diversidad que en sí misma hay en el grupo. Sin embargo, y como ya se mencionó antes, las posibilidades dadas por las tecnologías de reproducción asistida son una oportunidad para la fertilidad en sexualidades no hegemónicas, aunque con límites. Puntualmente, las parejas homosexuales (gais y lesbianas no trans) no cuentan hasta el momento con tecnologías para la recombinación genética con fines reproductivos directos, es decir, no hemos logrado combinar con éxito el material genético de dos hombres o dos mujeres. Sin embargo, la comunidad trans puede tener otras puertas si un nacido hombre y un nacido mujer aun preservan su material reproductivo y, a través de inseminación artificial o subrogancia, se procuran la fecundación, gestación y nacimiento de un infante. A pesar de la posibilidad o imposibilidad de tener hijos, las presiones biológicas permanecen. Las dudas surgirían entonces sobre la presión social, ya que acá surgen las diferencias entre el sexo y el desarrollo hormonal que vienen por naturaleza y los roles de género que son aprendidos de forma social y por lo mismo son plásticos.



‘Tenemos derecho a formar familias y a que sean legales’,  
Pedro Fuentes, 2018, Material Publicitario revista  
OvejaRosa.

Si bien la homosexualidad data de antaño, la conformación de movimientos y comunidades buscan hoy día reivindicar a aquellas personas que, identificándose de formas no tradicionales, luchan por derechos igualitarios. Uno de estos sería a la adopción, ya que desde los sectores más conservadores se les niega la posibilidad a las familias homoparentales o trans a adoptar hijos. Esto se basa en mitos y difamaciones sobre la misma comunidad. Un ejemplo de esto es el estudio publicado en 2020 sobre la percepción de la adopción en la comunidad LGBTi+ en Sincelejo, Colombia. Este estudio da cuenta de los avances en esta temática y da cuenta de que:

aunque se demuestre en estudios que la crianza y la dinámica familiar no son determinantes en la definición de la orientación sexual del niño(a), aún persiste en la creencia que sí lo es [...] no hay variaciones importantes que reflejen diferencias entre el comportamiento de los niños criados por parejas homosexuales y el de los niños criados por parejas heterosexuales (Vega et al, p. 83, 2020)

A pesar de las resistencias y presiones sociales, la promoción a la adopción, tanto en parejas tradicionales como dentro de la comunidad LGBTi+, es una salida a la imposibilidad de no tener hijos y a la orfandad en cualquier país.

## **Conclusión**

Cada vez nacemos menos. Tal vez ese sea el hallazgo y la advertencia a los cuales se quiere llegar con este trabajo. Por un lado, el hallazgo versa sobre los frutos de los esfuerzos para controlar el gran estallido demográfico del siglo XX, cuestión impulsada en parte por sectores de la salud y la política. Esto ha resultado en que la población mundial se esté reproduciendo menos, de cara a las tasas bajas de fertilidad que rompen límites cada día a nivel mundial, y que auguran un límite para el crecimiento demográfico de los seres humanos. Y, por otro lado, si la tendencia al descenso

continúa tal cual, tendremos poblaciones muy envejecidas, con cada vez menos población joven e infantil y menos fuerza de trabajo para sustentar el modelo económico actual.

Haciendo recuento tenemos que las causas del descenso global de las tasas de fertilidad desde mediados del siglo XX son el empoderamiento de la mujer (tanto educativa como laboral) y su impacto en las nuevas formas de concebir el cuidado y el trabajo, la promoción a gran escala de anticonceptivos, la educación sexual y la planificación familiar. También tenemos el incremento del bienestar de niños, niñas e infantes y su baja mortalidad, un cambio cultural hacia finales de siglo XX en donde se espera que la media de hijos sea de 2 o incluso menos, fijando una nueva norma cultural y, aunque en contados casos, la coerción política a la fertilidad como es el caso de la política de un solo hijo en China terminada en 2015. Es por todo lo anterior que ya en el siglo XXI contamos con un nuevo paradigma en lo que a fertilidad humana refiere. Esta nueva forma de vivir la fertilidad significa una menor presión social a tener hijos, dilatar la edad para el primero, dar uso de los métodos anticonceptivos y de salud reproductiva a la mano y contar con habilidades de cuidado doméstico y sostén económico sin importar el sexo o el género.

Como ya se ha mencionado varias veces, cada lugar del mundo cuenta con diferentes momentos de transición poblacional, incluso dentro de un mismo país, diferenciando incluso lo rural a lo urbano. Lo que hemos señalado acá es una tendencia generalizada, la cual cabe señalar se acentúa de manera más marcada en los países que empezaron a transitar de manera tardía en su propia transición demográfica moderna. Tal tendencia que se ha mostrado acá es el producto del material cuantitativo y de registro de entidades e institutos internacionales y nacionales que permite ver las tendencias de diferentes países y regiones del mundo, así como dar cuenta incluso

de los cambios en los mismos. Debido a esto los datos acá trabajados deben interpretarse con cuidado.

Ya para terminar, queda por señalar algunos inconvenientes y consecuencias del descenso en la fertilidad, esto como parte de la advertencia que antes mencionábamos. Debido a la dilatación del primer hijo encontramos un incremento de la infertilidad natural, la cual decae con la edad, así como el aumento de partos de riesgo y la necesidad de Tecnologías de Reproducción Asistida para tratar a las mujeres y hombres añosos. También, debido a la menor cantidad de nacimientos y el alza de la esperanza de vida hay una mayor población dependiente en grupos de edad avanzados. Esto último impactará la economía, ya que aumentará el trabajo en los grupos de edad menores para mantener la demanda de los mayores, así mismo, se dará una reorientación de los esfuerzos médicos y económicos. Después de un punto crítico la población mundial empezará a decrecer. Este es el resultado de una fecundidad por debajo de la línea de recambio poblacional, lo cual tendrá como consecuencia un impacto en la demanda laboral, ya que no habrá suficiente personal para cubrir los trabajos disponibles y se necesitaría cubrirlo con nuevas tecnologías y reorientar la economía. Y, por último, se deberán crear nuevas políticas y proyectos públicos para compensar varios reveses tras el descenso de la fertilidad. Por ejemplo, la promoción familiar para que las personas encuentren grata la idea de tener hijos; de inmigración, como ya vemos en países como Canadá o Suecia; para el tratamiento y la prevención de la infertilidad; y para la cobertura de salud en la tercera edad.

## Bibliografía

- Adamson D. (2009) *Global cultural and socioeconomic factors that influence access to assisted reproductive technologies*. *Future Medicine. Women's Health*, V. 5, N. 4, pp. 351-358.
- Álvarez Díaz JA. (2007) *Historia Contemporánea: las técnicas complejas de reproducción asistida*. *GinecolObstetMex*. V. 75, N. 5, pp 293-302. México.
- Asch A, Marmor R. (2008) “Chapter 2. Assisted Reproduction”. In *From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hasting Center Bioethics Briefing Book for Journalist, Policymakers, and Comparing*. Ed. Mary Crowley. New York, United States.
- Ballesteros, I., Jiménez, M. (2016) *Menopausia, andropausia, cuestión de género*. Depósito de Investigación. Universidad de Sevilla. España.
- Banco Mundial (2018) *Tasa de fertilidad total (nacimiento por cada mujer)*. Visor de metadatos, revisado en 2020 en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>.
- Banco Mundial (2020) *Crecimiento de la población (% anual)*. Visor de metadatos, revisado en 2020 en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.GROW>
- Bote, M., & Martínez-Martínez, A. L. (2019). Promoting work-life balance or collapsing: Socioeconomic and demographic factors influencing on the use of Assited Human Reproduction Techniques in regional perspective. *Politica y Sociedad*, 56(3), 583–601. <https://doi.org/10.5209/poso.60510>
- Campos, A. (2007) *Así aprendimos a ser hombres*. Pautas para facilitadores de talleres de Masculinidad en América Central 1. Oficina de Seguimiento y Asesoría en Proyectos. OSA. Costa Rica.
- Chackiel J. (2004) *La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000*. Papeles de Población N. 41. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México.

- Clínica Eugin (2016) *Primera Encuesta internacional sobre fertilidad, edad para tener hijos y donación de óvulos*. Sede Bogotá. <https://www.eugin.com.co/eugin-presenta-la-primera-encuesta-internacional-sobre-fertilidad-edad-para-tener-hijos-donacion-de-ovulos/>
- Deeg, Janosch (2018) *¿Existe la andropausia?* Revista *Mente&Cerebro*. Revista de psicología y neurociencias. Julio/agosto 2018, N. 91, pp. 58-63. España.
- Engels, F. (1986). El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado : en relación con las investigaciones de Lewis H. Morgan. *Archivo Marx-Engels de La Sección En Español Del Marxists Internet Archive, I*, 1–107.
- Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad (IFFS) (2019) *Encuesta de la IFFS: Tendencias globales en políticas y prácticas reproductivas, 8va edición*. Global Reproductive Health, v. 4.
- Gamboa G. (2016) *Las técnicas de reproducción asistida (TRA) a la luz de la bioética*. Escritos. V. 24. N. 53. pp. 319-344. Medellín, Colombia.
- García, L. (2015) *Nuevas masculinidades: discursos y prácticas de resistencia al patriarcado*. FLACSO. Ecuador.
- García D, Vassena R, Prat A, Vernaev V. (2016) *Poor knowledge of age-related fertility decline and assisted reproduction among healthcare professionals*. Reproductive Biomedicine Online. V. 34, pp. 32-37. University of Barcelona. Spain.
- Giddens, A. (1995) *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Trad. Benito Herrero. Ed. Cátedra. Madrid, España.
- Herrera, M. (2017). *¿Existe un derecho al hijo? El lugar y los límites de las técnicas de reproducción humana asistida*. *Revista Jurídica de La Universidad Autónoma de Madrid*, 35, 73–113. Retrieved from [www.unicef.cl/web/informes/derechos\\_nino/14.pdf](http://www.unicef.cl/web/informes/derechos_nino/14.pdf)
- Leridon H. (2004) *Can assisted reproduction technology compensate for the natural decline in fertility with age? A model assessment*. Human Reproduction Journal. V. 19, N.7, pp. 1548-1553.



- Lozano Eraso, L. J., & Cardona Maya, W. D. (2019). *To be or not to be fertile, that is the question: male fertility survey*. *Clinica e Investigacion En Ginecologia y Obstetricia*, 46(4), 143–147. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2019.06.009>
- Massé Garcia MC. (2019) *Reproducción asistida en la historia: la experiencia ética de ser padres*. *Revista Iberoamericana de Bioética* N. 6. Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España.
- Mendiola J, Ten J, Vivero G, Roca M, Bernabeu R. (2005) *Esterilidad y Reproducción Asistida: Una perspectiva histórica*. En *Revista Iberoamericana de fertilidad*. V. 22, N. 1, Enero-Febrero. España.
- Minsalud adopta Política Pública de Prevención y Tratamiento de la Infertilidad (25 de febrero de 2020). *Boletín de Prensa No 033 de 2020*. Ministerio de Salud. Gobierno de Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-adopta-Politica-Publica-de-Prevencion-y-Tratamiento-de-la-Infertilidad.aspx>
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (2019) *Perspectivas de la población mundial 2019*. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. Nueva York.
- ONU (17 de junio de 2019b) *Crecimiento a un ritmo menor, se espera que la población alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU*. Comunicado de Prensa. Departamento de Información Pública ONU. Nueva York.
- Proaño Reyes, G. (2019). Masculinización de las mujeres en la sociedad moderna: Más allá del equilibrio. *Cuestiones de Género: De La Igualdad y La Diferencia*, (14), 67–80. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5802>
- Profamilia (2015) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Resumen Ejecutivo. Gobierno de Colombia.
- Rivadeneira, L. (2000). *Insumos sociodemográficos en la gestión de políticas sectoriales*. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7139/S2000943\\_es.pdf?sequence=1](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7139/S2000943_es.pdf?sequence=1)

&isAllowed=y

Roser, Max (2014) *Fertility Rate*. Universidad de Oxford. Publicado en línea en OurWorldInData.org. Obtenido de: <https://ourworldindata.org/fertility-rate>

Rodrigues, H.G. et all (2011) *Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais*. Rev. Bras. Plantas med. Vol. 13, No. 3. Botucatu, Brasil.

Ruíz, Javier (2013) *Masculinidades posibles, otras formas de ser hombres*. Ediciones Desde Abajo. Bogotá, Colombia.

Sedicias, S. (2019) *5 métodos anticonceptivos para hombres*. Material de divulgación. Tua Saude. España. Recuperado de: <https://www.tuasaude.com/es/metodos-anticonceptivos-para-hombres/#articleSurvey>

Scott, Joan (1990) *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. En *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Traducción al español de Amelang y Nash. Ediciones Alfons el Magnánim. Institución Valenciana de Estudios e investigación.

Shanahan M, Hofer S, Shanahan L. (2004) “C. 27 Biological Model of behavior and the life course”. In *The Handbook of the life course*. Ed. New York Springer. United States.

Suzuki, Emi (2019) *La población mundial seguirá aumentando hasta llegar a casi 10 000 millones de habitantes en 2050*. Blog de datos, Banco Mundial. Tomado de: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/la-poblacion-mundial-seguira-aumentando-hasta-llegar-a-casi-10000-millones-de-habitantes-en-2050>

Vega, A. J., Villadiego, L. A. y Sahagún, M. (2020). *Percepción acerca de la adopción entre parejas del mismo sexo en el sector LGBTI de Sincelejo, Colombia*. Revista Eleuthera, 22(1), 69-87. DOI: 10.17151/eleu.2020.22.1.5.

Vial Juan de Dios, Rodríguez Á. (2009) *La dignidad de la persona humana. Desde la fecundación hasta su muerte*. Acta Bioethica. V. 15, N. 1, pp. 55-64. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile.

Zavala de Cosío, M. (1995). Dos modelos de transición demográfica en América Latina. *Perfiles Latinoamericanos: Revista de La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México*, (6), 29–47.

Zubero, I. (2015). ¿superpoblación o sobreconsumo? Malthusianismo práctico, exclusión global y población sobrante. *Scripta Nova*, 19. <https://doi.org/10.1344/sn2015.19.15111>