



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,  
URBANOS Y AMBIENTALES**

**CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS  
DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN ENTRE 15 Y 19  
AÑOS. ANÁLISIS DE PREVALENCIAS Y FACTORES ASOCIADOS**

Tesis presentada por

ANGÉLICA MARÍA OSPINA ESCOBAR

Para optar por el grado de

MAESTRA EN DEMOGRAFÍA

Director de tesis

CARLOS JAVIER ECHARRI CÁNOVAS

MÉXICO, D.F.

Septiembre de 2006

*“Para los pobres, hay una acción constante de búsqueda de equilibrio entre diferentes conjuntos de necesidades. Es una acción de balanceo que nunca funciona. Decisiones imposibles tienen que tomarse acerca de cuáles quedarán insatisfechas... Algunos cortarán aspectos básicos del vestido para asegurar comida adecuada, mientras otros se conformarán con una dieta monótona para que sus estándares en los aspectos más visibles de la vida sean aceptables... A medida que los niveles de vida caen más y más por debajo del mínimo, incluso este grado limitado de elección se pierde”*

Mack y Lansley (1985) en Boltvinik (1990)

## AGRADECIMIENTOS

Tengo a muchas personas a quien agradecer por haberme acompañado en este proceso y haber contribuido al éxito de la misión. En especial quiero agradecer al profesor Carlos Echarri, por su confianza, su paciencia y su acompañamiento profundamente respetuoso de mis posiciones, mi libertad, mi estilo y mis tiempos, que no siempre fueron los más convenientes, a Clara Eugenia Salazar por sus palabras certeras y su apoyo constante y a Silvia Giorguli por sus críticas y comentarios. Dedico también un agradecimiento sincero a los y las jóvenes de Iztapalapa por abrirnos las puertas a sus vidas privadas y darnos la posibilidad de ser acogidos en sus mundos. Con todo mi corazón agradezco a mis compañeros de la comuna colombiana por su solidaridad y apoyo en los momentos difíciles, por su capacidad de escucha y su alegría profunda que logró tantas veces levantar mi espíritu y ahuyentar la melancolía; gracias por hacerme sentir en casa a tantas millas de ella. Gracias a mi familia por ser mi soporte, mi referente, mi razón; gracias por sus llamadas domingueras, su apoyo constante, su amor incondicional, sus oraciones y veladoras, sus angustias compartidas, su espera, comprensión y respeto de siempre. Gracias por supuesto a Marco Antonio por sus regaños, su amor y su presencia cotidiana y austera; gracias por la difícil tarea de ser mi compañero en este viaje, mi decodificador, mi ventana a México.

Finalmente deseo agradecer al CONACYT por el apoyo financiero para la realización de este proyecto (Ref. U 45255 S) y a El Colegio de México por darme la oportunidad de enamorarme de los números y ver los fenómenos sociales y humanos desde otra perspectiva, por enseñarme que el mundo es una ficción modelada y enumerada por demógrafos.

## I. Resumen

El presente trabajo se propone la construcción, aplicación y análisis de un índice de necesidades no satisfechas de salud reproductiva (NNSSR) para jóvenes entre 15 y 19 años, en el que se procura integrar las diferentes dimensiones de la salud reproductiva (SR) y dar cuenta de su interrelación, de acuerdo a la trayectoria experimentada en el curso de vida por cada sujeto según condición de género. La revisión bibliográfica permitió identificar las dimensiones de la SR a indagar y establecer los mejores descriptores de acuerdo a la información disponible en La Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (Enadid, 1997) y La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva para Población Derechohabiente (Ensare – IMSS, 1998), así como discutir aspectos teórico – metodológicos asociados a la construcción misma del índice. Para determinar su validez interna se calculó el coeficiente *Alpha de Cronbach* y se realizaron pruebas de esfericidad de *Bartlett*, para cada uno de los índices construidos, encontrándose valores superiores a 0.67 y significancia estadística, por lo que se asume que los índices permite establecer consideraciones válidas sobre la situación de NNSSR. Se encuentra que las dimensiones de desconocimiento en SR y falta de acciones preventivas son las que presentan niveles más altos de insatisfacción de necesidades, hallazgo que fue enriquecido con información cualitativa obtenida en grupos focales. Finalmente a través de un análisis de clasificación múltiple se encuentra que los y las jóvenes de 15 a 19 años es la población con niveles más altos de NNSSR y que – pese a ser significativa estadísticamente -, el peso de la condición de pobreza sobre los niveles de insatisfacción en salud reproductiva no es tan fuerte, siendo más relevante el peso de otras características sociodemográficas de los y las jóvenes como la escolaridad, la *situación* de actividad y la posición en la familia.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>6</b>
<b>2. REFERENTES CONCEPTUALES: CONSTRUYENDO UN MAPA DE NAVEGACIÓN.....</b>	<b>14</b>
2.1 SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA JUVENTUD MEXICANA DE PRINCIPIOS DE SIGLO XXI .....	14
2.2. SOBRE EL CONCEPTO DE NECESIDAD .....	18
2.1.2 NECESIDADES NO SATISFECHAS .....	21
2.1.2.1 EL ENFOQUE DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL CAMPO DE LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS .....	25
2.1.2.2 NECESIDADES NO SATISFECHAS DE SALUD REPRODUCTIVA .....	27
<b>3. ESTRATEGIA METODOLÓGICA, O DE LOS INSTRUMENTOS PARA NAVEGAR.....</b>	<b>30</b>
3.1 FUENTES DE DATOS.....	30
3.2 VARIABLES DEPENDIENTES .....	31
3.3 VARIABLES INDEPENDIENTES .....	41
3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	44
3.5 ANÁLISIS CUALITATIVO.....	46
3.6 UNIVERSO Y TEMPORALIDAD.....	46
3.7 PROBLEMAS METODOLÓGICOS.....	47
<b>4. RESULTADOS: LOS TESOROS DE LA TRAVESÍA.....</b>	<b>49</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: LOS R(A)OSTROS JUVENILES .....	49
4.2 SITUACIÓN DE INSATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE SR SEGÚN EVENTOS DEL CURSO DE VIDA EXPERIMENTADOS: SEXUALIDAD, FECUNDIDAD Y VULNERABILIDAD .....	54
A- POBLACIÓN SIN EXPERIENCIA SEXUAL .....	54
B- MUJERES SIN EMBARAZOS .....	57
B.1 – MUJERES ADULTAS CON EXPERIENCIA SEXUAL SIN EMBARAZOS.....	59
B.2 – VARONES CON EXPERIENCIA SEXUAL, SIN HIJOS NACIDOS VIVOS .....	61
C.1- MUJERES CON AL MENOS UN EMBARAZO .....	64
C.2- VARONES CON AL MENOS UN HIJO NACIDO VIVO .....	73
4.3 ASOCIACIÓN ENTRE ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y NIVELES DE NNSSR: JUVENTUD Y VULNERABILIDAD EN SR .....	75
<b>5. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS FINALES: PISTAS PARA EMPRENDER NUEVOS VIAJES .....</b>	<b>85</b>
<b>II. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>90</b>
<b>II. APÉNDICE.....</b>	<b>92</b>

## 1. Introducción

La medición de las necesidades de salud es un componente esencial no sólo para la definición de políticas de atención en áreas específicas, sino también para garantizar la equidad en el acceso a los servicios, para evaluar las acciones públicas y privadas dirigidas a diferentes grupos poblacionales y para determinar la relación entre características sociodemográficas y culturales de grupos poblaciones, su utilización de los servicios y la efectividad de los mismos en el abatimiento de causas de morbi-mortalidad.

La medición de los servicios de salud reproductiva en México toma relevancia por las transformaciones sociodemográficas y socioculturales por las que ha atravesado - y sigue atravesando - la República y que han implicado no sólo un cambio importante en la estructura por edad de su población, sino también cambios en su perfil epidemiológico y nuevas significaciones frente a la sexualidad que tienen implicaciones en las decisiones sexuales y reproductivas, y que como tal, intervienen de manera importante en la posibilidad de acceder al derecho salud en el campo de la sexualidad y la reproducción e implican nuevos retos en términos de la planeación de servicios y recursos dirigidos a poblaciones específicas de acuerdo a sus necesidades particulares.

Los jóvenes entre 15 y 19 años constituyen en el 2006, cerca del siete por ciento de la población mexicana y aunque su proporción empezará a descender a partir de este año, en números absolutos representa cerca de once millones de personas y seguirán siendo un número importante (10.3 millones) en el 2015. Su importancia como grupo poblacional no radica sólo en su número, sino principalmente en que es en este momento del curso de vida individual, en que se toman decisiones y se experimentan eventos que determinarán sus condiciones de vida futura, y en esa medida, terminarán definiendo las condiciones sociales macro que plantearán los nuevos retos a enfrentar desde la intervención pública y privada en distintos ámbitos, entre ellos la salud.

Los jóvenes entre 15 y 19 años, son quienes presentan en mayor medida conductas de riesgo que incrementan sus probabilidades de tener embarazos no deseados, de contraer ITS<sup>1</sup>, quienes presentan en mayor proporción demanda insatisfecha de anticoncepción y quienes, al no

---

<sup>1</sup> El *Informe de la Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México*, realizada por la secretaría de salud (1988), citada en Stern y Medina (1999: 29), indican que una baja proporción usa algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (“Del 27.2% de adolescentes entre los 15 y 19 años que declaró haber tenido relaciones, sólo el 33.8% había utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación, de éstos, más del 60% había recurrido al ritmo o al retiro”) y que el condón es poco utilizado.

tener legitimada socialmente el ejercicio de su sexualidad, tienen que afrontar mayor cantidad de barreras para acceder a los servicios de SR, lo que es posible que genere mayor insatisfacción en sus necesidades y a mayores padecimientos futuros.

Al respecto, se constata que pese a los importantes avances que han experimentado los servicios en el ámbito de la salud reproductiva, la situación dista aún de ser la óptima, encontrándose diferenciales importantes por estratos socioeconómicos y por grupos de edad, siendo así que el pertenecer a estratos socioeconómicos de bajos ingresos y tener entre 15 y 19 años, constituyen factores importantes de riesgo para presentar necesidades no satisfechas de salud reproductiva.

Llama la atención que el aspecto de la SR más estudiado en la población juvenil son los embarazos, debido fundamentalmente a la preocupación pública que se ha construido en torno a la asociación entre maternidad “temprana” y menores oportunidades de desarrollo para las mujeres, asimetría en las relaciones de género e intergeneracionales y limitaciones en la toma de decisiones frente a la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, aspectos de la sexualidad juvenil como los conocimientos en este ámbito, el acceso a programas y servicios, la calidad de éstos en función de las especificidades de la población, el uso de preservativos y anticoncepción y en general las prácticas de promoción de la SR son elementos que figuran escasamente en el panorama de los estudios en este campo.

### **Salud reproductiva en México, los indicadores disponibles:**

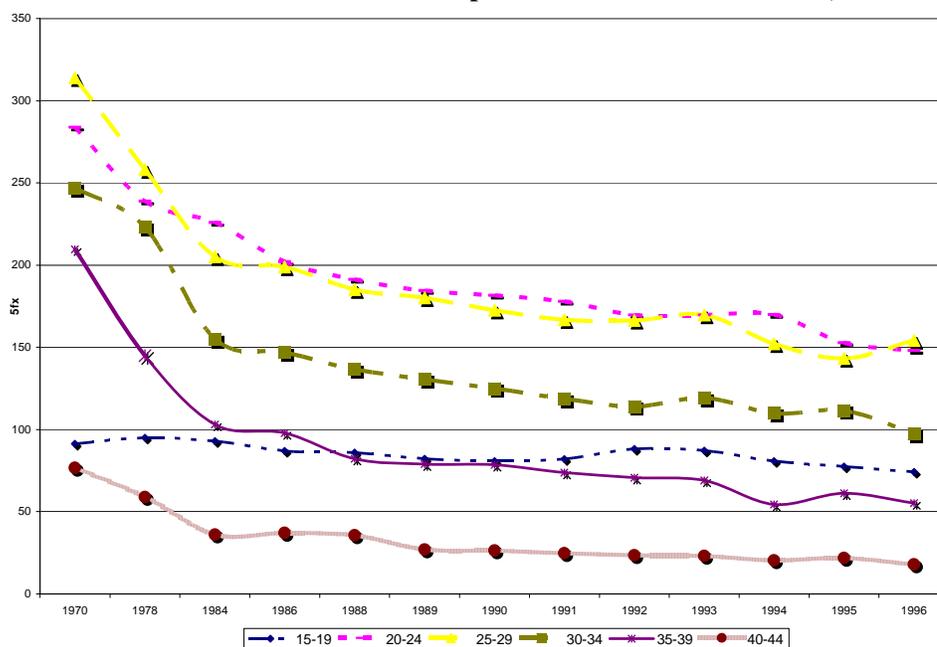
A pesar de la perspectiva fragmentada de la SR, que persisten en la institucionalidad mexicana, vale la pena destacar la calidad y continuidad de datos frente tres dimensiones de la SR: Fecundidad, anticoncepción y morbi-mortalidad. Examinemos que nos dicen los datos sobre estas tres dimensiones, destacando la situación de los y las jóvenes.

#### **A. Fecundidad**

Con respecto a la fecundidad, salta a la vista que las campañas de prevención del embarazo adolescente han sido exitosas. Según Conapo (2000), mientras que el 39.5 por ciento de las mujeres nacidas entre 1953 y 1957 tuvieron a su primer hijo(a) antes de los 20 años de edad, en la generación 1968-1972, sólo el 31.7 lo habían tenido. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2006), reporta también que la proporción de nacimientos registrados en madres menores de 20 años ha ido disminuyendo en las últimas

décadas, pasando de 18 por ciento en 1990 a 16.5 en 1995 y a 17.2 en 2004. Sin embargo, al 2000, una proporción importante de mujeres mexicanas (15.2%) tuvo su primer hijo antes de cumplir la mayoría de edad (Conapo, 2000) y en el 2004 se presentaron en total 410,229 nacimientos de madres adolescentes. Aún más, se observa que el descenso de la fecundidad ha sido mucho menos significativo para el grupo 15-19 en comparación con los demás grupos de edad (ver gráfico 1), de modo que mientras la tasa específica de fecundidad (TEF) para las mujeres de 35 a 39 años en 1996 era casi cuatro veces menor a la que se reporta en 1970, la TEF del grupo 15 – 19 de este último año es sólo 23 por ciento menor a la que se registró en 1970 (Conapo, 2000b).

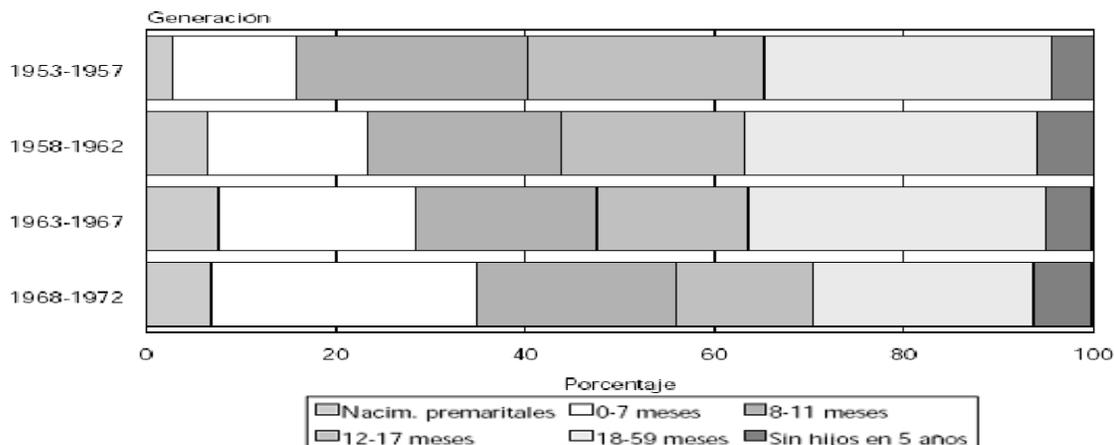
**Gráfico 1. Evolución de las tasas específicas de fecundidad. México, 1970 – 1996**



Fuente: Conapo, 2000b

Aunado a lo anterior, el intervalo protogenésico ha tendido a reducirse entre las generaciones más jóvenes, lo que es especialmente significativo en el Distrito Federal (ver gráfico 2); mientras que el peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo(a) en la adolescencia, tiende a ser mayor entre las mujeres de generaciones más jóvenes: 18.5% vs. 24.3% (ver gráfico 3) (Conapo, 2000:30).

**Gráfico 2. Distribución porcentual de mujeres unidas de acuerdo a la duración de su intervalo protogenésico según generación (mujeres que se unieron antes de los 26 años de edad y con al menos 5 años de unión). Distrito Federal, 1997**



Fuente: Estimaciones de Conapo, con base en Enadid, 1997. (Conapo, 2000a:19)

**Gráfico 3. Peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer hijo antes de los 20 años, según generación. México, 1997**



Fuente: Estimaciones de Conapo, con base en Enadid, 1997. (Conapo, 2000:31)

## B. Anticoncepción

Frente a la anticoncepción también se reportan cambios importantes en las últimas décadas es la anticoncepción, en términos de los conocimientos, prevalencia de uso y demanda insatisfecha (DIA)<sup>2</sup>. En términos generales, el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado entre las mujeres mexicanas y la DIA ha tendido a disminuir.

<sup>2</sup> Definida por Conapo (2000:61) como las mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia.

Así, mientras en 1976 el 89 por ciento de las mujeres en edad fértil conocían la existencia de por lo menos un método, en 1997 el porcentaje era de 96.6; sin embargo, es importante considerar que existen rezagos entre la población, de modo que mientras en las mujeres sin escolaridad este porcentaje a 1997 es de 82.4, en aquellas con niveles superiores a secundaria es de 99.4; así mismo, las mujeres entre 15 y 19 años presentan un rezago con respecto a las de 25-29 de 4.8 puntos (93.4 vs. 98.2) (Conapo, 2006). Con la misma tendencia, la proporción de mujeres unidas en edad fértil usuarias de anticoncepción ha pasado del 36 por ciento en 1976 al 71 por ciento en el 2000. Sin embargo, el mismo Conapo (2000b) reporta que entre las jóvenes de 15-19 el uso de la anticoncepción se da principalmente después del primer parto (60%), mientras que las mujeres sin hijos presentan baja prevalencia en el uso de anticoncepción (17.6%), situación que abre interrogantes sobre la vivencia de la relación sexualidad – procreación en este grupo de edad.

La DIA por su parte, pasa de 25.1 por ciento en 1987 a 12.1 en 1997. Los descensos más significativos se observan para los grupos intermedios de edad (25-39) y los menos significativos en los grupos extremos. Sin embargo cabe resaltar que en los dos años considerados es el grupo 15-19 el que presenta el más alto porcentaje de DIA (33.8 y 26.7 respectivamente) y el segundo con menor decremento en el periodo (7.1).

Estos datos sugieren que las jóvenes entre 15 y 19 años es la población que menos conoce sobre anticoncepción moderna y la que a pesar de no querer tener hijos, no utiliza anticoncepción. Quizás estos datos se relacionen con la reducción del intervalo protogenésico y el aumento del peso de los embarazos premaritales en la probabilidad de tener el primer antes de los 20 años, en todo caso, en su conjunto suscitan preguntas con respecto a la vivencia de la sexualidad en este grupo de edad y a la estrecha relación entre ésta y la procreación.

### **C. Morbi-mortalidad**

En la dimensión de la morbi-mortalidad en SR se engloban dos aspectos muy diferenciados: La mortalidad materna y la morbi-mortalidad por ITS y VIH – Sida. Con respecto a la primera se evidencian logros relevantes en las últimas décadas, de tal forma que en 1984 se reportaban 6.4 defunciones por cada 10,000 nacimientos registrados y en 1997 eran “sólo” 4.7. En números absolutos ello implicó pasar de 4,409 defunciones maternas en el periodo 1989-1991 a 4,011 entre 1995-1997 y 1,239 en 2004 (SSA, 2005). Pese a estos logros, entre 1998 y 2003 el

embarazo, parto y puerperio, las demás afecciones obstétricas y el parto representaron respectivamente las tres primeras causas de morbilidad hospitalaria para la población general a nivel nacional.

La morbi-mortalidad por ITS y VIH – Sida no presenta las mismas tendencias: Entre 1989 y 1997 jóvenes entre los 15 y los 19 años representaron el uno por ciento de las defunciones por Sida del país, y según CONASIDA (1994), el cinco por ciento de la población entre estas edades ha padecido una ITS alguna vez en su vida. De hecho, las ITS representan en el país una de las diez primeras causas de morbilidad, con un promedio de 350 mil casos anuales entre 1996 y 1998 y constituyeron en 1997 el 9.5 por ciento de las defunciones de jóvenes de 15-24 años (Conapo, 2000b).

Las principales ITS presentaron incrementos importantes entre 1990 y 1998, tanto en términos absolutos como relativos (Conapo, 2000:98), siendo el grupo de edad 15-24 quien expone las tasas más altas. Entre 1989 y 1997, el SIDA había cobrado 26,463 muertes en el país, con una tasa de mortalidad que ha aumentado de 1.8 defunciones por 100 mil habitantes en 1990 a 4.4 defunciones por 100 mil en 1997, por ello, en 1997 este virus se ubicó como la decimoquinta causa de muerte en el país, la tercera entre hombres de 25 a 34 años y la sexta causa entre las mujeres del mismo grupo de edad (Conapo, 2000a:54). De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, al 31 de diciembre de 1998 se habían reportado más de 4,500 casos de SIDA entre la población de 15 a 24 años de edad, de los cuales 626 tenían entre 15 y 19 años de edad al momento del registro (Conapo, 2000b:46)

Destaca en este aspecto el incremento de la tasa de mortalidad masculina por VIH-Sida, al pasar de tres defunciones por 100 mil habitantes en 1990, a 7.8 en 1997 y a 16.7 en 2004. Las mujeres han aumentado también su vulnerabilidad al virus, pues mientras en 1990 se presentaba una razón de 25 hombres por cada mujer infectada, al 31 de diciembre de 1998 la razón se redujo a 6.5. (Conapo, 2000). El Distrito Federal es el estado con mayor incidencia acumulada del virus (10,616 casos; 121.6 por cada 100 mil habitantes), concentrando según Conapo (2000a) cerca del 40 por ciento de los casos notificados en el país, con una tasa de mortalidad a 1997 de 10.2 defunciones por cada 100 mil, constituyéndose en la décimo-segunda causa de muerte en la entidad, siendo el grupo de edad 25-39 el más afectado. Al parecer, los esfuerzos de las instituciones públicas y privadas frente a la prevención de ITS y VIH – Sida, así como de los denominados comportamientos de riesgo no han sido suficientes.

Analizar las tres dimensiones juntas – que si bien presentan datos fragmentados e inconexos -, permite tejer un panorama a partir de retazos. En primer lugar, resalta que pese a los logros que ha alcanzado México en materia de SR, existe una gran desigualdad social en el disfrute de la SR, situación que es especialmente palpable ante la muerte, en el caso de la mortalidad materna, debido principalmente a su precariedad nutricional y su limitado acceso a los servicios de salud, constituyéndose en un indicador de las insuficiencias en la cobertura y calidad de servicios de salud reproductiva; en el caso de las muertes por cáncer, la desigualdad persiste aunque es menor, principalmente por la dificultad en el acceso a los servicios de salud en la población de escasos recursos, lo que mina la posibilidad de realizar diagnósticos tempranos; en el caso del VIH-Sida, indudablemente el acceso a los antirretrovirales es un factor determinante no sólo en los niveles de mortalidad entre la población, sino en la calidad de vida de los infectados. Las desigualdades en los calendarios de la sexualidad y la reproducción, en los conocimientos en torno a la SR y en la realización de prácticas preventivas se hacen también patentes. Estas desigualdades no son sólo sociales, sino que, como se intenta probar en este estudio, los y las jóvenes presentan niveles importantes de vulnerabilidad.

En este marco que el presente trabajo se propone una medición integral de la SR, en tanto que, como se ha mencionado reiteradamente, no existe una aproximación a este tema que articule los diferentes indicadores de SR existentes, que de cuenta de las distintas dimensiones de la misma y que incluya el derecho a disfrutar de los encuentros sexuales, a tener información sobre SR en general y no sólo sobre anticoncepción, a tener acceso a programas de SR de calidad en todos los momentos del curso de vida y no sólo al momento del embarazo y parto.

En este sentido, el principal aporte del trabajo lo constituye la construcción, aplicación y análisis de un índice de necesidades no satisfechas de salud reproductiva (NNSSR), en el que se procura integrar las diferentes dimensiones que constituyen la salud reproductiva y dar cuenta de su interrelación, polemizando con el concepto de demanda insatisfecha de anticoncepción.

Específicamente el tema de las NNSSR se aborda desde la conjunción de la perspectiva sociológica y la perspectiva de la planeación de la salud. Desde la primera se plantea que las necesidades son de carácter universal, pero los satisfactores se construyen en el seno de las condiciones estructurales en las que el sujeto construye su vida; desde la segunda se identifican actores, relaciones y procesos que determinan la constitución de la necesidad y su satisfacción.

La investigación busca analizar la situación de satisfacción de necesidades de salud reproductiva en jóvenes entre los 15 y los 19 años, identificar las dimensiones de la SR en las que los jóvenes presentan mayor vulnerabilidad y analizar las características que constituyen factores de riesgo al respecto, a través de los datos brindados por la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID, 1997) y de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en Población Derechohabiente (ENSARE, 1998).

La hipótesis que guía este trabajo es que existen desigualdades no sólo socioeconómicas y de género, sino también generacionales, constituyendo relaciones de subordinación de los sujetos y especialmente los jóvenes en situación de pobreza, las cuales dificultan la satisfacción de las necesidades de SR. Por otra parte, consideramos que es necesario profundizar en este tipo de desigualdad estructural -poco explorada en los análisis- y rescatar las necesidades específicas que en materia de SR tiene esta población para su inclusión en planes, programas y proyectos de intervención en este campo. Es por ello que además de realizar la medición de las NNSSR según grupo de edad, sexo y condición de pobreza, se busca indagar la asociación entre distintas variables que describen la posición del sujeto en la estructura social y la satisfacción de NNSSR; Además de recurrir al análisis de clasificación múltiple con los datos de las dos encuestas nacionales mencionadas arriba, se analiza la información de dos grupos focales, con el objeto de indagar en las barreras que desde las percepciones de los y las jóvenes inciden en la plena satisfacción de la SR.

La información cualitativa proviene del proyecto “Identificación de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades y los servicios de salud reproductiva”, en el que se inscribe este estudio y cuya finalidad es explorar como las desigualdades sociales interactúan con las necesidades de salud reproductiva en seis tipos diversos de contextos sociales en México y como estas necesidades son atendidas -o no- por los servicios de salud reproductiva.

En el documento se presenta inicialmente una discusión conceptual sobre el concepto de NNSSR y se explicita la estrategia metodológica, haciendo especial referencia a las variables que componen el índice y las dificultades técnicas que plantean. Posteriormente se describen la situación de NNSSR en la población de interés que arrojan los datos de las fuentes utilizadas; y finalmente, se presentan y discuten los resultados de un análisis de clasificación múltiple multivariado de las asociaciones entre el indicador aquí construido y algunas variables explicativas consideradas relevantes a partir de la revisión de la literatura sobre el tema.

## **2. Referentes conceptuales: construyendo un mapa de navegación**

En este apartado se introducen los elementos conceptuales que contribuirá a la discusión de los resultados obtenidos en la investigación, elementos que se organizan en torno a dos ejes analíticos: En primer lugar el concepto de juventud como producto cultural básico para la reproducción de los agentes sociales y como nicho de conflicto entre lo que se perpetúa y lo que transmuta de una generación a otra, siendo la sexualidad uno de los aspectos claves a controlar por el mundo adulto para lograr perpetuar el orden existente. El segundo eje analítico es el concepto de necesidad de salud reproductiva, asumida desde la perspectiva de derechos, como producto de la interacción entre procesos frente a la SR y dimensiones o ámbitos de la SR, lo que permite abordarla (a la SR) con pretensiones de integralidad.

### **2.1 Sobre las características de la juventud mexicana de principios de siglo XXI**

El concepto de juventud remite a la discusión entre los autores que la consideran un periodo natural y universal de la existencia humana por un lado, y quienes la conciben como la construcción cultural de un momento del curso de vida producto de condiciones históricas, sociales, culturales, políticas y económicas de las diferentes sociedades. Indistintamente de una u otra posición, resalta el hecho señalado por Zárraga (1985;13 citado por Feixá:1990;22) de que la juventud es en cualquier sociedad, y no sólo en las modernas, un proceso social sin el cual no es posible la reproducción de los agentes sociales.

Por esa función social, la construcción de la juventud en las sociedades se encuentra imbricada en relaciones conflictivas de poder que han llevado a la configuración de estratificaciones etáreas en todas las sociedades, desde las pastoras y agrícolas, pasando por las sociedades griega y romana hasta la moderna occidental, en esta última, el proceso ha estado profundamente ligado a la escolarización progresiva, la dependencia y el consiguiente retraso en la transición a la adultez, marcada fundamentalmente por el matrimonio.

Dicha estratificación etárea ha conllevado a la aparición de una serie de dispositivos de control social de la juventud. En las sociedades occidentales premodernas este control es ejercido por la iglesia, la familia y el Estado, en las sociedades modernas aparecen desde la sociología, la psicología y la medicina el discurso de la normalidad y la adolescencia a través del cual se sigue ejerciendo un estricto control moral pero esta vez legitimado desde el lugar de la ciencia.

Así pues, desde estos nuevos dispositivos, el control de la sexualidad queda disimulado en los discursos que vinculan embarazos adolescentes con pobreza y riesgos para la salud. Los jóvenes se ven por un lado presionados a cumplir con las expectativas de ascenso social en un mundo con posibilidades de inclusión y de ascenso cada vez más limitadas y en donde estas las imposibilidades son leídas por el mundo adulto – institucional no como el producto de las deficiencias de la estructura social misma, sino como el efecto de las decisiones que toman los jóvenes en materia reproductiva.

En el contexto mexicano, es interesante advertir que los jóvenes de finales de siglo XX y principios del XXI nacieron en una sociedad diferente a la de sus padres. Hoy en día son una población eminentemente urbana<sup>3</sup>, cuentan con mayor escolaridad promedio<sup>4</sup>, lo que ha retrasado el calendario de sus transiciones a la adultez<sup>5</sup>. Estos jóvenes son hijos de la transición demográfica, de modo que crecieron en medio de un discurso *naturalizado* sobre el control de la fecundidad y la responsabilidad y el derecho de ejercer libremente sus decisiones reproductivas.

La sexualidad se torna en un tema contradictorio, que refleja los desencuentros entre los cambios tecnológicos y sociales y la resistencia al cambio de las mentalidades, pues mientras en los medios de comunicación los jóvenes se ven bombardeados con información de alto contenido sexual y se les exige ser responsables, en el seno de sus hogares no pueden discutir abiertamente sobre sus dudas al respecto. Según la Encuesta Nacional de Juventud (ENJUV, 2000), sólo el 13% de los jóvenes encuestados hablan con su madre de sexo y con su padre sólo el 4%, al parecer la escuela es el espacio para hablar de ello, pues según la ENJUV 2000 ésta es la principal fuente de información sobre sexualidad para ellos; cabe preguntarse sobre la calidad de esta información y la manera cómo es asumida por los jóvenes.

Al parecer, permanecen actitudes y valores asociados a los roles de género y ritos de pasaje – como el matrimonio o el nacimiento del primer hijo - que legitiman la vivencia de una sexualidad restringida por el mundo adulto y que al instituir *lo normal*, esto es, prácticas sociales establecidas que se convierten en el punto de referencia, *normatizan* el desarrollo sexual

---

<sup>3</sup> Mientras en 1970, el 60. por ciento de la población entre 15-19 habitaba en contextos urbanos, para 1997 el porcentaje asciende a 73.4. (Conapo, 2001)

<sup>4</sup> Entre los jóvenes mexicanos de 15 a 19 años el analfabetismo está casi erradicado (2.2%) y en promedio presentan una escolaridad de 8.6 años. (Conapo, 2001)

<sup>5</sup> La edad de salida de la escuela se presenta alrededor de los 17 años; la salida del hogar paterno después de los 20 años; la entrada en unión alrededor de los 21 años; y el nacimiento del primer hijo alrededor de los 23 años. Sin embargo, se presenta un ingreso más temprano en el mercado laboral (19 años) probablemente debido al decremento en la calidad de vida de los hogares. (Conapo, 2001)

*apropiado* de todos los miembros del grupo de acuerdo a su condición generacional y de género, estigmatizando aquellos comportamientos que se distancian de lo idealizado, como el embarazo adolescente, el padecimiento de una ITS o el ser portador de VIH-Sida, subordinación que se agudiza cuando el joven se encuentra inmerso en condiciones de desigualdad social.

Conviene subrayar además, que los jóvenes de hoy se ven enfrentados a condiciones de desempleo abierto ascendentes nunca antes vividos, a cambios en las formas tradicionales de familia, a un aumento de la precariedad en el mundo laboral y en sus condiciones materiales de vida. Estos elementos, en su conjunto inciden en la vivencia de la sexualidad, las preferencias reproductivas, las prácticas anticonceptivas y en esa medida, la percepción de NNSSR.

Conapo (2000b) estima que más de uno de cada tres jóvenes del país (35.9% de la población de 15 a 24 años) vive en hogares en situación de pobreza, lo que en términos absolutos significa poco más de siete millones de jóvenes, situación que se da con mayor frecuencia en hogares con jefatura masculina (85.3%) en comparación con los de jefatura femenina (14.7%). Así mismo, es en la población juvenil donde se concentran las más elevadas tasas de desempleo abierto a nivel nacional (4.2% en 1991, 8.6% en 1995 y 5.3% en 1997).

Las condiciones de pobreza presionan a que los jóvenes dividan su tiempo entre la escuela y el trabajo, de modo que sólo uno de cada tres jóvenes de 15 a 19 años tiene al estudio como única actividad (*Op. Cit.*:40). La mayoría de los jóvenes trabajadores (56.7%) se desempeña como obreros o empleados y una proporción importante (20%) son trabajadores no remunerados.

La relación entre pobreza y fecundidad ha sido ampliamente estudiada. Conapo (2000b) informa que antes de cumplir 15 años, más del 50 por ciento de las y los jóvenes cuya madre tenía menos de primaria completa ya había dejado de estudiar, y que son las hijas mujeres quienes tienen mayor probabilidad de abandonar tempranamente la escuela en comparación con los hombres, a pesar de que éstos inician una actividad remunerada más tempranamente y en mayor proporción que las mujeres, situación que es agudizada si la madre tiene una escolaridad inferior a primaria completa. Así mismo, Conapo (*Op. Cit.*) reporta que las hijas de madres de baja escolaridad inician la vida marital más tempranamente que las de cualquier otro grupo, de modo que la probabilidad de que la hija de una mujer con baja o nula escolaridad inicie su vida marital antes de los 18 años, es el doble que la de una mujer con primaria completa o más (0.25 vs. 0.12 respectivamente).

En esta misma línea, Echarri (2005) encuentra estructuras etáreas diferenciadas según el estrato socioeconómico, siendo el estrato Alto el que presenta una pirámide poblacional más estrecha en su base y más abultada en el medio, en contraste con el estrato Muy bajo que presenta una estructura etárea propia de las sociedades pretransicionales. Así mismo y de acuerdo a lo esperado, encuentra que la fecundidad del estrato Alto es de menos de la mitad de la del estrato Muy bajo y la diferencia de éste con el Bajo es de más de un hijo por mujer (*Op. Cit:* 28). El autor encuentra también que las mujeres, conforme pertenecen a estratos socioeconómicos superiores, no sólo tienen menos hijos, sino que los tienen a edades más tardías, por lo que las edades medias de entrada de unión se asocian positivamente con el estrato. De especial relevancia para este estudio es el hallazgo en las prácticas y preferencias anticonceptivas de la población: sólo la mitad de las mujeres de estrato Muy bajo utiliza algún método anticonceptivo, en tanto que en los estratos Medio y Alto, más de tres mujeres de cada cuatro lo hacen; las usuarias de anticoncepción de los estratos más bajos se abastecen en la Secretaría de Salud, mientras que las de estratos más altos lo hacen a través de proveedores privados o en el ISSSTE; En el estrato Muy bajo la importancia de las razones asociadas al acceso (no conoce métodos, no sabe cómo usarlos o no sabe dónde conseguirlos) duplican a las de los otros estratos; y el desacuerdo de la mujer o su pareja con el uso de métodos anticonceptivos y los efectos colaterales (sufridos o temidos) tienen una relación inversa con la estratificación socioeconómica (*Op. Cit:* 29-30).

Así pues, existen condiciones institucionales y condiciones materiales de vida que inciden sobre la vivencia de la sexualidad en la población en general y los y las jóvenes en particular. Se espera que tales condiciones incidan en la satisfacción de necesidades de salud reproductiva. Es posible pensar por ejemplo que la institucionalización de los discursos y saberes frente a la sexualidad y el consecuente control adulto sobre el cuerpo y la sexualidad juvenil sean uno de los factores que obstaculice la satisfacción de necesidades reproductivas, en tanto al no estar legitimada socialmente su condición de sexualmente activos (pese a que según la ENJUV 2000 el 26% de los hombres y el 18% de las mujeres entre 15 y 19 años han tenido relaciones sexuales), queda penalizada cualquier búsqueda de satisfactores que redunde en una vivencia óptima de la sexualidad y de sus opciones reproductivas. Es posible también que estas características institucionales sean vividas de manera diferencial por los jóvenes según su

posición en los distintos estratos socioeconómicos, y más aún que su condición social determine la prevalencia de cierto tipo de necesidades en salud reproductiva.

El profundizar sobre los conceptos de necesidad, satisfacción de necesidades, salud reproductiva y necesidades en salud reproductiva permitirá tener mayores elementos para responder estas preguntas.

## **2.2. Sobre el concepto de necesidad**

*“La necesidad impone un gusto de necesidad, que implica una forma de adaptación a ella, y por eso, de aceptación de lo necesario, de resignación ante lo inevitable. (...) La clase social no se define únicamente por una Posición frente a las modalidades de producción, sino también por el hábito de clase que es “normalmente” (es decir con una fuerte probabilidad estadística) asociado a esa posición”.*  
Bourdieu (1979).

En este estudio se asumirá que las necesidades – siguiendo a Amartya Sen (1992) - son elementos normativos definidos por la sociedad a través de los cuales se establecen los mínimos indispensables que determinan la *capacidad* de los sujetos para objetivar sus proyectos de vida. Bajo esta idea, las necesidades no están organizadas jerárquicamente, sino que existen en forma de sistema en cada sujeto siendo interdependientes, sin embargo, existiría un umbral por debajo del cual la urgencia por satisfacer una necesidad - por ejemplo la alimentación -, se vuelve absoluta y bloquearía la satisfacción de cualquier otra.

Los satisfactores de las necesidades – consideradas de carácter universal-institucional o normativo- son, en contraste, de carácter particular-antropológico en la medida en que su construcción y determinación están dadas por cada sujeto, quien, de acuerdo con su *estado* sociocultural, realiza una selección basada en sus preferencias y modos de vida.

En el ámbito específico de la salud, las necesidades se ubican en un momento del continuum salud – enfermedad, la dificultad radica en determinar cuál es ese momento. Desde el punto de vista de la planeación institucional de la salud, el concepto de necesidad se define con base en fenómenos que requieren servicios de atención médica los cuales incluyen estados de enfermedad de los sujetos y situaciones en las que se necesita prevención o fomento de la salud, de modo que potencial o realmente estén implicadas sus condiciones de bienestar actuales o futuras. En esa medida, aquellos estados o situaciones del sujeto – considerado cliente desde esta perspectiva - crean una demanda de atención y representan por lo tanto una potencial demanda

de servicios en términos de recursos o de servicios necesarios para satisfacer tal necesidad” (Donadecian, 1988:78)

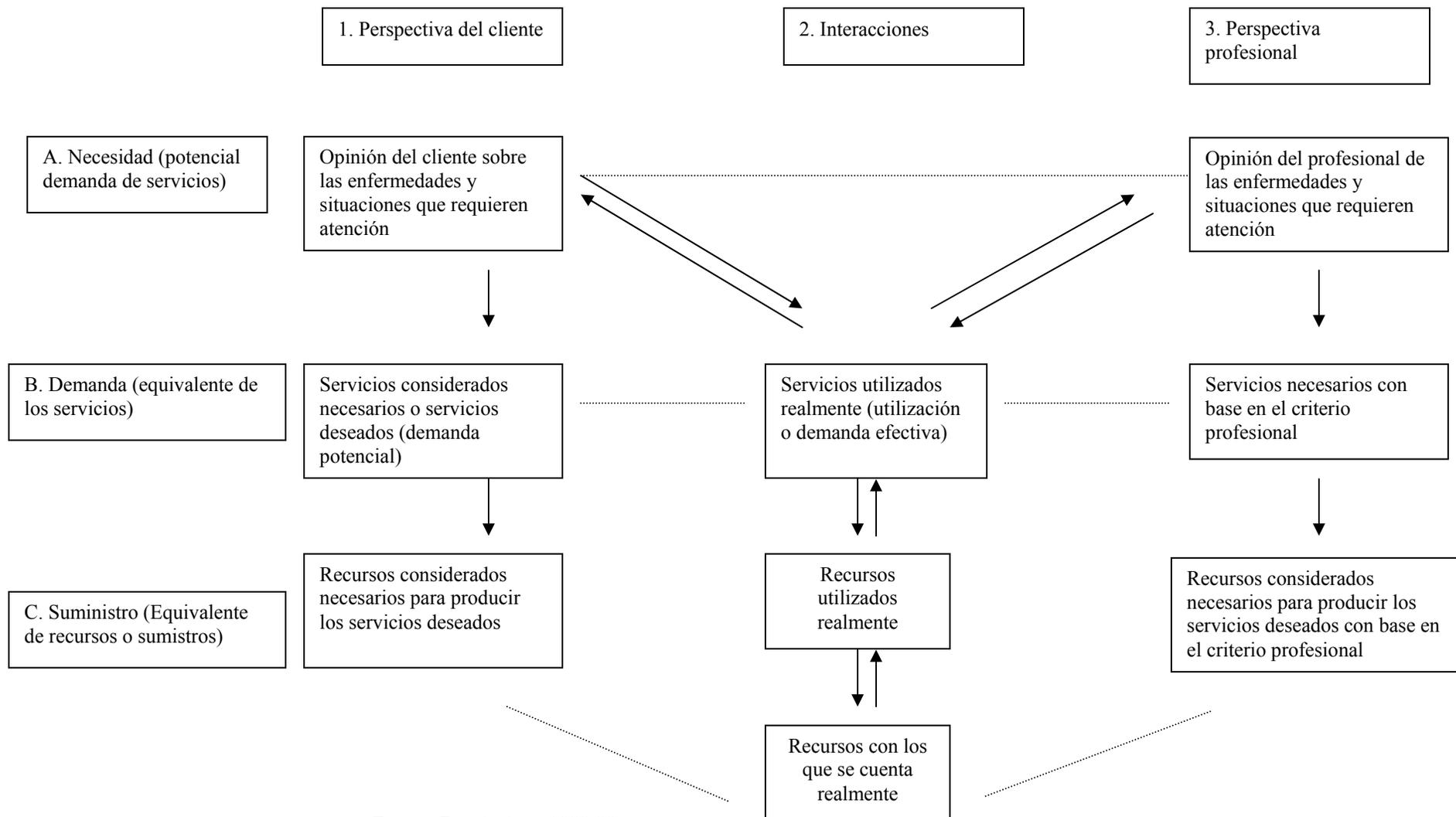
En el proceso de planeación en salud, identificar necesidades constituye el primer paso a partir del cual se estima el tipo de servicios que se requiere y se cuantifica la cantidad y tipo de recursos materiales correspondientes, esperándose así que los recursos y servicios tengan la capacidad actual o futura de satisfacer las necesidades identificadas.

El diagrama 1 permite comprender la interrelación de actores y factores implicados en el proceso de planeación de la salud y permite identificar además dos entradas posibles a dicho proceso: las necesidades y la demanda. La primera implica empezar el análisis desde la parte inferior de cualquiera de las dos columnas extremas del diagrama (perspectiva de los clientes o de los médicos), es decir, de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades existentes o potenciales de la población. En la segunda, el análisis se desplaza desde la parte superior del diagrama, esto es, de las situaciones que se considera que requieren atención hacia la parte inferior: Los recursos y servicios necesarios para satisfacer dichas situaciones. El diagrama permite además, observar la existencia de una circularidad entre los elementos que componen las necesidades, en tanto el acceso y utilización de servicios y recursos modificarán la vivencia de la necesidad sea desde la perspectiva del médico o del cliente, o idealmente de ambos.

El análisis basado en la demanda parte de la pregunta “si existe una cantidad mayor o menor de un determinado servicio de salud que la gente desea o puede pagar” (*Op. Cit:* 479), o de otra forma, se pregunta por los requerimientos de servicios y recursos que permitirá satisfacer las necesidades de la población. Según Donadecian (1988), este concepto es más afín con una orientación economicista en tanto su utilización sugiere que la salud es similar a otros bienes o servicios que desean los consumidores y que son las fuerzas del mercado las que pueden realizar su distribución óptima. Así, el mejor criterio para distribuir los recursos es la suma de preferencias individuales.

En este trabajo se considera a la salud como un derecho fundamental, en esa medida si bien las preferencias individuales es uno de los factores que juegan en la satisfacción de necesidades en este ámbito, el criterio rector debe ser la equidad y la justicia social. En esa medida, se busca analizar condiciones asociadas a niveles óptimos y no óptimos de satisfacción, que acercan o distancian a los sujetos del bienestar en SR.

**Diagrama 1. Clasificación base para determinar las necesidades y las necesidades no satisfechas**



Fuente: Donabedian, 1988:82.

### 2.1.2 Necesidades No Satisfechas

Un indicador *proxy* del nivel óptimo de la relación entre necesidades, servicios y recursos es la medición de las necesidades no satisfechas (NNS), definidas por Donadebian (*Op. Cit:* 81-82) como incongruencias entre elementos del diagrama 1, entre las columnas extremas o al interior de las mismas. Vistas así, algunas NNS pueden ser:

- a. Estados de salud o enfermedad que sólo el médico o sólo el usuario considera que requieren atención médica (fila A, columna 1 y 3 del diagrama 1)
- a. Servicios que el usuario desea pero no son recibidos (fila B, columnas 1 y 2),
- b. Servicios que exige la norma profesional pero no son recibidos (fila B, columnas 2 y 3)
- c. Recursos que desea el usuario pero que no están disponibles o no son asequibles (fila C, columnas 1 y 2)
- d. Recursos que exige la norma profesional pero que no están disponibles o no son asequibles (fila C, columnas 2 y 3)

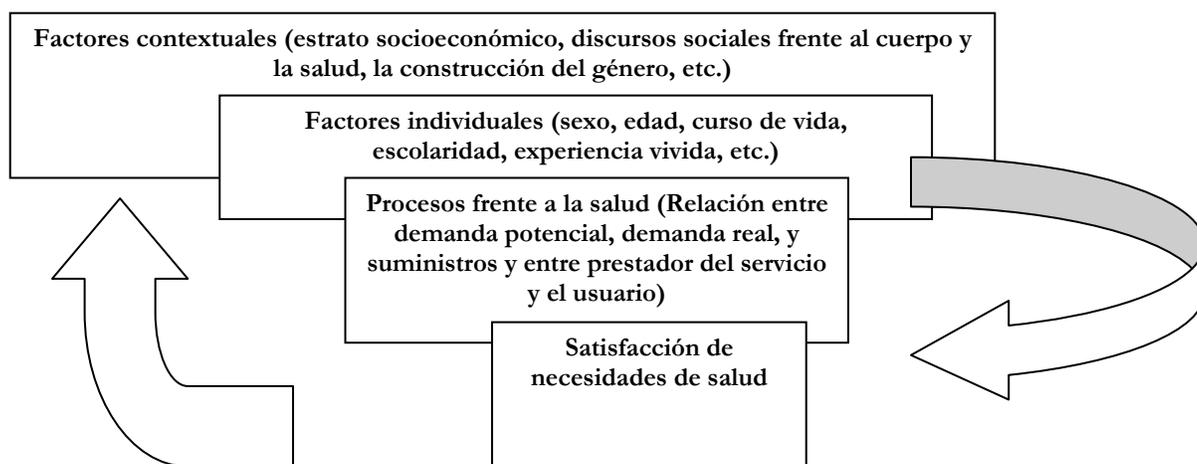
Adicionalmente Donadebian (1988) plantea la existencia de dos situaciones que no se hacen evidentes en el diagrama pero que se deben considerar en tanto limitan la satisfacción óptima de la necesidad:

- e. La presencia de enfermedades o incapacidades que se pudieron haber prevenido, eliminado o mejorado en un grado considerable por medio de la utilización adecuada de los servicios. Este criterio plantea una incongruencia entre la capacidad de los servicios de modificar la necesidad y el grado de modificación que se observa en la población; y
- f. la calidad de los servicios

Estas seis situaciones descritas por Donadebian (1988) dan cuenta de la interacción de respuestas de diversos actores frente a condiciones de enfermedad real o potencial. En adelante estas interacciones serán denominadas *procesos frente a la salud*. Estos procesos no tienen lugar en el vacío sino que se ven determinados por situaciones propias del sujeto (su edad, su momento en el curso de vida, sus predisposiciones biológicas) y de su entorno (características socioeconómicas, la cultura, entre otros) que favorecerán o entorpecerán los

cursos de acción necesarios para la satisfacción de necesidades de salud y que se relacionan directamente con las prácticas de cuidado a la salud (ver diagrama 2 ).

**Diagrama 2. Relación entre factores contextuales, factores individuales, procesos frente a la salud y satisfacción de necesidades de salud.**



Si bien la concepción que hemos construido con base en los aporte de Donadebian tienen pretensiones de integralidad, como se planteó al inicio de este documento, en el campo específico de la SR no existen mediciones integrales de la satisfacción de necesidades. Sin embargo, desde la demografía el concepto más cercano a necesidad no satisfecha es el de demanda insatisfecha de anticoncepción (DIA) o también conocida como *Unmet need for family planning o for contraception*, que si bien sólo tiene en cuenta una dimensión de la SR (la anticoncepción), conviene revisarla y comentarla debido a la importante incidencia que ha tenido en la planeación de los servicios y recursos de SR en la segunda mitad del siglo XX.

El antecesor de la DIA fue Bernard Berelson, quien desde una perspectiva del costo-efectividad de los programas de planificación familiar (PPF), señaló que si hubiera manera de identificar a mujeres que no desean tener hijos pero aún así conciben, los servicios de PF se deberían enfocar a ellas, ahorrando así esfuerzos, fondos y tiempo (Nortman, 1982).

Con este objetivo se crean las encuestas *KAP* (conocimientos, actitudes y prácticas, por sus siglas en inglés), aplicadas desde mediados de 1960 con el objetivo de explorar los conocimientos, actitudes y prácticas de parejas en edad reproductiva frente a la anticoncepción y sus preferencias del tamaño de familia. A partir de estas encuestas se

encontró que una proporción importante de parejas no quería tener más hijos, pero no estaban usando ningún método de anticoncepción; a esta discrepancia se le llamó la brecha *KAP (KAP gap)* y años después recibió el nombre de *Unmet need for family planning*, concepto que en este documento abreviamos con la sigla *DIA*.

Bongaarts (1991) subraya que si bien los términos *KAP-gap* y *DIA* se emplean como intercambiables, éstos se refieren a elementos diferentes: El primero es la discrepancia entre la práctica anticonceptiva y las intenciones reproductivas y se asume como un indicador de la *DIA*, concepto más amplio que según Westoff y Pebley (1981) fue concebido inicialmente como la proporción de mujeres unidas que han alcanzado su número ideal de familia pero no ejercen ninguna práctica anticonceptiva pese a estar expuestas al riesgo de concepción.

El desarrollo de encuestas como las *World Fertility Survey (WFS)* y las *Demographic and Health Survey (DHS)* a partir de 1970 y 1980, permitieron hacer refinamientos del concepto de *DIA* al incorporar preguntas sobre las preferencias no sólo en la limitación sino también en el espaciamiento de los nacimientos. La importancia de este concepto es que denota la porción del total de demanda potencial de anticoncepción que los PPF deben satisfacer, e intenta explicar la aparente discrepancia entre la gran cantidad de parejas que no desean tener hijos y los pocos que usan anticoncepción, con el fin de que los programas logren abatir las barreras que se presentan para el uso de la misma y se proyecten los servicios y recursos necesarios para suplir una demanda en virtud de unas metas poblacionales preestablecidas.

En la discusión sobre la definición más precisa de la *DIA*, Westoff y Pebley (1981) expresan que la medición más simple es el porcentaje de mujeres actualmente unidas que no desean tener más hijos (las indecisas se clasifican como deseosas de otro hijo) y que reportan o bien no estar usando un método anticonceptivo efectivo (píldoras, DIU, espermicidas, inyectables, esterilización, condones, diafragma) o no estar usando ningún método y a partir de allí establecen distintas mediciones de acuerdo con la inclusión o exclusión de mujeres que están en diferentes situaciones de exposición al riesgo de concepción. Nortman (1982) por su parte, propone una definición de *DIA* en términos de la diferencia entre el total de la protección contraceptiva requerida y la tasa de prevalencia contraceptiva proyectada. Finalmente Bongaarts (1991), propone definirla como la

diferencia entre el nivel observado del uso de la contracepción y el nivel que debería prevalecer con una implementación plena de las preferencias en los años anteriores a la encuesta.

Al explorar algunos factores asociados a los niveles de DIA, Westoff y Pebley (1981) encuentran que ésta tiene una relación negativa con el nivel educativo de la mujer, positiva con la paridad y es mayor entre las mujeres que trabajan frente a las desempleadas, debido principalmente a que tienen menos probabilidades de usar anticoncepción. Así mismo, encuentran que su proporción es menor en las mujeres urbanas en comparación con las rurales, a pesar de que las primeras tienen más probabilidad de no querer tener más hijos y están más expuestas al riesgo de concebir actualmente, condiciones que son compensadas por la mayor prevalencia de la práctica anticonceptiva entre éstas. Los autores concluyen que la DIA tiene un patrón en forma de  $\cap$  en relación con la edad, de modo que se incrementa hasta los 35-39 años, momento en el que empieza a declinar, lo que es atribuible a cambios en los tres componentes de la DIA: en las mujeres menores de 20 años – según los autores -, existe poca exposición al riesgo por lo que el nivel de la DIA es muy bajo; entre los 20-24 el nivel de la DIA permanece bajo por el incremento en la prevalencia del uso de anticoncepción; a medida que las mujeres se hacen mayores, crece su deseo de tener hijos y efectivamente los tienen, por lo que su deseo de limitar o de espaciar los nacimientos aumenta; y después de los 39 crece la infertilidad y disminuye nuevamente la exposición al riesgo, por lo que disminuye el nivel de DIA .

Este patrón no se aplica a lo encontrado en el caso de México, pues como se recordará, son precisamente las mujeres menores de 20 años quienes presentan el porcentaje más elevado de DIA y a partir de allí, los niveles bajan presentado picos no muy pronunciados en los grupos 25-29 y 35-39. Con base nuestros datos, analizaremos la relación entre la DIA y las otras variables exploradas por Westoff y Pebley (1981) y las coincidencias y discrepancias con los hallazgos de estos autores.

Aunque se reconoce el aporte del concepto de DIA en la dilucidación de los comportamientos reproductivos de las mujeres, las críticas clásicas denuncian la imprecisión en la medición, de modo que puede cambiar diametralmente si se incluyen medición grupos “especiales” de mujeres como las lactantes o las embarazadas. Así mismo, se critica el referente temporal de las estimaciones, los supuestos sobre infertilidad, el

efecto de la lactancia en la fecundabilidad, y los tipos de necesidad anticonceptiva que pueden presentar las mujeres.

Las críticas más contemporáneas, plantean el reduccionismo implícito en el concepto de DIA, pues de acuerdo al marco en este trabajo empleado para definir NNS, la DIA sólo considera los servicios que la norma demanda pero no son recibidos y los recursos que demanda LA usuaria pero que no están disponibles; omitiéndose las situaciones en las que las y los usuarios de anticoncepción: padecen efectos secundarios de los métodos empleados; presentan un embarazo a pesar de estar utilizando un método; adoptan un método que no necesariamente responde a sus necesidades pero que está condicionado por el contexto en el que se da la elección (situaciones de estrés) y la cantidad y calidad de información que le brindan para decidir el tipo de método; o en las que la decisión la toma el médico y no el (la) usuario(a).

Es comprensible que este tipo de situaciones no fuesen consideradas en el concepto de DIA, en tanto su objetivo apuntaba a maximizar la eficacia de los PPF, principal herramienta para el control del crecimiento poblacional, considerado un obstáculo para el desarrollo de los países del denominado tercer mundo; y de ahí la importancia de conocer cuántas mujeres no deseaban tener más hijos pero no estaban usando anticoncepción moderna, en tanto ellas, serían la población-objetivo inicial de los programas, al considerarlas usuarias potenciales de los mismos. Hoy la discusión población – desarrollo se ha complejizado y después de los compromisos asumidos en la conferencia del Cairo la salud de los usuarios y particularmente de la mujer, es un asunto de primera importancia, aún por encima de las metas poblacionales, lo que introduce un giro interesante en los fines de las políticas, los programas y los servicios diseñados y en este contexto, dónde cobra especial relevancia asumir una perspectiva integral de medición de las necesidades de SR entre la población.

#### **2.1.2.1 El enfoque de Salud Reproductiva en el campo de las necesidades no satisfechas**

Los cuestionamientos frente a la simplismo en la relación población – desarrollo que subyace a la perspectiva *malthusiana* y la lucha por ubicar la salud y el bienestar de la mujer como eje de las políticas poblacionales, si bien son legitimados desde El Cairo y asumidos en términos de compromisos políticos por casi todos los países, se encuentran

presentes en el pensamiento latinoamericano desde 1960, y en la década de los ochenta configuran el enfoque de la SR en el campo de la demografía, que imprimirá una nueva visión a las investigaciones sobre fecundidad.

El enfoque de SR ha permitido tener una visión más amplia de este tema y de la fecundidad misma, que no se reduce a la planificación familiar y cuestiona la perspectiva controlista de los programas diseñados al respecto, subrayando el papel ideológico de las instituciones y ubicándose en el discurso de los derechos sexuales y reproductivos, desde el cual se aboga por la construcción de relaciones de equidad entre géneros. Así mismo, permite abordar el tema de la prevalencia de las ITS, sus determinantes y estrategias de prevención y concebir la salud no como un fenómeno fisiológico aislado, sino imbricado en redes sociales, culturales, económicas y políticas. Ubica también otro tipo de necesidades como las de información que conlleva a prácticas de prevención y promoción de la SR. Ubica los procesos de SR en el marco del curso de vida de los sujetos, subrayando así las especificidades en este ámbito que se ubican en cada momento del mismo.

Desde esta perspectiva Salles y Tuirán (2003:18-23), rescatan “la necesidad de adquirir una comprensión más cabal de los procesos de salud-enfermedad, así como de sus determinantes y consecuencias (...) considerando el conjunto de eventos vitales que se inician con la vida sexual, la concepción, el embarazo, el nacimiento y continúan durante las diferentes etapas del curso de vida de los individuos (...), integrándolos y articulándolos a través de ejes analíticos y conceptuales”. De los ejes propuestos por estos autores, es de especial interés para este trabajo aquel denominado desigualdad social, desigualdad de género y pobreza; a partir del cual se busca analizar cómo el ocupar un lugar subordinado en la estructura social (ser pobre, joven y mujer por ejemplo), tiene repercusiones en términos de SR como se evidenció en el capítulo de antecedentes contextuales. Desde este eje de análisis, además de la cuantificación de la desventaja social en el ámbito de la SR, conviene analizar aquellos factores que se constituyen en barreras para la satisfacción de las NSR y los diferenciales presentes entre estratos socioeconómicos en relación con sus comportamientos en SR.

Desde esta visión más integral de la SR se plantean dos críticas esenciales al concepto de DIA: primero, el no tener en cuenta en la medición a grupos poblacionales que no inciden directamente en el crecimiento poblacional, a pesar de que muy posiblemente

tengan necesidades, si no de anticoncepción, si de atención en SR: los hombres, los homosexuales, la población soltera, viuda o separada, las mujeres mayores de 50 años, las amenorréicas y estériles, las que usan métodos anticonceptivos pero no están satisfechas con ellos, las trabajadoras sexuales, entre otras (Lerner y Camarena, 2005). En segundo lugar, se critica el sesgo racionalista de la medición, en tanto la necesidad es imputada a las mujeres por parte de los investigadores sin contemplar la perspectiva de las propias mujeres, y en tanto supone que los sujetos deben ser congruentes entre su deseo de no tener más hijos y el no-uso de la anticoncepción, desconociendo situaciones que podrían explicar esta aparente incongruencia, lo que implicaría considerar las circunstancias estructurales, institucionales e intersubjetivas en las que los sujetos construyen la necesidad de anticoncepción y tienen acceso a los satisfactores (Aparicio, 2005; Lerner y Camarena, 2005).

#### **2.1.2.2 Necesidades No Satisfechas de Salud Reproductiva**

Frente al carácter reduccionista del concepto de DIA y ubicándonos en una perspectiva de SR, en este estudio se propone el concepto de Necesidades No Satisfechas de Salud Reproductiva (NNSSR), definida como el conjunto de situaciones que ponen en riesgo la capacidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres.

El concepto que se propone operacionalizar y medir en este trabajo busca abordar la salud reproductiva<sup>6</sup> desde una perspectiva integradora dando cuenta de las diferentes dimensiones o ámbitos de necesidad en SR (además de la anticoncepción y la maternidad) y su interacción con procesos en torno a la SR, ambos determinados por la condición del sujeto en términos de su sexo y de los eventos vividos en el curso de vida. Así pues las NNSSR se configuran por la interrelación entre dimensiones o ámbitos de necesidad, procesos y condición del sujeto.

Los procesos dan cuenta de un conjunto de acciones que promueven la satisfacción de necesidades en salud reproductiva. Ellos son:

- *Acceso a conocimientos adecuados, suficientes y pertinentes frente a la SR.* Se refiere a la información con la que cuenta la población referente a los procesos

---

<sup>6</sup> Definida por La Organización Mundial de la Salud (OMS) “el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad” (Salles y Tuirán, 2003:16).

de la reproducción, la menopausia y el climaterio, los padecimientos crónicos (cáncer cérvico-uterino, mamario y de próstata y la infertilidad), los métodos anticonceptivos, las ITS y VIH-Sida, alternativas de prevención y tratamiento.

- *Acceso a programas y servicio de SR.* Se refiere a las condiciones de provisión de programas y servicios de SR asequibles a la población, que favorecen la adquisición de información y recursos, elementos indispensables para la satisfacción de las necesidades en las distintas dimensiones del fenómeno. Dentro de estos programas y servicios se incluyen aquellos dirigidos a la promoción de la salud materna, entendidas como la prevención de situaciones en las que la vida del futuro bebé o de la mujer embarazada se vean en riesgo.
- *Calidad de los servicios de SR.* Se refiere a las características de la prestación de los servicios y de la interacción prestador-cliente en relación con los lineamientos que plantea la Norma Oficial Mexicana frente a la atención de los diferentes dimensiones o ámbitos de necesidad en SR.
- *Ejercicio de prácticas de autocuidado de la SR.* Refiere a la realización de prácticas preventivas y curativas frente al riesgo o presencia de ITS, incluido el VIH-Sida, y de detección temprana de cáncer cérvico-uterino, mamario y de próstata.
- *Satisfacción de preferencias sexuales y reproductivas.* Las primeras se refieren a situaciones en las que la sexualidad se ejerce bajo violencia o coacción o en condiciones que no permiten la realización personal. Las segundas son situaciones en donde existen barreras (sociales, económicas, institucionales o culturales) para el uso de métodos anticonceptivos que conllevan a embarazos no deseados o problemas de infertilidad y en esa medida los sujetos no logran cristalizar sus preferencias reproductivas.
- *Promoción de cursos de vida no riesgosos.* Referidos al calendario de la fecundidad, específicamente a la prevención de trayectorias reproductivas iniciadas antes de los 20 años y /o con espaciamientos cortos entre los nacimientos.

Por su parte, las dimensiones o ámbitos de necesidad son situaciones que experimenta el sujeto y que generan necesidades en el ámbito de la SR, sin embargo es su

relación con los procesos arriba descritos lo que llevaría a que dicha necesidad se satisfaga plenamente o no. Estas dimensiones o ámbitos son:

- Deseo de planificación familiar
- Sexualidad no placentera
- ITS y VIH – Sida
- Embarazo, parto y puerperio
- Padecimientos crónicos (infertilidad y cáncer)
- Menopausia y climaterio.

Así pues, algunas de las preguntas centrales por resolver en esta investigación son: ¿cómo medir la satisfacción de necesidades en salud reproductiva?, ¿Cuáles son los indicadores más idóneos?, ¿cuáles son las principales limitaciones técnicas del índice? y cuáles son sus ventajas. Dado que el estudio se focaliza en la población juvenil, conviene preguntarse además si es válido construir un indicador universal y cuáles serían las desventajas de éste al medir la satisfacción de NSR de una población específica.

Considerando que una acertada medición y comprensión de los fenómenos sociales tiene su corolario en el desarrollo de alternativas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de vida de los sujetos, se espera que el desarrollo de este estudio brinde pistas para futuras intervenciones públicas y privadas en el ámbito de salud reproductiva, que conlleven a una mejora en la calidad de vida de los jóvenes fundamentalmente de bajos estratos.

### **3. Estrategia metodológica, o de los instrumentos para navegar**

#### **3.1 Fuentes de datos**

Este estudio utiliza dos tipos de datos. En primer lugar, para el análisis estadístico se emplean los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 1997) y la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derecho-habiente (ENSARE-IMSS, 1998).

Dado que el universo de análisis en el que se centra el proyecto del cual hace parte este estudio son los jóvenes pobres del Distrito Federal, se requería que la encuesta a utilizar además de tener información de buena calidad sobre SR, fuese representativa a este nivel, condiciones que suplía muy bien la Enadid 1997. Sin embargo, se hacía interesante también tener una mirada aunque sea muy aproximativa y exploratoria de la situación de satisfacción de necesidades en SR de jóvenes varones, grandes ausentes de los estudios demográficos tradicionales, por lo que era necesario recurrir a una fuente de información que indagara lo más posible en temas de SR, que fuese relativamente reciente, con buena calidad de la información y que hubiera sido aplicada a hombres, la encuesta que mejor respondió a estas necesidades fue la Ensare (1998). Así mismo, el aplicar los indicadores aquí construidos permite analizar la congruencia con que éstos se comportan y en esa medida probar su robustez. La tabla 1 resume las principales características de las bases de datos empleadas.

En segundo lugar, se utiliza información cualitativa, proveniente de dos grupos focales, realizados con jóvenes varones y mujeres habitantes de localidades pobres del Distrito Federal. A través de los grupos focales se explora la existencia de consensos en torno a prácticas, saberes, representaciones y valores que dan cuenta de normas establecidas socialmente frente a la SR. La selección de los participantes de los grupos focales es intencional, para su conformación se convocó a los jóvenes que quisieran participar con la única condición de que hubieran iniciado su vida sexual. El grupo de varones estuvo conformado por 12 participantes y el de las jóvenes por siete.

La información cualitativa y cuantitativa no pretende ser comparativa; lo que se busca al utilizar ambas es darle mayor riqueza al análisis así como explorar líneas de

continuación posibles a este estudio, ambas aproximaciones constituyen miradas diferentes pero complementarias en el análisis.

**Tabla 1. Características principales de la ENADID (1997) y la ENSARE (1998)**

<b>Características</b>	<b>ENADID 1997</b>	<b>ENSARE-IMSS 1998</b>
<b>Tipo muestreo</b>	Probabilístico, polietápico, estratificado	Probabilístico, estratificado, polietápico
<b>Población objetivo</b>	Mujeres entre 15 y 54 años	Mujeres entre 12 y 54 años y varones entre 12 y 59 años, derechohabientes del IMSS
<b>Tamaño muestra</b>	73,412 hogares, en los que se encontraron 325,942 personas, de las cuales 91,294 son mujeres entre 15 y 54 años	4,569 hogares, en los que se encontraron 7,671 mujeres entre 12 y 54 años y 7,342 hombres entre 12 y 59 años
<b>Numero cuestionarios completos</b>	88,022	4,611 mujeres y 2,296 varones
<b>Representativ.</b>	Nacional, estatal y por localidades	Para el caso de las mujeres representatividad nacional, y estatal restringida para algunos Estados. Para el caso de los hombres es sólo nacional
<b>Debilidades</b>	No hay información de SR para hombres. No se indaga en torno a prácticas de cuidado a la SR	No es representativa para el Distrito Federal. Restringido a la población derechohabiente
<b>Beneficios</b>	Representatividad	Preguntas sobre cuidado de la SR, incluye a los varones

### **3.2 Variables Dependientes**

Se construyó un índice relativo de *necesidades no satisfechas en salud reproductiva*, que incorpora ocho dimensiones referidas a aspectos diferenciados de la SR y que fueron justificadas y definidas en la discusión teórica previa. El diagrama 3 resume los componentes del índice construido, las características de éstos y sus valores y la tabla 1 del apéndice presenta los indicadores y las preguntas de cada una de las encuestas a partir de las cuales se construyó el indicador, lo que resulta importante debido a que por la ausencia de una fuente única que brinde datos sobre SR para hombres y mujeres, la información - y por tanto el contenido mismo del indicador – es diferente según se trate de unos o de otras.

La unidad de análisis siempre es el sujeto y el indicador es un índice relativo de NO satisfacción de necesidad con valores entre cero y uno, por lo que entre más cercano sea su valor a cero indica que hay ausencia de necesidad o bien, satisfacción plena de la misma, y entre más cercano esté al uno indica que hay mayor insatisfacción en la dimensión de la SR explorada.

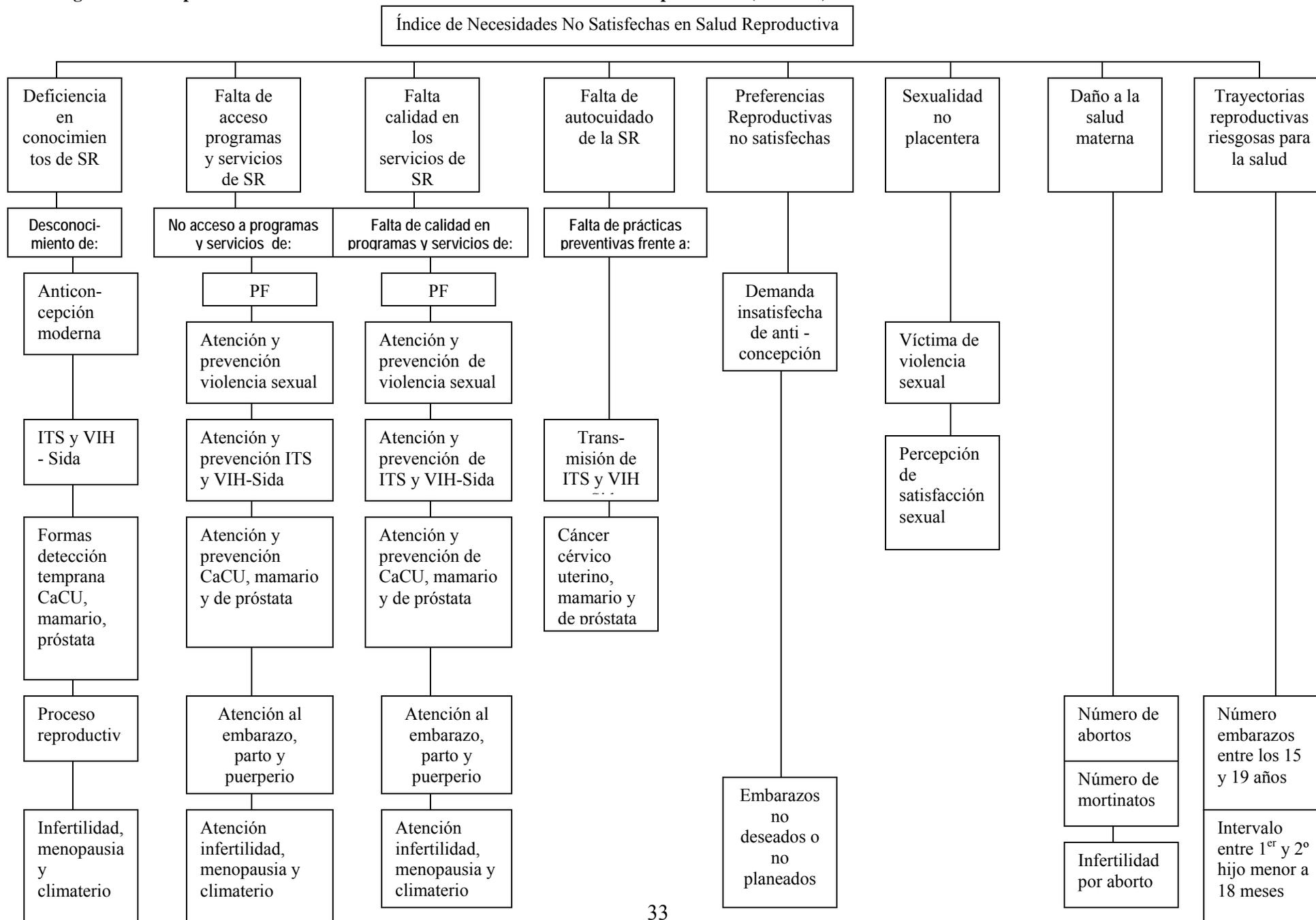
Se debe tener en cuenta que por la construcción teórica del indicador, este tiene una relación positiva con la edad del sujeto y con la vivencia de eventos reproductivos. Así por ejemplo, es lógico esperar que una mujer de 55 años con tres hijos tenga mayores

necesidades de SR que una de 16 que aún no ha tenido experiencia sexual, lo que no implica sin embargo que ésta última no tenga necesidades de SR, sólo que son cualitativa y cuantitativamente distintas que las de la primera, por lo que el índice es diferenciado según el momento del ciclo de vida del sujeto. Esto quiere decir que el momento en el curso de vida le permite al sujeto reinterpretar prácticas y ubicarse en posiciones distintas frente a situaciones que implican una necesidad potencial de salud. La tabla 2 presenta de manera detallada las dimensiones del indicador en las que – según las características del sujeto – su valor es cero. Finalmente, Para que las poblaciones de ambas encuestas se refirieran a los mismos grupos de edad se escogieron el grupo de interés: 15–19 años y el grupo de referencia: 20 – 54 tanto para la Enadid, 1997 como para la Ensare, 1998.

**Tabla 2. Condición del sujeto y valor correspondiente en las dimensiones de NNSSR**

Dimensión de NNSSR	Condición del sujeto					
	Mujeres			Hombres		
	Sin experiencia sexual	Con experiencia sexual sin hijos nacidos vivos	Con hijos nacidos vivos	Sin experiencia sexual	Con experiencia sexual sin hijos nacidos vivos	Con hijos nacidos vivos
Deficiencia en conocimientos de SR	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Falta de acceso a programas y servicios de SR	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Falta de calidad o insuficiencia en los servicios de SR	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ausencia de autocuidado de la SR	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Preferencias reproductivas no satisfechas	x	✓	✓	x	✓	✓
Sexualidad no placentera	x	✓	✓	x	✓	✓
Trayectorias reproductivas riesgosas	x	x	✓	x	x	✓
Embarazo, parto y puerperio sin atención médica	x	x	✓	x	x	x
Atención a Padecimientos crónicos y a la menopausia	x	x	x	x	x	x
Nota: x (dimensión no tomada en cuenta en la construcción del índice); ✓ (dimensión tomada en cuenta en la construcción del índice)						
Fuente: Elaboración propia						

**Diagrama 3. Componentes del índice de Necesidades No satisfechas en Salud Reproductiva (INN SSR)**



### 3.2.1 Construcción del índice

#### A. Deficiencia de conocimientos en SR

Las variables tomadas en cuenta para la medición de esta dimensión fueron en el caso de la Enadid 1997 los conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos modernos considerados con tres valores: Lo reconoce espontáneamente (0), lo reconoce con ayuda (1), y no lo reconoce (2) y a los valores perdidos se les imputó el valor 2. Las variables que conforman esta dimensión son:

*Kpast* (desconocimiento de pastillas); *Kcond* (desconocimiento de condón); *Kovul* (desconocimiento de óvulos); *Kdiu* (desconocimiento del dispositivo intrauterino); *Kiny* (desconocimiento de inyecciones); *Knorp* (desconocimiento de Norplant); *Kotb* (desconocimiento de OTB); *Kvasec* (desconocimiento de vasectomía).

Los cuestionarios de hombres y mujeres de la Ensare 1998, indagan además por el conocimiento sobre ITS<sup>7</sup>, formas de transmisión (*Ktr*) y a prevención de ITS y VIH-Sida (*Kprevits*), todas dicotómicas. *Ktr* toma valor de 0 si conoce formas de transmisión de VIH y 1 si desconoce de alguna forma de transmisión o tiene ideas erróneas frente al mismo<sup>8</sup>. El *Kprevits* toma el valor de 0 cuando se reconoce al preservativo como forma de prevenir la transmisión de ITS, 1 cuando no.

En el cuestionario de varones de la Ensare, 1998 se indaga además por los conocimientos en torno a cáncer cérvico uterino (*Kccu*), cáncer de mama (*Kcm*) y cáncer de próstata (*Kcp*), variables tomadas en forma dicotómica: conoce (0), no conoce (1).

Para facilitar la descripción se construyeron índices relativos de desconocimiento en anticoncepción moderna (*Kanti*), desconocimiento sobre ITS (*Kits*) y desconocimiento sobre padecimientos crónicos (*Kcron*), de la siguiente manera:

$$Kanti = (Kpast + Kcond + Kóvul + Kdiu + Knorp + Kiny + Kotb + Kvas) / 16$$

$$Kits = (Ksif + Kgon + Kclam + Ktrico + Kherp + Khiv) / 6$$

$$Kcron = (Kccu + Kcm + Kcp) / 3$$

---

<sup>7</sup> Conocimiento de sífilis (*Ksif*), gonorrea (*Kgon*), herpes (*Kherp*), tricoma (*Ktrico*), clamidia (*Kclam*), y VIH (*Khiv*), con valores 0 y 1, el primero indica que conoce y el 1 que desconoce.

<sup>8</sup> Por ejemplo, el considerar que el VIH se transmite por compartir baños, piscinas, instrumentos de cocina, etc con personas que tienen el virus.

## **B. Falta de acceso a programas de SR**

La Enadid 1997 sólo se indaga por la atención al embarazo, parto y puerperio y algunas características de los servicios de planificación familiar. Esta dimensión viene determinada por lo que plantea la Norma Oficial Mexicana (NOM) con respecto a lo que deben ser las características en términos del personal que brinda la atención, el contexto en el que se realiza dicha atención, el momento de la revisión en el caso de la atención prenatal y posparto y el número de revisiones prenatales<sup>9</sup>.

Las variables referidas a las características de la atención prenatal toman valores de cero a dos, donde:

0 = La atención cumple con las características que plantea la norma;

1 = Tuvo atención pero ésta no cumplió las características que plantea la norma;

2 = No tuvo atención.

Los cálculos se realizan sólo para el último hijo nacido vivo y en el caso de nacimientos múltiples, el cálculo incluye sólo uno de los hijos. Las variables construidas son:

*EPP1*: Momento de la 1ª revisión prenatal (0, Antes del 1er trimestre; 1, después 1er trimestre; 2, no tuvo revisión prenatal)

*EPP2*: Número de revisiones prenatales (0, cumple con lo que dice la NOM; 1, no cumple; 2, no tuvo revisión prenatal)

*EPP3*: Personal que brinda la revisión prenatal (0, profesional; 1, no profesional; 2, no tuvo revisión prenatal)

*EPP4*: Lugar de la atención prenatal (0, contexto sanitario; 1, contexto no sanitario; 2, no tuvo revisión prenatal)

*EPP5*: Personal que atendió el parto (0, profesional; 1, no profesional; 2, no asistencia durante el parto)

*EPP6*: Lugar donde tiene lugar el parto (0, contexto sanitario; 1, contexto no sanitario)

*EPP7*: Momento de la 1ª revisión posparto (0, antes de los 40 días; 1, después de los 40 días; 2, no tuvo revisión posparto)

*EPP8*: Lugar donde tiene lugar la atención posparto (0, contexto sanitario; 1, contexto no sanitario; 2, no tuvo revisión posparto).

---

<sup>9</sup> Ver apéndice 2

Para facilitar la descripción se construyó un índice relativo de falta de atención al embarazo, parto y puerperio (*EPP*), conformado de la siguiente manera:

$$EPP = (EPP1 + EPP2 + EPP3 + EPP4 + EPP5 + EPP6 + EPP7 + EPP8) / 15$$

El cuestionario de La Ensare de varones por su parte, indaga por programas de información sobre ITS (*PITS*) y sobre planificación familiar (*PPF*), las dos variables construidas son dicotómicas, con valores: 0 si conoce o ha gozado de los programas, y 1 si no conoce ni/o no ha gozado de los programas.

### **C. Falta de calidad o insuficiencia en los servicios de SR**

Los datos de la Enadid 1997 permiten analizar la calidad de los servicios de planificación familiar (*QPF*) y de atención prenatal (*QPN*). La evaluación de los servicios de planificación familiar se efectúa analizando si las características del recibido se ajustan a lo planteado por la NOM<sup>10</sup>, por ello se incluyeron las variables que se listan abajo, todas son dicotómicas, donde 0 indica que no se presenta la situación y 1 que si se presenta:

*QPF1*: Indica que la usuaria deseaba utilizar un método, pero obtuvo uno distinto

*QPF2*: las razones de uso de anticoncepción asociadas a desconocimiento o coacción

*QPF3*: las razones de no uso de anticoncepción asociadas a problemas de calidad en los servicios.

*QPF4*: Indaga si alguna de las características de los SPF establecidas por la NOM no se cumplió

Para los QPN se indaga por las características del servicio de acuerdo a lo planteado por la NOM, si el servicio recibido concuerda con lo planteado en la norma o si la mujer nunca ha estado embarazada, el valor de la variable es cero; si no concuerda es 1 y si la mujer no tuvo atención prenatal su valor es dos. Las variables consideradas son las siguientes e indican si al momento de la revisión prenatal la usuaria recibió los siguientes servicios:

*QPN1*: Le tomaron la presión

*QPN2*: La pesaron

*QPN3*: Le aplicaron vacuna contra el tétano

---

<sup>10</sup> Ver apéndice 3

*QPN4*: Le recomendaron lactar

*QPN5*: Le hablaron de planificación familiar

Para facilitar la descripción se construyó un índice relativo de falta de calidad en los servicios de atención prenatal (*QPN*), conformado de la siguiente manera:

$$QPN = (QPN1 + QPN2 + QPN3 + QPN4 + QPN5) / 10$$

Para el caso de la Ensare no se tenía información tan específica para evaluar la calidad de los SPF, de modo que se construyó una variable dicotómica que adquiriría valor de 1 cuando en algunas de las preguntas específicas sobre las características de la atención recibida, la (el) encuestada (o) expresaba o bien su inconformidad o una situación en la que no se cumplía con los preceptos de la NOM.

Para el caso de los varones, los datos de la Ensare 1998 sólo indagan por la calidad en los servicios de planificación familiar (QPF), en términos de la resolución de las dudas a través de Planificatel, la relación con el prestador de servicios<sup>11</sup>, las razones de no uso de anticoncepción - referidas a desconocimiento, temores y efectos colaterales - y las características del servicio de vasectomía y satisfacción de los hombres que se han realizado este procedimiento. Al igual que en el caso de la Enadid, cuando el sujeto nunca ha sido usuario de anticoncepción y sus razones de no uso no tienen que ver con falta de información o de calidad de los servicios, el valor de la variable QPF es cero, en caso contrario su valor es uno.

#### **D. Falta de acciones preventivas en SR**

Los datos de la Enadid 1997 no indagan sobre este punto, pero preguntan si alguna vez ha usado el condón para prevenir embarazos, teniendo en mente la limitación de esta variable para hablar prácticas preventivas de ITS, pero no teniendo otro indicador para aproximarse a este análisis y considerando que es mejor tener alguna *proxy*, a dejar vacío este importante aspecto de la SR, se utilizó esta variable en términos dicotómicos, donde cero indica que alguna vez ha usado el condón y uno que nunca lo ha usado.

La Ensare 1998, indaga por prácticas de detección temprana de cáncer CVU, mamario - en el caso de las mujeres - y de próstata - en los varones - así como prácticas de prevención de

---

<sup>11</sup> Inspira confianza, le brindó suficiente tiempo y le aclaró las dudas que tenía.

contagio de ITS y VIH –Sida, además del uso de condón actual, en el pasado y en el futuro, tanto en varones como en mujeres. La variable de acciones preventivas en SR (*Preven*) se construyó dicotómica donde cero indica la presencia de al menos una práctica preventiva<sup>12</sup> y uno la ausencia total de las mismas.

### **E. Sexualidad no placentera**

La Enadid 1997 tampoco indaga sobre esta dimensión. La Ensare 1998 en el cuestionario de hombres pregunta si el sujeto ha experimentado o no violencia sexual (*Vsex*); la variable es dicotómica, donde cero indica ausencia de este tipo de experiencia y uno presencia de al menos una.

Curiosamente en el cuestionario de las mujeres no sólo se pregunta si ha sido víctima de violencia sexual, sino también si su compañero la obliga a tener relaciones sexuales, si la mujer accede a tener relaciones sexuales aunque no quiera y si el oponerse al deseo de su compañero le acarrea algún tipo de maltrato. Todas estas experiencias fueron medidas como violencia sexual (*Vsex*), medida de manera dicotómica, donde 1 indica haber experimentado al menos uno de estos eventos y 0 no haber experimentado ninguno.

Además de ello, en la Ensare se le pregunta a la mujer si ha sentido placer en sus relaciones sexuales, la variable construida a partir de esta pregunta (*placer*) adquiere valor de 1 cuando la mujer expresa que no ha sentido placer.

### **F. Preferencias reproductivas no satisfechas**

Los datos de la Enadid 1997 y la Ensare 1998, permitieron construir las variables de presencia de concepciones prematrimoniales (*CPM*) y de demanda insatisfecha de anticoncepción (*DIA*) en las mujeres. La *CPM* se construyó a partir de la comparación entre la fecha del primer nacimiento y de la primera unión. Cuando la mujer declara ser soltera y tener al menos un hijo o cuando declara estar unida y la fecha de la unión es igual o posterior a la fecha del primer nacimiento, el valor de *CPM* será uno, lo que denota que hubo nacimientos prematrimoniales, en caso contrario el valor de *CPM* es cero.

---

<sup>12</sup> Nunca haber usado condón en las relaciones sexuales, tener la intención de no volverlo a usar en el futuro, no revisarse frecuentemente los genitales, no haberse realizado una prueba de VIH.

Por su parte, la *DIA* es una variable dicotómica cuyo valor es uno cuando la mujer tiene deseo de no tener más hijos o de posponer el nacimiento del siguiente y no está usando anticoncepción moderna; y su valor es cero cuando esta condición no se cumple e indica que no hay presencia de demanda insatisfecha de anticoncepción.

Ahora bien, para el caso de los varones la construcción de la *DIA* fue mucho más rústica porque sólo se incluye el no deseo de tener más hijos y el no uso de anticoncepción moderna. Se construyó además una variable dicotómica que mide la insatisfacción con la vasectomía, esto es, los hombres, que habiéndose operado, si tuvieran la oportunidad de operarse para poder volver a tener hijos lo harían; y ante la falta de la fecha del primer nacimiento, se construyó una dicotómica para la presencia de hijos no deseados o no planeados, cuyo valor es uno si la pareja estaba embarazada cuando se unieron<sup>13</sup>, o si cuando la pareja se embarazó él no estaba seguro, no deseaba que se embarazara o deseaba esperar más tiempo; y su valor es cero si no se cumplen alguna de estas condiciones o no ha tenido hijos.

### **G. Daño a la salud materna**

Esta dimensión aplica sólo para las mujeres y se compone de las variables dicotómicas abortos y mortinatos cuyo valor es 1 si la mujer ha experimentado alguno de estos eventos y 0 si no ha experimentado alguno de ellos.

### **H. Trayectorias reproductivas riesgosas para la salud**

Al igual que la dimensión anterior, esta sólo aplica para las mujeres y la definición de riesgo se basa en el criterio médico desde el cual se plantea que los embarazos antes de los 20 años y los intervalos intergenésicos cortos aumentan la probabilidad de tener abortos, mortinatos, complicaciones durante el parto y condiciones de salud desfavorables para la madre y el bebé. La definición del intervalo intergenésico riesgoso se definió como aquel que se encontraba por debajo del primer cuartil para la población general, de modo la variable tiene valor de uno si el intervalo entre el primer y el segundo hijo es menor a 18 meses; si éste es mayor, o si la mujer no ha tenido un segundo hijo su valor es cero.

---

<sup>13</sup> Este supuesto es también muy cuestionable, pues no necesariamente la presencia de un embarazo premarital indica que ese embarazo es no deseado o no planeado, pero dado que se quiere dar cuenta de una situación que no es fácil de medir y que no siempre se declara, se decidió asumir este supuesto, un tanto arbitrario, en tanto es preferible que el índice resulte levemente sobre-estimado a que se presente una sub-estimación que invisibilice la situación de no satisfacción de necesidades en SR en los jóvenes.

El índice global de necesidades no satisfechas en salud reproductiva es diferenciado según sexo y momento en el curso de vida. Las tablas 3 y 4 muestran esta construcción de acuerdo a la fuente de datos empleada.

**Tabla 3. Construcción del índice de NNSSR con los datos de la Enadid 1997**

Condición de las mujeres	Algoritmo de construcción de NNSSR
<b>Sin embarazos</b>	$(Kpast + Kcond + Kovul + Kdiu + Knorp + Kiny + Kotb + Kvasec + Condón + QSPF4 + DIA) / 19$
<b>Con al menos un embarazo</b>	$(Kpast + Kcondon + Kovul + Kdiu + Kiny + Knorp + Kotb + Kvasec + Condón + QPF1 + QPF2 + QPF3 + QPF4 + QPN1 + QPN2 + QPN3 + QPN4 + QPN5 + EPP1 + EPP2 + EPP3 + EPP4 + EPP5 + EPP6 + EPP7 + EPP8 + Mortinatos + Abortos + DIA + Riskpreg + Riskinterv + CPM) / 52.$

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 4. Construcción del índice de NNSSR con los datos de la Ensare 1998**

Condición del sujeto	Algoritmo NNSSR
<b>Sin experiencia sexual</b>	Mujer $(Kpast + Kcond + Kovul + Kdiu + Knorp + Kiny + Kotb + Kvasec + Ksif + Kgon + Kclam + Ktrico + Kherp + Khiv + Ktr + Kprevits) / 24$
	Varón <sup>14</sup> $(Kpast + Kdiu + Kiny + Knorp + Kotb + Kvasec + Kovulos + Kcondon + Kccvu + Kcmama + Kcprost + Kpiojo + Kherpes + Ktrico + Kgono + Ksif + Kprevits + Ktr + PITS + PPF) / 28$
<b>Con experiencia sexual sin embarazos /hijo</b>	Mujer $(Kpast + Kcond + Kovul + Kdiu + Knorp + Kiny + Kotb + Kvasec + Ksif + Kgon + Kclam + Ktrico + Kherp + Kprevits + Ktr + PSR + QPF + Vsex + Satis + Preven + DIA) / 29$
	Varón <sup>15</sup> $(Kpast + Kdiu + Kiny + Knorp + Kotb + Kvasec + Kovulos + Kcondon + Kccvu + Kcmama + Kcprost + Kpiojo + Kherpes + Ktrico + Kgono + Ksif + Kprevits + Ktr + PITS + PPF + QSR + DIA + Accion) / 31$
<b>Con al menos un embarazo/ hijo</b>	Mujer $(Kpast + Kcond + Kovul + Kdiu + Knorp + Kiny + Kotb + Kvasec + Ksif + Kgon + Kclam + Ktrico + Khiv + Kherp + Kprevits + Ktr + PSR + QPF + Vsex + Satis + Preven + DIA + Wkids + Mortinatos + Abortos + Riskinterv + Riskemb + EPP1 + EPP2 + EPP3 + EPP4 + EPP5 + EPP6 + EPP7 + EPP8 + EPP9 + EPP10 + QSM) / 50 .$
	Varón <sup>16</sup> $(Kpast + Kdiu + Kiny + Knorp + Kotb + Kvasec + Kovulos + Kcondon + Kccvu + Kcmama + Kcprost + Kpiojo + Kherpes + Ktrico + Kgono + Ksif + Kprevits + Ktr + PITS + PPF + QSR + DIA + Accion + Wkids) / 32$

Fuente: Elaboración propia

<sup>14</sup> Se excluye la variable *Khiv* (desconocimiento sobre VIH) por el escaso número de casos que reportan desconocimiento ( )

<sup>15</sup> Se excluye las variable *Khiv* (desconocimiento sobre VIH) y *Vsex* (presencia de violencia sexual) por el escaso número de casos que reportan desconocimiento ( )

<sup>16</sup> Se excluye las variable *Khiv* (desconocimiento sobre VIH), *Vsex* (presencia de violencia sexual) y *Trayectorias* por el escaso número de casos que reportan insatisfacción.

### 3.3 Variables independientes

El eje fundamental de este estudio es la hipótesis de que la posición que ocupa el joven en el espacio social tiene una relación directa con sus niveles de satisfacción en SR, pues en torno a la posición en la estructura social se configura una red de interacciones complejas entre múltiples circunstancias que operan como barreras para la satisfacción de las necesidades en este ámbito.

Según Bourdieu (1996) el espacio social es un “conjunto de posiciones distintas y coexistentes, externas unas a otras, definidas en relación unas de otras por su exterioridad mutua y por relaciones de proximidad, de vecindad o de alejamiento y así mismo, por relaciones de orden”. Así pues, “las clases sociales no existen, lo que existe es un espacio social, un espacio de diferencias, en el que las clases se presentan en cierto estado virtual, punteado, no como algo dado sino como algo que se trata de construir”.

En demografía si bien los intentos de teorización sobre la relación entre estructura social y comportamiento demográfico no se ha planteado en estos términos, si ha habido un interés por establecer relaciones entre éstos y diferenciales socioeconómicos medidos en términos del lugar de residencia, el nivel de escolaridad, el tipo de ocupación, la rama de actividad, y la posición en la ocupación, referidas a la mujer, su compañero o el jefe del hogar (Echarri, 2005:4). Entre estos destacan los estudios de Mier y Terán y Rabell (1984) y Tuirán y Zúñiga (2001), sobre diferencias de fecundidad entre varios *grupos sociales*; los de Stern y Tuirán (1993) sobre la relación entre *desigualdad social* y diferencias en las transiciones de la mortalidad y la fecundidad; los estudios de García y De Oliveira (1990) sobre pautas diferenciales de fecundidad y nupcialidad entre *sectores sociales* distintos; los estudios de Bronfman, López y Tuirán (1986), sobre la relación entre *clase social* y patrones anticonceptivos.

Por otro lado, desde la perspectiva de la economía del desarrollo se ha producido abundante material sobre medición de la pobreza y falta de satisfacción en salud como uno de los indicadores de rezago. La literatura sobre el tema confirma la asociación entre pobreza y baja escolaridad, situación que repercute negativamente en la SR por la vía de la falta de acceso a información, a servicios de prevención, por las dificultades para el seguimiento de instrucciones médicas, la identificación de señales de enfermedad, el escaso ejercicio de los derechos ciudadanos en términos de la exigencia de calidad en los servicios, entre otros. El problema radica en la definición de pobreza y su medición que puede equivaler a necesidades básicas insatisfechas (dentro de las cuenta el acceso a la salud), a bajos ingresos (que determinan el

acceso y la calidad de los servicios de salud con que se cuenta), o a una serie de pautas de comportamiento, de normas y de construcciones simbólicas que definen las relaciones de género, el concepto de la salud y enfermedad, la sexualidad, etcétera, que repercutirán en la percepción de necesidades en el ámbito de la SR, en la construcción de demandas frente a ellas y en las rutas de acción desplegadas al respecto.

En el intento por acercarse a una medición muy aproximada del espacio social, se escogió como variable *proxy* la condición de pobreza, construida a partir de un índice de estratificación socioeconómica de la población elaborado por Echarri (2005), que además de presentar resultados robustos al compararlos con otras mediciones, es un método simple y da cuenta de dimensiones individuales y del hogar que determinarían las “posiciones definidas mediante un sistema pluridimensional de coordenadas, cuyos valores corresponden a los de las diferentes variables que lo componen” (Echarri, 2005: 10), es decir, los estratos sociales.

El índice de estratificación social está compuesto por tres dimensiones: (1) Condiciones de vivienda que refiere a la calidad de la vivienda en términos de provisión de servicios básicos, número de cuartos y material del piso; (2) Escolaridad relativa promedio del hogar, que refleja el promedio de escolaridad acumulada para la misma generación y sexo de cada uno de los miembros con relación a una población estándar; y (3) Actividad mejor remunerada en el hogar. El resultado son cuatro estratos socioeconómicos (muy bajo, bajo, medio y alto) que articulan condiciones materiales de vida, escolaridad e ingresos del hogar, pues según el autor, es en este ámbito donde se comparte la satisfacción de necesidades.

A partir de la propuesta de Echarri (2005), en este trabajo se define como pobres a los sujetos que se ubican en los dos primeros estratos (muy bajo y bajo) y como no pobre a aquellos que se encuentran en los dos estratos más altos (medio y alto). Al comparar la medición con la obtenida a través de otros métodos se encuentran grandes coincidencias, y al explorar la relación entre los estratos construidos y patrones demográficos, se encuentran resultados coherentes con estudios previos, lo que permite generar una discusión sobre la desigualdad social, la manera cómo ésta afecta la SR de la población y su interacción con procesos sociales y culturales. Se espera encontrar que el ser pobre implica un mayor nivel de NNSSR en tanto no sólo no cuentan con los ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades, para acceder a servicios de calidad y donde se les brinde un trato digno, sino que también tienen menor acceso a información sobre la

sexualidad, sus cuerpos y los cuidados necesarios, así como mayores barreras de carácter cultural que les obstaculizan el acceso a los servicios de SR.

Ahora bien, en el plano del hogar, según Echarri (2003: 6) “la posición que ocupan los individuos y los hogares a los que pertenecen en la estructura de la sociedad determina no solamente la exposición a riesgos, sino también las capacidades de enfrentarlos, de prevenirlos y de tratar los daños a la salud”. Aplicado al escenario de la SR, es posible pensar que las mujeres adolescentes que trabajan, son jefas o esposas tienen menos redes de apoyo que aquellas que son estudiantes e hijas, en tanto tales lugares sociales están investidos de mayor responsabilidad: Han dejado de ser hijas para ser madres o esposas, ha pasado de ser estudiantes a ser trabajadoras, ello ha implicado salir de cierta protección que brindan instituciones como la familia de origen y la escuela, dejar de recibir atenciones para darlas a su nueva familia, para pasar a formar parte del aparato reproductor social y familiar, no tenemos indicadores que nos permitan saber cuánta protección sigue recibiendo la joven de su familia de origen o cuánta protección recibe de las nuevas instituciones que ahora reproduce y nos inclinamos a pensar que el cambio genera una pérdida de apoyo social que impacta negativamente la SR de la mujer, principalmente debido a lo que se conoce como *altruismo materno*, “ideología, culturalmente construida, que opera como un freno sobre los propios intereses de las mujeres” (Echarri, *Op. Cit*), donde el bienestar del hijo es el único fin válido.

La condición de actividad opera en un doble sentido. De un lado, las jóvenes que son estudiantes están inmersas en una institución que les brinda algún tipo de protección en materia de salud y también les brinda información al respecto. De otro lado, el ser amas de casa o trabajadores les implica a los jóvenes ubicarse en lugares distintos en la relación autonomía – subordinación y en cada uno operan barreras de diverso orden que pueden afectar la satisfacción de la SR, por lo que se buscaría explorar esa relación. En este sentido, algunos estudios (García y De Oliveria, 2006, entre otros) muestran como el incorporarse tempranamente al mercado de trabajo acelera la experimentación de eventos reproductivos, lo que aunado a situaciones de precariedad puede aumentar los niveles de NNSSR.

En el ámbito individual, se emplea la variable categorías de escolaridad relativa para medir el efecto del rezago escolar sobre la situación del NNSSR, pues dado que la mayoría de jóvenes entre 15 y 19 años aún no ha finalizado su formación escolar, era más conveniente analizar el rezago y no los grados de escolaridad. Esta variable es construida por Echarri (2005:

18), y reflejan el promedio de escolaridad acumulada para la misma generación y sexo del sujeto con relación a una población estándar, permitiendo medir la diferencia en años de escolaridad acumulada entre ellos. Así clasificamos a los sujetos según una escolaridad relativa muy baja, baja, media o alta con respecto al promedio observado en la década de los noventa para los sujetos de su misma edad y sexo. Se espera que exista una relación inversamente proporcional entre ellos, en la medida en que diversos estudios muestran como el permanecer durante más tiempo en la escuela, permite postergar la unión y el nacimiento del primer hijo, y al brindar mejores oportunidades de ingreso en el mercado laboral, contribuye a elevar los niveles de autonomía y empoderamiento en los sujetos. Ello, traducido en términos de necesidades de SR, implicaría tener no sólo mejor información sino también mayores recursos para satisfacer sus necesidades en comparación con los jóvenes que cuentan con menor escolaridad.

**Tabla 5. Variables independientes**

<b>Variables</b>	<b>Valores</b>
Posición en el hogar	1 jefe del hogar; 2 esposa(o) del jefe; 3 soltera(o) e hija (o) del jefe; 4 soltera(o) e hija (o) del jefe; 5 trabajadora doméstica; 6 alguna vez unida e hija del jefe; 7 alguna vez unida no hija del jefe
Categorías de escolaridad relativa	1 Muy baja; 2 Baja; 3 Media; 4 Alta
Condición de actividad	0 Estudiante; 1 Trabajador; 3 Quehaceres del hogar 4 Sin actividad
Condición de pobreza	0 No pobre; 1 Pobre
Momento del curso de vida	0 sin experiencia sexual; 1 con experiencia sexual sin hijos nacidos vivos; 2 Con al menos un hijo nacido vivo

### **3.4 Análisis estadístico**

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo en el cual se busca dar cuenta de la situación de satisfacción de necesidades en diferentes dimensiones de la SR de los y las jóvenes, en dos escenarios de comparación diferentes en la medida en que lo permiten los datos: Primero de la situación de los jóvenes del Distrito Federal en comparación con la de los jóvenes a nivel nacional, pues el proyecto en el que se inscribe este estudio se enfoca en la población pobre del Distrito Federal; y en segundo lugar, de la situación de los y las jóvenes en comparación con la encontrada en la población de edades superiores (20 – 54).

En segundo lugar, se realizaron pruebas de estabilidad estructural del índice construido, a través del análisis factorial. Se calculó en primera instancia el coeficiente *Alpha de Cronbach* para analizar la consistencia interna de cada uno de los índices según condición del sujeto y fuente de información. Este coeficiente analiza la correlación media entre las variables que conforman el índice y en esa medida da cuenta del grado en que las variables miden una misma

estructura subyacente. Así, si las variables no están positivamente correlacionadas entre sí, el valor del coeficiente tenderá a cero, se acercará a uno entre mayor sea la correlación entre las variables que componen el índice y será negativo si en el índice hay algunas variables que miden características opuestas. El *Alpha* evalúa además cuánto mejoraría (o empeoraría) la confiabilidad del índice si se excluyera una determinada variable.

Seguidamente, para contrastar la validez del índice construido se utilizó un análisis factorial de correlaciones, en el que se procura agrupar variables de acuerdo a la distribución de su varianza. Así, aquellas variables más cercanas entre sí, estarían midiendo un mismo objeto y conformarían un factor. La extracción de factores correspondió a un *eigenvalue* mayor o igual a uno y el punto de corte escogido para la inclusión de variables en un factor fue de 0,40, lo que significa que el factor explica al menos el 40 por ciento de la varianza de esa variable.

Para verificar la idoneidad del análisis factorial construido se calculó el índice de esfericidad de *Bartlett*, este estadístico muestra si la matriz de correlación entre las variables que componen el índice permite que el análisis factorial funcione con los mismos datos en diferentes escalas. Las tablas 7 y 8 resumen los resultados de estas pruebas.

**Tabla 6. Resumen de resultados de diferentes pruebas estadísticas realizados a cada uno de los índices construidos. Enadid, 1997.**

Condición de las mujeres	<i>Alpha de Cronbach</i>	Análisis factorial (varianza total explicada)	Prueba de Bartlett	casos válidos	Casos perdidos
Sin embarazos	0.818	56%	Sig.	28,665	0
Con al menos un embarazo	0.839	65%	Sig.	59,357	0

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Enadid, 1997

**Tabla 7. Resumen de resultados de diferentes pruebas estadísticas realizados a cada uno de los índices construidos. Ensare, 1998.**

Condición del sujeto		<i>Alpha de Cronbach</i>	Análisis factorial (varianza total explicada)	Prueba de Bartlett	casos válidos	Casos perdidos
Sin experiencia sexual	Mujer	0.844	56%	Sig.	1,683	0
	Varón	0.881	56%	Sig.	463	0
Con experiencia sexual sin embarazos	Mujer	0.77	60%	Sig.	203	0
	Varón	0.805	59%	Sig.	446	0
Con al menos un embarazo	Mujer	0.673	60%	Sig.	3,510	2
	Varón	0.77	53%	Sig.	1,380	1

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de la Ensare, 1998

Seguidamente, se explora la relación entre la condición de ser pobre o no pobre, el nivel de insatisfacción de cada una de las dimensiones de la SR y el indicador global en los cuatro escenarios descritos, estableciendo si las diferencias según condición de pobreza y grupos de edad son significativas a través del análisis de las varianzas de estas variables por separado (ANOVA). Finalmente, para medir estadísticamente la importancia que tiene la condición de pobreza sobre la insatisfacción de necesidades en SR y analizar el efecto de otros posibles factores intervinientes asociados a la posición del joven en la estructura social, se realiza un análisis de clasificación múltiple (MCA).

El MCA examina las relaciones entre varias variables de predicción y una variable dependiente y determina los efectos de cada predictor antes y después de los ajustes para sus intercorrelaciones con otros predictores dentro del análisis; proporciona información acerca de las relaciones bivariadas y multivariadas entre los predictores y la variable dependiente. Tiene las ventajas de estar diseñado para analizar variables predictoras de distintas escalas y de aceptar un número desigual de casos en las celdas construidas por clasificación cruzada de los predictores; sin embargo, asume que los efectos de los predictores son aditivos, es decir que no hay interacciones entre ellos. Todos los cálculos estadísticos se realizan con la ayuda del programa SPSS versión 12.

### **3.5 Análisis cualitativo**

El material cualitativo con el que se enriquece la descripción de los hallazgos empíricos, pretende contextualizar esos datos, buscando posibles interpretaciones de resultados que llaman la atención y plantear vías posibles de intervención en el ámbito de la SR con poblaciones específicas, en este caso los jóvenes.

Reconocemos el escaso material recogido en el marco del trabajo y en esa medida es importante subrayar que de ninguna manera se busca comparar ambos tipos de información. El material fue sistematizado mediante la codificación de los relatos a partir del mapa conceptual construido a priori con las categorías que se presentan en el diagrama 3 y que se desprenden del marco teórico. Esta sistematización se realizó a través del programa Atlas Ti versión 4.1.

### **3.6 Universo y temporalidad**

El foco de atención del estudio lo constituyen los y las jóvenes entre 15 – 19 años habitantes del Distrito Federal entre los años 1997, 1998 y 2006.

Es importante subrayar que la información recopilada en las encuestas (ENADID 1997 y ENSARE 1998) tampoco es comparable por razones de muestreo y de temporalidad. La comparabilidad se da entre los datos al interior de cada encuesta.

El objetivo de recurrir a dos encuestas distintas es probar la robustez del índice construido, que es el principal aporte del estudio y dar cuenta de una situación aún poco explorada en la demografía, que es la salud reproductiva vista desde una perspectiva integral en la población juvenil, comúnmente denominada adolescente, que de lo que más adolece es de mediciones específicas. La información de los dos grupos focales permite plantear hipótesis que podrían marcar líneas subsiguientes de indagación e intervención en este ámbito.

### **3.7 Problemas metodológicos**

El primer problema que plantea este estudio es la fuente de información, en tanto si bien México es rico en encuestas, ninguna de ellas se focaliza en el tema y grupo de interés. Aquellas que indagan por la SR no tienen representatividad en el ámbito del Distrito Federal. Otras, como La Encuesta Nacional de Juventud (2000) si bien es interesante en tanto se enfoca en la población de interés, no cubre suficientes dimensiones de la SR. Por su parte, La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, que tiene representatividad nacional y estatal e indaga suficientes dimensiones de la SR, no recoge información referida a los varones. Esta falta de una fuente idónea de información hizo necesario recurrir a dos bases de datos, situación que no permite hacer comparaciones de los resultados obtenidos.

En segundo lugar, la construcción misma del índice implicó resolver desde la discusión teórica la relación entre la presencia o ausencia de necesidad en SR y la condición de los sujetos (sin experiencia sexual, sin embarazos, con hijos nacidos vivos) en términos del calendario en el que experimentan sus eventos reproductivos. Por ello se introdujo como variable independiente *momento del curso de la vida del sujeto* como un factor de control al momento de correr los MCA y - como se dilucidó en el apartado de construcción del índice – la construcción misma del índice de NNSSR se realizó tomando en cuenta los eventos reproductivos vividos.

En tercer lugar y relacionado con lo anterior, el enfocarse en la población de 15 a 19 años trajo consigo un problema de selectividad, pues el preguntarse por trayectorias reproductivas riesgosas por ejemplo, en este grupo de edad, implica centrarse en aquellos sujetos que tienen calendarios tempranos. Interesaba en sentido indagar como esa selectividad implica mayores o

menores niveles de vulnerabilidad - en términos de insatisfacción de necesidades en SR - según el contexto en el que reside el joven y por eso se decidió no controlar este efecto, sino antes bien, analizarlo.

Con respecto a las fuentes de información, la Enadid 1997 no nos informa si las mujeres se han iniciado sexualmente o no, lo que dificulta el análisis que aquí se quiere realizar e introduce sesgos en las mediciones, especialmente de las más jóvenes, pues según los datos de la Ensare 1998, se espera que una proporción importante de las jóvenes no se halla iniciado sexualmente y en ese sentido, no tendría por qué usar anticoncepción, lo que lleva a una sobrevaloración de necesidades no satisfechas en esta dimensión particular. Por su parte, la muestra de varones de la Ensare 1998, se torna insuficiente, pues al querer analizar sólo la población juvenil y empezar a desagregar según curso de vida y condición de pobreza, se iban agotando los casos, situación que limita las posibilidades de generalización y aún más, la solidez misma del análisis estadístico en términos de bondad de ajuste a los MCA.

Finalmente se encuentran correlaciones entre las variables independientes con valores entre 0.066 y -0.525<sup>17</sup>, entre los cuarteles de escolaridad relativa y la condición de pobreza, sin embargo, dado que el MCA es un análisis de varianza no se requiere una estructura específica de los datos como en el caso de los modelos de regresión. La correlación entre estas dos variables hace que pierda fuerza la medida de asociación de los factores, por lo que se entiende que si esta medida sigue siendo fuerte aún a pesar de la correlación, la asociación es realmente muy importante. Por estas razones, y considerando la importancia que tiene para este estudio el análisis de estas variables se decidió incluirlas en el MCA y analizar los resultados teniendo en cuenta esta dificultad.

---

<sup>17</sup> Ver apéndice 4.

#### **4. Resultados: Los tesoros de la travesía**

En este apartado se presentan los resultados del análisis descriptivo de los componentes contruidos de NNSSR, así como de su índice global. Este análisis descriptivo se estructura a partir de un triple esquema de confrontación de situaciones: la de mujeres jóvenes frente a la de los jóvenes varones en materia de SR; la de los y las jóvenes frente a la encontrada en adultos de 20 a 54 años; y la de jóvenes que han experimentado o no diversos eventos reproductivos en sus cursos de vida. Las diferencias según condición de pobreza y grupo de edad son estadísticamente significativas con nivel de confiabilidad del 95%. Es importante recordar que sólo es comparable la información entre los grupos de edad y según condición de pobreza, pues el índice es estructuralmente diferente para hombres y mujeres y según los eventos vividos del curso de vida.

En un primer momento se describe la población de interés en términos de las variables independientes a considerar en el análisis; posteriormente se analiza el estado de cada uno de los componentes de NNSSR y de su índice global según cada uno de los *lugares* de comparación ya mencionados, articulando a la discusión los hallazgos obtenidos a través de los grupos focales. Finalmente se presentan y discuten los resultados del análisis de clasificación múltiple, tanto para el índice global de NNSSR, como para cada uno de sus subíndices constitutivos, análisis que se aplica sólo para la población juvenil, objetivo fundamental de este estudio.

##### **4.1 Características sociodemográficas de la población de estudio: Los r(a)ostros juveniles**

En la Enadid 1997 la población de 15 a 19 años representa el nueve por ciento del total de mujeres encuestadas en el ámbito nacional, de las cuales 43 por ciento son pobres y el 57 por ciento no lo son. En la Ensare 1998, las jóvenes representan el 14 por ciento del total de encuestadas, 46.5% de las cuales son no pobres y el 53.5% restante son pobres. Los jóvenes entre 15 y 19 años por su parte, representan el 13 por ciento de los encuestados en la Ensare 1998, 55 por ciento de ellos son pobres, y 45 por ciento no pobres.

Los datos de ambas encuestas evidencian que los y las jóvenes presentan mejores niveles de escolaridad que la población entre 20 y 54 años. En la Ensare por ejemplo, no hay jóvenes varones ni mujeres sin escolaridad, mientras que en la Enadid, éstas constituyen sólo el 3%, siendo una condición asociada inexorablemente a la pobreza; mientras que aquellas con estudios superiores representan en esta última encuesta el 12 y el 45% según sean pobres o no y en la Ensare el 11 y 40% respectivamente. En el caso de los varones no pobres, los que cuentan con

estudios superiores son el 40 y 37 por ciento, según estén en el grupo 15-19 ó 20-54 respectivamente, mientras que para los pobres la proporción es 11 y 13 respectivamente.

**Tabla 8. Características sociodemográficas de mujeres según condición de pobreza y grupos de edad. México, 1997.**

Porcentaje de mujeres con cada característica:	Grupos de edad y condición de pobreza			
	15 – 19		20 – 54	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Estudiantes	22	55	1	4
Trabajadoras	35	29	41	55
Dedicadas a quehaceres del hogar	42	16	58	40
Alguna vez unidas	22	9	83	75
Sin embarazos	83	93	16	26
Con al menos un embarazo	17	7	84	74
Sin escolaridad	3	0	15	1
Con estudios superiores	12	45	6	37
Con escolaridad relativa muy baja	37	7	56	12
Con escolaridad relativa alta	5	22	9	52
<b>Número de casos sin ponderar</b>	<b>9,660</b>	<b>7,112</b>	<b>36,898</b>	<b>34,352</b>

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

Las categorías de escolaridad relativa generan un dato muy interesante, pues evidencian como el rezago escolar es menor para la población más joven, de modo que mientras en la Enadid el 56% de las adultas pobres presentan una escolaridad relativa muy baja, este porcentaje es de 37% en el caso de las jóvenes pobres; en la Ensare estas proporciones son de 26 y 9% respectivamente. En los varones jóvenes también se encuentra que el rezago educativo es mucho menor que el encontrado en los adultos y la brecha entre pobres y no pobres es también menor, pero no poco importante: La relación entre jóvenes pobres y no pobres con escolaridad relativa alta es de 3 a 7, es decir, mientras en los pobres sólo 3 de cada 10 jóvenes tienen una escolaridad relativa alta, entre los no pobres la proporción es 7 de cada 10.

Pese a la aparente reducción de la que la brecha entre pobres y no pobres que se observa al comparar las mujeres jóvenes con las adultas, los diferenciales siguen siendo importantes, de modo que en la Enadid sólo un 5% de las jóvenes pobres tienen una escolaridad relativa alta, mientras que este porcentaje es de 22% para las no pobres, proporciones que en la Ensare son de 2 y 14% respectivamente. Los datos patentizan pues el problema del acceso a la educación en los sectores subalternos y cómo ello constituye una marca de clase fundamental.

**Tabla 9. Características sociodemográficas de mujeres según condición de pobreza y grupos de edad. México, 1998.**

Porcentaje de mujeres con cada característica:	Grupos de edad y condición de pobreza			
	15 – 19		20 – 54	
Condición de pobreza	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Estudiantes	44	73	2	5
Trabajadoras	38	20	46	54
Dedicadas a quehaceres del hogar	18	7	51	39
Alguna vez unidas	18	4	86	78
Sin experiencia sexual	79	90	11	17
Con experiencia sexual, sin embarazos	5	6	3	5
Con al menos un embarazo	16	5	86	78
Sin escolaridad	0	0	4	1
Con estudios superiores	11	40	13	37
Con escolaridad relativa muy baja	9	0	26	4
Con escolaridad relativa alta	2	14	8	38
<b>Número de casos sin ponderar</b>	<b>392</b>	<b>341</b>	<b>2,442</b>	<b>1,704</b>

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

De otro lado, la *ocupación principal* declarada por los y las jóvenes está también profundamente marcada por la condición de pobreza, de forma tal que, en el caso de los varones, la proporción de trabajadores es 1.75 dos veces mayor en los pobres en comparación con los no pobres y en las mujeres la relación es de dos a una, siendo más importante el diferencial para la ocupación de ama de casa. Así pues, mientras la mayor proporción de jóvenes hombres y mujeres no pobres se dedica a estudiar, entre los pobres la ocupación principal es el trabajo en el caso de los varones y el hogar en el caso de las mujeres de la Enadid. Llama la atención en el caso de las mujeres adultas, que sean aquellas no pobres las que trabajen en mayor proporción, mientras que en el caso de las pobres su principal ocupación es el hogar, lo que podría estar planteando cierto tradicionalismo en los roles de género especialmente en los sectores populares, situación que se observa tanto en Enadid como en la Ensare.

Con respecto al *estado civil*, según la Enadid (1997) el 22 y 9% por ciento de las jóvenes mexicanas pobres y no pobres respectivamente se ha unido alguna vez. Los datos de la Ensare 1998, reportan que el porcentaje de jóvenes mujeres alguna vez unidas es del cuatro por ciento en las no pobres y de 18% en las pobres, tendencia que está también presente en las mujeres adultas, de modo que son aquellas en condición de pobreza las que se unen con mayor frecuencia. En los varones jóvenes, los que están en situación de pobreza se unen cinco veces más frecuentemente que los no pobres. Los varones adultos, en su mayoría se encuentran unidos,

aunque la situación es menos frecuente entre los no pobres que entre los pobres, pero los diferenciales no son tan marcados como los encontrados para el primer grupo de edad.

**Tabla 10. Características sociodemográficas de varones según condición de pobreza y grupos de edad. México, 1998**

Porcentaje de varones con cada característica:	Grupos de edad y condición de pobreza			
	15 - 19		20 - 54	
Condición de pobreza	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Estudiantes	40	66	1	3
Trabajadores	56	32	96	93
Dedicados a quehaceres del hogar	1	1	0	0
Alguna vez unidos	10	2	83	78
Sin experiencia sexual	61	70	4	4
Con experiencia sexual, sin hijos	34	28	19	24
Con al menos un hijo	5	2	77	72
Sin escolaridad	0	0	3	0
Con estudios superiores	8	41	16	46
Con escolaridad relativa muy baja	7	1	24	4
Con escolaridad relativa alta	3	7	10	44
<b>Número de casos sin ponderar</b>	<b>147</b>	<b>122</b>	<b>1,017</b>	<b>689</b>

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

Ahora bien, con respecto a los *eventos vividos del curso de vida*, los datos de la Ensare 1998 expresan que la mayor proporción de jóvenes varones y mujeres entre 15 y 19 años aún no han tenido relaciones sexuales, siendo una situación más común entre los no pobres. Llama la atención que mientras que sólo el cinco y seis por ciento de las mujeres jóvenes – según se encuentren en condición de pobreza o no - declaran haber iniciado su vida sexual sin tener aún algún embarazo, entre los varones esta proporción es del 34 y 28 por ciento según sea pobre o no pobre.

Las diferencias en la fecundidad de las jóvenes según su condición de pobreza responden a lo esperado: Mientras el 16% de las pobres han tenido al menos un embarazo, esta proporción es del 5% en las no pobres. En los varones jóvenes, la fecundidad es muy baja, de modo que sólo el 5% de los pobres y el 2% de los no pobres declaran haber tenido al menos un hijo.

Esto parece indicar que la vivencia de la sexualidad entre hombres y mujeres jóvenes es disímil: sexualidad y maternidad parecen estar ligadas en el caso de las jóvenes y con mayor frecuencia en las pobres. Ello hace necesario indagar sobre el significado de la maternidad para las jóvenes de diferentes condiciones sociales y en qué medida esa maternidad es un deseo de la joven o una señal de dificultades en el control de la fecundidad. La sexualidad desligada de la

reproducción parece ser una práctica eminentemente masculina, que plantea inquietudes sobre las estrategias de anticoncepción y de prevención de ITS desplegadas por ellos. Debido a las diferencias encontradas según condición de pobreza, convendría indagar por los dispositivos individuales con que cuentan las y los jóvenes que les permiten tener distintos niveles de autonomía frente a la normatividad social, que en este caso parece asociar de manera irremediable la sexualidad femenina con la maternidad y desligar la sexualidad masculina de la procreación.

Estos datos sociodemográficos permiten tener una idea de quienes son los y las jóvenes considerados en este estudio. En primer lugar son sujetos cuyas vidas están profundamente marcadas por condiciones de desigualdad social, de modo que el ser pobre o no pobre se asocia a sus niveles de escolaridad, a su ocupación, a sus probabilidades de entrar en unión, de iniciar su vida sexual y de ser madres o padres. En segundo lugar, son sujetos con mayor escolaridad que el resto de la población, hijos de la revolución educativa que experimentó el país en la segunda mitad del siglo XX, lo que denota mayor acceso a información y posibles cambios en sus expectativas de vida.

Pese a estos cambios, persiste al parecer cierto tradicionalismo en los roles de género asociados a la sexualidad, de modo que – al menos en lo declarado – la vivencia femenina sigue estando asociada al rol de la maternidad, mientras en los varones hay una clara separación entre sexualidad y reproducción. Lo anterior podría parecer contradictorio, en tanto los y las jóvenes de 15 a 19 años son hijos de la Ley General de Población y de la difusión del pensamiento feminista, esto es, crecieron en un contexto de promoción del control de la fecundidad, del uso de la anticoncepción, de la promoción de los derechos de la mujer y la equidad de género, de la eclosión de discursos, imágenes e información en torno a la sexualidad, por lo que se esperaría que sus imaginarios y prácticas en torno a la sexualidad y las relaciones y roles de género fueran menos tradicionales.

En términos estructurales, es importante considerar que las vidas de éstos jóvenes han transcurrido en medio de crisis económicas y la depreciación del ingreso de sus hogares, lo que los ha llevado, sobre todo en los hogares pobres, a participar de manera activa en el sostenimiento económico de los mismos. Esta situación podría estar introduciendo cambios en el calendario de los eventos de transición a la adultez y en esa medida, generando situaciones de

aumento potencial de las necesidades en SR. El MCA nos brindará elementos para esclarecer estas posibles relaciones entre características socioeconómicas y demográficas de los sujetos y sus hogares y grados distintos de NNSSR. Exploremos antes la situación de cada uno de los componentes de las NNSSR según eventos del curso de vida vividos.

#### **4.2 Situación de insatisfacción de necesidades de SR según eventos del curso de vida experimentados: Sexualidad, fecundidad y vulnerabilidad**

Dado que – como se argumentó en el apartado metodológico – los eventos vividos en el curso de vida determinan la presencia potencial de necesidades en salud reproductiva, la descripción de los niveles encontrados en el índice global de NNSSR se desarrollará en función de tres *estados del curso de vida* considerados - Sin experiencia sexual, Con experiencia sexual sin embarazos, Con al menos un embarazo - y de sus distintos componentes en cada uno de ellos, gracias a la información que aporta la Ensare, 1998.

Si bien la presentación de los resultados es construida contrastando lo encontrado en mujeres y hombres, debe recordarse que los índices no son comparables, por las razones de muestreo y de construcción misma del indicador, ya expuestas con anterioridad. Dado que la Enadid, 1997 no pregunta por la iniciación sexual, los datos procesados para esta encuesta se analizarán con base en dos estados del curso de vida: Sin embarazos y con al menos un embarazo.

##### **A- Población sin experiencia sexual**

Las tablas 11 y 12 muestran los valores de los componentes del *índice de NNSSR* para mujeres y hombres sin experiencia sexual. En general se observa que tanto en el caso de los adultos como de los jóvenes, las mujeres presentan mayores niveles de desconocimiento en SR, siendo mayor la brecha en lo concerniente a las ITS, debe considerarse sin embargo que no se realizó ninguna prueba estadística para comprobar si estas diferencias son significativas.

En el caso específico de las mujeres, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad considerados (15-19 y 20-54) en los indicadores de *reconocimiento del preservativo como medio de protección contra ITS, el desconocimiento de formas de transmisión del VIH y el desconocimiento de ITS*; sin embargo, las diferencias en el

*desconocimiento de métodos de anticoncepción moderna y del índice global de NNSSR* si son significativas con un nivel de significancia del cinco por ciento, de tal suerte que son las jóvenes quienes presentan mayor insatisfacción en este aspecto.

**Tabla 11. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para mujeres de distintos grupos de edad sin experiencia sexual. México, 1998**

Componentes de NNSSR	Grupos de edad y condición de pobreza			
	15 - 19		20 - 54	
	Condición de pobreza		Condición de pobreza	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Valor promedio del índice de desconocimiento anticoncepción moderna <sup>18</sup>	0.638	0.585	0.607	0.575
Valor promedio del índice de desconocimiento de ITS	0.718	0.654	0.727	0.657
Porcentaje de mujeres que desconocen formas de transmisión del VIH	3.5	3.0	1.9	0.7
Porcentaje de mujeres que no reconocen al preservativo como medio de prevención de ITS	76.5	57.2	69.6	64.5
<b>Valor promedio del índice de NNSSR</b>	0.592	0.522	0.571	0.518
Número de casos sin ponderar	311	306	260	287
	617		547	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

Los diferenciales en todos los indicadores de NNSSR por condición de pobreza son significativos estadísticamente, de modo que las mujeres pobres presentan mayores niveles insatisfacción en las diferentes dimensiones de la SR aquí tenidos en cuenta. Llama la atención el hecho de que con excepción de los primeros indicadores de la tabla 11, las brechas entre pobres y no pobres son sustancialmente mayores para la población joven, muy posiblemente asociado al efecto que la asistencia a la escuela tiene sobre ellas.

Por su parte, en los varones mientras que las diferencias en todos los indicadores – incluyendo el índice global - son significativas según condición pobreza, según grupo de edad sólo resultan significativos la falta de acceso a programas (*PITS* y *PPF*) y el desconocimiento en torno a padecimientos crónicos. Se encuentra – al igual que lo encontrado en el caso de las mujeres -, que las brechas entre pobres y no pobres son ligeramente mayores entre los más jóvenes, siendo especialmente importantes los diferenciales en los *conocimientos en torno a ITS* y *padecimientos crónicos* y el *acceso a programas de SR (PITS y PPF)*. Llama la atención que mientras los adultos han tenido mayor acceso a *PPF*, los jóvenes a tenido mayor acceso a *PITS*, lo que podría estar expresando un cambio en la dirección de las campañas educativas e informativas ocurrido en los últimos años.

<sup>18</sup> Donde cero indica conocimiento total y 1 indica desconocimiento total

**Tabla 12. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para varones de distintos grupos de edad sin experiencia sexual. México, 1998**

Componentes de NNSSR	Grupos de edad y condición de pobreza			
	15 - 19		20 - 54	
Condición de pobreza	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Valor promedio del índice de desconocimiento en anticoncepción moderna	0.511	0.464	0.482	0.433
Valor promedio del índice de desconocimiento de padecimientos crónicos en SR	0.515	0.395	0.263	0.202
Valor promedio del índice de desconocimiento de existencia de ITS	0.411	0.311	0.372	0.219
Porcentaje de varones que desconocen formas de transmisión del virus del Sida	3.3	0.0	7.9	7.1
Porcentaje de varones que no reconocen al preservativo como medio de prevención de transmisión de ITS	62.2	50.0	73.7	64.3
Porcentaje de varones que no han tenido acceso a programas de información sobre ITS	33.3	22.1	63.2	25.0
Porcentaje de varones que no han tenido acceso a programas de información sobre planificación familiar	40.0	22.1	57.9	53.6
<b>NNSSR</b>	<b>0.492</b>	<b>0.412</b>	<b>0.461</b>	<b>0.376</b>
Número de casos sin ponderar	N = 90	N = 86	N = 38	N = 28
	N = 176		N = 66	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

Los diferenciales entre pobres y no pobres en el acceso a *programas de información en SR*, puede sugerir también que, siendo la escuela la principal fuente de información sobre sexualidad y dadas los menores niveles de escolaridad entre la población pobre, los jóvenes que están fuera de esta institución – que son principalmente pobres - reciben menor información sobre este tema. Sin embargo, a diferencia de los datos que arroja la Ensare 1998, en los grupos focales hallamos que la principal fuente de información sobre sexualidad para los y las jóvenes son sus pares, con quienes comparten dudas e inquietudes relacionadas con el ciclo menstrual, los síntomas del embarazo y ciertos métodos anticonceptivos, el tratamiento de ITS, el uso de anticoncepción, los “riesgos” de la masturbación, del tener relaciones sexuales durante el embarazo o cuando la mujer está menstruando y de la falta de efectividad del preservativo, prevaleciendo una gran dificultad para comunicarse con los adultos y en esa medida para obtener información acertada.

En los grupos focales, una de las jóvenes planteaba: “*No le dices a tus papás porque te van a decir qué onda. Primero se lo contamos a las amigas*”. Otra más, al hablar de su experiencia de embarazo, comentaba: “*Cuando me dio rebote, cuando ya no reglaba, entonces dije ya no es normal y me dije órale ¿ahora qué me pasa? y ya no le dije nada a mi mamá, fui*

*con mis amigas precisamente, llegaron y dijeron: ¡No manches, estás embarazada!*". Por su parte, uno de los jóvenes varones reflexionaba: *"Es que en algunas partes como que se cierra mucho la comunicación entre padres e hijos y a veces nosotros como jóvenes recurrimos más a la conversación entre amigos, como estamos ahora aquí, pero a veces no se resuelven todas las dudas que nosotros tenemos sobre este tema de la sexualidad y las escuelas a veces han cerrado mucho el tema, de que dicen una cosa pero no abren completamente el tema"*.

Los testimonios sugieren que, al parecer, no existen los canales adecuados a través de los cuales los jóvenes planteen libremente sus inquietudes sobre el sexo, la sexualidad y la SR, sin el temor de ser señalados o de sentirse juzgados por su deseo de saber. No es que el tema no se discuta en la escuela, sino que al parecer, existe una actitud ambigua – al menos por parte de los educadores (*"no abren completamente el tema"*) – que dificulta la libre comunicación entre ellos y los jóvenes en este escenario.

Tal vez ello explique los niveles de desconocimiento en SR encontrados, que resultan sorprendentes, no sólo por las campañas de promoción de la anticoncepción sino también por la mayor escolaridad alcanzada por la población juvenil y la universalización de la educación sexual en escuelas y colegios. Peor aún, la información recabada en los grupos focales con jóvenes pobres del DF deja entrever altos niveles de desconocimiento no sólo frente a la anticoncepción y al tratamiento y prevención de ITS, sino también frente al proceso reproductivo mismo, situación que lleva a preguntarse por la calidad de los programas de educación sexual que son impartidos en las instituciones educativas y en las de salud, y el tipo de información que brindan maestros y médicos sobre el tema, que al parecer no logra ser apropiada por los jóvenes.

## **B- Mujeres sin embarazos**

Los datos de la Ensare, parecen indicar que en el caso de las jóvenes, la vivencia de sexualidad está estrechamente ligada a la procreación, de modo que intervalo protogenésico es muy corto y de ahí que resulte que aquellas con experiencia sexual pero sin embarazos constituyen sólo 37 casos, por lo que se consideró poco confiable hacer cualquier tipo de inferencia al respecto. Los datos que ofrece la Enadid, 1997 tienen más número de casos, pero como se mencionó anteriormente, tiene el inconveniente de no informar si las mujeres han tenido experiencia sexual o no, teniendo en mente esta dificultad, que puede generar una sobreestimación del índice de NNSSR, especialmente en lo referido a necesidades de

anticoncepción, examinemos cómo se comportaron los componentes del índice en estas mujeres según condición de pobreza y grupo de edad.

La tabla 13 presenta los indicadores que componen el índice de NNSSR en esta población particular. Llama la atención la alta proporción de *no uso de preservativo* independientemente del grupo de edad y de la condición de pobreza, pese a que las diferencias encontradas por los dos factores son estadísticamente significativas. El grupo que con menor frecuencia ha usado el preservativo son las jóvenes pobres, en contraste con las mujeres adultas no pobres, quienes son las que lo han usado en mayor medida.

La información obtenida mediante los grupos focales permite tener una idea aproximativa de los elementos que estarían jugando en este escaso uso del condón entre las y los jóvenes. En primer lugar resulta interesante el hallazgo de cómo las normas sociales y el estereotipo de la feminidad opera como una barrera para que las jóvenes le soliciten el uso de condón a su compañero sexual. Los relatos dejan de manifiesto que el solicitar el uso del condón a su pareja implicaría, bien el hacerse depositaria de la desconfianza de él, al presentarse “muy empoderada” en aspectos sexuales cuando se espera justamente lo contrario, o bien, el hacer explícito cierto sentimiento de desconfianza hacia la pareja que no debería existir en una relación de pareja estable, por lo que les resulta más conveniente no demandar el uso del preservativo.

**Tabla 13. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para mujeres de distintos grupos de edad sin embarazos. México, 1997**

Componentes de NNSSR	Grupos de edad y condición de pobreza				
	Condición de pobreza	15 - 19		20 - 54	
		Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Valor promedio del índice de desconocimiento anticoncepción moderna		0.577	0.429	0.543	0.380
Porcentaje de mujeres que no han usado condón		99.26	98.76	98.08	93.17
Porcentaje de mujeres que no usan anticoncepción por razones asociadas a falta de calidad de los servicios o desinformación (QPF4)		1.313	0.211	1.412	0.554
Porcentaje de mujeres con DIA		0.575	0.634	1.551	4.768
<b>Valor promedio del índice de NNSSR</b>		<b>0.539</b>	<b>0.413</b>	<b>0.510</b>	<b>0.372</b>
Número de casos sin ponderar		7,994	6,628	5,738	8,305
		14,622		14,043	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

Con respecto al *desconocimiento de anticoncepción moderna*, se encuentra también que las mujeres con los mayores conocimientos son las adultas no pobres y aquellas con mayor

déficit en este aspecto son las jóvenes pobres. Llama atención que la brecha según condición de pobreza es mucho mayor entre las mujeres adultas en comparación con las jóvenes.

Las diferencias entre grupos de edad no resultan significativas al analizar la *proporción de mujeres que no usan anticoncepción razones asociadas a falta de calidad de los servicios o a desinformación (QPF4)*, sin embargo, si son estadísticamente significativas las diferencias según condición de pobreza, resultando que son las mujeres pobres las que presentan mayor vulnerabilidad en este ámbito.

El porcentaje de mujeres con *DIA* es especialmente bajo en las mujeres sin embarazos y pareciera una condición asociada a la edad, talvez en ello incida el que no se controló por la condición de experiencia sexual. Los cálculos estadísticos plantean que hay asociación directamente proporcional entre la pobreza y el nivel de *DIA*, tendencia que se mantiene para los dos grupos de edad analizados.

El valor promedio del *índice de NNSSR* tiende a aumentar si la mujer se encuentra en condición de pobreza y si es joven, sin embargo, se encuentra que la brecha entre pobres y no pobres es mayor en las mujeres adultas en comparación con las jóvenes.

### **B.1 – Mujeres adultas con experiencia sexual sin embarazos**

Como se mencionó, debido al escaso número de casos no se puede analizar la información que brinda la Ensare, 1998 con respecto al comportamiento de las dimensiones de las NNSSR en las jóvenes entre 15 y 19 años. Sin embargo, dado que se calcularon los valores de los indicadores para las mujeres adultas entre 20 y 54 años, se consideró pertinente hacer una breve alusión a ello, a pesar de que estas mujeres no son el objeto de estudio de la investigación.

Es de destacar en primer lugar, los altos valores – no esperados por lo demás – de *desconocimiento de anticoncepción moderna e ITS*, con diferenciales significativos según condición de pobreza, diferenciales que se mantienen en todos los indicadores construidos, pero que son especialmente agudos en *la prevalencia de insatisfacción sexual y la falta de acceso a programas de información sobre SR*, esto último posiblemente asociado a la menor asistencia a la escuela entre la población pobre. La relación entre insatisfacción sexual y pobreza resulta muy interesante, en tanto implica una vivencia particular de la sexualidad según condición social y valdría la pena profundizar en los factores asociados a ello.

**Tabla 14. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para mujeres entre 20 y 54 años con experiencia sexual, sin embarazos. México, 1998**

Componentes de NNSSR	Condición de pobreza		
	Condición de pobreza	Pobre	No pobre
Valor promedio del índice de desconocimiento anticoncepción moderna		0.611	0.550
Valor promedio del índice de desconocimiento de ITS		0.760	0.640
Porcentaje de mujeres que no reconocen el preservativo como medio para prevenir ITS		78	61
Porcentaje de mujeres que no conocen formas de transmisión del VIH		1.3	2.3
Porcentaje de mujeres que no han tenido acceso a programas de SR		16.5	4.7
Porcentaje de mujeres que han experimentado falta de calidad de los servicios de SR recibidos		31.6	31.4
Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia sexual		20.3	17.4
Porcentaje de mujeres que declara insatisfacción sexual		20.3	15.1
Porcentaje de mujeres que no realizan acciones preventivas en SR		93.7	91.9
Porcentaje de mujeres con DIA		1.3	7.0
<b>Valor promedio del índice NNSSR</b>		<b>0.490</b>	<b>0.415</b>
Número de casos sin ponderar		79	86
		165	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

El indicador con más altos niveles de insatisfacción en esta población es *la falta de acciones preventivas en SR*, cuyas diferencias según condición de pobreza no resultan estadísticamente significativas, ello quiere decir que no existe una cultura de la prevención entre las mujeres mexicanas independientemente de su estrato socioeconómico y valdría también la pena explorar posibles factores asociados a ello.

Es relevante también la alta prevalencia de algún tipo de violencia sexual: aproximadamente dos de cada diez mujeres adultas han experimentado algún tipo de violencia sexual, independientemente de su condición socioeconómica, lo que marca la necesidad de optimizar las acciones públicas y privadas para mitigar este fenómeno.

*La falta de Calidad de los programas y servicios de SR*, es el cuarto indicador con más alto nivel de insatisfacción en las mujeres adultas independientemente de su condición de pobreza, lo que deja abierta una puerta a la indagación sobre las características de estos servicios.

En términos generales, el valor medio del índice global de NNSSR indica que una de cada dos mujeres adultas pobres tiene necesidades no satisfechas en salud reproductiva, mientras que entre las no pobres la proporción es de una de cada tres, cifras para nada desdeñables y cuyos diferenciales son estadísticamente significativos.

## B.2 – Varones con experiencia sexual, sin hijos nacidos vivos

En el caso de los varones con experiencia sexual pero sin hijos, lo primero que llama la atención es su mayor proporción en comparación a lo encontrado para las mujeres, lo que – como se ya se mencionó – traza una reflexión sobre las diferencias en la vivencia y significado de la sexualidad para hombres y mujeres.

**Tabla 15. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para varones de distintos grupos de edad con experiencia sexual, sin hijos nacidos vivos. México, 1998**

Componentes de NNSSR	Grupos de edad			
	15 - 19		20 - 54	
Condición de pobreza	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Valor promedio del índice de desconocimiento anticoncepción moderna	0.438	0.425	0.478	0.404
Valor promedio del índice de desconocimiento de ITS	0.351	0.223	0.293	0.207
Valor promedio del índice de desconocimiento de padecimientos crónicos en SR	0.367	0.275	0.243	0.154
Porcentaje de varones que no reconocen el preservativo como medio para prevenir ITS	0.480	0.441	0.534	0.524
Porcentaje de varones que no conocen formas de transmisión del VIH	0.020	0.000	0.021	0.000
Porcentaje de varones que no han tenido acceso a programas de información sobre ITS	0.360	0.294	0.571	0.396
Porcentaje de varones que no han tenido acceso a programas de información sobre PF	0.400	0.265	0.423	0.390
Porcentaje de varones que no han experimentado falta de calidad en los programas de SR recibidos	0.040	0.000	0.000	0.000
Porcentaje de varones que han experimentado violencia sexual	0.000	0.029	0.016	0.018
Porcentaje de varones que no realizan acciones preventivas en SR	0.260	0.176	0.148	0.122
Porcentaje de varones con DIA	0.000	0.118	0.058	0.030
<b>NNSSR</b>	<b>0.388</b>	<b>0.367</b>	<b>0.391</b>	<b>0.317</b>
Número de casos sin ponderar	N = 50	N = 34	N = 189	N = 164
	N = 84		N = 353	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

En términos de los componentes del índice de NNSSR, al analizar las diferencias según los grupos de edad considerados, sólo resultan significativas -con el 95% de confiabilidad-, aquellas referidas al *acceso a programas de información sobre ITS (PITS)*, *la calidad de los servicios de SR*, *la prevalencia de acciones preventivas* y *los conocimientos sobre padecimientos crónicos*. En ese sentido se encuentra que en estos indicadores, los jóvenes presentan mayores niveles de insatisfacción en comparación con los adultos; la excepción a ello es la variable *PITS*, donde los adultos presentan menor satisfacción, diferencia que se puede atribuir – una vez más -

al efecto de la escuela y al cambio de énfasis en las políticas poblacionales, de modo que hoy se acentúen los esfuerzos en información y prevención de ITS.

Al analizar las diferencias según condición de pobreza, resultan significativos los *conocimientos sobre SR (kanti, Kits, Ktr, Kprevits y Kcron)* y el índice global de NNSSR, en los cuales la mayor vulnerabilidad la presentan aquellos hombres en situación de pobreza. Los mayores diferenciales según condición de pobreza se encuentran en el *desconocimiento de ITS* tanto para los jóvenes como para los adultos, siendo en general mayores las brechas para los primeros.

En lo referente a *la calidad de los servicios de SR*, se encuentran niveles muy bajos para los varones, lo que denotaría una satisfacción casi plena, pero es probable que ello esté asociado a una muy baja utilización de estos servicios y en esa medida, sus probabilidades de experimentar insatisfacción en la atención recibida es menor.

Llama la atención por otro lado, que los niveles de *falta de acceso a programas de información en SR* – en el caso de los varones - sea menor entre aquellos que se han iniciado sexualmente en comparación con los que aún no lo han hecho, y se mantiene la tendencia a encontrar un menor acceso entre los pobres en comparación con los no pobres y entre los adultos en comparación con los jóvenes. Esto permite seguir pensando que la escuela tiene un papel importante en la difusión de información sobre SR, aunque los jóvenes no lo reconozcan así y que el inicio de la vida sexual es un detonante para buscar información al respecto.

Con respecto a la realización de prácticas de prevención<sup>19</sup>, parece que éstas son más comunes entre los varones que entre las mujeres. Esta diferencia entre hombres y mujeres puede estar asociada a la construcción ideológica tradicional del cuerpo como algo pecaminoso – en el caso de las mujeres – que no puede ser explorado, tocado, ni muy observado, por lo que prácticas como la revisión de los senos o incluso la visita al ginecólogo genera turbación y no se realiza entre las mujeres a menos que sea estrictamente *necesario*. Sin embargo, es interesante percatarse que estas prácticas preventivas son más comunes entre las jóvenes en comparación con las adultas, lo que podría estar indicando un cambio en esta relación de la mujer con su cuerpo, lo que valdría la pena investigarlo más detalladamente.

Dentro de las prácticas preventivas en SR, el *uso del preservativo* pareciera ser una experiencia menos común, que llega a ser de sólo el 33 por ciento en los jóvenes pobres. En los

---

<sup>19</sup> Como la revisión de genitales o la realización de la prueba de VIH.

grupos focales se encontró la persistencia de una asociación entre uso de condón y disminución del placer sexual y dudas con respecto a la efectividad del mismo para evitar un embarazo o el contagio de ITS, imaginarios que legitiman el no uso del preservativo. Además, los varones clasifican a sus compañeras(os) sexuales entre confiables y no confiables según criterios muy afines con estereotipos sociales y es el “salir” con unas u otras lo que estaría determinando el uso del preservativo, que resulta no necesario con la compañera estable en tanto es una “de su casa”, “seria”, “higiénica”, pero indispensable cuando se tienen relaciones con una compañera ocasional: *“una manera de protegerse es escoger a la mujer, que no sean del estilo de andar con uno y con otro y que sean higiénicas”*.

Al mismo tiempo, se encuentra en los relatos la presencia de barreras para solicitar el preservativo por vergüenza o por temor al reproche del adulto que proporciona el recurso: *“Entonces uno se arma de valor y va seguro a la farmacia, pero llega y la pena es la que te gana, la pena de pedir un condón y mejor se da la vuelta”*. Adicionalmente, los costos del preservativo son un factor que cuenta en el caso de los jóvenes de familias de bajos ingresos, en sus palabras: *“si no trabajas pues para qué tienes novia, si no le puedes invitar ni un refresco, si no tienes dinero para invitarle aunque sea un chicle, menos para comprar un condón”*. El rol del varón como proveedor se evidencia claramente en este aspecto, pues el costo del condón ni siquiera es mencionado por las jóvenes como un factor que incida en su utilización, es claro que es problema de ellos, en tanto a ellos les corresponde portarlo y en tanto son ellos quienes deciden el momento en que tiene lugar el encuentro sexual.

Los relatos tanto de hombres como de mujeres coinciden al comentar el carácter imprevisto de las relaciones sexuales, de modo que pareciera que la situación se presenta sin pensarlo o planearlo y ello dificulta que se cuente con un preservativo y por el carácter esporádico de las mismas, no es posible aplazar el encuentro hasta que se cuente con protección, pues se estaría “desaprovechando” una oportunidad. Existen además prácticas nombradas por los y las jóvenes como el “faje” o el “caldo” que pueden convertirse en una relación sexual pero por su carácter casual, no planeado, de *momento* y que no necesariamente conlleva a una penetración, no se realizan con protección. La sexualidad al parecer es concebida como un impulso que no puede ser contenido, de modo que cuando se está en el momento previo a tener una relación sexual no es posible pensar en protegerse, en palabras de alguno de los jóvenes del grupo focal: *“Puede llegar un momento en decir, bueno yo me protejo y tú me proteges, pero*

*cuando llega el momento de la calentura se olvida todo y queremos aprovechar todo el momento que se dio, y puedo tener el condón en la cartera pero llega en el momento de la calentura y nos pasa que se nos olvida”.*

Es posible también que la sexualidad sea vivida de manera tan restringida, que cuando se da la oportunidad no se puede ‘desperdiciar’, pues es el momento de la ‘liberación’: *“No, pues ahora sí, cuando hay, pues hay que aprovechar, pues porque puedes tener no se..., cinco o diez en una semana y luego en año y medio ya no tienes nada”.*

Un punto de partida en la promoción del uso del preservativo entre la población juvenil, puede ser además de la información y la sensibilización frente a su importancia, el generar condiciones de mayor accesibilidad en términos económicos, pero también en términos de la prestación misma del servicio, factores como el sexo del prestador y su edad podrían incidir en una mayor utilización del preservativo si se tuvieran en cuenta estos aspectos al momento de planear los servicios. A mediano y largo plazo, sigue siendo indispensable diseñar estrategias comunicativas que promuevan una mayor apretura frente a la sexualidad juvenil, lo que incidirá en una vivencia menos “impulsiva” o no planeada de la misma y en ese sentido en prácticas menos “riesgosas”.

Finalmente nos encontramos con que *La violencia sexual* al parecer es un fenómeno que afecta casi exclusivamente a las mujeres y excluye a los varones. Esto deja sembradas dudas sobre los factores que inciden en una mayor o menor declaración, asociados – en el caso de los hombres – a lo que la normatividad social plantea en términos de masculinidad y a las posibilidades de los sujetos de negociar o resignificar dicha normatividad y decidirse a declarar haber experimentado este tipo de violencia.

Estos datos implican que se deben dirigir esfuerzos importantes en el campo de la prevención y la información en SR, intentando ligar estrategias de información, de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados -en términos de tener una mayor sensibilidad frente a las necesidades de la población según sus condiciones socioeconómicas, de género y generacionales-.

### **C.1- Mujeres con al menos un embarazo**

Los datos de la Enadid 1997 muestran que la condición de pobreza es un factor con un peso importante en los diferenciales de todos los indicadores de NNSSR para las mujeres que

han tenido al menos un embarazo, tanto para las jóvenes como para aquellas cuya edad oscila entre los 20 y los 54 años. La excepción de ello son las *características de los SPF que no se ajustan a la NOM*, cuya diferencia según condición de pobreza no es estadísticamente significativa.

Con los datos de la Ensare 1998, los diferenciales por condición de pobreza para los indicadores de *falta de calidad en los SPF y de atención prenatal, la presencia de DIA y la experiencia de mortinatos* no resultan significativas. Con excepción de la *DIA*, los indicadores dan cuenta de manera directa o indirecta de los servicios de SR recibidos y dado que la población de la Ensare es exclusivamente derechohabiente del IMSS, es razonable que no se encuentren diferencias significativas por condición de pobreza.

**Tabla 16. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para mujeres de distintos grupos de edad con al menos un embarazo. México, 1997**

Componentes de NNSSR	Grupos de edad				
	Condición de pobreza	15 - 19		20 - 54	
		Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Promedio del índice desconocimiento en anticoncepción moderna		0.499	0.390	0.458	0.335
Porcentaje de mujeres que no usan condón		84.8	74.8	86.8	75.7
Porcentaje de mujeres que recibieron SPF con características que no se ajustan a la NOM		24.4	26.7	31.4	31.1
Porcentaje de mujeres cuya elección del método actual se asocia a coacción o desinformación		5.8	4.5	5.6	4.0
Porcentaje de mujeres cuya razón de no uso de anticoncepción está referida a falta de calidad de los SPF o desinformación		9.3	3.1	6.0	1.5
Porcentaje de mujeres con experiencia de mortinatos		2.0	0.8	6.5	3.5
Porcentaje de mujeres con experiencia de abortos		8.8	7.9	19.9	21.1
Porcentaje de mujeres con intervalo intergenésico menor a 18 meses		8.0	6.4	24.1	20.0
Porcentaje de mujeres con DIA		11.5	14.9	29.9	36.0
Porcentaje de mujeres con concepciones premaritales		7.4	16.5	7.0	9.8
Valor promedio del índice de EPP		0.261	0.166	0.122	0.041
Valor promedio del índice de QPN		0.170	0.116	0.0804	0.032
<b>Valor promedio del índice de NNSSR</b>		<b>0.313</b>	<b>0.240</b>	<b>0.2347</b>	<b>0.161</b>
Número de casos sin ponderar		1,666	484	31,160	26,047
		2,150		57,207	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

La pertenencia a uno de los dos grupos de edad es también un factor significativo estadísticamente con respecto al valor que toman los indicadores en los datos de la Enadid 1997, con excepción del no uso de condón y de las razones de uso del método anticonceptivo actual

asociadas a situaciones de coacción o desinformación, es decir, el condón es poco usado en mujeres adultas y jóvenes y las razones de uso de anticoncepción rara vez se encuentra en igual proporción en mujeres jóvenes o adultas. Sin embargo, al analizar los diferenciales se observa que estos son mayores según condición de pobreza y que las brechas entre pobres y no pobres tienden a ser más fuertes en las mujeres adultas en comparación con las jóvenes.

Por el contrario, con los datos de la Ensare no se encuentran diferencias significativas según grupos de edad en la mayoría de los indicadores de NNSSR, con excepción de la *falta de calidad en los SPF, la presencia de DIA, la experiencia de abortos y de intervalos riesgosos y el índice de embarazo, parto y puerperio sin atención médica*, en los cuales no siempre las jóvenes aparecen con mayores niveles de insatisfacción.

Algunos indicadores en los que el diferencial entre pobres y no pobres es especialmente significativo con los datos de la Enadid, es el porcentaje de jóvenes cuya *razón de no uso de anticoncepción está referida a falta de calidad de los SPF o desinformación*, de modo que mientras en las no pobres la proporción es de 3%, entre las pobres es de 9%. Así mismo, son las mujeres pobres las que experimentan con mayor frecuencia *mortinatos* y llama la atención que mientras entre las jóvenes son las pobres quienes declaran en mayor proporción haber experimentado un *aborto*, entre las adultas, la tendencia es al revés, es decir, son las no pobres las que reportan con mayor frecuencia esta experiencia. También conviene señalar que son las mujeres pobres las que tienen menos *acceso a servicios de atención al embarazo, parto y puerperio*, siendo mayor la vulnerabilidad de las jóvenes en comparación con las adultas y la calidad de los servicios de atención prenatal suele ser menor para las jóvenes y más aún si se encuentran en condición de pobreza.

Indicadores que se comportan contrario a lo esperado son el porcentaje de mujeres con *concepciones premaritales (CPM)*, que al parecer es una experiencia más común entre las jóvenes no pobres, pues su proporción es del doble en comparación con la encontrada en las pobres. *La demanda insatisfecha de anticoncepción* es el otro indicador que se comporta contrario a lo esperado, de modo que son las mujeres no pobres tanto jóvenes como adultas quienes presentan una mayor proporción, ello hace necesario indagar de manera más profunda sobre las razones por las cuales las mujeres pese a no querer embarazarse no usan anticoncepción y en qué medida las *CPM* y la *DIA* realmente son indicadores de preferencias reproductivas no satisfechas, o responden un deseo de las jóvenes que no siempre es legitimado ni apalabrado.

**Tabla 17. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para mujeres de distintos grupos de edad con al menos un embarazo. México, 1998**

Componentes de NNSSR	Grupos de edad			
	15 - 19		20 - 54	
Condición de pobreza	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
Promedio del índice desconocimiento en anticoncepción moderna	0.593	0.544	0.588	0.559
Valor promedio del índice de desconocimiento de ITS	0.751	0.692	0.768	0.695
Porcentaje de mujeres que no reconocen el preservativo como medio para prevenir ITS	76.19	62.50	80.64	75.88
Porcentaje de mujeres que no conocen formas de transmisión del VIH	3.17	6.25	5.57	1.50
Porcentaje de mujeres que no han tenido acceso a programas de SR	12.70	6.25	16.32	9.09
Porcentaje de mujeres que recibieron SPF con características que no se ajustan a la NOM	69.84	62.50	78.97	77.46
Porcentaje de mujeres que han experimentado violencia sexual	25.40	12.50	32.16	26.22
Porcentaje de mujeres que declara insatisfacción sexual	22.22	6.25	28.73	24.49
Porcentaje de mujeres que no realizan acciones preventivas en SR	95.24	93.75	95.43	92.19
Porcentaje de mujeres con DIA	6.35	6.25	18.98	19.53
Porcentaje de mujeres que declara tener hijos no deseados o no planeados	55.56	18.75	55.14	50.49
Porcentaje de mujeres con experiencia de mortinatos	1.59	0.00	2.71	2.85
Porcentaje de mujeres con experiencia de abortos	14.29	6.25	26.12	28.85
Porcentaje de mujeres con intervalo intergenésico menor a 18 meses	11.11	0.00	4.42	2.25
Valor promedio del índice de EPP	0.135	0.088	0.061	0.030
Porcentaje de mujeres que recibieron servicios de atención prenatal que no se ajustan a la NOM	79.37	62.50	67.89	70.55
<b>Valor promedio del índice de NNSSR</b>	<b>0.380</b>	<b>0.323</b>	<b>0.360</b>	<b>0.326</b>
Número de casos sin ponderar	63	16	2,101	1,330
	79		3,431	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

El no uso del condón plantea también preguntas más que respuestas en torno a la existencia o no de necesidad en el ámbito de la prevención. Es posible pensar que la mayoría de las mujeres mexicanas con al menos un embarazo tenga un compañero sexual estable y que esta sea la razón para la baja prevalencia en el uso del preservativo, sin embargo es válido preguntarse: ¿Aún con un compañero sexual estable es necesario utilizar el condón?, ¿qué mecanismos garantizan en este caso la SR de la mujer que tiene un compañero estable?, ¿quién define lo que es necesario aquí: El criterio médico, la elección de la mujer?

Por su parte, los datos de la Ensare, 1998, nos indican que las mujeres con al menos un embarazo siguen teniendo niveles importantes de *desconocimiento en SR*, que se distribuye con las mismas tendencias encontradas para las subpoblaciones anteriores: niveles más altos entre las mujeres pobres, mayores diferenciales entre las jóvenes, distribuciones similares según grupos de edad.

El indicador de *falta de acceso a programas de SR* es más bajo entre las jóvenes, los cálculos con los datos de la Ensare ratifican que son las jóvenes quienes presentan niveles más altos de *embarazo, parto y puerperio sin atención médica*, especialmente entre aquellas en condición de pobreza, lo que haría necesario indagar de manera más profunda en las barreras que tienen estas jóvenes para acceder a los servicios.

La información cualitativa brinda elementos para pensar que la calidad de los servicios es un factor que incide en los niveles de acceso a programas y servicios de SR, de modo que tal vez existan el número de clínicas y el personal suficiente, pero la población no utiliza los servicios y recurre a otras alternativas con respecto a las cuales tiene una mejor percepción. Algunas jóvenes por ejemplo expresaban: *“Por ahí he escuchado que en el Seguro tratan mal y al no tener una seguridad social, mejor me voy a un particular”*; *“cuando me sentía mal [estando embarazada] mi mamá me llevaba donde una señora que me sobaba y después salía mucho mejor, se me quitaban los dolores”*; *“cerca a mi casa hay un señor que sabe de yerbas y me curaba con bebidas que él le recomendaba a mi mamá”*.

Aún más, es posible que las jóvenes al enfrentar situaciones de subordinación y de control de su sexualidad, al momento de un embarazo se vean obligadas a ocultarlo y por lo tanto, no reciban la atención adecuada en los momentos que plantea a la NOM. *“Por mi casa una chava se fajó todo el embarazo para que la mamá no se enterara y tuvo el bebé en su casa sin que nadie supiera”*; *“yo también conozco una chava que se fajaba estando embarazada para que no la echaran del trabajo”*.

Estos hallazgos implican que para garantizar mayor cobertura de atención a mujeres jóvenes gestantes, no basta con la construcción de infraestructura, sino que es necesario fomentar actitudes de mayor aceptación de la sexualidad juvenil por parte del mundo adulto, generar mecanismos de protección de las jóvenes trabajadoras y promover la vinculación de prácticas de medicina tradicional con los servicios médicos occidentales.

Llama la atención que la *falta de calidad en los servicios de SR* va aumentando a medida que la mujer va experimentando eventos reproductivos, encontrándose los mayores niveles del índice en las mujeres con al menos un embarazo. Ello podría indicar que no existe una cultura de la prevención entre las mujeres jóvenes y adultas, y que se demanda atención en salud cuando se presenta una situación en la que es *indispensable* la atención médica, situación que a su vez incrementa las probabilidades de tener una atención que no cumpla con todas las características que obliga la NOM.

En este sentido, en los grupos focales las jóvenes participantes expresaron su desconfianza frente al médico y desconcierto frente al trato y la atención recibida, caracterizada por la falta de atención, de privacidad y de actitud de escucha frente a sus inquietudes. Las jóvenes expresaban: “*Yo tengo la regla irregular y ya he ido como tres veces al ginecólogo y me dice que es normal, pero yo digo que no es normal, porque una vez, dejé de menstruar cinco meses*”; “*el problema es que se quedan dormidos mientras uno les habla o se ponen a hablar por celular y uno espere y espere, entonces ya decide uno mejor no volver para no perder su tiempo*”.

Sigue llamando la atención la alta prevalencia de *violencia sexual*, en este caso los diferenciales por condición de pobreza en las jóvenes se tornan muy importantes, de modo que mientras en las pobres esta experiencia se presenta en una de cada cinco jóvenes, entre las no pobres, la experiencia se da en una de cada ocho, lo que de todas formas, dista de ser poco. En las mujeres adultas esta experiencia es aún más común, presentándose en tres de cada diez o dos de cada diez, si se está o no en condición de pobreza respectivamente.

Destaca también el que la presencia de *demanda insatisfecha de anticoncepción* – con todas las limitaciones de esta medición con los datos con que se cuentan en este estudio - se incrementa notablemente cuando la mujer ha tenido al menos un embarazo y cuando se tiene más de 20 años. Ello podría indicar que el deseo de controlar la fecundidad aparece una vez se inicia la vida reproductiva, más no en el inicio de la vida sexual, debido quizás al carácter eminentemente reproductivo de la sexualidad femenina, al menos durante la juventud. Sería interesante en este sentido, contar con el dato no sólo de cuántos hijos quisiera tener a lo largo de toda su vida, sino también de cuántos le hubiera gustado tener hasta el momento de la encuesta.

La presencia de *hijos no deseados o no planeados* en esta población es bastante común, especialmente entre las mujeres pobres, pero es de resaltar el gran diferencial observado entre las

jóvenes, pues mientras una de cada dos jóvenes pobres con al menos un embarazo ha tenido hijos no deseados o no planeados, en las no pobres, esta situación se da en dos de cada diez. Es probable que este fenómeno se explique por una conjunción de factores: Limitada información y acceso a anticoncepción moderna, menor asistencia a la escuela y factores culturales que dificultan el asumir la sexualidad, todo ello estaría dificultando la planeación de los eventos reproductivos y la formación de sus familias especialmente en el momento inicial de su conformación.

Respecto a los indicadores de *daño a la salud materna*, no extraña el bajo nivel encontrado entre las jóvenes, debido fundamentalmente al poco tiempo de exposición al riesgo de abortos y mortinatos que han acumulado estas mujeres. La baja prevalencia de mortinatos puede ser atribuible a los importantes avances del Sistema de Nacional de Salud en materia de atención al embarazo, parto y puerperio y su empeño en el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados<sup>20</sup>, particularmente es posible pensar que la condición de derechohabiente sea un factor clave para explicar esta baja prevalencia. Con los abortos se vuelve a presentar la tendencia observada con los datos de la Enadid: Las jóvenes pobres declaran en mayor medida haber tenido esta experiencia en comparación con las no pobres, pero en el grupo de adultas, la mayor frecuencia se da entre las no pobres.

Es interesante advertir el rechazo de las jóvenes al aborto en los grupos focales y cierta resistencia a asumir que son ellas quienes toman la decisión de abortar, de modo que en sus relatos, esta decisión siempre es presionada por los padres o el novio. *“Yo he visto chavas que no le dicen nada a sus papás [de su estado de embarazo] porque saben que ellos las presionan para que aborten”*; *“yo sí les diría [a los padres] que yo no soy un animal, no me gustaría [abortar], yo lo tendría”*. Es probable entonces que exista en las jóvenes un doble discurso frente al aborto, que a pesar de su rechazo moral explique la incidencia del mismo, de otro lado, es posible que las personas que configuran el entorno de la joven incidan, a través de una fuerte presión social, emocional y/o en esta decisión.

En los jóvenes varones se encuentra este mismo rechazo, que sin embargo se legitima cuando el futuro padre no cuenta con los recursos económicos ni el potencial para hacerse cargo económicamente del bebé y su madre, o cuando la mujer no cuenta con el apoyo de su

---

<sup>20</sup> Echarri (2003) plantea que “la utilización de servicios de salud materno-infantil a escala nacional alcanzaba en 1987 el 62% de lo que podría considerarse óptimo; para 1992 según la ENSAMI se observa un aumento importante, pues ahora se recibe el 85% de los cuidados a la salud considerados”.

compañero y tiene que enfrentar el estigma de ser madre soltera. Una vez más, la construcción cultural del género permea incluso los argumentos a favor o en contra del aborto y en este caso, destaca nuevamente la importancia que tiene el rol de proveedor para los jóvenes de estratos bajos.

Pese al rechazo de los y las jóvenes frente al aborto, en sus relatos expresan conocimientos sobre prácticas abortivas tradicionales, así como lugares y actores a dónde recurrir en caso de necesitar estos servicios, lo que sugiere que no es una práctica poco común y que a pesar del velo moral existe cierta legitimación o tolerancia de la misma por grupos sociales como la familia y la comunidad barrial.

Por su parte, en lo concerniente al componente de *trayectorias reproductivas riesgosas*, se encuentra que una proporción importante de mujeres entre 20 y 54 años ha tenido hijos antes de los 20 años (por encima del 20%), situación que es más común entre las mujeres pobres que entre las no pobres. El intervalo corto entre el primer y segundo hijo es también un comportamiento relativamente común en el grupo 20 – 54 (superior al 20%).

Es posible interpretar la mayor frecuencia de intervalos “riesgosos” entre la población pobre, ya no desde el riesgo, sino como una elección de estas mujeres, quienes pueden “preferir” tener sus hijos a poca distancia unos de otros. Es coherente que el intervalo sea especialmente corto entre las jóvenes, pues es una población particularmente selectiva y su edad impone de entrada una restricción importante en el intervalo entre ambos nacimientos. Los intervalos cortos no necesariamente son atribuibles a fallas en la planeación de la familia, sino que pueden ser también producto de un deseo de acortar el proceso de crianza, de modo que es posible que los intervalos más cortos entre las mujeres pobres en comparación con las no pobres esté asociado a ciertas condiciones de vida y la manera cómo las mujeres organizan su calendario reproductivo de acuerdo a los recursos con los que cuentan.

Así mismo, el hecho de que los embarazos antes de los 20 años no sean algo exclusivo de las nuevas generaciones, puede significar que hay una serie de pautas culturales que generan estos calendarios que se nos antojan “tempranos”, pero que en los contextos de la población, son “normales”, máxime cuando la maternidad es un valor exaltado. Las jóvenes en el grupo focal comentaban al respecto: “*Sí, mis amigas, yo platico con ellas y dicen que maduré mucho con el bebé, dicen ah me acuerdo de verte en puro desmadre, ya todo muy diferente, y digo no pues es que... ya te haces más grande, ya sabes que tienes una responsabilidad, tiene por quien salir*”

*adelante ¿no?"; "Es que tener un hijo es lo mas importante"; "Cuando quieres a alguien, uno no más quiere estar con esa persona día y noche y así pues dijimos, no pues vamos a juntarnos y nos juntamos y al mes de que ya me junté con él, me embaracé y pues menos hice por cuidarme, ¿no?, pues ya lo tengo seguro".*

Esta pone de manifiesto que para las y los jóvenes quedar embarazadas no significa necesariamente un riesgo. En sus relatos el riesgo es asociado a situaciones de irregularidad en el ciclo menstrual, de violencia sexual, prostitución, de abandono de la pareja y de la familia, de falta de referentes que marquen un camino a seguir y de prácticas sexuales consideradas poco comunes o "anormales" como la homosexualidad, elementos todos relacionados con el proceso de construcción de la identidad de género y de la construcción misma de la sexualidad, que no son captados con los indicadores aquí construidos.

En este sentido, vale la pena criticar los componentes y la dimensión misma que hemos denominado *daño a la salud materna*, pues el riesgo para la salud de la madre y el bebé se presenta por la conjunción de factores (predisposiciones biológicas, redes de apoyo, contexto familiar y social entre otras), y no por la edad de la madre o lo corto del intervalo por sí mismos. Habría entonces que construir mejores indicadores para esta dimensión y reflexionar de manera más detenida sobre el concepto de riesgo que trae implícito. El riesgo puede ser leído no sólo desde la perspectiva médica, sino desde un lugar más sociológico, como las posibilidades con que cuentan los y las jóvenes para negociar el momento en el cual tienen sus hijos y cuántos tienen, su acceso a información correcta sobre anticoncepción y acceso a dispositivos de anticoncepción eficaces, por ello, habría que diseñar instrumentos de medición de trayectorias reproductivas riesgosas, dónde el riesgo no sea sólo una cuestión de número (cuántos hijos, a qué edad, a qué distancia uno de otro), sino que involucre las condiciones en las cuales los y las jóvenes tienen menor o mayor posibilidad de decidir sus trayectorias reproductivas en ejercicio pleno de sus libertades y capacidades.

Los datos parecen estar planteando unas condiciones de vulnerabilidad social importantes para las mujeres jóvenes, que no se reducen cuando estas experimentan nuevos eventos reproductivos en su curso de vida; lejos de ello, la vulnerabilidad en algunas dimensiones se ven incrementadas cuando las mujeres se convierten en madres. Los datos sugieren también que las intervenciones en el ámbito de la SR deben ser focalizados de acuerdo con criterios de género y de generación, pero deben ser de carácter universal en términos de condiciones socioeconómicas

de la población, pues si bien se encuentran diferenciales importantes por condición de pobreza, la población no pobre tampoco se encuentra en condiciones óptimas. Aspectos claves de la intervención siguen siendo la difusión de información sobre SR y la promoción de una cultura de la prevención, que facilite la relación de los y las jóvenes y de la población en general con los planes, programas, proyectos y servicios en SR que prestan distintas instituciones.

### **C.2- Varones con al menos un hijo nacido vivo**

El principal aspecto a destacar en esta subpoblación es el escaso número de jóvenes entre 15 y 19 años, que declaran en la Ensare 1998, haber tenido al menos un hijo (9), lo que corrobora la hipótesis ya planteada y reiterada de existencia de una diferencia en la experiencia de la sexualidad entre jóvenes según la condición de género. Es claro entonces, que por la una vivencia de la sexualidad no procreativa los jóvenes tienen hijos con menor frecuencia que las jóvenes, pero surge preguntas sobre las relaciones entre jóvenes hombres y mujeres: ¿Con quiénes tienen sus hijos las jóvenes?, ¿en qué factores reside el “éxito” del control de la fecundidad en los jóvenes que no se encuentra en las mujeres?, preguntas que quedan por develar en investigaciones futuras. Analicemos por el momento de manera muy rápida los datos obtenidos para el caso de los adultos con al menos un hijo.

En primera instancia, resalta la significancia estadística de las diferencias según condición de pobreza en casi todos los indicadores de NNSSR y su índice global, con excepción de las variables: *desconocimiento sobre uso del condón para la prevención de ITS*, *presencia de DIA* y *presencia de hijos no deseados o no planeados*. Es posible que la construcción tan rústica del indicador DIA sea un factor que no permita realizar análisis más finos, en ese sentido, sería importante incorporar en las encuestas de SR dirigidas a hombres preguntas que brindan mejor y mayor información para construcción de este indicador.

Los indicadores con valores más altos son la falta de acceso a programas de información sobre SR (PPF y PITS) y el no reconocimiento del preservativo como medio de prevención de ITS. Es posible que sobre este grupo de edad opere condiciones ideológico-culturales en torno al significado de la masculinidad que obstaculicen el acceso a programas de SR y promueva la construcción de imaginarios en torno al preservativo que deslegitiman su utilización. La vivencia de otros contenidos curriculares cuando estuvieron en la escuela, puede ser quizás un segundo factor que podría explicar los desconocimientos en estos ámbitos.

El resto de indicadores se comportan de manera similar a lo observado para otras subpoblaciones: Baja declaración de violencia sexual, con una prevalencia ligeramente mayor entre los pobres; baja declaración de falta de calidad en los SSR –superior en los no pobres-, posiblemente asociada al grado en que son utilizados los servicios (ver tabla 18)

**Tabla 18. Componentes de NNSSR según condición de pobreza para varones adultos entre 20 y 54 años con al menos un hijo nacido vivo. México, 1998**

Componentes de NNSSR	Condición de pobreza	
	Pobre	No pobre
Promedio del índice desconocimiento en anticoncepción moderna	0.433	0.381
Valor promedio del índice de desconocimiento de padecimientos crónicos en SR	0.209	0.117
Valor promedio del índice de desconocimiento de ITS	0.346	0.245
Porcentaje de varones que no reconocen el preservativo como medio para prevenir ITS	0.731	0.713
Porcentaje de varones que no conocen formas de transmisión del VIH	0.042	0.010
Porcentaje de varones que no han tenido acceso a programas de información sobre PF	0.544	0.508
Porcentaje de varones que no han tenido acceso a programas de información sobre ITS	0.698	0.549
Porcentaje de varones que recibieron SSR que no se ajustan a la NOM	0.017	0.053
Porcentaje de varones que han experimentado violencia sexual	0.010	0.008
Porcentaje de varones que no realizan acciones preventivas en SR	0.280	0.192
Porcentaje de varones con DIA	0.095	0.087
Porcentaje de varones que declara tener hijos no deseados o no planeados	0.490	0.486
<b>Valor promedio del índice de NNSSR</b>	<b>0.399</b>	<b>0.335</b>
Número de casos sin ponderar	787	494
	1,281	

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

En términos globales, los datos parecen mostrar que la condición de ser joven no necesariamente implica mayores niveles de vulnerabilidad en términos de insatisfacción de necesidades en SR, sin embargo, los datos indican la existencia de diferenciales significativos según condición de pobreza. El análisis de clasificación múltiple según ciertas características sociodemográficas de la población y los niveles de NNSSR, permitirá medir de manera más precisa el grado de asociación entre dichas elementos y dará mayores pistas para pensar estrategias de intervención e investigación sobre el tema de las necesidades en SR en jóvenes en el futuro.

### **4.3 Asociación entre algunas variables sociodemográficas y niveles de NNSSR: juventud y vulnerabilidad en SR**

Hasta ahora sabemos cuáles son las características sociodemográficas de los y las jóvenes del estudio, sus niveles de NNSSR de acuerdo a sus condiciones de género, de pobreza y de su *estado* o momento en el curso de vida y tenemos la hipótesis de que existe alguna asociación entre dichas características y los niveles encontrados de NNSSR. A través del análisis de clasificación múltiple (MCA) pretendemos poner a prueba esas hipótesis, de modo que podamos conocer el peso que tienen las diferentes características socioeconómicas de los sujetos en sus niveles de NNSSR, controlando el efecto de la edad en años cumplidos. Empezaremos retomando los hallazgos más relevantes que arroja el MCA para las jóvenes, seguidamente se presentarán los hallazgos para los varones y por último se intentarán plantear elementos comunes a los y las jóvenes en términos de sus NNSSR. Dado que se ajustan MCA para cada una de las fuentes de información (Enadid, 1997; Ensare 1998 para varones y mujeres), una vez más, la dificultad de comparabilidad de los datos surge como un problema metodológico al momento de plantear el análisis de la información construida y que obliga a leer con precaución estos resultados y las comparaciones planteadas.

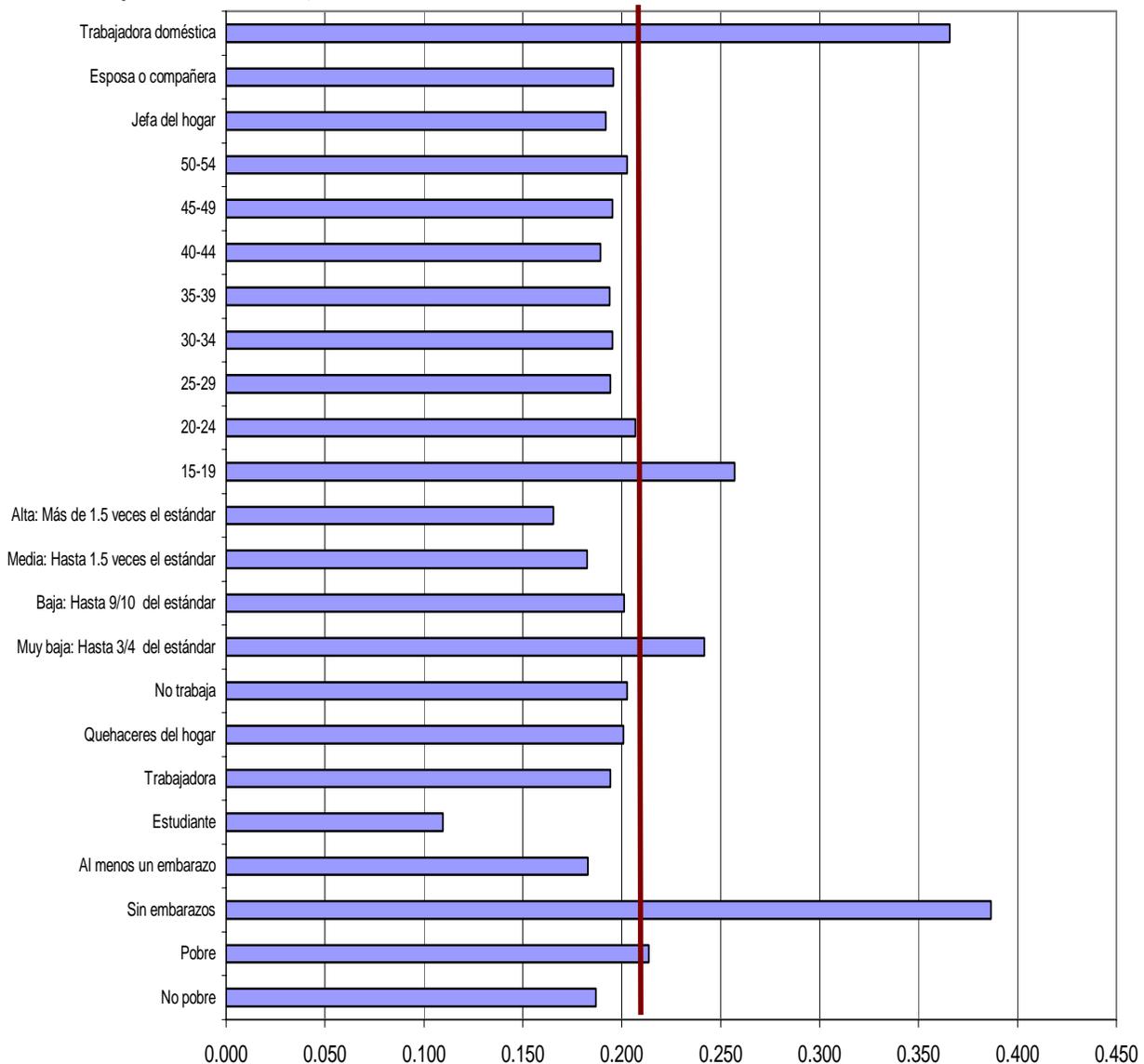
#### **A – Las jóvenes**

Ajustamos primero un MCA con todas las mujeres, incorporando el grupo de edad como factor de análisis para examinar si las jóvenes de 15 a 19 años presentan mayores niveles de NNSSR en comparación con las mujeres de los otros grupos de edad. La gráfica 4 presenta las medias de NNSSR para cada una de las categorías de análisis corregidos por los diferentes factores para toda la República y la línea roja indica el valor de la media global. Es posible interpretar que aquellas categorías para las cuales el valor medio de NNSSR es mayor al de la media global son aquellas en las que las mujeres experimentan mayor vulnerabilidad.

En primer lugar, los resultados parecen corroborar la hipótesis de la existencia de mayor vulnerabilidad en términos de NNSSR en las jóvenes. Se encuentra el máximo nivel de NNSSR en el grupo 15 – 19, a partir del cual empieza a disminuir y tiene un segundo pico en el último grupo de edad (50-54), ello podría estar indicando que los grupos extremos de edad requieren servicios particulares de SR que son poco tenidos en cuenta en los procesos de planeación en salud y que la oferta de servicios en SR se concentra en la atención al embarazo, parto y

puerperio, lo que explicaría la situación de menores niveles de NNSSR encontrada en las mujeres de edad media. El hallazgo de que son las mujeres sin embarazos en contraste con aquellas alguna vez embarazadas, las que presentan mayor vulnerabilidad en términos de NNSSR, a pesar de tener menor exposición al riesgo de no satisfacer una necesidad en SR, da elementos para corroborar la hipótesis de la concentración de los servicios de SR en dimensiones específicas, a costa de una posible desatención en otras tales como los procesos de información y prevención. Habría que realizar estudios especializados para corroborar estas ideas.

**Gráfico 4. Valores promedio del índice de NNSSR según características socioeconómicas de las mujeres entre 15 y 54 años. México, 1997**



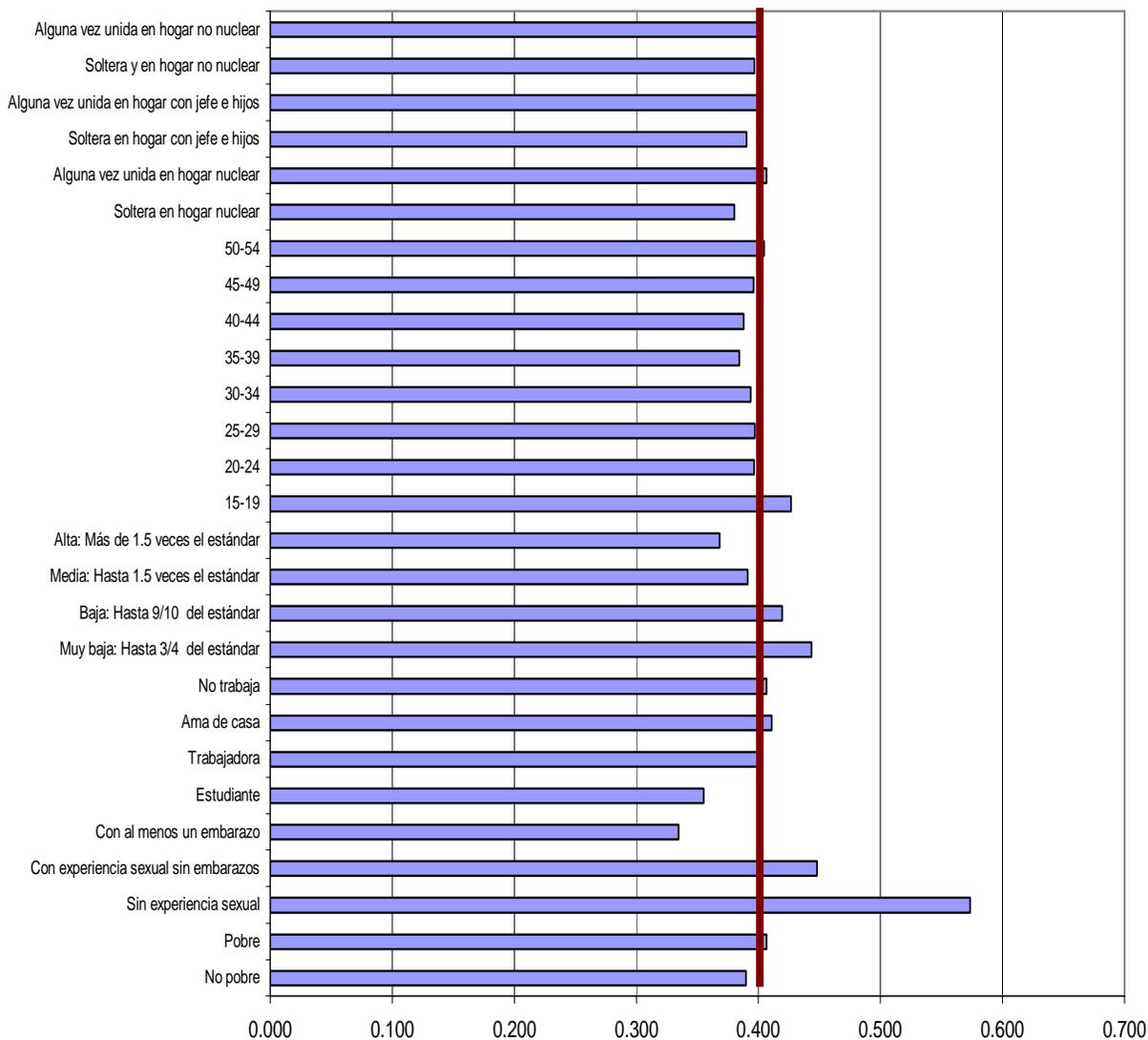
Fuente: Elaboración propia con datos de la Enadid, 1997

Resalta también la gran vulnerabilidad que al parecer presentan las trabajadoras domésticas, con un nivel de NNSSR que supera en un 57% el valor medio del índice. Así mismo, se encuentra una clara asociación positiva entre rezago escolar (medido a través de los cuarteles de escolaridad relativa) y los niveles de NNSSR. La condición de actividad si bien tiene un peso de asociación relativamente bajo (0.06) en comparación con los otros factores, se comporta también según lo esperado, de modo que el permanecer en la escuela es un elemento que se asocia a bajos niveles de NNSSR (50% menos de la media global) y en contraste, los niveles más altos se encuentran en las mujeres que no realizan una actividad específica y aquellas dedicadas a los quehaceres del hogar, es posible que en ambos casos, las mujeres se encuentren en situación de dependencia económica y de poca autonomía y que estos sean los elementos que den en cuenta de sus niveles de NNSSR.

Con respecto a la condición de pobreza, punto nodal de este estudio, se encuentra una asociación significativa entre el ser pobre y mayores niveles de NNSSR. Ello se comprueba al ajustar un MCA excluyendo la variable *categorías de escolaridad relativa*, por los problemas de colinealidad descritos en el apartado metodológico; sin embargo, su peso aunque importante, resulta menor al del *curso de vida*, que figura como aquel con el mayor peso de asociación. Al ajustar el MCA incluyendo las *categorías de escolaridad relativa*, se observa – tal como se esperaba – que el peso de la condición de pobreza se reduce y aquel resulta siendo la segunda variable con mayor peso de asociación y la pobreza la cuarta, después de la variable *posición en el hogar*. Las variables que aunque estadísticamente significativas resultan con menor peso de asociación son el grupo de edad y la condición de actividad (ver apéndices 8 y 9).

Los resultados del MCA con los datos de la Ensare, 1998 muestran asociaciones similares a las encontradas con la Enadid, 1997, de modo que son las jóvenes entre 15 y 19 años, de menor *escolaridad relativa*, *sin experiencia sexual* y en *condición de pobreza* las que tienen niveles más altos de NNSSR (ver gráfico 5). En contraste a lo hallado en la Enadid, esta vez resulta que son las mujeres unidas las que presentan niveles más altos de NNSSR, en comparación con las solteras. La condición de actividad es un factor que juega un papel similar al encontrado para los datos de la Enadid, de modo ser estudiante se asocia a bajos niveles de NNSSR (ver apéndice 10).

**Gráfico 5. Valores promedios del índice de NNSSR según características socioeconómicas de las mujeres entre 15 y 54 años. México, 1998**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Ensare, 1998

Al analizar los pesos de asociación para cada una de las variables tenidas en cuenta, nos encontramos nuevamente que la pobreza, si bien es significativa no es el factor más importante en su relación con los niveles de NNSSR, sino que siguen siendo el *momento del curso de vida*, la *escolaridad relativa* y la *condición de actividad*. Cuando se ajusta un nuevo MCA excluyendo la variable *escolaridad relativa* para analizar cómo cambia el peso de la variable *condición de pobreza*, encontramos que efectivamente su coeficiente beta sube ligeramente, ocupando ahora el tercer lugar después de las variables *momento del curso de vida* y *condición de actividad*; en este

segundo ejercicio, el grupo de edad pasa a un cuarto lugar (ver apéndice 11). En otras palabras, corroboramos que la condición de pobreza tiene un efecto importante sobre los niveles de satisfacción de necesidades en SR, pero que este efecto opera en conjunción con otros elementos como el *momento del curso de vida*, la *condición de actividad* y la *escolaridad*, todos profundamente ligados.

Ahora bien, al centrarnos en la población de interés (15–19), el MCA con los datos de la Enadid, 1997 presenta hallazgos similares a los encontrados para la población en general. Sin embargo, el diferencial entre pobres y no pobres en términos de NNSSR es menor, de modo que los niveles de NNSSR para las jóvenes no pobres se ubican sólo ligeramente por debajo de la media global. Así mismo, *las mujeres sin embarazos* y aquellas que son *trabajadoras domésticas* son las que presentan los índices de NNSSR más altos; y se reitera la asociación positiva entre el *rezago educativo* y los niveles de NNSSR, con la diferencia de que esta vez incluso las mujeres con escolaridad relativa baja presentan niveles mayores a la media global, lo que se puede explicar por la mayor escolaridad alcanzada por este grupo de edad, en contraste con las generaciones mayores. Finalmente se encuentra también que las jóvenes que se encuentran fuera de la escuela son las que presentan más altos niveles de NNSSR (tabla 19).

Las variables con mayor peso de asociación son *el momento del curso* y la *posición en el hogar*, seguida de la medida de *rezago escolar* y la *condición de actividad*. La *condición de pobreza* aparece como la variable con menor peso relativo en la asociación con las NNSSR. Debido al alto número de casos perdidos de la variable posición el hogar, se decidió ajustar un MCA excluyéndola, los resultados se muestran en el apéndice 12 y los resultados siguen siendo consistentes, de modo que se encuentran las mismas condiciones de vulnerabilidad y las variables con mayor peso de asociación siguen siendo el momento del curso de vida, seguido esta vez de la medida de rezago escolar, la condición de actividad y por último la pobreza, pero se pierde bondad de ajuste (pasando de 0.59 en el primero a 0.34 en este). Se ajustó un tercer modelo excluyendo la variable de rezago escolar (categorías de escolaridad relativa), para mitigar el efecto de la colinealidad con la variable condición de pobreza y examinar el peso de ésta última, y se observa que siguen siendo más importantes el momento en el curso de vida, la posición en la familia y la pobreza y la condición de actividad quedan juntas en un tercer lugar de acuerdo al peso de su asociación con los niveles de NNSSR (ver apéndice 13).

**Tabla 19. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas en salud reproductiva para mujeres entre 15 y 19 años. México, 1997.**

Resumen de los factores significativos *		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.2844	0.0817
Momento del curso de vida	0.6173	0.5308
Condición de actividad	0.4138	0.1201
Categorías escolaridad relativa	0.3003	0.2696
Posición en el hogar	0.6214	0.3266

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	325	0.4575	0.3628	0.0736	-0.0211
	Pobre	481	0.3315	0.3990	-0.0524	0.0151
Curso de vida	Sin embarazos	358	0.5378	0.5163	0.1539	0.1323
	Al menos un embarazo	448	0.2658	0.2823	-0.1181	-0.1016
Condición de actividad	Estudiante	38	0.2275	0.2426	-0.1564	-0.1413
	Trabajadora	302	0.4874	0.3807	0.1035	-0.0032
	Quehaceres del hogar	466	0.3115	0.3946	-0.0724	0.0107
Categorías escolaridad relativa	Muy baja	333	0.4426	0.4363	0.0587	0.0524
	Baja	228	0.3985	0.3975	0.0146	0.0136
	Media	229	0.2866	0.2957	-0.0973	-0.0882
	Alta	16	0.3007	0.3343	-0.0832	-0.0497
Posición en el hogar	Jefa del hogar	81	0.3175	0.3055	-0.0664	-0.0784
	Esposa o compañera	575	0.3112	0.3517	-0.0727	-0.0323
	Trabajadora doméstica	150	0.6396	0.5162	0.2557	0.1322
R <sup>2</sup> ajust. = 0.59		N (sin pond.) = 806 (5%)		Excluidos (sin pond) = 15,966 (95%)		

\*Con un nivel de significancia de 0.05. Se controla por edad en años cumplidos

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

El MCA con los datos de la Ensare (1998) para el grupo de edad de interés (15 – 19), muestra nuevamente de manera congruente a lo señalado para la Enadid, que la pobreza, la baja escolaridad, el estar fuera de la escuela y el no haber experimentado eventos reproductivos son factores de mayor vulnerabilidad en términos de insatisfacción de necesidades en SR. En este ajuste, la posición en el hogar no resulta estadísticamente significativa y el momento en el curso de vida y la condición de actividad son factores con mayor peso de asociación con los niveles de NNSSR que la pobreza, aunque es estadísticamente significativa (ver tabla 20 y apéndice 14).

**Tabla 20. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas en salud reproductiva para mujeres entre 15 y 19 años. México, 1998.**

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.227	0.167
Momento del curso de vida	0.488	0.662
Condición de actividad	0.140	0.190
Categorías escolaridad relativa	0.163	0.235

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	338	0.500	0.508	-0.032	-0.023
	Pobre	388	0.559	0.552	0.027	0.020
Curso de vida	Sin experiencia sexual	610	0.558	0.566	0.027	0.035
	Con experiencia sexual sin embarazos	37	0.405	0.407	-0.127	-0.124
	Con al menos un embarazo	79	0.366	0.285	-0.165	-0.246
Condición de actividad	Estudiante	415	0.522	0.514	-0.009	-0.018
	Trabajadora	217	0.559	0.550	0.028	0.019
	Ama de casa	94	0.507	0.589	-0.024	0.057
Categorías de escolaridad relativa	Muy baja	36	0.604	0.628	0.072	0.097
	Baja	119	0.546	0.578	0.015	0.047
	Media	517	0.530	0.522	-0.001	-0.009
	Alta	54	0.482	0.486	-0.049	-0.045
R <sup>2</sup> ajust. = 0.40		N (sin pond.) = 726 (99%)		Excluidos (sin pond) = 7 (0.95%)		

\* Se excluye del análisis por no ser significativas al 5% de confiabilidad la variable posición en el hogar. Se controla por edad en años cumplidos.

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

Para cerrar este subapartado, podemos plantear que el hallazgo más importante es la existencia de una clara asociación positiva entre condiciones de subalternidad<sup>21</sup> y presencia de NNSSR, es decir, los datos parecen sugerir que en la medida en que las mujeres estén ubicadas en lugares de subordinación social, económica y cultural sus niveles no NNSSR tienden a ser más altos. Llama la atención también que el residir en un hogar no nuclear se asocie a niveles de NNSSR cercanos y/o superiores a la media global, lo que podría asociarse a su vez a menores condiciones de autonomía de las mujeres y particularmente de las jóvenes y desde allí sea posible explicar la mayor insatisfacción en SR.

<sup>21</sup> Definidas en términos de menor escolaridad, de encontrarse en condición de pobreza, de ocupar posiciones en el hogar que implican poca autonomía (como ser el trabajadora doméstica) y ser joven.

En relación con la pobreza, que era una variable nodal en este estudio, encontramos que si bien se asocia a bajos niveles de satisfacción de necesidades en SR, no se la puede considerar como una barrera para la satisfacción de las mismas *per se*, sino que se encuentra relacionada con otra serie de características sociodemográficas (posición en el hogar, situación de actividad) que en su conjunto si se constituyen en barreras para la satisfacción de necesidades en el ámbito de interés. Ello implicaría que no basta con abatir la pobreza para mejorar las condiciones de SR de las jóvenes, se requiere además promover una mayor protección social entre las jóvenes trabajadoras, especialmente entre las que se dedican al trabajo doméstico.

La asistencia a la escuela es otro factor fuertemente asociado a bajos niveles de NNSSR, al respecto las acciones de política pública debieran dirigirse en dos sentidos: de un lado se hace urgente promover la permanencia de las jóvenes en la institución, y de otro se hace necesario que los servicios de salud se democratizen y promover la asistencia de ellas a los servicios existentes, de modo que salir de escuela no se traduzca además desprotección en el ámbito de la salud.

### **B – Los jóvenes<sup>22</sup>**

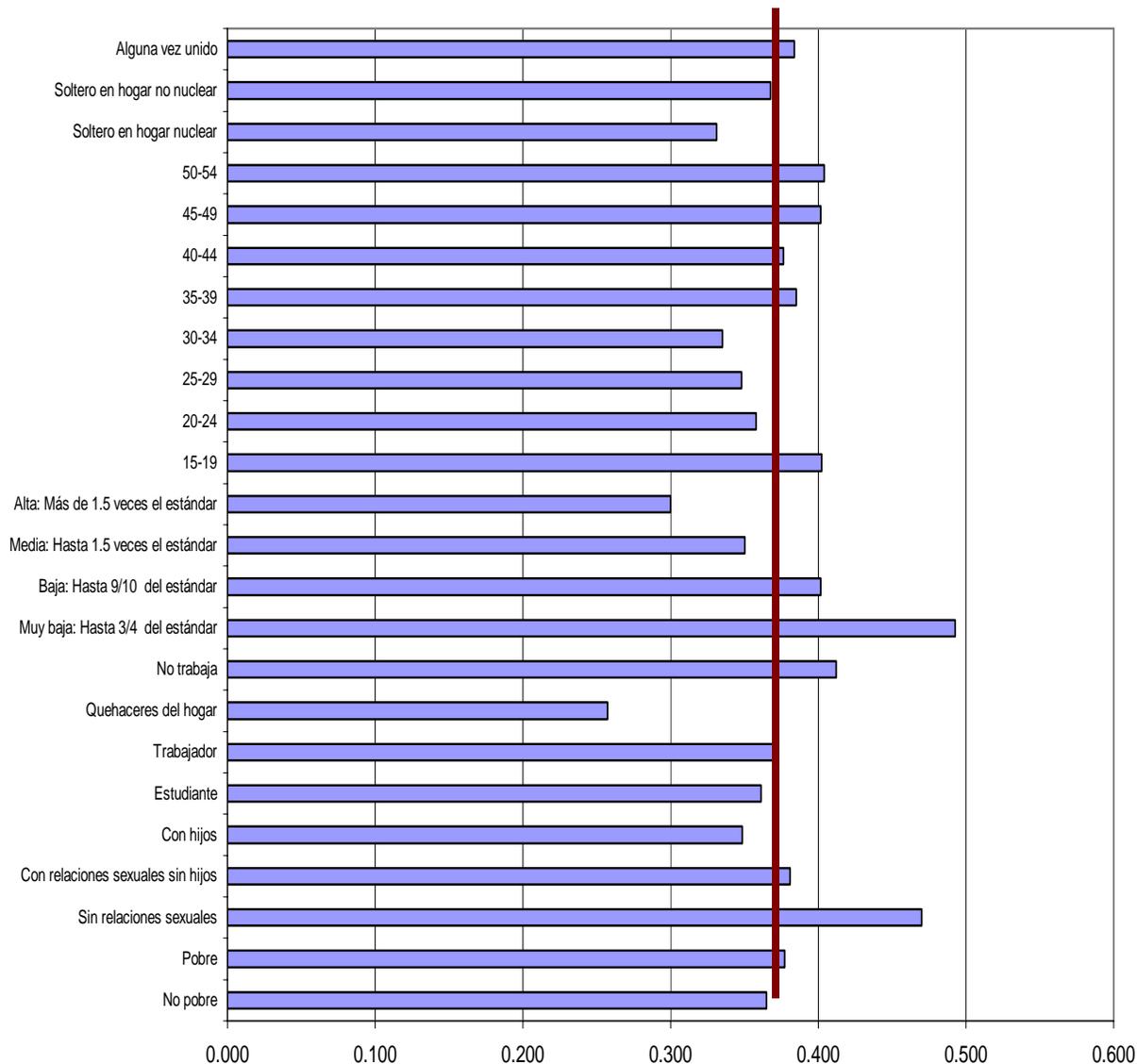
El MCA ajustado con todos los varones, arroja resultados similares a los encontrados en el caso de las mujeres. También para éstos el índice de NNSSR se distribuye según grupos de edad en forma de U, de modo que son los varones de los grupos de edad extremos quienes presentan los niveles más altos y los valores más bajos corresponden a las edades medias. Otras condiciones asociadas a altos niveles de NNSSR (superiores a la media global) son el no tener experiencia sexual, el tener bajos niveles de escolaridad, el ser trabajador y el ser pobres.

Todas las variables cuyas medias se ilustran en la gráfica 6 son significativas estadísticamente y, -consistente con los hallazgos en los datos de las mujeres – la *condición de pobreza* resulta ser el factor con menor el peso de asociación con los niveles de NNSSR, siendo esta vez más importante, en su orden, *la escolaridad relativa*, *el momento en el curso de vida* y *el grupo de edad*. Al ajustar un nuevo MCA sin considerar la escolaridad, la *condición de pobreza* pasa a ocupar el segundo lugar de importancia, después del *momento en el curso de vida*, otros factores con pesos significativos son el *grupo de edad* y *la posición en el hogar*; la *condición de actividad* es la variable con menor peso de asociación a los niveles de NNSSR (ver apéndice 15).

---

<sup>22</sup> El análisis que aquí se presenta, es producto de los resultados del MCA ajustados con los datos de la Ensare, 1998.

**Gráfico 6. Valores del índice de NNSSR según características socioeconómicas de los varones entre 15 y 54 años. México, 1998**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Ensare, 1998

Sin embargo es importante tener en cuenta que esta es la población para la cual los MCA ajustados tienen con menor bondad de ajuste: 0.23 cuando se incorporan conjuntamente las variables *escolaridad relativa* y *condición de pobreza*, y baja a 0.13 cuando se excluye la primera. Ello puede significar que los niveles de insatisfacción de NNSSR en el caso de los hombres están asociados a otros factores no considerados en este estudio y que pueden estar más asociadas al mundo no-institucional, es decir a los espacios de socialización informal donde se

configuran las identidades masculinas. No tenemos elementos para argumentar al respecto, pero esta podría ser una línea interesante de trabajo para investigaciones futuras.

Al concentrarnos en la población juvenil masculina, encontramos nuevamente que son el momento en el *curso de vida*, la *escolaridad relativa* y la *posición en el hogar* los factores con mayor peso de asociación con los niveles de NNSSR. Al ajustar el MCA excluyendo la escolaridad relativa por los problemas de correlación entre esta y la condición de pobreza, encontramos que siguen siendo el curso de vida y la posición en el hogar los factores más importantes en relación con los niveles de NNSSR. Ello implica que en el caso de los jóvenes varones, la pobreza, si bien es un elemento que agudiza las condiciones de no satisfacción de necesidades en SR, no es el más importante.

**Tabla 21. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas de salud reproductiva para varones entre 15 y 19 años. México, 1998.**

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.148	0.087
Momento en el curso de vida	0.349	0.319
Categorías escolaridad agrupada	0.322	0.305
Posición en el hogar	0.230	0.201

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media observ	Media corr	Desv. observ.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	119	0.405	0.416	-0.026	-0.015
	Pobre	132	0.459	0.448	0.028	0.017
Curso de vida**	Sin relaciones sexuales	174	0.473	0.469	0.042	0.038
	Con relaciones sexuales sin hijos	77	0.335	0.343	-0.097	-0.088
Escolaridad relativa*1	Muy baja y baja	69	0.530	0.525	0.099	0.094
	Media y alta	182	0.396	0.398	-0.035	-0.033
Posición en el hogar***	Soltero en hogar nuclear	162	0.396	0.400	-0.035	-0.031
	Soltero en hogar no nuclear	89	0.481	0.474	0.049	0.043
R <sup>2</sup> ajust. = 0.22      N (sin pond) = 251 (93%)      Excluidos (sin pond)= 18 (7%)						

\* Se excluye del análisis la variable *condición de actividad* por no resultar significativa al 95% de confianza. Se controla por edad en años cumplidos.

\*\* Se excluye la categoría *con al menos un hijo nacido vivo* por el escaso número de casos (9)

\*1 Se agrupan las categorías por el escaso número de casos

\*\*\* Se excluye la categoría *alguna vez unidos* por el escaso número de casos (16)

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998

En contraste, el no experimentar eventos reproductivos es un factor que aparece como clave en este sentido, es posible pensar entonces que los varones hombres satisfacen sus necesidades – especialmente de conocimientos - en la medida en que tienen experiencias y que por tanto es probable que los agentes que operan en este proceso no sean institucionales (maestros, médicos, padres), sino fundamentalmente su grupo de pares. Así mismo, el vivir en un hogar no nuclear es un factor asociado a un nivel de NNSSR 1.25 veces mayor a aquel encontrado en los jóvenes que residen en hogares nucleares. Dado que esta es una situación que se presenta también en las jóvenes, se hace muy interesante indagar en el futuro por los factores que explican esta asociación.

En síntesis, los hallazgos del MCA permiten plantear que los y las jóvenes experimentan niveles de NNSSR superiores a los encontrados en los demás grupos de edad. Sugieren además, que esta vulnerabilidad se incrementa cuando se encuentran en condiciones de subordinación en la estructura social, es decir, cuando tienen baja escolaridad, son trabajadores domésticos, se encuentran excluidos del mercado laboral y de la escuela y residen en hogares no nucleares. Estas condiciones sugieren la necesidad de desarrollar planes, programas y proyectos con una perspectiva ya no sólo de género, sino también generacional, de modo que se tengan en cuenta las necesidades particulares de esta población, lo que necesariamente pasa, por una legitimación en la sociedad y especialmente en el mundo adulto – institucional, de la sexualidad juvenil.

## **5. Conclusiones y comentarios finales: Pistas para emprender nuevos viajes**

El ejercicio aquí realizado permite plantear la existencia de una vulnerabilidad social en términos de satisfacción de necesidades en SR en los y las jóvenes, con respecto a otros grupos de edad. Permite además repensar el concepto de espacio social y cómo variables como la escolaridad relativa, la condición de actividad, el sexo, la posición en el hogar, el estrato socioeconómico y los eventos experimentados en el curso de vida están relacionados de tal manera, que al momento de querer conocer el peso de cada uno de ellos en los niveles de NNSSR, se encuentra que estos actúan en forma de nodo.

Queda claro entonces, que contrario a lo esperado, la condición de pobreza por sí sola tal como fue planteada al inicio de este estudio, tiene poco peso sobre los niveles de NNSSR y que analizados de manera aislada, las variables con mayor peso son el curso de vida, la escolaridad

relativa y la posición en el hogar. Queda por analizar en futuros estudios de corte más cualitativo la manera en que estas variables se constituyen o no en barreras para la satisfacción de necesidades en SR.

Es importante subrayar la condición de triple subordinación en el que las mujeres jóvenes pobres construyen la experiencia de su sexualidad. Ya es un lugar común hablar de las desigualdades de género y de las asociadas a la condición socioeconómica de los sujetos y/o sus lugares de origen, sin embargo, la desigualdad generacional es un tema aún poco explorado y que en ejercicios como el aquí presentado deja ver que opera en las experiencias cotidianas de los sujetos que les implica obstáculos para el goce de sus derechos fundamentales, en este caso, el derecho a la salud, a la planeación de sus eventos reproductivos y al disfrute pleno de su sexualidad.

Es contundente comprobar como en las tres bases de datos construidas, los mayores niveles de NNSSR se encuentran en las jóvenes sin embarazos (en el caso de la Enadid, 1997), o en los y las jóvenes sin experiencia sexual (en el caso de la Ensare, 1998), ello a pesar de ser sujetos con menor exposición al riesgo de tener NNSSR, en comparación con los y las jóvenes que han tenido hijos o embarazos respectivamente. Este hallazgo es especialmente importante, pues desde el sentido común se puede pensar que sólo cuando los sujetos empiezan a tener una vida sexual activa y/o se convierten en madres o padres, es cuando empiezan a experimentar necesidades en SR. Este planteamiento es válido si por SR se entiende sólo planificación familiar y atención al embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, como se intentó demostrar en este ejercicio, la SR implica muchas más dimensiones, siendo la información uno de los elementos esenciales en el proceso, en tanto brinda capacidad real de decisión y la posibilidad de ejercer una sexualidad más consciente.

En este sentido, es interesante observar como pareciera que los jóvenes varones tienen más acceso a información en comparación con las jóvenes y cómo las brechas generacionales en esta dimensión se tornan importantes, en tanto las nuevas generaciones tienen mayor acceso a información – a pesar de las restricciones comentadas - que los adultos y adultas. En las mujeres jóvenes los niveles de desinformación -como ya se ha reiterado hasta el hartazgo-, posiblemente se asocien a mayor represión por parte del mundo adulto de su actividad sexual y en esa medida, es posible que la “única” salida que tengan para ejercer su sexualidad abiertamente sea la

maternidad, de ahí las diferencias entre una sexualidad ligada a la procreación en éstas y otra totalmente desvinculada de la paternidad en los varones.

Vale decir que el brindar información suficiente y pertinente a los jóvenes sobre la SR no es una tarea de los médicos, si bien ellos cumplen un rol importante, es tarea fundamental de la escuela y la familia, lo que implica levantar los tabúes existentes en torno a la sexualidad juvenil, especialmente la femenina, reconocer que existe, que los y las jóvenes tienen relaciones sexuales y guiarlos para que su experiencia sea más saludable en términos de bienestar físico, emocional y social.

Otro hallazgo a resaltar es la presencia de mayor vulnerabilidad en SR en los y las jóvenes que viven en hogares no nucleares. No tenemos sin embargo elementos que nos permitan comprender mejor lo que nos arrojan los cálculos estadísticos, por lo que las aproximaciones cualitativas serían un recurso importante a implementar para responder a la pregunta de los mecanismos a través de los cuales las familias nucleares se convierten o no en barreras para la satisfacción de NNSSR.

Uno de los hallazgos más reveladores del estudio es la ausencia de una cultura de la prevención en materia de SR en todos los grupos de edad. Al respecto, basta llamar la atención en que sólo la construcción de hábitos “socialmente responsables” frente a la sexualidad permitiría controlar la epidemia del VIH y ello, una vez más, sólo es posible en la medida en que se reconozca y legitima el ejercicio de la sexualidad juvenil y sea posible dialogar con los y las jóvenes sobre sus inquietudes al respecto. En tanto la sexualidad juvenil siga siendo un asunto invisibilizado, juzgado y soslayado, seguiremos teniendo una práctica sexual eminentemente procreativa en estas edades y en esa medida, gran riesgo no sólo de tener preferencias reproductivas no satisfechas, sino también de una vivencia no satisfactoria de la sexualidad acompañada de alta prevalencia de ITS y un incremento en la prevalencia de VIH-Sida que se torna inviable financieramente para las instituciones de salud pública, máxime cuando como bien lo expresa Conapo (2000b:45), las ITS de nueva generación (como el VIH, el herpes genital, el virus de papiloma, entre otras) son susceptibles de ser adecuadamente tratadas pero no son curables. La prevención, la información y la promoción de la salud son pues asuntos de alta prioridad en este campo.

En términos metodológico – conceptuales, los resultados del índice de NNSSR aquí construido y sus componentes, se tornan consistentes al comparar – con sus limitaciones – los

datos resultantes de las tres bases de datos, por lo que es posible concluir, que la estrategia aquí diseñada permitió aproximarse de manera coherente a una medición de la salud reproductiva desde una perspectiva integral, es decir, tomando en cuenta las diferentes dimensiones que la constituyen en interrelación con lo que hemos denominado *condición del sujeto*, esto es, su sexo y los eventos vividos en el curso de vida.

Algunas dimensiones del índice siguen siendo problemáticas al plantearse desde una normatividad social y no desde la perspectiva misma de los sujetos, este es el caso del componente de *trayectorias reproductivas riesgosas*, queda abierta la pregunta por las condiciones que definen el riesgo y en qué medida esta concepción se ancla en planteamientos ideológicos sobre lo que *debe ser* una trayectoria reproductiva, con base en valores de generacionales, de género y de clase social. En esa medida, no nos conformamos con plantear que las mujeres vírgenes tienen trayectorias reproductivas no riesgosas, pues tal vez esta condición sea producto de un profundo temor a la sexualidad por la cantidad de tabúes y desinformación que existe. Habría que pensar en qué medida los y las jóvenes efectivamente deciden tener sus hijos con intervalos estrechos o al inicio de sus vidas reproductivas, o deciden tener tal o cual trayectoria sexual y reproductiva, y en qué medida esto es menos una decisión y más un producto de la falta de información y de la ausencia de otras perspectivas de vida. Hay que tener en cuenta además, que la noción de riesgo es una construcción profundamente social, en ese sentido, la investigación cualitativa tendría mucho que sugerir y aportar sobre las condiciones que representan riesgo para los y las jóvenes en el ejercicio de su sexualidad y cómo resignifican la noción de riesgo con la que el mundo adulto institucional califica ciertas prácticas o experiencias de su sexualidad.

La aventura de medir de manera integral la satisfacción de necesidades de salud reproductiva en una población tan especial como son los jóvenes, se enfrenta a las limitaciones de información. Básicamente no existe información especializada sobre SR en jóvenes. Las encuestas nacionales de la juventud si bien exploran aspectos de ésta, son limitadas en términos del esquema aquí diseñado. Por su parte, la información recabada en encuestas de salud reproductiva hace énfasis en historia de embarazos y de anticoncepción, de modo que cuando los sujetos no tienen hijos, la información es escasa. Así mismo, la información recabada con respecto a la calidad de los servicios es muy limitada y no permite tener una idea de las dificultades y/o inconformidades a las que se enfrentan los usuarios del sistema nacional de

salud, menos aún cuando la población de interés son los y las jóvenes. Tampoco hay información que indague sobre las necesidades sentidas por la población en materia de salud, de modo que los investigadores con base en marcos conceptuales y desde lugares sociales particulares, interpretan la presencia o ausencia de necesidad, pero el sujeto, sigue estando ausente del debate.

Si el panorama es oscuro para las jóvenes, para los varones, es totalmente negro. Habría que cuestionar por ejemplo, la poca indagación realizada sobre la percepción de satisfacción sexual en los hombres; pareciera que se diera por sentado, que ellos están muy satisfechos con su vida sexual, que no sufren tipo alguno de violencia o de acoso al interior de sus relaciones de pareja y que al estar siempre dispuestos a tener una relación sexual, no tienen que negociar con su pareja su deseo.

Convendría también indagar entre los varones por la presencia de abortos y mortinatos en sus historias vitales, pues más allá del daño potencial a la salud física, está la pregunta por las estrategias de control de los nacimientos empleadas en las parejas, los procesos de negociación y por los efectos que estas experiencias puedan tener en sus trayectorias reproductivas. Llama la atención también que no se indaga por el momento en que los varones desean tener su segundo hijo, lo que parece excluirlos nuevamente de las decisiones reproductivas ubicando la reproducción como un asunto exclusivamente femenino. El levantamiento mismo de información constituye entonces una tarea a desarrollar en esta área, de manera que se puedan lograr mediciones más acertadas de las necesidades en SR en poblaciones específicas, así como de la calidad de los servicios de salud a los que tiene acceso a la población.

Un segundo lugar de desarrollo de este tema lo constituye el diseño de planes, programas y proyectos en SR que tengan en cuenta de manera compleja las interrelaciones entre género, generación, condición social y curso de vida. Más allá de la simple distinción pobre – no pobre, este estudio pareciera mostrar que la focalización – al menos en el caso de los y las jóvenes – podría realizarse con base en otros criterios y valdría la pena estudiar las implicaciones en términos de política pública de ello.

En este escenario, todo está por decir y mucho más por hacer, el primer paso, una vez más, es permitir el libre ejercicio de la sexualidad en los jóvenes, una vez conquistado este derecho, todo será posible, sin ello, las condiciones están dadas para que ellos y ellas encuentren gran cantidad de obstáculos en la satisfacción de sus necesidades de SR y aún más, para que los demógrafos sigamos ciegos a la existencia tales niveles de insatisfacción.

## II. Bibliografía

- Aparicio, Ricardo (2005). *Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿Una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?*. Documento inédito
- Ariès, Phillipe (1977). *Ensayos de la memoria*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Boltvinik (1990). *Pobreza y necesidades básicas. Conceptos y métodos de medición*. Proyecto regional para la superación de la pobreza. PNUD.
- Bongaarts, Jhon (1991). “The kap-gap and the unmet need for contraception”. *Population and Development Review*. Vol 17. No.2
- Bourdieu (1988). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Editorial Taurus. Madrid
- Bronfman, López, Magis, Moreno y Rutstein (2003). “Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias”. *Salud Publica Mex* 2003, 45 (6)
- Consejo Nacional de Población (2000). *Cuadernos de salud reproductiva – República Mexicana*. México
- Consejo Nacional de Población (2000a). *Cuadernos de salud reproductiva – Distrito Federal*. México
- Consejo Nacional de Población (2001). *La población de México en el nuevo Siglo*. México
- Consejo Nacional de Población (2006). [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)
- Donadebian, Avedis (1988). *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica. México.
- Doyal, Len y Gough, Ian (1991). *A Theory of human need*. Macmillan Education Ltda. Inglaterra.
- Echarri, Carlos Javier (2003). *Hijo de mi hija... Estructura familiar y salud infantil en México*. El Colegio de México. México
- Echarri, Carlos Javier (2004). “Estratificación socioeconómica y salud materno infantil en México”. *Papeles de Población* 2004, 37 (10)
- Echarri, Carlos Javier (2005). *Diagnóstico de la salud reproductiva en México en la década de los noventa. Construcción del indicador de estratificación social*. Documento inédito
- Espinosa, Gisela (2000). *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Espinosa, Gisela (2002). *Gasto económico y costo social. Una reflexión sobre la salud reproductiva*. Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México.
- Espinosa, Gisela y Paz, Lorena (2002). *Hacia una perspectiva de género en la salud reproductiva*. Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México.
- Feixa, Carles (1990). “Púberes, efebos, mozos y muchachos. La juventud como construcción cultural”. *VV.AA., Juventud y sociedad: Del neolítico al neón*. Ayuntamiento de Zaragoza.
- García, Brígida y De Oliveira, Orlandina (2006). “Participación laboral: Posición social de las mujeres. Un análisis del camino recorrido”. EN: *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. El Colegio de México. México.
- Groenewegen, Kerssens, Sixma, van der Eijk y Boerma (2005). “What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views”. *BMC Health Services Research* 2005,5 (16)
- Heller, Agnes (1996). *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona, Paidós.
- HockLong, Herceg-Baron, Cassidy y Whittaker (2003). “Access to adolescent reproductive health services: financial and structural barriers to care”. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2003, 35 (3)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999). *Estadísticas Vitales*. Cuaderno No.1 Distrito Federal.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). *Estadísticas Vitales*. Cuaderno No.1 Distrito Federal.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
- Lerner, S. y Camarena, R. (2005). *Repensando los significados del concepto de “necesidades insatisfechas”; consideraciones teórico – metodológicas e incertidumbres de evidencias empíricas en el México rural*. Documento inédito.
- Marcell, Raine y Eyre (2003). “¿Where does reproductive health fit into the lives of adolescent males?”. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35(4)
- Margulis, M. Urresti, et. Al. (1998). *Viviendo a toda: Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. Siglo del Hombre Editores; Departamento de Investigaciones, Universidad Central. Santafé de Bogotá
- McBride Dennis y Gienapp Anne (2000). “Using randomized designs to evaluate client-centered programs to prevent adolescent pregnancy”. *Family Planning Perspectives*, 2000, 32(5)
- Nortman, Dorothy (1982). “Measuring the unmet need for contraception to space and limit births”. *International Family Planning Perspectives*. Vol 8 No. 4
- Pérez R, Libreros V, Reyes S, Santacruz J, Alanis V, Gutiérrez G. (1994). “Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos”. *Salud Pública de México*, 36 (5)
- Rojas, Olga y Lerner, Susana (2001). *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*. Documentos de trabajo. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México
- Salles, Vania y Tuirán, Rodolfo (2003). *Dentro del laberinto*. Programa salud reproductiva y sociedad. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. El Colegio de México.
- Seclen JA, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe E. (2004). “¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal?: Experiencia en hospitales del Perú”. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2004;16(3)
- Secretaría de Salud (1995). *Plan nacional de salud 1995- 2000*. México
- Secretaría de Salud (1997). *Estadísticas vitales 1995*. México
- Secretaría de Salud (1996). *Estadísticas vitales 1994*. México
- Secretaría de Salud (1995). *Estadísticas vitales 1993*. México
- Secretaría de Salud (1994). *Estadísticas vitales 1992*. México
- Secretaría de Salud (1993). *Estadísticas vitales 1991*. México
- Secretaría de Salud (1992). *Estadísticas vitales 1990*. México
- Secretaría de Salud (1991). *Estadísticas vitales 1989*. México
- Secretaría de Salud (2000). *Estadísticas vitales 1999*. México
- Secretaría de Salud (2000a). *Salud pública de México*. Vol. 42 No.6
- Secretaría de Salud. *Plan Nacional de Salud 2001-2006*. [www.ssa.gob.mx](http://www.ssa.gob.mx)
- Secretaría de Salud (2005). *Salud México 2004. Información para la redición de cuentas*. México.
- Secretaría de Salud (2005a). *Salud México 2004. Información estratégica por entidad federativa: Distrito Federal*. México
- Sen, Amartya (1992). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid, Alianza Editorial.
- Stern C, y Medina G. (1999). *Adolescencia y salud en México*. Documento inédito.
- Stern C, Fuentes-Zurita C, Lozano-Treviño LR, Reysoo F. (2003). “Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México”. *Salud Pública Mex* 2003;45 supl 1
- Tuirán, Rodolfo y Zúñiga, Elena (2000). *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico*. Consejo Nacional de Población. México
- Villaseñor-Farías M, Castañeda-Torres JD. (2003). “Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes”. *Salud Publica Mex* 2003;45 supl 1.
- Westoff, Charles y Anne Pebley (1981). “Alternative measures of unmet needs for family planning in developing countries”. *International Family Planning Perspectives*. Vol. 7 No. 14

---

---

## II. APÉNDICE

---

---

**Apéndice 1. Tabla 22. Dimensiones de NNSSR y preguntas de la ENADID (1997) y la ENSARE (1998) a partir de las cuales fueron construidas**

Dimensión de NNSSR	Indicador	Preguntas ENADID 97	Pregunta ENSARE 98 - Varones	Pregunta de la ENSARE 98 - Mujeres	
Deficiencia en conocimientos de SR	Def. de conocimientos en relación con los métodos anticonceptivos modernos	Conocimiento de métodos anticonceptivos modernos (12.1)	Conocimiento de métodos anticonceptivos modernos (5.1)	Conocimiento de métodos anticonceptivos modernos (9.1)	
	Def. de conocimientos en relación a existencia, formas de contagio y prevención de ITS y VIH-Sida	-----	Conocimiento de existencia de ITS y VIH - Sida y de formas de contagio y prevención (6.1, 6.4, 6.6, 6.7)	Conocimiento de existencia de ITS y VIH - Sida y de formas de contagio y prevención (10.1, 10.3, 10.4, 10.6 -	
	Def. de conocimientos en torno a padecimientos crónicos, infertilidad, menopausia y climaterio	-----	Conocimiento de existencia de cáncer CVU, mamario y de próstata (5.40, 5.42, 6.13)	'-----	
Falta de acceso a programas y servicios de SR	Acceso a programas de educación e información sexual	-----	-----	-----	
	Acceso a programas de atención y prevención de la violencia sexual	-----	-----	-----	
	Acceso a servicios de atención y prevención de ITS y VIH-Sida	-----	Acceso a pláticas sobre ITS (10.28a), Inf. Sobre ITS en inst. de salud públicas,	Acceso a pláticas sobre ITS (10.5a-d, 16.28a)	
	Acceso a servicios de planificación familiar	-----	Acceso a planificatel (10.38, 10.39), Acceso a rcsos (10.19), acceso a pláticas sobre PF (10.28c)	Acceso a planificatel (16.38, 10.39), acceso a pláticas sobre PF (16.25, 16.28c)	
	Disponibilidad de recursos de planificación familiar	-----	-----	-----	
	Acceso a servicios de aborto legal seguro	-----	-----	-----	
Falta de calidad o insuficiencia en los servicios de SR	Percepción de falta de calidad o insuficiencia en los servicios de educación e información sexual	-----	-----	-----	
	Falta de calidad en los servicios de planificación familiar	Concordancia método solicitado - obtenido(12.8)	Le resolvieron adecuadamente la duda en planificatel (10.40)	-----	
		Calidad del servicio (12.10)	Calidad en relación a la vasectomía (5.22, 5.24 - 5.29)	Calidad del servicio (9.24, 9.25, 9.29, 9.53, 9.55, 9.56, 9.58 - 9.65, 16.22)	
		Razón de uso/ no uso de método actual (12.11a, 12.16a)	Razón de no uso (5.33)	Razón de no uso (9.14, 9.72, 9.76) / Razón de uso (9.25)	
	Falta de calidad en los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio	Efectividad de métodos anteriores (12.21)	Relación con persona que atendió al solicitar método (10.22)	Efectividad método (9.15)	
		Falta de calidad en los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio	Características de la revisión prenatal (13.6)*	-----	Características atención (6.13, 7.2 - 7.33)*
		Falta de calidad en los servicios de atención y prevención de ITS y VIH-Sida	-----	-----	'-----
Falta de calidad en los servicios de atención e información sobre padecimientos crónicos, menopausia y climaterio	-----	-----	-----		

\* Se refiere a si durante las revisiones prenatales a la mujer le tomaron la presión, la pesaron, le aplicaron vacuna contra el tétano, le recomendaron lactar y le hablaron de planificación familiar. Según la NOM estos servicios se deben prestar durante la revisión prenatal

... Apéndice 1. Tabla 22. Dimensiones de NNSSR y preguntas de la ENADID (1997) y la ENSARE (1998) a partir de las cuales fueron construidas (Continuación)

Dimensión de NNSSR	Indicador	Preguntas ENADID 97	Pregunta ENSARE 98 - Varones	Pregunta de la ENSARE 98 - Mujeres
Ausencia de acciones preventivas en SR	Falta de prácticas preventivas y curativas de ITS y VIH-Sida	Uso de condón (12.2b)	Uso de condón (5.2g, 6.8); prueba de VIH (6.11)	Uso condón (9.3g, 9.4g, 10.8); prueba VIH (10.11), prueba pap (10.13)
	Falta de prácticas preventivas de cáncer CVU, mamario y próstata	-----	Prueba próstata (6.14); revisión de genitales (6.15)	Revisión senos (10.18)
Sexualidad placentera	Haber sido víctima de violencia sexual	-----	Ha sido víctima de violencia sexual (7.17)	Ha sido víctima de violencia sexual (11.4, 11.14)
	Percepción de insatisfacción en relación con su vida sexual	-----	-----	Placer sexual (11.6)
Preferencias reproductivas no satisfechas	Imposibilidad de concebir y deseo de tener hijos	-----	¿Si existiera una operación que le devolviera la posibilidad de tener hijos la solicitaría? (5.21)	Infertilidad (5.21). Satisfacción con OTB (9.32)
	DIA	Deseo de más hijos (11.2) /Deseo de hijo (11.4)	Deseo de más hijos (2.31)	
		Tiempo antes del siguiente (11.3) / (11.5)	-----	
		Uso de métodos anticonceptivos modernos (12.2)	Uso de métodos anticonceptivos modernos (5.5 5.30, 5.31)	Uso de métodos anticonceptivos modernos (9.6 - 9.8, 9.51g)
	Embarazos premaritales antes de los 20 años como proxy de embarazos no deseados	Fecha unión (14.3/14.6)	¿Cuándo se casó por la vez estaban embarazados? (8.21)	¿Cuándo se casó por la vez estaban embarazados? (13.2)
		Fecha primer nacimiento (9.17)		Fecha la unión (12.11 - 12.13); Fecha nacimiento hijo 1 (6.1)
Embarazos no deseados	-----	¿Cuándo su pareja se embarazó del 1er y último hijo, usted... (3.2)	¿Cuándo su pareja se embarazó del 1er y último hijo, usted... (3.2)	
Daño a la salud materna	HNM	Número de HNM (9.19)	-----	Número de HNM (2.9)
	Abortos	Número de abortos (9.23)	-----	Número de abortos (2.11)
Trayectorias reproductivas riesgosas para la salud.	Embarazos entre los 15 y 19 años	Condición de embarazo actual (11.1)	-----	Condición de embarazo actual (11.1)
		Total de HNV (9.7) + Total Abortos (9.22) + Total Mortinatos (9.18)	Total de HNV (2.29)	Total de HNV (9.7) + Total Abortos + Total Mortinatos. Total embarazos (2.15)
	Desviación de la media de los meses transcurridos entre el primer y segundo hijo(a) nacido vivo.	Intervalos (9.25)	-----	Intervalos (2.7)
Embarazo, parto y puerperio sin atención médica	HNV sin atención prenatal con un médico	Personal y lugar revisión prenatal (13.4a)	-----	Personal y lugar revisión prenatal (7.4, 7.5)
	Embarazos sin atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo	El Número de revisiones prenatales se acoge a la NOM (13.7)	-----	El Número de revisiones prenatales se acoge a la NOM (7.10)
		Tiempo de revisión prenatal (13.3)	-----	Tiempo de revisión prenatal (7.6)
	Embarazos cuyos partos no fueron atendidos por un médico	Personal y lugar de atención en el parto (13.9)	-----	Personal y lugar de atención en el parto (7.25, 7.26)
Embarazos sin atención postparto	Tiempo y lugar de revisión postparto (13.11)	-----	Tiempo y lugar de revisión postparto (7.30, 7.31)	

Fuente: Elaboración propia

**Apéndice 2. Planteamientos de la Norma Oficial Mexicana sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. NOM-007-SSA2-1993. (Extracto de la Norma, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995):**

“Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son: Elaboración de historia clínica; Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales); medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración; medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración; valoración del riesgo obstétrico; valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo); determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D $\mu$ ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos; examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36; detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad; - prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico; prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo); aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales; orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada; promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada; promoción de la lactancia materna exclusiva; promoción y orientación sobre planificación familiar; medidas de autocuidado de la salud; establecimiento del diagnóstico integral. La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas”

Con respecto a la atención al puerperio Mediato: (2o. al 7o. día) y tardío (8o. a 42o. día) expresa: “Se deberá proporcionar un mínimo de tres consultas, con una periodicidad que abarque el término de la primera semana (para el primero), y el término del primer mes (para el tercero); el segundo control debe realizarse dentro del margen del periodo, acorde con el estado de salud de la mujer. Se vigilará la involución uterina, los loquios, la tensión arterial, el pulso y la temperatura; se orientará a la madre en los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, sobre métodos de planificación familiar, la alimentación materna y acerca de los cambios emocionales que pueden presentarse durante el postparto”.

**Apéndice 3. Planteamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar (Extracto de la resolución por la que se modifica la Norma, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de enero de 2004):**

“Calidad de servicios de planificación familiar.- Se define como la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por los Servicios de Planificación Familiar, y considera seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos, conjunto apropiado y coordinado de servicios de salud.

4.1.1 Los servicios de planificación familiar deberán proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad, identificación y referencia en casos de esterilidad e infertilidad, prevención de infecciones de transmisión sexual, atención materno-infantil, detección del riesgo preconcepcional, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama, además del manejo de la perimenopausia y la posmenopausia. La prestación de los servicios deberá de otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población.

4.4.1.3 La consejería deberá informar las ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, dependiendo de las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se dará especial atención a la seguridad,

efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como a sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, a fin de lograr la mayor efectividad del método seleccionado. Deberá incluirse siempre, la advertencia de que la práctica responsable de la sexualidad y el uso del condón son las únicas formas de protección a las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA.

4.4.1.4 La consejería facilita el proceso de decisión de utilizar o no un método anticonceptivo. La decisión del usuario debe ser respetada en forma absoluta y por ningún motivo se inducirá la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

4.4.1.5 La decisión del uso de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) será precedida siempre por una o varias sesiones de consejería. La aceptación de un método anticonceptivo permanente debe de manifestarse por escrito en un formato de anticoncepción quirúrgica voluntaria donde se exprese el consentimiento informado, antes de la realización del procedimiento quirúrgico. En este formato se registra que se haya proporcionado al aceptante o la aceptante la información amplia sobre la irreversibilidad del método, así como sus detalles, ventajas y riesgos además de la posibilidad de desistir en cualquier momento antes de que se realice la operación sin represalias de ningún tipo. Este formato debe estar debidamente firmado o con la impresión dactilar del o la usuaria y debe formar parte del expediente clínico”.

**Apéndice 4. Tabla 23. Correlaciones entre las variables independientes con datos de la Enadid, 1997.**

<b>Correlaciones</b>						
		Condición de actividad	Condición de pobreza	Momento del curso de vida agregado	Categorías escolaridad relativa	Posición en la familia
Condición de actividad	Correlación de Pearson	1	.199**	.390**	-.270**	.105**
	Sig. (bilateral)	.	.000	.000	.000	.000
	N	87906	87906	87906	87890	27261
Condición de pobreza	Correlación de Pearson	.199**	1	.069**	-.532**	-.066**
	Sig. (bilateral)	.000	.	.000	.000	.000
	N	87906	88022	88022	88006	27261
Momento del curso de vida agregado	Correlación de Pearson	.390**	.069**	1	-.138**	-.127**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.	.000	.000
	N	87906	88022	88022	88006	27261
Categorías escolaridad relativa	Correlación de Pearson	-.270**	-.532**	-.138**	1	-.081**
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.	.000
	N	87890	88006	88006	88006	27256
Posición en la familia	Correlación de Pearson	.105**	-.066**	-.127**	-.081**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.
	N	27261	27261	27261	27256	27261

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Enadid, 1997.

**Apéndice 5. Tabla 24. Distribución de mujeres según el momento en el curso de vida, condición de pobreza y grupo de edad. México, 1997.**

Momento del curso de vida	Población	Condición pobreza		Total
		No pobre	Pobre	
Mujeres sin embarazos	20 - 54 Nal.	25.28 (5362)	15.98 (2095)	21.83 (7457)
	15 - 19 Nal.	92.00 (4168)	78.79 (2718)	86.56 (6886)
Mujeres con embarazos sin hijos nacidos vivos	20 - 54 Nal.	1.85 (407)	1.57 (216)	1.74 (623)
	15 - 19 Nal.	1.81 (90)	3.95 (161)	2.69 (251)
Mujeres con al menos un hijo nacido vivo	20 - 54 Nal.	72.87 (16824)	82.46 (11552)	76.43 (28376)
	15 - 19 Nal.	6.20 (276)	17.26 (571)	10.75 (847)
Total	20 - 54 Nal.	100 (22593)	100 (13863)	100 (36456)
	15 - 19 Nal.	100 (4534)	100 (3450)	100 (7984)

Valores entre paréntesis corresponden al número de casos no ponderados; los porcentajes corresponden a los casos ponderados.

Fuente: Cálculos propios con datos de Enadid, 1997

**Apéndice 6. Tabla 25. Distribución de mujeres según momento del curso de vida y condición de pobreza. Comparación entre grupos de edad. México, 1998**

Momento del curso de vida	Población	Condición pobreza		Total
		No pobre	Pobre	
Sin experiencia sexual	20 - 54	17.21 (287)	10.62 (260)	13.59 (547)
	15 - 19	86.99 (306)	83.23 (311)	84.98 (617)
Con experiencia sexual sin hijos nacidos vivos	20 - 54	6.08 (86)	3.48 (79)	4.65 (165)
	15 - 19	8.52 (19)	4.13 (18)	6.17 (37)
Con al menos un embarazo	20 - 54	76.71 (1331)	85.90 (2102)	81.76 (3433)
	15 - 19	4.49 (16)	12.64 (63)	8.86 (79)
Total	20 - 54	100 (1704)	100 (2441)	100 (4145)
	15 - 19	100 (341)	100 (392)	100 (733)

Nota: Valores entre paréntesis corresponden al número de casos no ponderados; los porcentajes corresponden a los casos ponderados.

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998

**Apéndice 7. Tabla 26. Distribución de varones según momento del curso de vida y condición de pobreza. Comparación entre grupos de edad. México, 1998**

Momento del curso de vida	Población	Condición pobreza		Total
		No pobre	Pobre	
Hombres sin experiencia sexual	20 - 54	3.09 (28)	2.98 (38)	3.03 (66)
	15 - 19	71.19 (86)	58.74 (90)	64.80 (176)
Hombres con experiencia sexual sin hijos nacidos vivos	20 - 54	27.84 (164)	19.33 (189)	23.21 (353)
	15 - 19	27.49 (34)	32.88 (50)	30.26 (84)
Hombres con al menos un hijo nacido vivo	20 - 54	68.73 (494)	77.48 (787)	73.49 (1281)
	15 - 19	1.32 (2)	8.38 (7)	4.94 (9)
Total	20 - 54	100 (686)	100 (1014)	100 (1700)
	15 - 19	100 (122)	100 (147)	100 (269)

Nota: Valores entre paréntesis corresponden al número de casos no ponderados; los porcentajes corresponden a los casos ponderados.

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998

**Apéndice 8. Tabla 27. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas de salud reproductiva. Mujeres entre 15 – 54 años. México, 1997.**

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.196	0.109
Momento del curso de vida	0.482	0.434
Condición de actividad	0.011	0.057
Categorías de escolaridad relativa	0.306	0.241
Grupos de edad	0.310	0.096
Posición en el hogar	0.350	0.163

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	16,302	0.178	0.187	-0.019	-0.011
	Pobre	10,954	0.227	0.214	0.029	0.016
Curso de vida	Sin embarazos	1,916	0.408	0.387	0.211	0.189
	Al menos un embarazo	25,340	0.181	0.183	-0.016	-0.015
Condición de actividad	Estudiante	179	0.202	0.110	0.005	-0.088
	Trabajadora	12,532	0.197	0.194	-0.001	-0.003
	Quehaceres del hogar	14,382	0.198	0.201	0.001	0.003
	No trabaja	163	0.194	0.203	-0.004	0.005
Categorías escolaridad relativa	Muy baja	7,485	0.253	0.242	0.056	0.044
	Baja	5,929	0.203	0.201	0.005	0.004
	Media	6,499	0.180	0.182	-0.018	-0.015
	Alta	7,343	0.155	0.165	-0.042	-0.032
Grupos de edad	15-19	806	0.384	0.257	0.186	0.060
	20-24	2,944	0.248	0.207	0.051	0.009
	25-29	4,585	0.200	0.194	0.002	-0.003
	30-34	5,116	0.184	0.195	-0.014	-0.002
	35-39	4,766	0.178	0.194	-0.020	-0.004
	40-44	3,931	0.179	0.189	-0.018	-0.008
	45-49	2,999	0.180	0.195	-0.017	-0.002
	50-54	2,109	0.199	0.203	0.001	0.005
Posición en el hogar	Jefa del hogar	4,284	0.200	0.192	0.003	-0.005
	Esposa o compañera	22,641	0.191	0.196	-0.006	-0.002
	Trabajadora doméstica	331	0.554	0.366	0.357	0.168
R <sup>2</sup> ajust. = 0.39		N (sin pond.) = 27,256 (31%)		Excluidos (sin pond) = 60,766 (69%)		

\*Con un nivel de significancia de 0.05. Se controla por edad en años cumplidos.

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

**Apéndice 9. Tabla 28. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas de salud reproductiva excluyendo la variable categorías de escolaridad relativa. Mujeres entre 15 – 54 años. México, 1997.**

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.195	0.227
Momento del curso de vida	0.482	0.419
Condición de actividad	0.008	0.076
Grupos de edad	0.310	0.106
Posición en el hogar	0.351	0.204

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	16307	0.178	0.175	-0.019	-0.022
	Pobre	10954	0.227	0.231	0.029	0.034
Curso de vida	Sin embarazos	1917	0.408	0.381	0.211	0.183
	Al menos un embarazo	25344	0.181	0.183	-0.016	-0.014
Condición de actividad	Estudiante	179	0.202	0.097	0.005	-0.100
	Trabajadora	12532	0.197	0.191	-0.001	-0.006
	Quehaceres del hogar	14384	0.198	0.204	0.001	0.006
	No trabaja	166	0.194	0.198	-0.004	0.000
Grupos de edad	15-19	806	0.384	0.261	0.186	0.063
	20-24	2945	0.248	0.212	0.051	0.015
	25-29	4586	0.200	0.192	0.002	-0.005
	30-34	5117	0.184	0.190	-0.014	-0.007
	35-39	4766	0.178	0.192	-0.020	-0.005
	40-44	3932	0.179	0.193	-0.018	-0.005
	45-49	2999	0.180	0.194	-0.017	-0.003
	50-54	2110	0.198	0.208	0.001	0.011
Posición en el hogar	Jefa del hogar	4285	0.200	0.191	0.003	-0.006
	Esposa o compañera	22645	0.191	0.195	-0.006	-0.002
	Trabajadora doméstica	331	0.554	0.405	0.357	0.207
R <sup>2</sup> ajust. = 0.35		N (sin pond.) = 27,261 (31%)		Excluidos (sin pond) = 60,761 (69%)		

\*Con un nivel de significancia de 0.05. Se controla por edad en años cumplidos.

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

Apéndice 10. Tabla 29. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas en salud reproductiva para mujeres entre 15 y 54 años. México, 1998.

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.107	0.070
Momento del curso de vida	0.735	0.867
Condición de actividad	0.361	0.145
Categorías escolaridad relativa	0.143	0.204
Grupos de edad	0.562	0.110
Posición en el hogar	0.653	0.076

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	2,029	0.385	0.390	-0.014	-0.009
	Pobre	2,817	0.411	0.407	0.012	0.008
Curso de vida	Sin experiencia sexual	1,153	0.548	0.573	0.149	0.174
	Con experiencia sexual sin embarazos	202	0.433	0.448	0.034	0.049
	Con al menos un embarazo	3,491	0.345	0.334	-0.055	-0.065
Condición de actividad	Estudiante	538	0.502	0.355	0.103	-0.044
	Trabajadora	2,251	0.401	0.401	0.002	0.002
	Ama de casa	1,990	0.365	0.411	-0.035	0.012
	No trabaja	67	0.338	0.407	-0.061	0.007
Categorías de escolaridad relativa	Muy baja	730	0.409	0.443	0.010	0.044
	Baja	1,294	0.409	0.419	0.010	0.020
	Media	1,930	0.408	0.391	0.009	-0.008
	Alta	892	0.368	0.368	-0.031	-0.031
Grupos de edad	15-19	726	0.531	0.427	0.132	0.028
	20-24	784	0.445	0.397	0.046	-0.003
	25-29	744	0.391	0.397	-0.008	-0.002
	30-34	606	0.351	0.394	-0.048	-0.006
	35-39	629	0.343	0.384	-0.056	-0.015
	40-44	535	0.344	0.388	-0.055	-0.012
	45-49	455	0.349	0.396	-0.050	-0.003
	50-54	367	0.360	0.405	-0.039	0.006
Posición en el hogar	Soltera en hogar nuclear	671	0.524	0.380	0.125	-0.019
	Alguna vez unida en hogar nuclear	2,126	0.351	0.407	-0.048	0.008
	Soltera en hogar con jefe e hijos	185	0.513	0.390	0.114	-0.009
	Alguna vez unida en hogar con jefe e hijos	223	0.335	0.400	-0.065	0.001
	Soltera y en hogar no nuclear	488	0.510	0.397	0.110	-0.002
	Alguna vez unida en hogar no nuclear	1,153	0.347	0.401	-0.052	0.001
R <sup>2</sup> ajust. = 0.62 N (sin pond.) = 4,846 (89.8%)		Excluidos (sin pond) = 553 (10.2%)				

\*Con un nivel de significancia de 0.05. Se controla por edad en años cumplidos.

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

Apéndice 11. Tabla 30. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas en salud reproductiva para mujeres entre 15 y 54 años, excluyendo la variable categorías de escolaridad relativa. México, 1998.

Resumen de los factores significativos *		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.1070	0.1497
Momento en el curso de vida	0.7351	0.8506
Condición de actividad	0.3610	0.1865
Grupos de edad	0.5620	0.1345
Posición en el hogar	0.6530	0.0827

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	2,029	0.385	0.380	-0.014	-0.020
	Pobre	2,817	0.411	0.415	0.012	0.016
Curso de vida	Sin experiencia sexual	1,153	0.548	0.570	0.149	0.171
	Con experiencia sexual sin embarazos	202	0.433	0.449	0.034	0.050
	Con al menos un embarazo	3,491	0.345	0.336	-0.055	-0.064
Situación de actividad	Estudiante	538	0.502	0.345	0.103	-0.054
	Trabajadora	2,251	0.401	0.400	0.002	0.001
	Ama de casa	1,990	0.365	0.417	-0.035	0.018
	No trabaja	67	0.338	0.402	-0.061	0.003
Grupos de edad	15-19	726	0.531	0.434	0.132	0.034
	20-24	784	0.445	0.400	0.046	0.001
	25-29	744	0.391	0.390	-0.008	-0.009
	30-34	606	0.351	0.387	-0.048	-0.012
	35-39	629	0.343	0.385	-0.056	-0.014
	40-44	535	0.344	0.392	-0.055	-0.007
	45-49	455	0.349	0.393	-0.050	-0.006
	50-54	367	0.360	0.406	-0.039	0.006
Posición en el hogar	Soltera en hogar nuclear	671	0.524	0.380	0.125	-0.020
	Alguna vez unida en hogar nuclear	2,126	0.351	0.408	-0.048	0.009
	Soltera en hogar con jefe e hijos	185	0.513	0.388	0.114	-0.011
	Alguna vez unida en hogar con jefe e hijos	223	0.335	0.399	-0.065	0.000
	Soltera y en hogar no nuclear	488	0.510	0.394	0.110	-0.005
	Alguna vez unida en hogar no nuclear	1,153	0.347	0.401	-0.052	0.001
R <sup>2</sup> ajust. = 0.59		N (sin pond.) = 4,846 (89.7%)		Excluidos (sin pond) = 553 (10.2%)		

\*Se controla por edad en años cumplidos. Nivel de significancia de 0.05

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

**Apéndice 12. Tabla 31. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas en salud reproductiva para mujeres entre 15 y 19 años excluyendo la variable posición en el hogar. México, 1997.**

Resumen de los factores significativos *		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.244	0.109
Momento del curso de vida	0.312	0.477
Condición de actividad	0.219	0.151
Categorías escolaridad relativa	0.356	0.368

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	7,100	0.402	0.433	-0.057	-0.025
	Pobre	9,644	0.500	0.477	0.042	0.019
Curso de vida	Sin embarazos	14,597	0.482	0.495	0.024	0.036
	Al menos un embarazo	2,147	0.296	0.210	-0.162	-0.248
Condición de actividad	Estudiante	5,994	0.400	0.419	-0.058	-0.039
	Trabajadora	5,358	0.495	0.472	0.037	0.014
	Quehaceres del hogar	5,200	0.485	0.489	0.027	0.031
	No trabaja	192	0.493	0.464	0.035	0.006
Categorías escolaridad relativa	Muy baja: Hasta 3/4 del estándar	4,015	0.547	0.559	0.089	0.101
	Baja: Hasta 9/10 del estándar	3,801	0.516	0.507	0.058	0.049
	Media: Hasta 1.5 veces el estándar	8,482	0.397	0.395	-0.061	-0.064
	Alta: Más de 1.5 veces el estándar	446	0.324	0.343	-0.134	-0.115
R <sup>2</sup> ajust. = 0.34		N (sin pond.) = 16,744 (99%)		Excluidos (sin pond) = 28 (0.1%)		

\*Con un nivel de significancia de 0.05. Se controla por edad en años cumplidos

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

Apéndice 13. Tabla 32. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas en salud reproductiva para mujeres entre 15 y 19 años excluyendo la variable categorías de escolaridad relativa, México, 1997.

Resumen de los factores significativos *		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.244	0.157
Momento del curso de vida	0.597	0.489
Condición de actividad	0.407	0.154
Posición en el hogar	0.583	0.406

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	325	0.435	0.334	0.061	-0.039
	Pobre	481	0.332	0.400	-0.041	0.027
Curso de vida	Sin embarazos	358	0.511	0.486	0.138	0.113
	Al menos un embarazo	448	0.264	0.284	-0.110	-0.090
Condición de actividad	Estudiante	38	0.267	0.231	-0.106	-0.142
	Trabajadora	302	0.481	0.383	0.108	0.009
	Quehaceres del hogar	466	0.313	0.379	-0.061	0.006
Posición en el hogar	Jefa del hogar	81	0.321	0.294	-0.053	-0.079
	Esposa o compañera	575	0.315	0.340	-0.058	-0.034
	Trabajadora doméstica	150	0.625	0.546	0.252	0.173
R <sup>2</sup> ajust. = 0.51		N (sin pond.) = 806 (5%)		Excluidos (sin pond) = 15,966 (95%)		

\*Con un nivel de significancia de 0.05. Se controla por edad en años cumplidos

Fuente: Cálculos propios con datos de la Enadid, 1997

**Apéndice 14. Tabla 33. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas en salud reproductiva para mujeres entre 15 y 19 años excluyendo la variable categorías de escolaridad relativa. México, 1998.**

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.227	0.217
Momento del curso de vida	0.487	0.612
Condición de actividad	0.140	0.256

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media obs.	Media Corr.	Desv. obs.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	340	0.500	0.501	-0.032	-0.030
	Pobre	392	0.559	0.557	0.027	0.026
Curso de vida	Sin experiencia sexual	616	0.558	0.564	0.026	0.032
	Con experiencia sexual sin embarazos	37	0.405	0.414	-0.127	-0.118
	Con al menos un embarazo	79	0.366	0.304	-0.165	-0.227
Condición de actividad	Estudiante	420	0.522	0.507	-0.009	-0.024
	Trabajadora	217	0.559	0.561	0.028	0.029
	Ama de casa	95	0.508	0.602	-0.024	0.071
R <sup>2</sup> ajust. = 0.36		N (sin pond.) = 732 (99%)		Excluidos (sin pond) = 1 (0.14%)		

\* Se excluye del análisis por no ser significativas al 5% de confiabilidad la variable posición en el hogar. Se controla por edad en años cumplidos.

Fuente: Cálculos propios con datos de la Ensare, 1998

Apéndice 15. Tabla 34. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas de salud reproductiva para varones entre 15 y 54 años. México, 1998.

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.202	0.042
Momento en el curso de vida	0.224	0.268
Condición de actividad	0.100	0.062
Categorías escolaridad relativa	0.425	0.414
Grupos de edad	0.225	0.172
Posición en el hogar	0.101	0.137

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media observ	Media corr	Desv. observ.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	804	0.340	0.365	-0.032	-0.007
	Pobre	1,153	0.399	0.377	0.028	0.006
Curso de vida	Sin relaciones sexuales	239	0.456	0.470	0.084	0.098
	Con relaciones sexuales sin hijos	434	0.345	0.381	-0.027	0.009
	Con hijos	1,284	0.365	0.349	-0.006	-0.023
Condición de actividad	Estudiante	172	0.406	0.361	0.034	-0.010
	Trabajador	1,736	0.367	0.372	-0.005	0.001
	Quehaceres del hogar	6	0.310	0.257	-0.061	-0.114
	No trabaja	43	0.424	0.412	0.052	0.041
Escolaridad relativa	Muy baja	278	0.492	0.493	0.121	0.121
	Baja	653	0.398	0.402	0.026	0.030
	Media	615	0.362	0.350	-0.009	-0.021
	Alta	411	0.290	0.300	-0.082	-0.072
Grupos de edad	15-19	266	0.432	0.402	0.060	0.031
	20-24	283	0.366	0.358	-0.006	-0.014
	25-29	353	0.348	0.348	-0.024	-0.024
	30-34	307	0.333	0.335	-0.039	-0.037
	35-39	259	0.360	0.385	-0.011	0.014
	40-44	195	0.357	0.376	-0.015	0.005
	45-49	158	0.392	0.402	0.021	0.030
	50-54	136	0.418	0.404	0.046	0.032
Posición en el hogar	Soltero en hogar nuclear	334	0.361	0.331	-0.010	-0.041
	Soltero en hogar no nuclear	232	0.409	0.368	0.037	-0.004
	Alguna vez unido	1,391	0.367	0.384	-0.005	0.012
R <sup>2</sup> ajust. = 0.27      N (sin pond) = 1,957 (85%)      Excluidos (sin pond)= 339 (15%)						

\* Con un nivel de significancia del 5%. Se controla por edad en años cumplidos.

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998

Apéndice 16. Tabla 35. Análisis de clasificación múltiple para el índice de necesidades no satisfechas de salud reproductiva para varones entre 15 y 19 años excluyendo la variable categorías de escolaridad relativa, México, 1998.

Resumen de los factores significativos*		
	Eta	Beta corregida
Condición de pobreza	0.148	0.087
Momento en el curso de vida	0.349	0.319
Posición en el hogar	0.230	0.201

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998

ACM						
Factores	Categorías	N (no pond)	Media observ	Media corr	Desv. observ.	Desv. Corr.
Condición de pobreza	No pobre	119	0.405	0.403	-0.026	-0.028
	Pobre	133	0.459	0.461	0.028	0.030
Curso de vida**	Sin relaciones sexuales	175	0.472	0.471	0.042	0.040
	Con relaciones sexuales sin hijos	77	0.335	0.339	-0.096	-0.092
Posición en el hogar***	Soltero en hogar nuclear	163	0.395	0.403	-0.035	-0.028
	Soltero en hogar no nuclear	89	0.481	0.470	0.050	0.039
R <sup>2</sup> ajust. = 0.18      N (sin pond) = 252 (93%)      Excluidos (sin pond)= 17 (6.3%)						

\* Se excluye del análisis la variable *condición de actividad* por no resultar significativa al 95% de confianza. Se controla por edad en años cumplidos.

\*\* Se excluye la categoría *con al menos un hijo nacido vivo* por el escaso número de casos (9)

\*\*\* Se excluye la categoría *alguna vez unidos* por el escaso número de casos (16)

Fuente: Cálculos propios con datos de Ensare, 1998