



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

Varones y mujeres en el ámbito de la salud reproductiva: similitudes y contrastes en torno a la anticoncepción. Un acercamiento a la población marginada del D.F.

Tesis presentada por

LAURA EDITH COVARRUBIAS MARTÍNEZ

Para optar por el grado de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

Director de tesis

CARLOS JAVIER ECHARRI CÁNOVAS

MÉXICO, D.F.

AGOSTO DE 2008

**EL COLEGIO DE MEXICO, A.C.**

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

México, D.F., a 29 de agosto de 2008.

*Dr. Javier Garciadiego Dantán*  
*Presidente*  
*El Colegio de México*  
*P r e s e n t e*

Por este conducto, reconozco expresamente que El Colegio de México es el titular y propietario de los derechos patrimoniales de autor de mi tesis de grado titulada “**Varones y mujeres en el ámbito de la salud reproductiva: similitudes y contrastes en torno a la anticoncepción. Un acercamiento a la población marginada del D.F.**”, en razón de que dicha investigación fue realizada con el apoyo académico y con la infraestructura que El Colegio de México me proporcionó para cursar mis estudios de Maestría en Demografía incluyendo la elaboración de mi tesis de grado.

En consecuencia, El Colegio de México se encuentra plenamente facultado para publicar, distribuir y difundir la obra antes mencionada, otorgándome siempre el correspondiente reconocimiento académico en la publicación.

Sin otro particular, le reitero las muestras de mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente

Laura Edith Covarrubias Martínez  
Promoción 2006-2008

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos, las personas más importantes en mi vida, simplemente por ser lo que son, por lo que me han dado y por lo que somos como familia

A Nayeli y Ramona, gracias niñas por hacer esta etapa más leve y mejor

A Edgardo, gracias por tu amistad, paciencia y por las horas invaluable contigo

A Dominique, porque la amistad puede superar cualquier distancia

Al Sr. Cruz, por ser parte del impulso de este proyecto

Al Dr. Echarri por estos meses de apoyo total

A todos MUCHAS GRACIAS

## RESUMEN

El presente trabajo se propone el análisis de las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos –en la primera relación sexual y uso actual- por sexo. El interés que me llevó a realizar esta investigación es conocer si realmente existen diferencias en el comportamiento de hombres y mujeres en el uso de métodos anticonceptivos en la población marginada del Distrito Federal.

La Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva fue el insumo para establecer los factores determinantes por sexo, se utilizó el método de regresión logística binaria para describir el uso de métodos anticonceptivos. Se usaron tres preguntas de la encuesta antes mencionada: ¿En la primera relación sexual usted o su pareja usaron métodos anticonceptivos? ¿Actualmente está usando métodos anticonceptivos? Y ¿Contaba con información de métodos anticonceptivos?

Esta última se agregó al ver que contar con información determina en gran parte el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

Para definir mejor los diferenciales, los modelos se corrieron tanto para el total de la población como para cada sexo.

Así, se busca documentar los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres con la intención de contribuir a un mejor diseño de políticas y programas de salud.

Esta investigación fue realizada gracias al financiamiento del **proyecto de investigación Conacyt 45255s: “Identificación de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades y los servicios de salud reproductiva”**.

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>1. ANTICONCEPCIÓN Y GÉNERO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>15</b>
2.1. ENCUESTA DE SALUD REPRODUCTIVA CON POBLACIÓN DERECHOHABIENTE (ENSARE-1998)	15
.....	15
2.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	15
2.1.2. DERECHOHABIENCIA Y ANTICONCEPCIÓN.....	16
2.2. LAS MUJERES Y LA ANTICONCEPCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL.....	18
2.2.1. LA ANTICONCEPCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL.....	19
2.3. JÓVENES Y ANTICONCEPCIÓN. ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD (2005).....	20
2.3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	20
2.3.2. ANTICONCEPCIÓN.....	22
<b>3. EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN MARGINADA DEL D.F., UNA VISIÓN DE GÉNERO.....</b>	<b>29</b>
3.1. ENCUESTA SOBRE NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL D.F., 2007.....	29
3.2. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA.....	32
3.3. PRINCIPALES DIFERENCIALES POR SEXO.....	37
<b>4. APLICACIÓN DEL MÉTODO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA DESCRIBIR EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....</b>	<b>41</b>
<i>I: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA 1ª RELACIÓN SEXUAL.....</i>	<i>43</i>
I.1 TOTAL.....	45
I.2. HOMBRES.....	48
I.3. MUJERES.....	50
<i>II. CONTABA CON INFORMACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....</i>	<i>52</i>
II.1. TOTAL.....	52
II.2 HOMBRES.....	53
II.3 MUJERES.....	54
<i>III. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....</i>	<i>56</i>
III.1 TOTAL.....	60
III.2. HOMBRES.....	63
III.3. MUJERES.....	66
<b>5. POBLACIÓN MARGINADA EN EL D.F. Y ANTICONCEPCIÓN. CONSIDERACIONES FINALES ....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>90</b>

## INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva tiene un papel importante en el desarrollo de cualquier comunidad. El derecho a ésta es un derecho inherente al ser humano. Este derecho se encuentra en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la Convención de los Derechos del Niño, en la Convención para la Eliminación de cualquier forma de Discriminación en contra de las Mujeres, entre otros (UNFPA, a).

Las Naciones Unidas (ONU) en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, definen la salud reproductiva (SR) como el estado general de bienestar físico, mental y social en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Esto incluye el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de planificación familiar (PF) de su elección, seguros eficaces, aceptables y económicamente de fácil obtención. La salud sexual –cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales- está incluida en la atención de la salud reproductiva. Los derechos reproductivos abarcan derechos basados en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia (ONU, 2005).

Veinte años antes de esta Conferencia, en México, se reformó el Art. 4º de la Constitución Política –el 2º país a nivel mundial y el 1º en Latinoamérica- que consagra en la ley fundamental el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada no sólo el número de hijos sino el espaciamiento entre ellos-. En 1984, se incluyó la planificación familiar en los servicios de salud (CONAPO, 1999), privilegiando el uso de anticonceptivos y con el fin de bajar los niveles de fecundidad.

Como podemos observar, teóricamente contamos con leyes que protegen al individuo y a la pareja con el fin de que vivan plenamente su sexualidad. Pero aun existen necesidades en salud reproductiva.

Las necesidades en salud reproductiva son las referentes a: anticoncepción, embarazo, parto y puerperio, interrupción de embarazos, prevención de cáncer del aparato reproductivo y masculino, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención y atención de violencia.

Debido a que la salud reproductiva tiene diferentes implicaciones para una niña o una mujer que para un hombre o un niño, encierra una perspectiva de género (UNFPA,b). Asimismo influyen el estrato socioeconómico, el grupo etario, el estado civil y las expectativas (Echarri y Reartes, 2006).

El Fondo de Población de las UN (UNFPA por sus siglas en inglés) marca tres principios básicos para alcanzar la salud reproductiva:

1. Los individuos tienen el derecho a tener el control de su vida sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre estas sin alguna interferencia o coerción
2. El derecho a la no discriminación y respeto a las diferencias mediante políticas que aseguren el acceso equitativo a los sistemas de salud para todos, pero tomando en cuenta las necesidades específicas de hombres, mujeres y adolescentes
3. Cada gobierno está obligado a que los servicios de salud reproductiva estén disponibles para todos y a eliminar las barreras que se puedan presentar, con el fin de satisfacer el derecho de todas las personas a la vida y la salud.

Es objetivo de este trabajo identificar y estudiar las diferencias que hombres y mujeres presentan en el uso –en la primera relación sexual y actualmente- de métodos anticonceptivos.

Las hipótesis planteadas para este proyecto son:

- Existen factores diferenciales por sexo en el uso de métodos anticonceptivos –en la 1ª relación sexual y en el actual.

- Factores como el nivel de escolaridad, la edad a la primera relación sexual, primera pareja sexual, el sexo, etc. influyen en la población marginada cuando usa o no métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y en su uso actual.
- Existe un factor—la información sobre métodos anticonceptivos— que es determinante en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

Para cubrir el objetivo y las hipótesis de este trabajo, se ha organizado en cinco capítulos. El primero proporciona brevemente conceptos generales. El segundo abarca los antecedentes con tres trabajos previos sobre salud reproductiva. El tercero presenta el análisis descriptivo, la metodología que se emplea en este trabajo. y los resultados obtenidos utilizando como fuente de información la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el Distrito Federal. El cuarto explica, brevemente, el método de regresión logística binomial, la aplicación de este con tres variables de la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el Distrito Federal y el quinto desarrolla los resultados obtenidos en el anterior para presentar las conclusiones y recomendaciones.



# 1. ANTICONCEPCIÓN Y GÉNERO

La segunda mitad del siglo XX fue testigo del cambio en la perspectiva de la investigación sobre la reproducción humana, la sexualidad y la salud. Lerner y Szasz (2001) marcan tres tendencias que ha seguido, tanto en investigación como en acción, la reproducción y sexualidad desde los setentas: la primera, desarrollada en los años setenta y ochenta, privilegia la orientación antinatalista; la segunda etapa, da origen al surgimiento de salud reproductiva, es decir, busca integrar los distintos contextos demográficos y sociales; y la tercera caracterizada por el surgimiento de derechos humanos y equidad de género.

Atendiendo la última etapa se tiene que en el Programa de Acción sobre Población y Desarrollo –resultado de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994- la atención se centra en la satisfacción de las necesidades de hombres y mujeres particulares más que en logro de objetivos demográficos. Este nuevo enfoque define a la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos –no sólo la ausencia de enfermedades o molestias- en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad.

Se consideran así los siguientes aspectos:

1. Que las personas sean capaces de tener una vida sexual segura y satisfactoria. Esto implica que los individuos puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual
2. Que puedan decidir con libertad si quieren reproducirse o no, que puedan decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo. Es decir, los hombres y mujeres tienen derecho a estar informados y a tener acceso a los métodos de planificación familiar de su elección, que sean seguros, efectivos y costeables.
3. Que las mujeres tengan embarazos y partos seguros.
4. Que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno infantil. Es decir, derecho al acceso a servicios de salud apropiados.

Centrándonos en anticoncepción tenemos el concepto de necesidades insatisfechas de anticoncepción (NIA). Camarena y Lerner (2008) las definen como el resultado de comparar la demanda con la oferta de servicios de planificación familiar, esto es, el número de usuarias potenciales de anticoncepción *vis à vis* las mujeres usuarias actualmente de éstos.

La estructura de uso de métodos anticonceptivos hace referencia a la distribución de usuarias según el método anticonceptivo, representa la gama de anticonceptivos a los que puede acceder la población. Es un indicador que refleja de manera indirecta aspectos de calidad de los servicios anticonceptivos, además de proporcionar el insumo para cuantificar la efectividad anticonceptiva promedio con que se utiliza la anticoncepción.

La transición de bajos a altos niveles de cobertura anticonceptiva ha ido acompañada de un cambio en la estructura de los métodos. Lo anterior está íntimamente ligado con las políticas de población llevadas a cabo en México desde principios de los años setenta, en las que básicamente se buscaba reducir los niveles de fecundidad con el fin de contrarrestar las consecuencias del crecimiento poblacional. Las pastillas fueron la primera opción de las parejas y los métodos llamados “tradicionales” la segunda opción. Actualmente es la oclusión tubaria bilateral (OTB) el primer método, seguido del dispositivo intrauterino (DIU). Según el CONAPO (2006) más de la mitad (53%) de las parejas recurren a la OTB, 17% al DIU. 8% a métodos locales, 6% a pastillas e inyecciones y cerca de 2% a la vasectomía.

En México, la mayoría de los anticonceptivos modernos disponibles son para uso de la mujer. Los que son para uso del hombre son la vasectomía y el condón, aunque hay métodos en los que los varones participan de manera directa –condón, vasectomía y retiro-e indirecta –métodos locales y ritmo.

La cobertura anticonceptiva está relacionada con las características de acceso y disponibilidad a los servicios anticonceptivos, así como con su oferta. De esta forma, las instituciones proveedoras –públicas o privadas- tienen un papel fundamental. El IMSS se ha constituido como la principal fuente de obtención de métodos anticonceptivos de las mujeres.

Para poder establecer planes, programas y estrategias con mayor claridad y con mejores alcances, de acuerdo con el sexo, la edad y la condición socioeconómica, las instituciones de salud tienen que conocer cuáles son las necesidades que los usuarios tienen en materia de salud. Las necesidades de salud reproductiva deben ser satisfechas con equidad y justicia social. Si bien cada país es diferente -en infraestructura, organización, marco reglamentario y capacidad de los proveedores del sistema de salud- se ha encontrado que el impacto de salud es mayor si los países cuentan con una distribución equitativa del ingreso (Rosés, 2004). Esto se presenta también a nivel estatal y en las unidades administrativas dentro de las entidades. Por lo tanto, se deben analizar tomando en cuenta el contexto local.

Según la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (SSDF), se tiene en la entidad un sistema de salud diferenciado por la capacidad de pago o prepago. La atención que se brinda a la población sin seguridad social sólo abarca 13 acciones de salud pública y de atención a los individuos y a las familias<sup>1</sup>. A pesar de que el Distrito Federal cuenta con la mayor concentración de servicios de salud a nivel nacional, se tiene un déficit de recursos para garantizar la cobertura de primer y segundo nivel de atención a la población. La SSDF (2002) señala ciertas restricciones en el acceso oportuno a los servicios de salud:

1. Obstáculos intrínsecos a los servicios: la fragmentación de los servicios, el desfinanciamiento de las instituciones de salud (que se reflejan en el déficit de unidades de atención),
2. La mala ubicación de los servicios, faltan éstos en las zonas periféricas que es donde se asienta la mayoría de la población pobre,

---

<sup>1</sup> El Paquete Básico de Servicios de Salud (Paquete Básico) consiste en un conjunto de 13 intervenciones esenciales de salud que se realizan en el primer nivel de atención de los servicios. Se desagregan en acciones y actividades que tienen como característica importante la prevención a través de la modificación, el reforzamiento, o la creación de hábitos adecuados en salud, respetando las características culturales locales. El Paquete Básico constituye el instrumento a través del cual el programa de referencia proporciona atención a la salud mediante acciones de alto impacto, bajo costo y técnicamente factibles. Básicamente consiste en un mínimo de servicios de salud que deben de otorgarse a la población, como respuesta a sus necesidades prioritarias para contener los daños con mayor prevalencia y que causan el mayor número de muertes.

Dentro de su ámbito de acciones preventivo-curativas, incluye enfermedades infecciosas y parasitarias, problemas de salud materna y perinatal, desnutrición, enfermedades crónico-degenerativas, así como accidentes y violencias, permitiendo adicionar otros servicios, según las prioridades regionales (entre otras, paludismo, oncocercosis y dengue). Además, contempla de manera fundamental la participación comunitaria para el autocuidado de la salud y acciones de beneficio colectivo. (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a230499.html>)

3. Persiste la idea de que la prestación de servicios es un favor y no un derecho del ciudadano,

El efecto de la pobreza y la desigualdad social y económica se reflejan en el hecho de que en los hogares de menos ingresos se presenten las mayores necesidades no satisfechas de anticoncepción (Aparicio, 2005). Estas están dentro de las necesidades no satisfechas de salud reproductiva (NNSSR) y ponen en riesgo la capacidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres (Ospina, 2006). Esta autora plantea las siguientes NNSSR:

1. Deficiencia en conocimientos de SR
2. Falta de acceso, programas y servicios de SR
3. Falta de calidad en los servicios de SR
4. Falta de autocuidado de la SR
5. Preferencias reproductivas no satisfechas
6. Sexualidad no placentera
7. Trayectorias reproductivas riesgosas para la salud.

La desigualdad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. En el estudio de las desigualdades sociales de salud se ha utilizado el término de desigualdad básicamente cuando se trataba de injusticias que derivaban de jerarquía de clases o de la privación material (Rohlf et al, 2000). Este autor plantea que las desigualdades de la salud de mujeres y hombres más allá de las biológicas son poco estudiadas, pero muy conocidas. Además de factores biológicos –genética, fisiología, anatomía, riesgo y predisposición a enfermedades diferenciales según sexo- se deben considerar los factores sociales –patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, expectativas laborales y ocupación.

Udry (1994) menciona que Money diferenció por primera vez en 1955 género y sexo: sexo como la clasificación biológica de macho/hembra y género se refiere a las diferencias de comportamiento según el sexo. La OMS (2001) define como igualdad de género como igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general; la equidad de género significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. Frecuentemente requiere programas y políticas específicas para mujeres, que eliminen las

inequidades existentes y la discriminación de género se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género socialmente construidas que impidan que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.

Otro aspecto del concepto género es la diferencia entre hombres y mujeres a partir de las características sociales de cada uno. Estas características sociales se deben al entorno socioeconómico y político, a las normas y valores sociales que condicionan las experiencias personales de los individuos, esta socialización comienza desde el nacimiento y reconoce dos identidades de género –masculina y femenina- y no hay igualdad de condición entre los dos géneros (Rohlf et al, 2000). A los niños y a las niñas se les enseña sistemáticamente a hacer o no ciertas cosas, o a comportarse de determinadas maneras. Las instituciones sociales –familia, instituciones religiosas, comunidad, escuela, medios de comunicación y el Estado- desempeñan un rol muy importante en la vida de las personas desde temprano. Estos autores marcan que la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente por los factores biológicos y desigual por factores explicados por el género que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

La OMS (2001) indica que la construcción social de la sexualidad es el proceso por el cual se interpreta y se adjudica significado cultural a los pensamientos conductas y condiciones sexuales. También incorpora las creencias colectivas e individuales sobre la naturaleza del cuerpo, sobre lo que se considera erótico u ofensivo, también qué y con quién es apropiado o inapropiado en el ámbito de la sexualidad. Se espera que las mujeres se muestren atractivas para los varones, pero que sean pasivas-que no tomen la iniciativa en la actividad sexual- que conserven su virginidad, muchas veces esto es porque se cree que las mujeres tienen menor deseo sexual que los hombres.

En el caso de la salud reproductiva ha recibido mayor atención la referente a las mujeres y sus necesidades. Las razones pueden ser: las mujeres son las que se embarazan y dan a luz, a que el número, espaciado y cuidado de los embarazos están directamente relacionados con la salud y bienestar de la mujer. También la investigación de la salud sexual y reproductiva se ha centrado principalmente en la mujer. Según The Alan Guttmacher Institute (2003) desde mediados de los setentas las encuestas se han centrado en el comportamiento sexual y reproductivo de las

mujeres, fue hasta inicio de la década de los noventa que se prestó más atención a los hombres y su papel en la reproducción humana. Pero a pesar del mayor enfoque femenino, las mujeres y varones tienen desigual acceso y control de los recursos, casi siempre es una desventaja para las mujeres. El poder y control masculino sobre recursos están institucionalizados mediante leyes y políticas del Estado y/o de instituciones sociales formales.

Retomando el CIPD, la meta es reformar los sistemas de salud con el fin de procurar que los servicios de salud reproductiva tengan sensibilidad de género y respeten los derechos. Uno de los factores más importantes que impide cumplir esta meta es la falta general de capacidad para identificar de qué manera integrar efectivamente la perspectiva de género y derecho en las actividades de planificación y determinación de prioridades.

Los investigadores en salud pública deben tener claro que la información que se tiene puede contener sesgos, que los datos en muchas ocasiones no están desglosados o no pueden desglosarse por sexo, lo que dificulta el uso del análisis de género. La investigación de los problemas de salud que afectan a ambos debe tratar de incluirlos en sus parámetros de análisis, ya que si se excluyen –hombres o mujeres- se pueden hacer generalizaciones y se puede tratar como iguales a individuos diferentes. Así como para las mujeres es necesaria la información acerca de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, para los hombres es también importante, además de los temas de infertilidad, disfunción eréctil o cáncer en el sistema reproductivo. Mejorar el conocimiento y herramientas que tienen los hombres sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva, incrementan la probabilidad de que ellos tengan mayor compromiso y hábitos más seguros que beneficien su propia salud y la de su pareja. Además de que se abren caminos de comunicación que permiten que se tomen decisiones de común acuerdo.

Finalmente, la investigación recabada en encuestas tiene como objetivo brindar información – sobre todo a las instituciones de salud- acerca de las necesidades en materia de salud para poder establecer estrategias y programas y, por tanto, ofrecer servicios de calidad de acuerdo a las características que cada grupo pueda presentar. Como se mencionó anteriormente estas necesidades dependen del sexo, edad, condición socioeconómica, etc. El problema reside en que

la mayoría de las encuestas sobre salud reproductiva<sup>2</sup> –al igual que los programas de planificación familiar (PPF)- se han centrado en la población femenina unida de 15 a 49 años, dejando fuera a sectores de la población como los varones, homosexuales, población soltera, población mayor de cincuenta años, etc., que al no ser tomados en cuenta para las acciones públicas de salud, son vulnerables y presentan mayores discrepancias entre sus necesidades y servicios de salud reproductiva ofrecidos(Aparicio,2005; Ospina, 2006). De ahí la importancia de encuestas como la analizada en el presente trabajo, ya que abarca a hombres y mujeres entre 20 y 49 años, que si bien no es una muestra representativa de la población mexicana en su totalidad, ayudará a ilustrar las diferencias sociales respecto de las necesidades de salud reproductiva en la población marginada del Distrito Federal.

---

<sup>2</sup> Algunas son: la ENADID 1992, 1997 y 2006 sólo abarca a las mujeres de 15 a 54 años; la Encuesta sobre el Comportamiento Sexual en la Ciudad de México 1992-1993 abarca sólo a hombres de 15 a 60 años; la ENSAMI-94 sólo a mujeres de 15 a 49 años; la ENAPLAF-95 a mujeres de 15 a 54 años; la ENCOPLAF-96 a hombres y mujeres solteros de 15 a 24 años, y mujeres unidas de 15 a 49 años y sus parejas varones; la ENINPLAF-96 es para proveedores de salud; la ENSARE-IMSS-98 abarca a hombres y mujeres derechohabientes entre 12 y 59 años; etc. (Rojas y Lerner, 2001)

## 2. ANTECEDENTES

A continuación se muestran tres trabajos que se han hecho para tratar de dar un panorama global de la población y su situación dentro de la salud reproductiva. Esto se hace de forma cronológica. Si bien las poblaciones de estudio en cada uno son heterogéneas respecto a la edad, se han elegido para poder plantear de forma más general la situación desde hace 10 años a la actualidad.

### 2.1. ENCUESTA DE SALUD REPRODUCTIVA CON POBLACIÓN DERECHOHABIENTE (ENSARE-1998)

La importancia de esta encuesta radica en que es de las pocas que recolectaron información de hogar, de mujeres y varones. Da cuenta de avances e impactos del Programa de Salud Reproductiva y Materno Infantil, además de identificar los rezagos y necesidades no satisfechas al respecto. La muestra incluyó 15 delegaciones del IMSS: Baja California, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Guerrero, México Oriente, México Toluca, Michoacán, Puebla y Veracruz Norte, D.F. Noreste y Noroeste, Jalisco, Yucatán y Zacatecas. En estas entidades se consiguieron 4 569 entrevistas de hogar, 5 405 de mujeres entre 12 y 54 años y 2 992 de hombres de 12 a 54 años de edad.

#### 2.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La población femenina entrevistada en la ENSARE tiene 30 años de edad en promedio: casi una de cada cuatro (23%) corresponde al grupo de 12 a 19 años, 40% se ubica en edades entre los 20 y 34 años y el resto es del grupo 35 a 54 años. El nivel de escolaridad que presentan las mujeres es: 30% de las mujeres de 12-54 años tienen como nivel máximo de estudios la primaria, 41% el nivel medio, 29% algún nivel superior. De estas mujeres derechohabientes cerca de la mitad (44%) participa en la actividad económica.



Los hombres tienen en promedio 32 años. Respecto a la escolaridad encontramos que uno de cada cuatro posee algún grado de primaria o no asistió a la escuela. 35% tiene algún grado de secundaria y 39% algún grado de preparatoria o más. 8 de cada 10 derechohabientes participan en la actividad económica, las mayores tasas se ubican después de los 20 años, sobre todo entre los 25 y 49 años, más del 95% de los hombres entre estas edades se encontraban trabajando.

### *2.1.2. DERECHOHABIENCIA Y ANTICONCEPCIÓN*

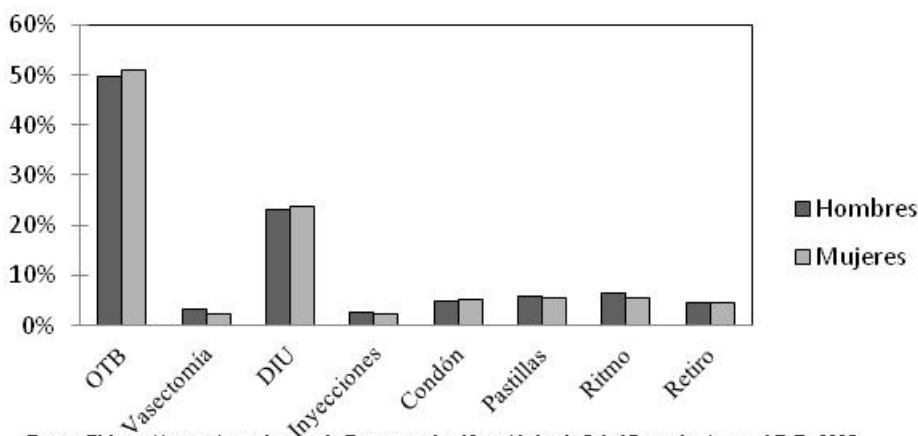
De la población derechohabiente se encontró que 15% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya habían tenido relaciones sexuales contra 36% de los hombres de ese mismo grupo de edad. La edad promedio de inicio de la vida sexual es 16.1 y 15.8 años respectivamente.

De esta población derechohabiente una de cada dos mujeres (58%) se encuentra unida –casada o que viven en unión libre. El patrón de la frecuencia mensual de relaciones sexuales es de 10 para los y las jóvenes (hasta 29 años), de 6 a 8 en grupos intermedios (de 30 a 49 años) y 4 a 5 en los grupos de mayor edad (mayores de 50 años). Si se toma según estado marital encontramos que se tienen 8 para las personas que viven en unión, 5 en personas alguna vez unidas y de 3 a 4 para los y las solteras.

La mayoría (más del 90%) de la población entrevistada –sin importar sexo- conoce algún método anticonceptivo. Nueve de cada diez mujeres unidas mayores de 34 años usan métodos anticonceptivos, sobre todo quirúrgicos porque han completado su tamaño deseado de familia; en las adolescentes o jóvenes unidas usan la anticoncepción –principalmente el DIU- debido a que la formación de su familia están en proceso.

Respecto a los métodos anticonceptivos utilizados por hombres y mujeres y que el IMSS ofrece a la población, se encontró que 63% son quirúrgicos, 28% corresponde a DIU y 9% hormonales. No hay gran diferencia en la declaración por sexo como se observa en la gráfica 3.1.

**Gráfica 3.1. Distribución de usuarios unidos de 15 a 49 años por métodos anticonceptivos, según sexo**



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007.

Como se puede observar la mayoría de la población que se encuentra unida ha recurrido a la OTB, seguida del DIU con cerca del 24%, el resto de los métodos tienen menos del 7 por ciento cada uno.

La adopción de la OTB ha sido de los principales factores de la reducción de los niveles de fecundidad. Con la ENSARE se encontró que cerca del 50% de las derechohabientes en edad fértil que viven en unión están operadas para no tener más hijos, quienes más la usan son mujeres de más de 34 años y las que tienen más de dos hijos nacidos vivos. La adopción de este método se hace a edades cada vez más tempranas: las que al momento de la entrevista estaban en el grupo de 50 a 54 años, lo habían decidido a los 35 años, las del grupo de 35 a 39 lo hicieron en promedio a los 30 años, es decir, se ha reducido 5 años el lapso para tener más o algún hijo.

Si bien el panorama anterior fue muy general respecto a cada sexo a continuación se presenta un bosquejo de la situación de las mujeres en el Distrito Federal, si bien es a nivel estatal el CONAPO declara que la difusión de la planificación familiar se ha generalizado por lo que actualmente no se registran grandes diferencias entre grupos sociodemográficos.

## 2.2. LAS MUJERES Y LA ANTICONCEPCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL.

Si bien el panorama anterior fue muy general respecto a cada sexo a continuación se presenta un bosquejo de la situación de las mujeres en el Distrito Federal, de acuerdo con los Cuadernos de salud reproductiva (CONAPO, 2000). En esta publicación se toma a la población femenina de 15 a 49 años de edad, haciendo un comparativo entre mediados de los setentas, 1992 y 1997.

Como se ha mencionado anteriormente, el descenso de la fecundidad se dio gracias a la utilización de métodos anticonceptivos. Su difusión por medio de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación, facilitó que el conocimiento de los anticonceptivos se extendiera a todas las regiones del país.

Según el mismo estudio, en el ámbito nacional, el conocimiento de al menos un método anticonceptivo por parte de las mujeres en edad reproductiva pasó de 89% a mediados de los años setenta a 94.9% en 1992 y para 1997 se observó un 96.6%. El conocimiento de métodos anticonceptivos se ve condicionado por la pobreza y rezago social. Las mujeres que incorporaron el uso de métodos anticonceptivos fueron las de mayor escolaridad. En 1976, más de una mujer de cada dos con secundaria y más utilizaba algún medio que regulara su fecundidad. En 1997, los niveles más bajos de conocimiento se registraron entre las mujeres sin escolaridad (82.4%).

En las últimas décadas se ha visto en el país una amplia aceptación de los métodos anticonceptivos. Entre 1976 y 1997 el porcentaje de mujeres casadas o unidas en edad fértil que utilizaba un método de planificación familiar pasó de 30.2 a 68.5%. El incremento en el uso de métodos anticonceptivos se da en las mujeres de todos los grupos de edades. En 1976, los niveles de uso más alto se dieron en las edades centrales (de 25 a 39 años).

El tipo de método que utilizan las mujeres mexicanas ha cambiado. Al principio de los programas oficiales de planificación familiar, más del 35% de las mujeres utilizaban la pastilla, 23.3% métodos naturales y el 18.7% el DIU. En 1997 se tiene la OTB (44.7%) y el DIU (20.8%) como los principales. La mayoría de los métodos disponibles en México son, generalmente, para uso de la mujer. Los métodos para varones son la vasectomía y el condón, su uso es equivalente a 1.8 y 5.5% de las usuarias en 1997.

Las instituciones públicas de salud han adquirido importancia como lugar al que recurre la población para el suministro de los métodos de planificación familiar. En 1997, alrededor de siete de cada diez usuarias obtenía el método que utilizaba en alguna de las instituciones del sector público: 41.4% en el IMSS y 19.6% en la SSA principalmente.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos ha disminuido en los últimos años. La demanda insatisfecha desciende conforme aumenta la edad de la mujer. En este caso también el rezago social y la pobreza condicionan la satisfacción de necesidades de métodos anticonceptivos. Aunque han descendido significativamente la demanda insatisfecha entre las mujeres con bajos niveles de escolaridad (de 45.8 a 21.8%), las diferencias con respecto a aquellas que tienen mayores niveles de escolaridad (éstas registran una cifra menor al nueve por ciento).

### *2.2.1. LA ANTICONCEPCIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL*

Si nos referimos ahora a la situación que guarda el Distrito Federal, en 1997, el D.F registró uno de los mayores porcentajes de mujeres en edad fértil que declararon conocer al menos un método anticonceptivo (99.2%). No se registraron diferencias entre los diversos grupos sociodemográficos. El porcentaje de mujeres casadas o unidas que utilizaban algún método de planificación familiar se elevó de poco más del treinta por ciento (1976) al casi sesenta y nueve por ciento (1997). La prevalencia anticonceptiva para el año 1997 se da en el grupo de edad de 40 a 44 años. La estructura de uso de métodos anticonceptivos que se observó en esta entidad en 1997 se da como sigue: el método más usado es la OTB (43.8%), DIU (24.4%), píldora (8.3%) y los métodos naturales (8.2%).

Durante los años noventa, las instituciones públicas de salud en el D.F: aumentaron ligeramente su atención como fuentes de obtención de métodos anticonceptivos (de 59.4% en 1992 a 61.2 en 1997). Entre las instituciones del Sector Salud –como a nivel nacional- destaca el IMSS que atendió a casi el 38 por ciento de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos y la SSA que atendió al 11 por ciento.

Finalmente, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos para el año 1997, fue del 6.2 por ciento, lo que la ubicó como la segunda mejor después de Nuevo León. El comportamiento de la demanda insatisfecha por grupos de edad muestra que las mujeres jóvenes presentaron valores muy altos: el 14.8% (para el grupo de 20 a 24 años) y 11.4% (para el grupo de 25 a 29 años), mientras que para las mujeres de 30 años y más, este valor es casi nulo. Referente a la escolaridad se tuvieron los siguientes datos: 11.4 por ciento de las mujeres que no terminaron la primaria tenían esta demanda insatisfecha, mientras que para las mujeres que concluyeron la primaria y las que contaban con secundaria y más este valor es de 4.2 y 6.4 por ciento respectivamente.

### 2.3. JÓVENES Y ANTICONCEPCIÓN. ENCUESTA NACIONAL DE JUVENTUD (2005)

La Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) 2005 ayuda a plantear la situación de los jóvenes de 12 a 29 años como antecedente de lo que se presenta respecto a necesidades de anticoncepción en edades posteriores. En este caso no se contó con ninguna publicación, sólo con la base de datos, es decir, la información presentada a continuación es de elaboración propia.

Los siguientes datos muestran información de la ENJ para estrato bajo y muy bajo de mujeres y varones a nivel nacional, de acuerdo con la metodología desarrollada por Echarri (2008). Se presentan 3 384 casos a nivel nacional, de los cuales 45.1% son hombres y 54.9% son mujeres.

#### 2.3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Más de la mitad de esta población es menor de 19 años para ambos sexos. Si dividimos a esta población en dos grupos: de 12 a 19 años y de 20 a 29 años, para los hombres el primer grupo representa 50.7 por ciento y para las mujeres 49.6 por ciento.

**Tabla 3.1. Estado marital de la población, según sexo**

	varones	mujeres
Unidos	15.6%	27.3%
Alguna vez unidos	1.3%	3.5%
Solteros	83.1%	69.2%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005

En la tabla 3.1 se observa que sólo 16% de los hombres está *unido*, mientras que en el caso de las jóvenes casi se duplica. Los *alguna vez unidos* representan 1.3% de los hombres y 3.5% de las mujeres. La gran mayoría de la población permanece *soltera*, casi 8 de cada 10 jóvenes y casi 7 de cada 10 de las mujeres.

Agrupando el nivel de escolaridad que tiene la población de 12 a 29 años, de tal forma que quede en sólo tres categorías se obtiene:

**Tabla 3.2. Nivel máximo de escolaridad de la población, según sexo**

	varones	mujeres
Hasta primaria	16.4%	18.0%
Secundaria	38.7%	42.3%
Más de secundaria	44.9%	39.8%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005

1. *Hasta primaria*: abarca ninguno, preescolar y primaria
2. *Secundaria*: incluye secundaria, carrera técnica con secundaria terminada y carrera secretarial con primaria
3. *Más de secundaria*: consta de preparatoria o bachillerato, carrera técnica con preparatoria terminada, normal, profesional y maestría o doctorado.

Se observa menos que del 18% para ambos sexos tienen como máximo el nivel básico de educación formal, es de importancia notar que los jóvenes actualmente ya no muestran grandes diferencias por sexo, es decir, las mujeres están teniendo oportunidades similares académicamente hablando.

Como se mencionó anteriormente, no toda la población tiene derecho a algún servicio de salud, esta encuesta muestra que sólo 53.6% de los jóvenes y 49.9% de las mujeres cuentan con este derecho. Esta diferencia no resulta significativa con la prueba  $\chi^2$  (p=0.092).

**Tabla 3.3. Distribución de los derechohabientes por institución que presta el servicio, según sexo**

	varones	mujeres
IMSS	71.4%	66.3%
ISSSTE	12.7%	12.6%
SEG POPULAR	7.5%	12.1%
OTRO	13.9%	14.6%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005

Entre los derechohabientes se cuentan con diversas instituciones que les prestan algún tipo de servicio médico. En la tabla 3.3 se muestra cómo se distribuyen aquellos que sí tienen este derecho. La mayoría cuenta con *IMSS*, lo más probable es que al ser jóvenes este se tenga debido a los padres. Poco más de uno de cada diez cuenta con *ISSSTE*, la misma proporción que encontramos para el *Seguro Popular* y alrededor de 14% cuenta con *otro* tipo. Esta distribución presenta diferencias por sexo, es decir, que ser hombre o mujer está afectando la derechohabiencia de la población, particularmente en lo que se refiere al Seguro Popular, el cual parece afiliar más mujeres que varones, entre la población juvenil.

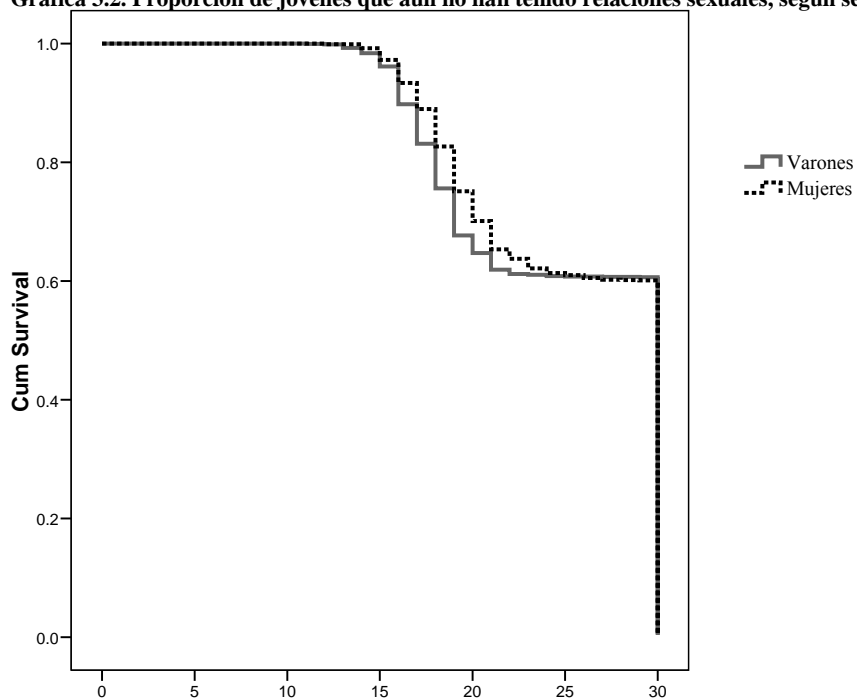
### 2.3.2. ANTICONCEPCIÓN

Los jóvenes que han tenido alguna vez relaciones sexuales son 41.4% de los varones y 42.5% de las mujeres. Para esta población analizamos a continuación algunas características de su vida sexual. Respecto a la edad a la que los jóvenes inician su vida sexual podemos observar en la gráfica 3.2. que las mujeres retrasan ligeramente esta decisión: la edad media de inicio para las mujeres es de 18.0 años mientras que para los hombres es de 16.8 años, y de 17.5 para el total de la población.

Mientras que a los quince años 26% de los varones ya iniciaron una vida sexual activa sólo 16.6% de las mujeres lo han hecho. A los 17 años 62 por ciento de los hombres han tenido

relaciones sexuales, mientras este mismo porcentaje se observa en las mujeres un año después, es decir, a los 18 años.

Gráfica 3.2. Proporción de jóvenes que aun no han tenido relaciones sexuales, según sexo



Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005.

Acercas de la primera pareja sexual se encuentran grandes diferencias entre sexo. Si bien más de la mitad de la población declara como pareja sexual a su *novio*, la diferencia se presenta con los *amigos* y *esposos*, los hombres –adolescentes- tienden a declarar como pareja sexual a sus *amigas*, mientras que las mujeres declaran que su primera vez se dio con el *novio* o pareja de ese momento, lo cual coincide con lo que presentan Juárez y Castro (2006). Podría haber un sesgo ya que no hay forma de saber si las mujeres que declararon haber tenido como pareja sexual al *esposo* ya se encontraban casadas en ese momento o tuvieron la primera relación sexual con el *novio* que llegó a ser su marido y lo declaran con el estado civil actual.



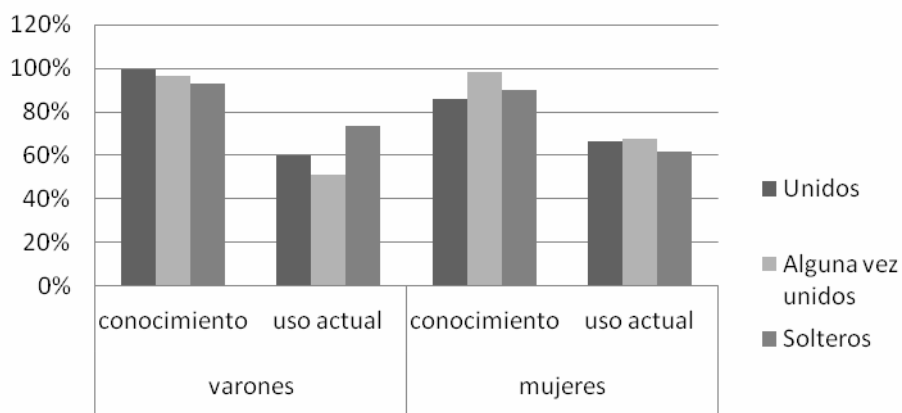
**Tabla 3.4. 1a Pareja sexual de la población sexualmente activa, según sexo**

	varones	mujeres
Novio	53.7%	62.8%
Esposo	4.6%	30.3%
Amigo	31.9%	5.6%
Otro	9.8%	1.3%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005

95% de los hombres declaran conocer algún método anticonceptivo, mientras que las mujeres sólo 88.3%. De éstos 7 de cada diez son usuarios actuales contra 6 de cada 10 mujeres, una diferencia no significativa: los hombres y mujeres se comportan de manera parecida en el uso actual.

**Gráfica 3.3. Conocimiento y uso actual de métodos anticonceptivos, según sexo y estado marital**



Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005

La gráfica 3.3 muestra que casi todos los hombres –independientemente del estado marital– conocen algún método, sin embargo hay una caída fuerte cuando se les pregunta acerca del uso actual, sobre todo para los *unidos* y *alguna vez unidos*, con más de 45 por ciento de diferencia. Los solteros son los que más usan actualmente con más de 7 por cada diez, lo cual se podría relacionar con un interés de prevención de ITS y de embarazos no deseados.

Tocante a las mujeres el conocimiento es un poco menor, la mayor diferencia la presentan las *unidas* con 86%, además de que apenas 6 de cada 10 mujeres –sin importar su estado marital– usan actualmente algún método anticonceptivo.

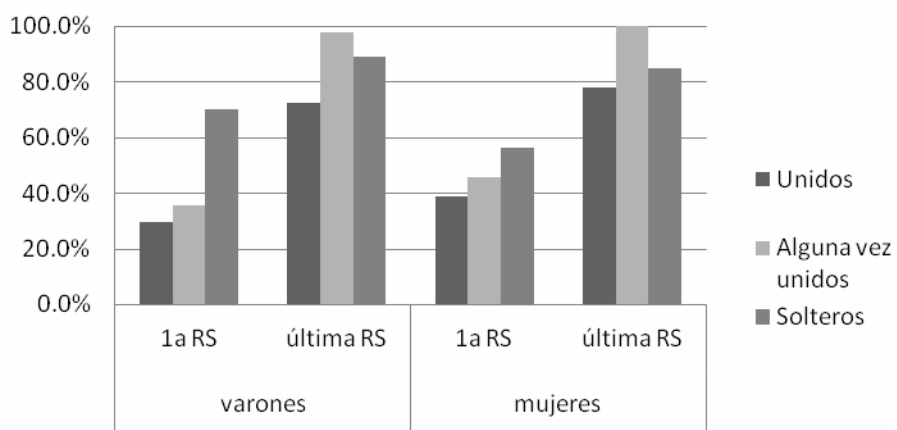
**Tabla 3.6. Razones de no uso actual de métodos anticonceptivos, según sexo**

	varones	mujeres
No estás de acuerdo con su uso	5.7%	5.0%
Tu pareja no está de acuerdo con el uso	1.2%	8.5%
Ambos no están de acuerdo	9.2%	19.3%
No tengo relaciones sexuales	40.0%	31.1%
No me gusta usar	39.1%	17.1%
Otra	4.8%	19.0%
Por problemas de salud/ su organismo lo rechaza	.0%	.0%
Porque su pareja utiliza el método	.0%	.0%
Tiene relaciones sólo con su pareja	.0%	.0%
Porque quiere embarazarse	.0%	.0%
Falta de recursos económicos	.0%	.0%
No he tenido tiempo de ir al médico	.0%	.0%
Casi no estoy con mi pareja	.0%	.0%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005

Cuando se observa la razón de no uso de métodos anticonceptivos, las diferencias entre sexo son significativas. Para los hombres la principal razón es que *actualmente no tiene relaciones sexuales* (4 de cada 10 contra 3 de cada 10 para mujeres), le sigue el que *no le gusta usar* con 4 de cada 10 y cerca de 2 de cada 10 mujeres. En la tabla se dejaron la mayoría de las causas expresadas aunque tuvieran el cero por ciento, esto para observar que razones que se podrían suponer como influyentes en el no uso de métodos en la realidad no tienen peso. Tal es el caso de la falta de recursos económicos, problemas de salud o desidia.

**Gráfica 3.4. Uso de métodos anticonceptivos por estado marital, según sexo**



Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005

Por lo que toca al uso de métodos anticonceptivos en la relación sexual más reciente, en la gráfica 3.4 puede verse que toda la población de jóvenes aumentó el uso respecto a la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales; esto puede deberse a que hayan obtenido más información, a que ya no son primerizos o que pueden contar con más parejas sexuales y optan por cuidarse más. Los que usan menos anticonceptivos son los actualmente *unidos* para ambos sexos, tanto en el uso de la 1ª RS como en la última, esto podría deberse a que estas parejas buscan embarazarse o a la confianza que se tiene en la pareja “estable”. En cambio los que mayor porcentaje presentan son los *solteros* con 7 de cada 10 para hombres y casi 6 de cada 10 para mujeres para la primera relación sexual y para la última esto se eleva a poco más de 8 de cada 10 para los dos sexos señal de que están evitando embarazos o buscan protección contra ITS.

**Tabla 3.8. Método anticonceptivo usado en la 1a y última relación sexual, según sexo**

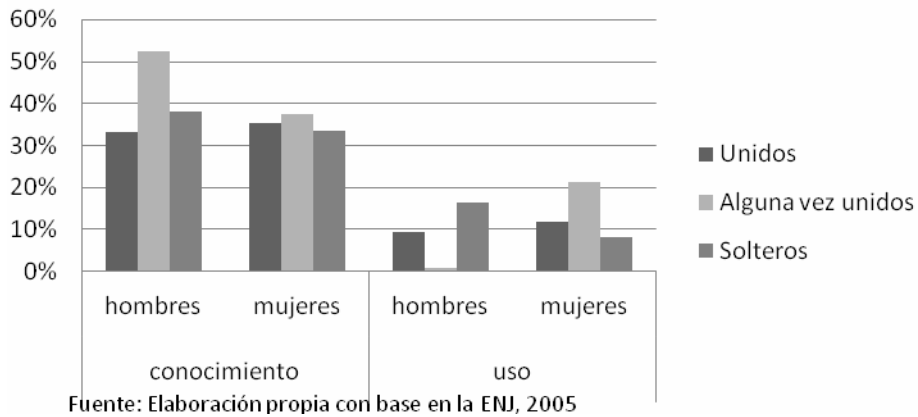
		varones		mujeres	
		1a RS	última RS	1a RS	última RS
Unidos	Condón	100.0%	65.3%	67.4%	45.4%
	Píldoras	0.0%	1.1%	28.9%	42.1%
	DIU	0.0%	33.6%	0.0%	6.0%
	Otro	0.0%	0.0%	3.7%	6.5%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Alguna vez unidos	Condón	100.0%	100.0%	93.1%	97.4%
	Píldoras	0.0%	0.0%	6.9%	1.3%
	DIU	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	Otro	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Solteros	Condón	97.4%	90.9%	94.0%	92.1%
	Píldoras	0.9%	4.2%	2.3%	5.4%
	DIU	0.0%	0.0%	0.0%	1.8%
	Otro	1.7%	4.9%	3.7%	0.6%
Total		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la ENJ, 2005.

La tabla 3.8 es un comparativo de los métodos usados en la primera y en la última relación sexual. El método que sobresale es el *condón* con 9 de cada 10 usuarios excepto para los *unidos* en la última relación sexual y para las mujeres. Para los hombres *unidos* en la última relación sexual puede ser a que la última relación sexual al ser con pareja estable y por tanto más “confiable” crean sólo necesario la protección contra un embarazo y no contra ITS, ya que del condón pasan al DIU, que de hecho es responsabilidad de la mujer. Para el caso de las mujeres *unidas* se pasa del condón a las píldoras, que es casi la misma situación de los hombres, llegando a protegerse sólo de embarazos y no de posibles enfermedades. Si bien se trata de poblaciones distintas, es decir, no estamos comparando las respuestas de las parejas, llama la atención la diferencia en el uso reportado del DIU por sexo, en los jóvenes *unidos*.

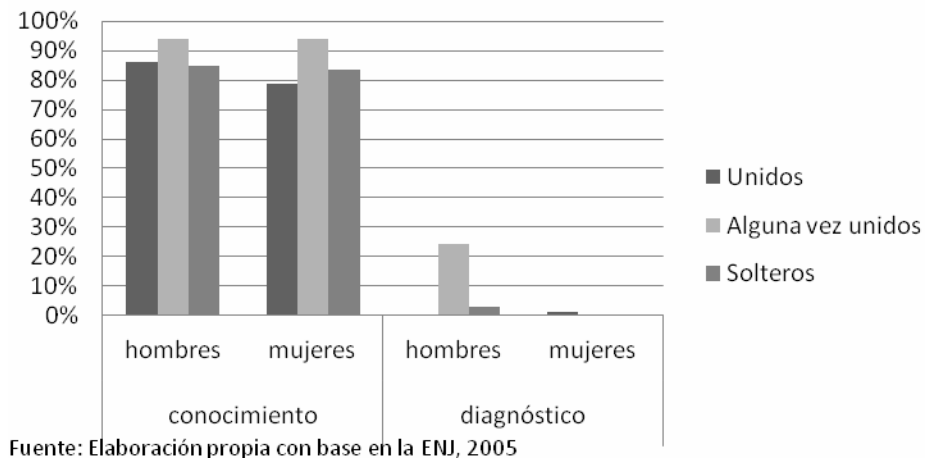
Menos de cada 4 de cada 10 jóvenes conocen o saben de la llamada anticoncepción de emergencia (gráfica 3.5), por lo tanto su uso es menor al 20 por ciento para cada sexo y estado marital, puede ser que los entrevistadores o personas de campo al apegarse al cuestionario hayan hecho la pregunta como viene en el cuestionario (“¿Conoces la anticoncepción de emergencia?”) y no hayan dado a la población otros posibles nombres como son: pastilla del día siguiente, pastilla del día después, pastilla de emergencia -que son denominaciones más populares- lo que podría haber hecho que la población no la reconociera.

**Gráfica 3.5. Conocimiento y uso de método de anticoncepción de emergencia por estado marital, según sexo**



Finalmente, respecto a las ITS más de 8 de cada 10 conocen o han oído de las infecciones, pero muy pocos declaran haber sido diagnosticados con alguna de ellas, salvo los varones *alguna vez unidos* (gráfica 3.6), de hecho casi uno de cada cuatro han sido diagnosticados.

**Gráfica 3.6. Conocimiento y diagnóstico de ITS por estado marital, según sexo**



### 3. EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN MARGINADA DEL D.F., UNA VISIÓN DE GÉNERO.

#### 3.1. ENCUESTA SOBRE NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL D.F., 2007

Se obtuvieron 1,138 encuestas finales de las cuales 48.4% fueron respondidas por hombres y 51.6% por mujeres.

Como se explicó anteriormente esta encuesta fue levantada del 24 de septiembre al 21 de octubre del 2007 en las delegaciones Iztapalapa y Tlalpan. Del total de las entrevistas aplicadas 80.8% representa a la delegación Iztapalapa y 19.2% a la delegación Tlalpan, elegidas ambas delegaciones porque en conjunto son representativas de las Ageb's de Alta y Muy Alta marginación

La encuesta consta de dos cuestionarios: uno de hogar y uno individual. Del cuestionario individual se tienen dos versiones, uno para varones y uno para mujeres.

##### a. Cuestionario de hogar:

El hogar fue definido como la unidad doméstica formada por una o más persona unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación, es decir que comparte un mismo gasto para la comida. Así, en una vivienda pueden haber más de un hogar.

Dentro de este cuestionario se hicieron preguntas sobre los siguientes tópicos para cada integrante del hogar: edad, sexo, condición de residencia, parentesco con el jefe del hogar, derechohabencia, asistencia escolar, último grado escolar aprobado, condición de actividad y estado civil.

Para el cuestionario individual los elegibles eran aquellos que estuvieran en el rango de edad de 20 a 49 años. De manera aleatoria se obtenía al elegible seleccionado de acuerdo al total de

elegibles en cada hogar. El segundo filtro para la realización de la entrevista es que hubieran iniciado su vida sexual antes del momento de la entrevista.

b. Cuestionario individual:

Los dos cuestionarios individuales constan de nueve secciones referentes a la salud reproductiva, si bien el orden cambia en los dos cuestionarios, se tratan los mismo temas que son:

- i. Fecundidad
- ii. Práctica anticonceptiva
- iii. Atención del embarazo y del parto
- iv. Sexualidad y exposición al riesgo de concebir
- v. Infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama (en el caso de los hombres es sobre cáncer de próstata)
- vi. Infertilidad
- vii. Motivos de contacto con los servicios de salud
- viii. Percepción de la calidad de los servicios
- ix. Características sociodemográficas

En la base final utilizada en este trabajo no se tomaron en cuenta todas las variables obtenidas con la encuesta, se tomaron preguntas de todas las secciones para obtener un mejor panorama de la situación actual en estas delegaciones que ayuden a comprender la situación que presenta el estrato socioeconómico bajo a nivel estatal.

En un principio se contó con cinco bases de datos, la de hogar, la de varones de Iztapalapa, la de varones de Tlalpan, la de mujeres de Iztapalapa y la de mujeres de Tlalpan. Debe mencionarse que todas las bases, las iniciales, intermedias y finales se trabajaron con el programa SPSS v. 15.0 for Windows Evaluation Program.

Primero se unieron las bases de Tlalpan e Iztapalapa, para dejar sólo una de varones y una de mujeres y se eliminaron los casos considerados *missings*.

A las bases individuales se agregaron para cada folio (fcap) las 18 variables del cuestionario de hogar (edad, sexo, condición de residencia, parentesco con el jefe de hogar, renglón del padre en

el hogar, derechohabiencia 1, derechohabiencia 2, derechohabiencia 3, alguna vez fue a la escuela, actualmente va a la escuela, ultimo nivel aprobado, último grado aprobado, la semana pasada trabajó, la semana pasada vendió algún producto, posición en el trabajo, estado civil y renglón del cónyuge).

Se cotejó que la edad del cuestionario individual coincidiera con la edad que se había declarado en el cuestionario de hogar por medio de una variable nueva llamada diferencia. Con esta variable lo que se hizo fue una simple resta entre estas dos variables. Si bien se esperaba que algunos folios tuvieran algunas diferencias pues los que contestaban el cuestionario individual no eran necesariamente los que habían respondido el de hogar, se encontraron algunos errores donde el problema había sido que el elegible se había seleccionado mal, esto se resolvió cambiando para cada caso los datos de hogar, para que coincidieran así los datos de hogar de quien había respondido finalmente la entrevista individual.

Cuando se contó con estas dos bases: Mujeres con datos de hogar y Hombres con datos de hogar, se seleccionaron las variables para este estudio en cada base individual.

Se codificaron estas variables con la letra q seguida del número de preguntas, no se podían empatar las bases ya que 1. No eran las mismas preguntas para cada sexo, 2. No se llamaban igual –las variables del cuestionario de mujeres fueron asignadas con la letra p seguida del número de pregunta y las de los hombres con la letra v. De más de 900 variables se seleccionaron alrededor de 540 variables –incluyendo las preguntas filtros. Con esto se obtuvieron las bases que incluían las variables originales y las nuevas variables *q*'s.

En estas bases se eliminaron todas las variables anteriores, dejando sólo las variables de hogar y las nuevas variables q.

Una vez hecho esto se procedió a unir las dos bases para obtener una Base final total, que ya incluía todos los casos de los hombres y de las mujeres entrevistadas pero con los datos de hogar incluidos, esto se logró por medio de la variable llave llamada fcap (Número de folio).

Además se recodificaron ciertas variables como nivel de escolaridad, método utilizado en la primera relación sexual y número de parejas sexuales en los últimos 5 años, para que su uso fuera más sencillo y facilitara la lectura de los resultados obtenidos en el análisis de estas y otras variables. Se crearon las variables: grupo de edad, estado marital actual, condición de actividad actual, derechohabiencia y total de hijos nacidos vivos sobrevivientes, ésta última por medio de las variables:



q107 ' FILTRO: algún embarazo '  
/q108 ' Ha tenido hijos nacidos vivos '  
/q1091 ' Cuántas? hijas '  
/q1092 ' Cuántos? hijos '  
/q110 ' Ha tenido hijos vivos que después murió '  
/q1111 ' Cuántas? hijas '  
/q1112 ' Cuántos? hijos '  
/q112 ' Total de HNV '  
/q1131 ' Ha tenido hijos nacidos muertos '  
/q1132 ' Cuántos? '  
/q1141 ' Ha tenido pérdida o interrupción del embarazo '  
/q1142 ' Cuántas? ' .

También la variable deseo\_hijos, esta por medio de las variables:

/q125 ' Le gustaría otro hija o hijo '  
/q126 ' Le gustaría tener hija o hijo '

Para mayor detalle y las sintaxis consultar el Anexo 1

### 3.2. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Las características sociodemográficas de la población encuestada se detallan a continuación, estas se obtuvieron con el cuestionario de hogar y con la sección IX *Características Sociodemográficas* de la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007.

La población de 20 a 49 años se dividió en tres grupos de edad: 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 49 años de edad. Su distribución se observa en la siguiente tabla. Para la población masculina se tienen: 43.9% en el primer grupo de edad, 29.8% para el grupo de 30 a 39 años y 26.3% para el grupo de 40 a 49 años. Para la población femenina hay una ligera variante, la mayoría de esta población encuestada se encuentra en el segundo grupo (de 30 a 39 años) con 42.4% contra 31.7% y 25.9% para el primer y tercer grupo respectivamente. Estas diferencias pueden deberse a la selección que se hizo de individuos que hubieran comenzado su vida sexual. La edad media de la población total es de 33.38 años, para las mujeres es de 33.69 y para los hombres 33.04 años.

**Tabla 4.1. Distribución de la población encuestada por grupo de edad, según sexo**

	Sexo	
	Hombre	Mujer
20-29	43.9%	31.7%
30-39	29.8%	42.4%
40-49	26.3%	25.9%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007

Casi la totalidad de la población de los hogares era residente habitual (más del 99% para ambos sexos). El parentesco con el jefe del hogar se muestra en la tabla 4.2. Como se puede observar, de la población masculina más del setenta por ciento es *hijo* del jefe del hogar, siguiendo los *cónyuges* con 19.5%, 4.3% compuesto por *yernos* y 5.5% por *otros*. Para las mujeres se tiene que 64.7% son *esposas* del jefe del hogar, 22.9% son *hijas* y cerca del 10% son *nueras*. Si bien no se tienen porcentajes altos para el valor de *yerno o nuera*, tenemos que el 8 por ciento del total de la población encuestada que ya ha formado un hogar, comparte residencia con la familia de su pareja, encontrándose más de doble de *nueras* que de *yernos*.

**Tabla 4.2. Parentesco con el jefe del hogar, según sexo**

	Sexo	
	Hombre	Mujer
Jefe del hogar	.0%	.3%
Esposo	19.5%	64.7%
Hijo	70.8%	22.9%
Yerno o nuera	4.3%	9.9%
Otro	5.5%	2.2%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el D.F., 2007

Respecto a la derechohabiencia se observa que la mitad de la población encuestada no tiene derecho a algún servicio médico –ya sea público o privado- tanto para hombres como para mujeres. El resto de la población que si cuentan con algún seguro está repartido de la siguiente forma: Para los hombres: 22.6% cuenta con *IMSS*, 11.1% con *ISSSTE*, 9.9% cuentan con la

*tarjeta de gratuidad* y el resto con algún seguro otorgado por *empresas particulares u otras gubernamentales*. Para las mujeres 27.7% cuentan con *IMSS*, 8.5% con *ISSSTE*, 6.8% con *tarjeta de gratuidad* y el resto con *otro tipo de seguro*. Es importante recalcar que esta característica muestra una diferencia significativa por sexo al 95% de nivel de confianza ( $p=0.012$ ), es decir, que el derecho que tiene una persona a los servicios de salud, varían en medida de su sexo, esto puede ser por la actividad que realizan, si su esposo(a) cuenta con servicio, etc. Estos datos son de particular importancia, pues muestran la heterogeneidad socioeconómica de la población residente en las zonas de Alta y Muy alta marginación, en las que se enfocan una serie de medidas de política social del Gobierno del D.F.

**Tabla 4.3. Derechohabiciencia, según sexo**

	Sexo	
	Hombre	Mujer
IMSS	22.6%	27.7%
ISSSTE	11.1%	8.5%
Otra institución gobierno	1.7%	2.5%
Privado	.6%	1.1%
En el seguro privado	1.6%	.6%
En el seguro popular	3.2%	5.2%
No tiene derecho a serv. médico	51.5%	49.9%
Tarjeta de gratuidad	9.9%	6.8%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007

Referente a la escolaridad tenemos que la experiencia de haber asistido a la escuela es casi universal. 99.1 por ciento de los hombres y 97.4 por ciento de las mujeres lo hicieron. Si bien para ambos sexos el porcentaje es muy alto, esta variable presenta una diferencia significativa por sexo al 95% ( $p=0.044$ ). De esta población se tiene que 9% de los hombres y 6.4% de las mujeres todavía asisten a la escuela.

Para una comprensión y manejo de datos más fácil para la variable último nivel escolar alcanzado se agrupó de la siguiente forma:

- a. *Hasta primaria*: Incluye ninguno, nivel preescolar y primaria

- b. *Secundaria*: incluye nivel medio y los estudios técnicos, comerciales o secretariales sin secundaria
- c. *Preparatoria*: incluye preparatoria y los estudios técnicos, comerciales, y de normal con secundaria
- d. *Profesional*: además de los estudios de nivel profesional se incluye el de normal con preparatoria y el de posgrado.
- e. *Posgrado*: estudios de maestría o doctorado.

**Tabla 4.4. Último grado aprobado, según sexo**

	Sexo	
	Hombre	Mujer
Hasta primaria	17.3%	19.9%
Secundaria	45.8%	50.5%
Preparatoria	29.6%	25.5%
Profesional	6.6%	4.1%
Posgrado	.6%	.0%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007

Las diferencias por sexo en esta variable también resultaron ser estadísticamente significativas al 95% (g.l.=4 y p=0.032). En la tabla 4.4 se puede observar que la mayoría de la población cuenta con niveles medios como máximo (45.8% para hombres y 50.5% para mujeres). El nivel que le sigue es el medio superior con el 29.6 por ciento para el sexo masculino y el 25.5 por ciento para el femenino. En tercer lugar se encuentra la población que tuvo el nivel básico como máximo con el 17.3% para hombres y 19.9% para mujeres. El nivel profesional y más –para ambos sexos- no llega ni al 10%. Los hombres sólo alcanzan en 7.2% y las mujeres un porcentaje menor, sólo el 4.1%.

Tocante a la actividad realizada la semana anterior a la encuesta, también se encontró una diferencia significativa al 95% por sexo. (g.l.=7 y p=0.000). La mayoría de los hombres (88.8%) declaran haber trabajado, el 3.9% mencionaron que no habían trabajado pero que si tenían trabajo, el 3.6% declararon haber estudiado y el resto en otros. Respecto a las mujeres se tiene que el 46.3% se dedicó a los quehaceres del hogar, el 45.8% trabajó, el 3.4% no trabajó, el 2.0%

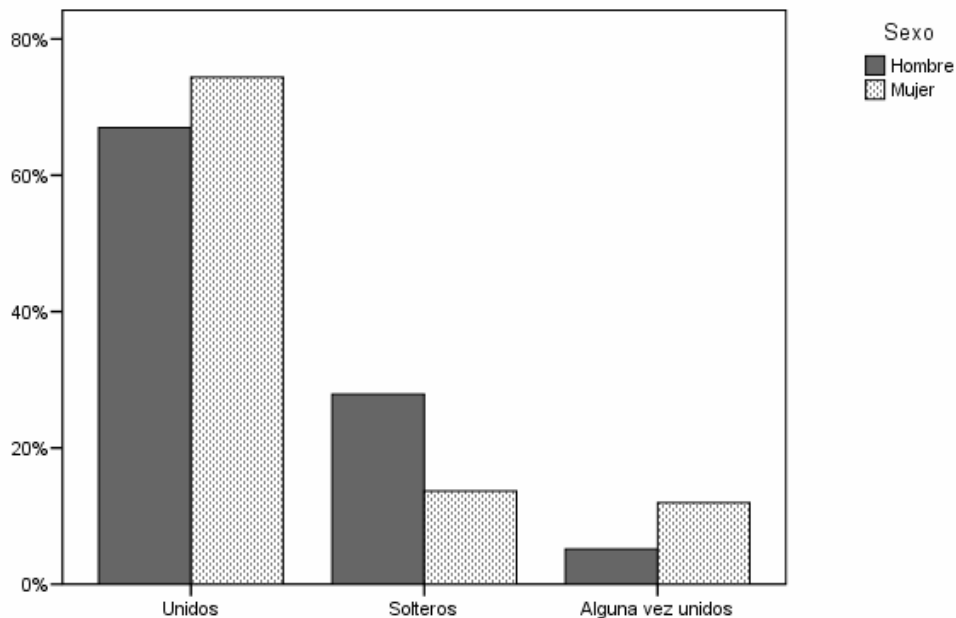
era estudiante y el resto en otros. A los que declararon haber trabajado se les preguntó el puesto que cubrían en ese empleo. Las respuestas fueron: como obrero, empleado (el 69.2 y el 65.4 por ciento para hombres y mujeres respectivamente), aquellos que trabajaron por su cuenta: el 21.7 y el 28.9 por ciento, los que trabajaron por comisión fueron el 5.1 y el 2 por ciento, como patrón el 2.9 de los hombres contra el 2.0 por ciento de las mujeres, el resto para ambos sexos está definido como otros. Esta respuesta también fue significativa por sexo con valor p de 0.025.

Finalmente respecto al estado marital actual se agrupó de la siguiente forma:

- a. *Unidos*: Aquellos que declararon estar casados o que viven en unión libre
- b. *Solteros*
- c. *Alguna vez unidos*: Aquellos separados, viudos o divorciados.

Como se puede observar en la gráfica 4.1, la mayoría de los encuestados están *unidos* actualmente. Esto es 67 por ciento de los hombres y 74.4 por ciento de las mujeres. Le siguen los *solteros* con 27.9 y 13.7% respectivamente y finalmente los *alguna vez unidos* con sólo 5.2% para los hombres contra 12% de las mujeres. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con un valor  $p=0.000$ .

**Gráfica 4.1. Estado marital actual, según sexo**



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007.

### 3.3. PRINCIPALES DIFERENCIALES POR SEXO

Después de esta breve descripción de las características generales de la población, a continuación se presentarán algunas temáticas sobre todo referentes a anticoncepción, subrayando las diferencias por sexo. Esto ayudará a marcar pautas que expliquen mejor el modelo propuesto más adelante al tratar de definir variables que expongan las razones de uso o no uso de métodos anticonceptivos, tanto para la primera relación sexual como el uso actual.

Dentro de las variables podemos encontrar diferencias significativas por sexo importantes. De la población se tiene:

- La gran mayoría de la población marginada declararon el uso de métodos anticonceptivos al menos alguna vez: 87.4 de los hombres contra 83.9 por ciento de las mujeres.
- 67% de los hombres declaran haber embarazado a una mujer alguna vez, contra 89.2% de las mujeres que declaran haber estado embarazadas.

c. Para los individuos que declararon no haber usado métodos para prevenir el primer embarazo, las razones de no uso más importantes son:

- i. para los hombres: casi la mitad indica que no planeaban tener relaciones sexuales (48.9%), alrededor de uno de cada cinco menciona que no conocía o no sabía dónde obtenerlos (18.2%), que no creyó que podría embarazarse (16.9%).
- ii. Las razones de no uso de las mujeres son muy diferentes: 34.7% menciona que es porque no creyó que podría embarazarse, una tercera parte señala que es porque “ambos” deseaban un embarazo –para los hombres esta razón sólo tiene un 5.8% de respuesta- y una de cada 5 (21.3%) indica que es porque no planeaba tener relaciones sexuales.

Cabe resaltar que sólo 1.1% de las mujeres no conocía o no sabía donde obtener los métodos anticonceptivos.

Otro punto interesante de esta tabla es que ni la religión ni que los métodos anticonceptivos puedan impedir el placer sexual, son declarados como razones para evitar el uso de anticonceptivos.

**Tabla 4.5. Razones de la población para no prevenir un embarazo la 1a vez que se embarazó/embarazó a alguien**

	Sexo	
	Hombre	Mujer
No creyó que podría embarazarse	16.9%	34.7%
No planeaba tener relaciones sexuales	48.9%	21.3%
Ambos deseaban un embarazo	5.8%	33.6%
No conocía, no sabía donde obtenerlos...	18.2%	1.1%
Su pareja deseaba embarazarse	6.7%	3.9%
creía que podía tener problemas de salud	.0%	3.6%
Desidia, no lo pense	3.6%	.0%
Otro	.0%	1.2%
Pensaba que el uso impide el placer sexual	.0%	.5%
su religión no se lo permitía	.0%	.0%
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el D.F., 2007

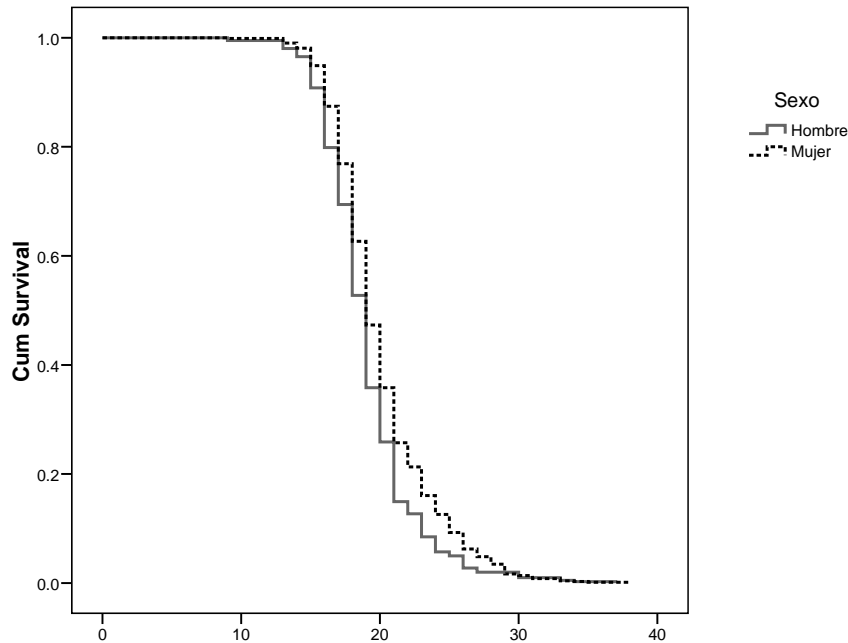
- d. En la gráfica 4.2 podemos ver las edades en las que cada sexo inicia en promedio su vida sexual. La edad media estimada es de 18.7 años para el total de la población, separando por sexos encontramos que los hombres tienen la primera relación sexual en promedio a los 18.07 años mientras que las mujeres a los 19.07 años. Como se ve, la diferencia es tan sólo de un año. Cabe señalar que esta misma diferencia se encontró al analizar los datos de la ENJ 2005, aunque en esta encuesta el promedio es alrededor de un año menor para ambos sexos.

Uno de cada cinco varones inició su vida sexual al llegar a los 15 años, mientras que las adolescentes presentan esta proporción a los 16 años. Antes de cumplir 21 años más del 85% de los hombres son sexualmente activos, en tanto que tres de cada cuatro mujeres lo son.

- e. Siete de cada diez hombres declararon que actualmente están haciendo algo para no tener hijos contra seis de cada diez mujeres.



**Gráfica 4.2. Edad a la que la población de estrato bajo inicia su vida sexual, según sexo**



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007.

- f. Los tres principales métodos anticonceptivos de las usuarias –o su pareja- actuales son: OTB, condón masculino y DIU con 40, 27.7 y 17.9 por ciento respectivamente. Para los hombres se tiene el condón masculino, OTB y DIU con 35.5, 30 y 19.4 por ciento.
- g. Respecto a ex usuarios de métodos anticonceptivos tenemos: para las mujeres: el DIU (37.3%), condón masculino (30.7%) y las pastillas (15.6%), para los hombres: condón masculino (77.3%), DIU (8.9%) y pastillas (6.3%).
- h. Respecto al número de hijos nacidos vivos: los hombres declararon: 34.8 por ciento no tener algún HNV, 43.7% tener uno o dos y 21.5 por ciento tener más de tres. Las mujeres por su parte: 14.5% ninguno, casi 46% con uno o dos y casi 40% más de tres.
- i. 2.1% de los hombres no conocen o han oído hablar de las ITS contra 2.5% de las mujeres.

## 4. APLICACIÓN DEL MÉTODO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA PARA DESCRIBIR EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El modelo logístico responde a la necesidad de ajustar modelos que midan los efectos de una serie de factores sobre una variable dependiente dicotómica. De este modo, este modelo puede ser dividido en dos partes:

1. La variable respuesta [Y] que es la respuesta que tienen los individuos ante algún hecho determinado. Esta puede asumir dos valores. A estos valores se les conoce estadísticamente como éxito y fracaso, es decir, la variable respuesta es una variable dicotómica, las categorías de Y son mutuamente excluyentes, es decir, cualquiera que sea la respuesta del individuo se le podrá clasificar en éxito o en fracaso pero no en ambos.
2. Las variables explicativas, son las características particulares de los individuos que se relacionan con su respuesta. Hay dos tipos de variables explicativas: categóricas y continuas. Una variable categórica es una variable cuyos valores corresponden a alguna modalidad del fenómeno. Los nombres de las modalidades son llamados categorías, las cuales son mutuamente excluyentes y exhaustivas. Las variables categóricas son medidas en dos tipos de escala: nominal y ordinal.
  - a. Nominal: en esta escala únicamente se asignan nombres a las categorías de una característica. Por ejemplo, la variable sexo consta de dos categorías llamadas hombres y mujeres; el estado civil se ha clasificado en este trabajo en: unidos, solteros y ex unidos. En esta escala, las categorías son intercambiables, ya que no existe una relación de orden, así ser hombre no se puede decir que sea menos o más que ser mujer.
  - b. Ordinal: los nombres que son asignados a las categorías mantienen una relación de orden de acuerdo con la intensidad de la característica.

Cuando se habla de categorías no tienen sentido relaciones de distancia entre ellas sino más bien se caracterizan por distinguir si dos categorías son iguales o diferentes. Generalmente se elige a una de las categorías como categoría de referencia y es contra ésta con quien se compara la probabilidad de éxito de las restantes.

Lo que se busca con este modelo es poder identificar las variables explicativas que están altamente relacionadas con la respuesta, si se logran conocer las principales variables explicativas se puede intentar influir en estas variables y poder así, afectar la elección de los individuos.

El modelo logístico con variables explicativas queda conformado de la siguiente manera:

$$\ln\left\{\frac{P[x_r]}{1-P[x_r]}\right\} = \beta_1 + \beta_2 x_{r2} + \dots + \sum_{v \in I_j} \beta_{j(v)} x_{rj(v)} + \dots + \beta_k x_{rk} \text{ con } r = \{1, 2, \dots, m\}$$

Donde:

$P[x_j]$  es la probabilidad de que Y sea uno

$\frac{P[x_j]}{1-P[x_j]}$  es el momio de que la respuesta sea éxito. Por medio de los modelos logísticos, los momios pueden ser estimados para las diferentes modalidades de cada variable independiente categórica, controlando el efecto de las demás variables. Para una variable dependiente dicotómica dada, los momios se definen como la relación entre las probabilidades de éxito (positivas) respecto a las probabilidades de fracaso (negativas) dados los valores de las k variables explicativas. Generalmente, los momios se expresan como razones, tales como  $p/(1-p)$ , y los valores de los parámetros son calculados utilizando el método de máxima verosimilitud.

$\ln\left\{\frac{P[x_j]}{1-P[x_j]}\right\}$  es la transformación Logística. Al ser Y una variable dicotómica lo que hace esta transformación es linealizar el modelo, es decir, transforma el intervalo (0,1) de  $P[x]$  en el intervalo  $(-\infty, \infty)$  de las  $x_j$

$\beta_{j(v)}$  es el coeficiente de la v-ésima variable lógica de la variable explicativa  $x_j$ .

El desarrollo de los modelos de regresión logística binaria se hizo por medio del programa estadístico SPSS, con el método Backward (Likelihood Ratio) este método es también llamado hacia atrás, porque al inicio toma todas las variables y va descartando una por una, mediante una prueba basada en la probabilidad del estadístico de verosimilitud basado en el máximo estimador parcial de verosimilitud.

En este trabajo se plantean dos variables respuestas –se escribe tal y como son las preguntas en la encuesta:

1. En la primera relación sexual usted o su pareja usaron métodos anticonceptivos
2. Contaba con información de métodos anticonceptivos
3. Actualmente está usando métodos anticonceptivos

En el anexo 2 se encuentran las sintaxis para cada modelo que se corrió y en el Anexo 3 las tablas de correlación para constatar que no tuviéramos problemas de multicolinealidad con ninguno de los tres modelos que se proponen.

### *I: USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA 1ª RELACIÓN SEXUAL*

Para el primer modelo se proponen 5 variables independientes o explicativas (se indica entre paréntesis el nombre de la pregunta en la base de datos). Al elegir estas variables se tomaron aquellas que pudieran dar información sobre características que la población tuviera al momento del hecho. Así, no incluimos variables como escolaridad o estado marital porque no conocemos el nivel de escolaridad que la población tenía al momento de inicial su vida sexual, igualmente no se preguntó el estado marital que tenían en esa época, sólo el actual.

Variable cuantitativa:

- a. Edad a la primera relación sexual medida en años (q123). Esta variable se incluyó con el fin de averiguar si el hecho de que la población de estrato bajo y muy bajo inicie su vida sexual temprana o tardíamente afectó en el uso de la 1ª relación sexual. Se espera que esta variable sea significativa y que mientras más jóvenes sean, se utilicen más anticonceptivos, ya que suponemos que los jóvenes cuentan con más información y menos tabúes respecto a su sexualidad.

Variables categóricas:

- b. Sexo (H04). Esta variable busca encontrar las diferencias por sexo. Se espera que los hombres usen más anticonceptivos, porque como hemos observado anteriormente el condón –método anticonceptivo para los hombres- es de los métodos más usados por los y las jóvenes y en el caso de esta población la edad media de inicio de vida sexual es menor a 20 años. Fue definida como:

$$H04 = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo es hombre} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$H04(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo es mujer} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

- c. Grupos de edad (gpos\_edad): Cabe hacer la diferencia respecto a la primera variable incluida, aquella mide la edad a la que la población de estrato bajo y muy bajo inicia su vida sexual, esta mide el grupo de edad al que pertenece la población actualmente. De esta forma, esperamos que los del primer grupo de edad (20 a 29 años) usen más anticonceptivos porque creemos que han tenido mayor contacto con información no sólo de las maneras en que se puede evitar embarazos no deseados, sino ITS.

$$gpos\_edad = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo pertenece al grupo de 20 a 29 años} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$gpos\_edad(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo pertenece al grupo de 30 a 39 años} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$gpos\_edad(2) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo pertenece al grupo de 40 a 49 años} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

- d. Contaba con información sobre cómo prevenir un embarazo antes de tener su primera relación sexual (q202a). Esta variable nos ayudará a identificar si la información que recibe la población con alta y muy alta marginación ha influido en el hecho de que se utilicen o no métodos anticonceptivos. Si bien la encuesta no permite profundizar en qué tipo de información se disponía ni la fuente de ésta, es un indicador de si vale o no la pena los esfuerzos que se realizan por parte de varias instituciones –gubernamentales o civiles- para evitar no embarazos no deseados e ITS. En este caso suponemos que quienes

contaban con información de métodos los utilizaron más que aquellos que no la recibieron.

$$q202a = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo contaba con información sobre anticonceptivos} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

- e. Con quién tuvo la primera relación sexual (q201a). En este caso lo que se intentó definir fue si la primera pareja sexual puede intervenir a la hora de usar algún anticonceptivo. La hipótesis para esta variable es que quien tiene relaciones con parejas que se pueden considerar “estables” como un novio o esposo utilicen menos anticonceptivos, esto relacionado con la confianza que se le atribuye a este tipo de relaciones interpersonales.

Esta variable se definió como sigue:

$$q201a = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo tuvo su 1ª relación sexual con su novio/prometido} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$q201a(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo tuvo su 1ª relación sexual con su esposo} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$q201a(2) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo tuvo su 1ª relación sexual con otro} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

En este caso la categoría otro incluye: amigos, familiar, conocidos, desconocidos y trabajadores sexuales, ya que amigos sólo incluía el 13.9% y el resto apenas alcanzaba el 3.47%.

Por último la variable respuesta es el uso o ausencia de uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual de los entrevistados. Esta variable está considerada en la pregunta q206a y se clasificó en:

$$q206a = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo usó métodos anticonceptivos en la 1ª relación sexual} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

Cabe señalar que en todos los casos se ajustaron los modelos logísticos con los ponderadores reescalados, para evitar el efecto de los grandes números en la estadística Wald, el cual arrojaría falsos niveles de significancia estadística.

## **I.1 TOTAL**

Los resultados de este primer modelo son:

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted		Percentage Correct
		En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos		
		No	Si	
Step 2	En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos	No	563	82.8
		Si	117	66.6
	Overall Percentage			76.7

<sup>a</sup>. The cut value is .500

En esta tabla se puede observar que el modelo tiene un muy buen nivel de predicción de la variable q206a, ya que consigue predecir satisfactoriamente más del 76% de las atribuciones observadas.

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 2 <sup>a</sup>	Variables	H04	.087	1	.769
	Overall Statistics		.087	1	.769

<sup>a</sup>. Variable(s) removed on step 2: H04.

La variable explicativa sexo no resultó significativa pues obtuvo un valor p igual a 0.769, es decir, que en el caso de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual el ser hombre o mujer no influye en la decisión de uso. Las otras variables propuestas sí son significativas al 95%. Eliminando el efecto que pudiera tener el sexo del entrevistado obtenemos el modelo:

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> 20-29 años			7.371	2	.025	
30-39 años	.412	.183	5.046	1	.025	1.510
40-49 años	-.088	.200	.193	1	.660	.916
edad la rel sexual	-.074	.023	10.386	1	.001	.929
contaba con información de anticonceptivos	3.099	.228	184.361	1	.000	22.184
novio/prometido			67.918	2	.000	
esposo	-1.293	.187	47.873	1	.000	.274
otro	-1.211	.201	36.317	1	.000	.298
Constant	-1.028	.435	5.578	1	.018	.358

a. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, q123, q202a, q201a.

El **grupo de edad** tiene efectos estadísticamente significativos sobre la posibilidad de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

De acuerdo a los resultados del modelo, los momios de uso de métodos del grupo de edad de 30 a 39 años se incrementan en un 51%, el grupo de edad de 40 a 49 años no presenta diferencias significativas respecto al de las más jóvenes.

En otras palabras, el incremento en la probabilidad de uso de métodos anticonceptivos está asociado directamente con la edad, controlando el resto de factores las personas del segundo grupo de edad parece que usaron más los métodos anticonceptivos que los más jóvenes.

Respecto a la **edad de inicio de la vida sexual** observamos que tiene un efecto negativo en el uso de métodos anticonceptivos. Los momios en el uso de métodos anticonceptivos se reducen en una razón de aproximadamente 7% por cada año que retrasan el inicio de su vida sexual, esto contraria la hipótesis planteada acerca de esta variable.

Tocante a si **contaban con información de métodos anticonceptivos** con relación a las personas que no contaban con información, aquéllos que sí poseían tienen momios 22 veces mayores de usar algún método anticonceptivos en la primera relación sexual. Esto implicaría que el uso de campañas preventivas o la información que se provee a la población, por ejemplo por medio de la escuela, influye positivamente en la decisión de usar métodos anticonceptivos.



La **primera pareja sexual** de los entrevistados resulta ser un factor que influye en el hecho de usar o no métodos anticonceptivos. Aquellos cuya pareja fue su esposo u otro tienen momios 71% menores de usar métodos respecto a los que su pareja fue novio/prometido. Esto puede deberse a que en México hay una norma tácita en la que el unirse implica la formación de una familia, es decir tener hijos. (Quilodrán, 1989). El hecho de tener como primera pareja sexual a otros –parejas que se podrían considerar como inestables o casuales– resulta estadísticamente diferente teniendo momios 70% menores a los que presenta el haber tenido la primera relación con el novio o el prometido, esto puede deberse a que al ser parejas sexuales ocasionales, esta haya sido sin premeditación, por única ocasión y por tanto sólo se hayan dejado llevar por la situación.

A continuación se desarrolla el mismo modelo pero para cada uno de los sexos, con el fin de analizar si se mantienen las características encontradas o si cada sexo presenta diferentes factores que influyeron en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

## I.2. HOMBRES

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted		
		En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos		Percentage Correct
		No	Si	
Step 1	En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos	No	Si	
		244	65	78.9
		65	163	71.6
Overall Percentage				75.8

<sup>a</sup>. The cut value is .500

Al igual que en el modelo que incluye ambos sexos, éste logra predecir satisfactoriamente el 75.8% de las atribuciones observadas. La siguiente tabla muestra las variables explicativas incluidas en el modelo final.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> 20-29 años			7.622	2	.022	
30-39 años	.725	.264	7.537	1	.006	2.064
40-49 años	.340	.257	1.750	1	.186	1.405
edad 1a rel sexual	-.136	.040	11.584	1	.001	.873
contaba con información de anticonceptivos	3.003	.331	82.555	1	.000	20.151
novio/prometido			33.193	2	.000	
esposado	-1.256	.357	12.402	1	.000	.285
otro	-1.193	.230	26.906	1	.000	.303
Constant	.016	.732	.000	1	.982	1.016

<sup>a</sup>. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, q123, q202a, q201a.

**Grupo de edad:** Al igual que el modelo total –que incluye a los dos sexos- podemos encontrar que para el caso de los hombres, existe una diferencia significativa del grupo intermedio de edad respecto al de los más jóvenes. Los hombres de estrato bajo del D.F. incrementan 106% los momios de uso en la 1ª relación sexual.

**Edad a la primera relación sexual:** Esta variable presenta un comportamiento parecido al que se tiene en el modelo total. Además de ser estadísticamente significativa, el antecedente de que una persona retrase un año el inicio de su vida sexual ocasiona que use métodos anticonceptivos en la primera relación sexual casi 0.23 veces menor que los que tienen relaciones sexuales más jóvenes.

**Información previa de métodos anticonceptivos:** Al comparar el uso de métodos anticonceptivos de aquellos que tenían información contra los que no, podemos observar que los primeros tienen momios 20 veces mayores de usar métodos anticonceptivos. Esto confirma que la información que pueda tener la población antes de iniciar su vida sexual es determinante en el uso de anticonceptivos.

**Primera pareja sexual:** Se observa que respecto a esta variable, en el caso de los hombres, hay diferencia significativa en las tres categorías. Pero sigue el patrón del modelo total, aunque con

momios ligeramente mayores que ese caso. Quienes presentan mayor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual son los que la tienen con la novia.

### I.3. MUJERES

Este modelo presenta una ligera mejoría cuando predice las atribuciones observadas pues llega casi al 80%.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted			
		En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos		Percentage Correct	
		No	Si		
Step 2	En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos	No	342	49	87.5
		Si	70	118	62.8
Overall Percentage					79.5

<sup>a</sup>. The cut value is .500

En el caso de las mujeres resultó que la variable q123, es decir, la edad a la primera relación sexual no es significativa pues cuenta con un valor p de 0.781, por lo que se vuelve a correr el modelo pero ahora sin esta variable.

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 2 <sup>a</sup>	Variables	q123	.078	1	.781
Overall Statistics			.078	1	.781

<sup>a</sup>. Variable(s) removed on step 2: q123.

A continuación se puede comprobar que las observaciones predichas satisfactoriamente conservan un porcentaje superior al 79%.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted		
		En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos		Percentage Correct
		No	Si	
Step 1	En la 1a relación sexual ud o su pareja utilizaron métodos anticonceptivos	No 345	Si 51	87.1
		70	118	62.9
Overall Percentage				79.3

a. The cut value is .500

En la siguiente tabla se observan las variables independientes finales para el modelo del sexo femenino:

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	20-29 años			11.743	2	.003	
	30-39 años	-.101	.245	.169	1	.681	.904
	40-49 años	-1.094	.334	10.757	1	.001	.335
	contaba con información de anticonceptivos	2.993	.305	95.977	1	.000	19.941
	novio/prometido			23.676	2	.000	
	esposo	-1.100	.234	22.071	1	.000	.333
	otro	-1.775	1.147	2.395	1	.122	.169
	Constant	-2.125	.323	43.264	1	.000	.119

a. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, q202a, q201a.

**Grupos de edad:** En esta variable explicativa se observa que el comportamiento de las distintas cohortes según el sexo. A diferencia de los hombres, el segundo grupo no presenta diferencias respecto a las más jóvenes. Sin embargo, el pertenecer al grupo de mayor edad disminuye en casi 0.70 veces el uso de métodos en la primera relación. Este efecto se presenta aún controlando el que las mujeres jóvenes cuentan con más información sobre anticonceptivos que las mujeres del último grupo cuando iniciaron su vida sexual.

**Edad a la primera relación sexual:** En el caso de las mujeres la edad a la que iniciaron su vida sexual no tiene efectos estadísticamente significativos (se obtuvo un valor-p: de 0.781).

**Información previa de métodos anticonceptivos:** Presenta un comportamiento similar al de los hombres, es decir, las mujeres con información previa tienen momios casi 20 veces mayores que aquellas que no tenían información. De nueva cuenta la información previa es un agente que impacta de manera positiva.

**Primera pareja sexual:** Esta variable es estadísticamente significativa, pero para las mujeres no hay diferencia respecto al comportamiento de aquellas que tienen la primera relación sexual con su novio/prometido que si la tienen con otra persona. La diferencia radica entre las que iniciaron su vida sexual con su novio o prometido que con aquellas que lo hicieron con esposo. Estas últimas disminuyen en un 66% los momios de uso de anticonceptivos. Se debe tomar esta variable explicativa con reserva porque si bien se les preguntó por su primera pareja sexual puede haber mujeres que declararon que fue con su esposo, cuando en ese momento podría haber sido sólo novio y posteriormente esposo.

## *II. CONTABA CON INFORMACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS*

Al observar que los momios de la variable explicativa *contaba con información de métodos anticonceptivos* del modelo anterior son mayores a 20 tanto para el total como para cada sexo, es evidente que esta variable concentra los efectos principales, y nos indica que lo que hay que explicar es precisamente el que la población contara con esa información. Por esta razón, se decidió ajustar un modelo en el que esta variable sea la dependiente, manteniendo las anteriores variables explicativas propuestas: sexo, edad a la primera relación sexual, grupo de edad y primera pareja sexual como factores explicativos.

### **II.1. TOTAL**

La variable explicativa primera pareja sexual no resultó ser significativa (valor  $p=0.052$ ), por lo que se eliminó del modelo y se volvió a correr el modelo sin tomarla en cuenta. Los resultados son los siguientes:

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted			
		Contaba con inf de métodos		Percentage Correct	
		No	Si		
Step 1	Contaba con inf de métodos	No	216	195	52.5
		Si	130	576	81.6
Overall Percentage					70.9

a. The cut value is .500

Este modelo predice satisfactoriamente más del 70 por ciento de las observaciones. Las variables explicativas finales son:

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	20-29 años			97.676	2	.000	
	30-39 años	-1.451	.171	72.351	1	.000	.234
	40-49 años	-1.632	.182	80.580	1	.000	.196
	edad a la 1a relación sexual	.188	.022	70.545	1	.000	1.207
	Sexo: mujer	-1.011	.144	49.651	1	.000	.364
	Constant	-1.346	.399	11.403	1	.001	.260

a. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, q123, H04.

Como se puede ver en la tabla anterior el hecho de si se contaba o no con información depende del grupo de edad. Así, el hecho de pertenecer a los dos grupos mayores de la población marginada del Distrito Federal parece que restringe la información captada. La edad a la primera relación sexual tiene efectos estadísticamente significativos, los momios de si contaba con información aumentan en una razón de aproximadamente 21% por cada año de postergación de la actividad sexual. Finalmente el sexo influye en si se obtiene o no información, las mujeres tienen momios aproximadamente 65% menores de contar información que los hombres.

## II.2 HOMBRES

Para el segmento de la población masculina se corrió el modelo con todas las variables explicativas iniciales. El porcentaje de características que este modelo predice satisfactoriamente es del 71.7%.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted			
		Contaba con inf de métodos		Percentage Correct	
		No	Si		
Step 1	Contaba con inf de métodos	No	23	123	15.8
		Si	29	362	92.6
Overall Percentage					71.7

a. The cut value is .500

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> 20-29 años			36.474	2	.000	
30-39 años	-1.587	.265	35.939	1	.000	.204
40-49 años	-1.080	.275	15.389	1	.000	.339
edad a la 1a rel sexual	.215	.044	24.247	1	.000	1.240
novio/prometido			15.562	2	.000	
esposo	-1.091	.321	11.575	1	.001	.336
otro	.323	.248	1.695	1	.193	1.381
Constant	-1.894	.788	5.782	1	.016	.150

a. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, q123, q201a.

Las variables explicativas resultan ser todas estadísticamente significativas. En el caso del grupo de edad de la población masculina del D.F. tenemos que a mayor edad menor información previa. Mientras mayor es la edad a la 1ª relación sexual se cuenta con más información. Y en el caso de los hombres la primera pareja sexual resulta significativa en cuanto información se tiene. Los que podrían contar con más información son los que tienen relaciones sexuales por primera vez con trabajadores sexuales, amigos, conocidos o desconocidos respecto a quien las tienen con la novia o prometida y quien inicia su vida sexual con la esposa son los que menos contarían con información.

### II.3 MUJERES

De todos los modelos este es el que tiene el porcentaje más bajo de observaciones predichas satisfactoriamente con un 68.7%

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted			
		Contaba con inf de métodos		Percentage Correct	
		No	Si		
Step 1	Contaba con inf de métodos	No	183	81	69.3
		Si	100	215	68.3
Overall Percentage					68.7

<sup>a</sup>. The cut value is .500

En el caso de las mujeres de estratos bajo y muy bajo del D.F., la variable explicativa *primera pareja sexual* resulta ser no significativa con un valor  $p=.111$ , por lo que se elimina del modelo y se corre de nuevo.

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed		Predicted			
		Contaba con inf de métodos		Percentage Correct	
		No	Si		
Step 1	Contaba con inf de métodos	No	186	79	70.1
		Si	99	217	68.7
Overall Percentage					69.4

<sup>a</sup>. The cut value is .500

El porcentaje que predice satisfactoriamente las características observadas aumenta ligeramente, finalmente queda en 69.4%. Las variables explicativas finales son las que se muestran a continuación:

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> 20-29 años			66.932	2	.000	
30-39 años	-1.345	.225	35.612	1	.000	.260
40-49 años	-2.138	.268	63.618	1	.000	.118
edad 1a rel sexual	.227	.030	58.736	1	.000	1.255
Constant	-3.014	.545	30.636	1	.000	.049

<sup>a</sup>. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, q123.

De nueva cuenta para el caso de las mujeres se tienen menos variables explicativas estadísticamente significativas. Se observa el mismo comportamiento que para los dos grupos



anteriores. En el caso del grupo de edad, es más probable que las más jóvenes cuenten con información sobre anticonceptivos al momento de iniciar su vida sexual y mientras más se postergue ese momento es más fácil que las mujeres con alta marginación puedan contar con mayor información respecto a los métodos anticonceptivos.

### III. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Para el segundo caso no se tomaron en cuenta a las mujeres embarazadas actualmente (30 casos, que representan el 2.7% del total) con el fin de evitar sesgo en el uso actual de anticonceptivos.

Se proponen como variables independientes o explicativas:

Variable cuantitativa:

- a. Edad a la primera relación sexual medida en años (q123): Del mismo modo que para uso de anticonceptivos en la 1ª relación sexual, esperamos que mientras más jóvenes hayan iniciado su vida sexual, más usen métodos.

Variables categóricas:

- b. Sexo (H04): Esperamos que haya un diferencial por sexo. En el caso de uso actual si tomamos en cuenta que la mayoría de la población marginada declara estar unida esperamos que sean las mujeres quienes más usan porque como hemos observado se utilizan anticonceptivos más para evitar embarazos que para evitar ITS, y el DIU es de los más usados.

$$H04 = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo es hombre} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$H04(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo es mujer} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

- c. Grupos de edad (gpos\_edad). Se espera que mientras más joven sean los integrantes de esta población usen más anticonceptivos por las razones planteadas en el primer modelo desarrollado.

$$gpos\_edad = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo pertenece al grupo de 20 a 29 años} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$gpos\_edad(1)= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo pertenece al grupo de 30 a 39 años} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$gpos\_edad(2)= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo pertenece al grupo de 40 a 49 años} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

- d. Con quién tuvo la primera relación sexual (q201a). Se incluye como un acercamiento a la historia sexual y al grado de adherencia a comportamientos tradicionales, los cuales asociaríamos a un menor uso.

$$q201a= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo tuvo su 1ª relación sexual con su novio/prometido} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$q201a(1)= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo tuvo su 1ª relación sexual con su esposo} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$q201a(2)= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo tuvo su 1ª relación sexual con otro} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

En este caso la categoría otro incluye: amigos, familiar, conocidos, desconocidos y trabajadores sexuales.

- e. Escolaridad (escol). En diversas publicaciones (CONAPO,2000; 2006) se asocian positivamente los niveles de educación al uso de métodos anticonceptivos, es decir, a mayor nivel de escolaridad mayor uso. Por esta razón se quiere comprobar esta hipótesis.

$$escol= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo tiene un nivel escolar hasta primaria} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$escol(1)= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo tiene el nivel medio como máximo nivel escolar} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$escol(2)= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo tiene más de secundaria} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

- f. Estado marital actual (edo\_marital). Suponemos que quienes se encuentran unidos utilicen anticonceptivos en mayor medida, es decir, que regulen más su fecundidad que aquellos que permanecen solteros o son ex unidos.

$$edo\_marital= \begin{cases} 1 \text{ si el individuo está actualmente unido} \\ \end{cases}$$

$$0 \text{ e.o.c}$$

$$edo\_marital(1)=\begin{cases} 1 \text{ si el individuo est\u00e1 actualmente soltero} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$edo\_marital(2)=\begin{cases} 1 \text{ si el individuo alguna vez estuvo unido} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

- g. Deseo de alg\u00fan u otro hijo (deseo\_hijos). Esta variable la suponemos relacionada negativamente con el uso de anticonceptivos. Mientras quieran alg\u00fan hijo -los que no han tenido- u otro -quienes ya tienen- menos van a utilizar los m\u00e9todos anticonceptivos actualmente.

$$deseo\_hijos(1)=\begin{cases} 1 \text{ si el individuo desea alg\u00fan u otro hijo} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

- h. Total de hijos nacidos vivos sobrevivientes (q112d). En el caso de los hijos nacidos vivos sobrevivientes, esperamos que quienes han tenido m\u00e1s de 3 hijos utilicen en menor grado anticonceptivos en comparaci\u00f3n con quien no ha tenido hijos o s\u00f3lo ha tenido 1 \u00f3 2.

$$q112d=\begin{cases} 1 \text{ si el individuo no ha tenido HNV} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$q112d(1)=\begin{cases} 1 \text{ si el individuo ha tenido 1 \u00f3 2 HNV} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

$$q112d(2)=\begin{cases} 1 \text{ si el individuo ha tenido m\u00e1s de 3 HNV} \\ 0 \text{ e.o.c} \end{cases}$$

- i. N\u00famero de parejas sexuales en los \u00faltimos 5 a\u00f1os (q233). Esta variable la consideramos ya que puede reflejar la preocupaci\u00f3n que la poblaci\u00f3n marginada del D.F. tiene respecto a las ITS. Esperamos que quienes han tenido m\u00e1s de 2 parejas sexuales en los \u00faltimos 5 a\u00f1os utilicen m\u00e1s los m\u00e9todos anticonceptivos.

$$q233a=\begin{cases} 1 \text{ si el individuo ha tenido m\u00e1s de 2 parejas sexuales} \\ 0 \text{ si el individuo ha tenido menos de 2 parejas sexuales} \end{cases}$$

- j. Condición de actividad actual (*Cond\_activ*). Para el caso de la actividad que realiza la población de estrato bajo y muy bajo podemos esperar que aquellos que son trabajadores por su cuenta y quien se dedica a los quehaceres del hogar puedan usar menos anticonceptivos ya que no tiene horarios restrictivos y pueden dedicarse más a los hijos que pudieran tener.

$$Cond\_activ = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo es obrero o empleado} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$Cond\_activ(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo se dedica a los quehaceres del hogar} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$Cond\_activ(2) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo es trabajador por su cuenta} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$Cond\_activ(3) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo se dedica a otra actividad} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

- k. Acceso a los servicios de salud, es decir, si cuenta o no con derechohabiencia (*derech*). Como sabemos quienes cuentan con acceso a servicios médicos –sobre todo impartidos por el sector público- podrían conseguir de manera más fácil anticonceptivos que quienes no tienen algún tipo de servicio médico. Pero queremos observar si un mayor acceso a los anticonceptivos implica un mayor uso de estos.

$$derech = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo no cuenta con algún tipo de servicio médico} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$derech(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo cuenta con IMSS, ISSSTE u otro} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

$$derech(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo cuenta con Seguro Popular/Tarjeta de Gratuidad} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

- l. Alguna vez ha oído de las ITS (q501). Sabemos que el no usar métodos anticonceptivos expone a la población no sólo a algún embarazo no deseado sino a las ITS. Esperamos que el hecho de conocer o al menos saber que existen impacte a la población de tal forma que quiera evitar estas infecciones.

$$q501(1) = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo ha oído de las ITS} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

m. En la primera relación sexual usted o su pareja utilizó algún método anticonceptivo (q206a). Queremos ver si la gente que llegó a utilizar métodos anticonceptivos en la 1ª relación sexual lo hace actualmente. Para evitar problemas de multicolinealidad se corrió una matriz de correlaciones por medio del coeficiente de Pearson que es un índice estadístico que mide la relación lineal entre dos variables cuantitativas y que es independiente de la escala de medida de las variables. En ninguna entrada se obtuvo coeficientes mayores a 0.65 o menores a -0.65, por lo que se procedió a integrar esta variable.

$$q206a = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo usó métodos anticonceptivos durante la 1ª relación sexual} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

Por último la variable respuesta es el uso o ausencia de uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual de los entrevistados. Esta variable está denotada por q301a y se clasificó en:

$$q301a = \begin{cases} 1 & \text{si el individuo usa métodos anticonceptivos actualmente} \\ 0 & \text{e.o.c} \end{cases}$$

### III.1 TOTAL

Como se puede observar en la tabla anterior este modelo predice el 74.9% de las características observadas satisfactoriamente.

**Classification Table<sup>a</sup>**

		Predicted			Percentage Correct
		Actualmente está usando métodos		No	
Observed		No	Si		
Step 6	Actualmente está usando métodos	No	71	223	24.2
		Si	40	712	94.7
Overall Percentage					74.9

a. The cut value is .500

Las variables que se excluyeron en el modelo fueron:

<b>Variables not in the Equation</b>					
			Score	df	Sig.
Step 6	Variables	H04(1)	.240	1	.624
		escol	2.803	2	.246
		escol(1)	.418	1	.518
		escol(2)	1.063	1	.303
		q112d	2.153	2	.341
		q112d(1)	1.766	1	.184
		q112d(2)	.019	1	.891
		q201a	2.606	2	.272
		q201a(1)	2.441	1	.118
		q201a(2)	.725	1	.394
		q501	.737	1	.391
		Overall Statistics			8.244

Como se puede apreciar todas las variables de la tabla anterior resultan no significativas al 95%. De esta manera: el sexo (H04), el nivel de escolaridad (escol), el número de hijos nacidos vivos (q112d), primera pareja sexual (q201a) y si alguna vez han oído de las ITS (q501) no influyen en el hecho de que la población use o no métodos anticonceptivos actualmente. Se volvió a correr el modelo sin tomar en cuenta estas variables no significativas. De nueva cuenta se obtiene un nivel de predicción satisfactorio, con más del 75%:

**Classification Table<sup>a</sup>**

Observed			Predicted		
			Actualmente está usando métodos		Percentage Correct
			No	Si	
Step 1	Actualmente está usando métodos	No	74	233	24.2
		Si	36	747	95.3
Overall Percentage					75.3

<sup>a</sup>. The cut value is .500

A continuación se muestra la tabla con las variables explicativas que sí resultaron significativas al 95% con el segundo modelo

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	20-29 años			15.708	2	.000	
	30-39 años	-.646	.179	12.954	1	.000	.524
	40-49 años	-.640	.192	11.056	1	.001	.527
	Unidos			63.152	2	.000	
	Solteros	-.839	.206	16.533	1	.000	.432
	Alguna vez unidos	-1.834	.244	56.462	1	.000	.160
	deseo_hijos	-.629	.170	13.721	1	.000	.533
	Obrero/empleado			12.903	3	.005	
	se dedica a quehaceres del hogar	-.511	.276	3.441	1	.064	.600
	trabajador por su cuenta	-.454	.246	3.392	1	.066	.635
	otra actividad	.206	.285	.522	1	.470	1.229
	Sin derechohabiencia			6.391	2	.041	
	cuenta con IMSS, ISSSTE u otra	.171	.219	.612	1	.434	1.187
	cuenta con Seguro Popular o Tarjeta de Gratuidad	-.254	.225	1.273	1	.259	.776
	edad 1a relación sexual	-.048	.021	5.563	1	.018	.953
	Núm de parejas sexuales (más de dos)	.511	.196	6.777	1	.009	1.667
	utilizó métodos en la 1a RS	.474	.164	8.325	1	.004	1.606
	Constant	2.897	.498	33.830	1	.000	18.124

a. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, edo\_marital, deseo\_hijos, Cond\_activ, derech, q123, q233a, q206a.

**Grupo de edad:** Respecto a esta variable se observa que existe una diferencia significativa entre el comportamiento del grupo de 30 a 39 años y 40 a 49 años con relación al de 20 a 29 años. En este caso los momios de uso actual de anticonceptivos disminuyen casi la mitad para los dos grupos mayores respecto el primero, esto es que las personas a partir de los 30 años utilizan menos anticonceptivos que las más jóvenes.

**Estado marital actual:** Esta variable resultó tener diferencias significativas al 95%. En el caso de los solteros se observa que estos disminuyen la razón de momios casi 60% y los alguna vez unidos un 84% respecto a los unidos. Esto nos dice que si comparamos cada estado marital, tanto los solteros como los alguna vez unidos tienen menor probabilidad de usar métodos anticonceptivos que los unidos.

**Deseo de algún o más hijos:** Esta variable expresa el deseo de hijos, tanto de los que no han tenido como de aquellos que al menos tienen un hijo pero desearían otro. Resultó ser

significativa al 95%. Aquellos que desean algún u otro hijo es casi 50% menos probable que actualmente estén usando algún método.

**Condición de actividad actual:** Como se puede observar en la tabla, si bien la variable es significativa, el comportamiento entre los que se dedican a diferentes actividades económicas es homogénea, no hay diferencias entre una categoría y otra.

**Derechohabiencia:** Esta variable es estadísticamente significativa, pero muestra que prácticamente no hay diferencia en el comportamiento sobre uso actual de anticonceptivos entre la población que no cuenta con derecho a algún servicio de salud y los que sí, ya sea IMSS, ISSSTE u otro, incluyendo los que pertenecen al Seguro Popular o tienen Tarjeta de Gratuidad.

**Edad de inicio de la vida sexual:** Esta variable nos dice que por cada año que se retrase el inicio de la vida sexual los momios de uso actual se reducen en una razón de aproximadamente 5%.

**Número de parejas sexuales en los últimos 5 años:** Esta variable resultó significativa al 95%. El hecho de tener más de dos parejas sexuales en los últimos 5 años hace que sea más probable que actualmente se usen anticonceptivos, ya que los momios son 66.7% mayores. Esto puede ser reflejo de un sentido de responsabilidad mayor entre quienes tienen mayor número de parejas sexuales, o de que los que han tenido menos de dos parejas consideren más confiable sus prácticas sexuales.

**Uso de métodos anticonceptivos en la 1ª relación sexual:** Como se podría suponer esta variable resultó significativa, además de que se observa que quienes usaron métodos anticonceptivos en la 1ª relación sexual es más probable que los usen actualmente (los momios de uso actual son 60.6% mayores).

### **III.2. HOMBRES**

Para el caso de los hombres se incluyeron todas las variables explicativas propuestas inicialmente, pero de nueva cuenta el modelo arrojó varias no estadísticamente significativas:



**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 4	Variables	q123	.105	1	.746
		q201a	1.068	2	.586
		q201a(1)	.127	1	.721
		q201a(2)	.672	1	.412
		q501	.005	1	.942
Overall Statistics			1.229	4	.873

En el caso de los hombres no resulta un factor en el uso actual la edad de inicio de la vida sexual (q123), con quién tuvo la primera relación sexual (q201a) ni si había oído de las ITS q(501).

Se eliminaron estas variables del modelo y los resultados que se obtuvieron son los siguientes:

**Classification Table<sup>a</sup>**

			Predicted		Percentage Correct
			Actualmente está usando métodos		
Observed			No	Si	
Step 1	Actualmente está usando métodos	No	40	82	32.4
		Si	18	379	95.5
Overall Percentage					80.7

<sup>a</sup>. The cut value is .500

Como se aprecia en la tabla anterior se logra casi un 81% de variables predichas satisfactoriamente.

Las variables que quedan en el modelo son las que se presentan en la tabla a continuación.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>			8.571	2	.014	
20-29 años						
30-39 años	-.798	.283	7.944	1	.005	.450
40-49 años	-.141	.304	.216	1	.642	.868
hasta primaria			5.573	2	.062	
secundaria	.240	.301	.639	1	.424	1.272
más de secundaria	.780	.348	5.023	1	.025	2.182
unidos			9.858	2	.007	
solteros	.509	.467	1.189	1	.275	1.663
alguna vez unidos	-1.374	.470	8.568	1	.003	.253
deseo_hijos	-.750	.271	7.673	1	.006	.472
ningún HNV			6.264	2	.044	
1-2 HNV	1.224	.497	6.052	1	.014	3.400
más de 3 HNV	1.260	.553	5.199	1	.023	3.526
obrero/empleado			14.204	3	.003	
se dedica a quehaceres del hogar	20.599	34266.885	.000	1	1.000	883131125
trabajador por su cuenta	-.222	.331	.448	1	.503	.801
otra actividad	1.145	.417	7.523	1	.006	3.142
sin derechohabencia			5.733	2	.057	
cuenta con IMSS, ISSSTE u otro	.082	.329	.063	1	.802	1.086
cuenta con Seguro Popular o Tarjeta de Gratuidad	-.617	.358	2.971	1	.085	.540
número de parejas sexuales	.495	.290	2.916	1	.088	1.641
usó métodos en la 1a rel sexual	.520	.261	3.958	1	.047	1.682
Constant	.316	.702	.203	1	.652	1.372

a. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, escol, edo\_marital, deseo\_hijos, q112d, Cond\_activ, derech, q233a, q206a.

**Grupos de edad:** En el caso de los hombres podemos observar que no hay diferencias significativas entre el comportamiento del grupo 40 a 49 años con respecto al de 20-29 años. Tocante al grupo de 30 a 39 años, se encuentra que tienen momios 55% menores de usar métodos anticonceptivos con respecto a los pertenecientes al primer grupo etario.

**Nivel de escolaridad:** la única categoría significativa es la correspondiente a los que tienen estudios post secundarios, quienes duplican el uso de anticonceptivos respecto a los que no pasaron de la primaria.

**Estado marital actual:** Para los hombres encontramos que las diferencias son estadísticamente significativas para los alguna vez unidos respecto a los unidos, los primeros tienen razones de momios 75% menores. No hay diferencia en el comportamiento de los solteros respecto a los unidos.

**Deseo de hijos:** El hecho de querer tener más o algún hijo hace que la población reduzca su posibilidad de uso actual en casi el 62% en relación a los que no quieren más hijos.

**Condición de actividad actual:** En el caso de los hombres encontramos que hay diferencia en el uso de anticonceptivos según la actividad económica que desarrollaba al momento de la encuesta. Pero sólo para los que realizan otra actividad, pues los que se dedican al hogar y los trabajadores por su cuenta se comportan de manera similar en el uso actual de anticonceptivos.

**Derechohabiencia:** Al igual que con la escolaridad sólo tenemos una categoría estadísticamente significativa, aunque bajo el umbral del 0.1, que nos indica que los varones usuarios de la Tarjeta de Gratuidad o del Seguro Popular tienen un uso de casi la mitad de quienes no tienen derechohabiencia, lo cual sería una fuerte llamada de atención para los administradores de dichos programas.

**Uso de métodos anticonceptivos en la 1ª relación sexual:** El hecho de que los hombres hayan utilizado algún método al inicio de su vida sexual aumenta los momios de uso presente en casi un 100%, es decir, es casi seguro que un hombre que haya utilizado anticonceptivos en la 1ª relación sexual lo haga actualmente.

### **III.3. MUJERES**

En el caso de las mujeres también se tomaron en cuenta las mismas trece variables propuestas inicialmente.

De nueva cuenta se tuvieron variables explicativas que no fueron estadísticamente significativas al 95%, estas son: escolaridad (escol), deseo de otro o algún hijo (deseo\_hijos), derechohabiencia

(derech), edad a la primera relación sexual (q123), persona con la que tuvo su primera relación sexual (q201a), si ha oído acerca de las ITS (q501), número de parejas sexuales en los últimos cinco años (q233a) y si utilizó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual (q206a).

**Variables not in the Equation**

			Score	df	Sig.
Step 9	Variables	escol	.183	2	.913
		escol(1)	.030	1	.862
		escol(2)	.066	1	.798
		deseo_hijos	.639	1	.424
		derech	1.302	2	.522
		derech(1)	.379	1	.538
		derech(2)	1.224	1	.269
		q123	2.104	1	.147
		q201a	2.940	2	.230
		q201a(1)	.449	1	.503
		q201a(2)	1.269	1	.260
		q501	.888	1	.346
		q233a	1.143	1	.285
		q206a	.476	1	.490
Overall Statistics			10.106	11	.521

Finalmente el modelo para las mujeres queda como sigue:

**Classification Table<sup>a</sup>**

			Predicted		Percentage Correct
			Actualmente está usando métodos		
Observed			No	Si	
	Step 1	Actualmente está usando métodos	No	62	124
		Si	35	337	90.7
Overall Percentage					71.5

a. The cut value is .500

Como se puede observar este modelo final logra predecir satisfactoriamente poco más del 70% de las observaciones.

Las variables finales son las que se presentan en la siguiente tabla:

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> 20-29 años			20.044	2	.000	
30-39 años	-.637	.251	6.438	1	.011	.529
40-49 años	-1.271	.284	19.996	1	.000	.281
unidas			38.848	2	.000	
soltera	-1.292	.344	14.086	1	.000	.275
alguna vez unidas	-1.702	.304	31.429	1	.000	.182
0 HNV sobreviv			6.218	2	.045	
1-2 HNV sobreviv	.418	.390	5.037	1	.025	1.519
más de 3 HNV sobreviv	.876	.227	4.054	1	.044	2.400
obrero/empleado			6.649	3	.084	
se dedica a quehaceres del hogar	-.976	.412	5.611	1	.018	.377
trabajador por su cuenta	-.535	.400	1.785	1	.182	.586
otra actividad	-.688	.446	2.374	1	.123	.503
Constant	2.811	.473	35.257	1	.000	6.924

a. Variable(s) entered on step 1: gpos\_edad, edo\_marital, q112d, Cond\_activ.

Para el caso de las mujeres sólo cuatro de las trece variables resultaron estadísticamente significativas: el grupo de edad, el estado marital, los HNV sobrevivientes y la condición de actividad actual.

**Grupo de edad:** En este caso se presentan diferencias significativas para el grupo de 40 a 49 años respecto al de 20 a 29 años. El grupo de 40 a 49 años casi 72% menores, es decir, que los grupos de mayor edad parecen usar menos anticonceptivos que las más jóvenes.

**Estado marital actual:** Las solteras y alguna vez unidas parecen usar menos métodos anticonceptivos actualmente que las unidas. Esto alrededor de 73% menos que el grupo que representa a las unidas.

**HNV sobrevivientes:** Como se podía haber esperado el número de hijos nacidos vivos influyen en el uso actual. El comportamiento de las que tienen uno o dos hijos no es diferente a las que no tienen hijos, se debe tomar en cuenta que la mayor parte tienen sólo un hijo, por lo que es probable que deseen otro hijo al menos. Quienes si presentan diferencias son aquellas que tienen más de tres hijos, son las que tienen mayor probabilidad de usar métodos anticonceptivos.

**Condición actual de actividad:** La diferencia con esta variable es estadísticamente significativa al 10%, pero se debe recalcar el hecho de que quienes se dedican al hogar tienen menor posibilidad de usar métodos anticonceptivos que aquellas que cuentan con algún trabajo remunerado.

## 5. POBLACIÓN MARGINADA EN EL D.F. Y ANTICONCEPCIÓN. CONSIDERACIONES FINALES

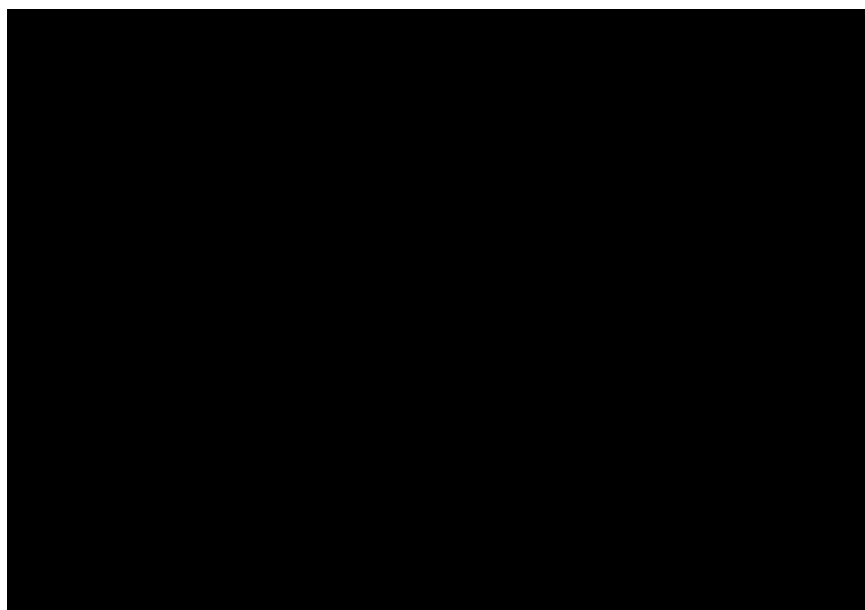
Se sabe que la salud sexual y reproductiva refleja el nivel socioeconómico del país, la comunidad y la familia, la condición de la mujer, además de la utilización de los servicios, así como la calidad de estos. La influencia de los factores socioeconómicos se revela en casi cualquier indicador de salud reproductiva: fecundidad, edad al primer embarazo, anticoncepción, etc. Pero también la pobreza influye sobre la salud en general, esta asociación es marcada en el caso de la salud sexual y reproductiva.(SSR) Así esta relación es circular, las malas condiciones socioeconómicas determinan una mala SSR, pero asimismo una pobre SSR condiciona una situación económica precaria (Langer, Nigenda, 2000). Por esta razón se buscó incluir en los modelos propuestos variables sociodemográficas y de salud reproductiva.

En el capítulo anterior se buscó modelar el uso de anticonceptivos en la 1ª relación sexual, si contaban con información al momento de la primera relación sexual y el uso actual. Si bien se observaron diferencias respecto al total de la población, los diferenciales por sexo fueron mayores. Debemos recordar que la mayoría de los programas y servicios de salud reproductiva están diseñados para cubrir las necesidades y responder a las características de mujeres urbanas (Langer y Nigenda, 2000). Como se mencionó anteriormente hay sectores de la población que no están recibiendo la atención que necesitan, uno de estos puede ser el grupo masculino y sobre todo el perteneciente al estrato bajo y muy bajo.

Si bien para el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual no contábamos con mucha información que nos remitiera al momento del suceso, se eligieron 5 variables explicativas. Hubiera sido de gran ayuda contar con información de características como el nivel de escolaridad, la situación marital o la actividad económica que presentaba la población estudiada en ese momento. De hecho se debe recalcar que tampoco sabemos si el estrato que el individuo presenta al tiempo de la encuesta es el que tenía en aquel momento, pero resulta difícil

imaginar una movilidad social descendiente que lleve a residir en zonas marginadas a población que antes vivía en estratos medios y altos. Sin embargo, estas variables –que se presentan en la siguiente tabla- nos puede dar un panorama de qué es lo que más afecta en el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual.

Al hablar de la primera relación sexual hay que puntualizar que ésta generalmente no es planeada. Con los datos de la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F. 2007 observamos que casi la mitad de los hombres usaron anticonceptivos en su primera relación sexual contra sólo una tercera parte de las mujeres. Sin embargo, al momento de ajustar el modelo lo primero que llama la atención es que para el modelo total –que incluye a hombres y mujeres- el sexo no es factor que influya en el uso de métodos anticonceptivos al inicio de la vida sexual. Se esperaba que fueran los hombres quienes hicieran mayor uso de éstos, sin embargo se encontró que, controlando el resto de los factores incluidos, ser hombre o mujer no afecta el uso en la primera relación sexual, sino que las diferencias bivariadas mencionadas antes se deben a otros factores.



En una visión global, la tabla muestra que la población total y los hombres tienen comportamientos muy similares en el uso de métodos al inicio de la vida sexual y las mujeres presentan menos variables explicativas.



Respecto al **grupo de edad** actual, la población general de estrato bajo presenta diferenciales por edad del mismo modo que la población únicamente masculina. Para estos dos, el grupo intermedio de edad usó más anticonceptivos en la primera relación sexual. Las mujeres no presentan diferencia en uso entre las más jóvenes y las pertenecientes al segundo grupo etario, pero se observa que las mayores utilizaron menos métodos.

**Edad a la primera relación sexual**, tomando en cuenta la alta marginalidad que presenta la población, se encontró que para las mujeres esta variable no resultó significativa, en cambio para los hombres sí, pero de una forma negativa. Al posponer la edad de inicio de vida sexual es ligeramente menos posible que se usen anticonceptivos, porque al aumentar su edad, es más probable que las parejas de estos hombres al ser mayores también –porque se ha observado que los hombres son generalmente más grandes que su pareja- ya estén utilizando métodos como pastillas, DIU u otros y ellos ya no vean la necesidad de una protección extra, aunque sólo estén protegiéndose contra embarazos no deseados y no contra ITS.

La **información disponible** resultó dominante en los factores que influyeron en el uso de métodos en la primera relación sexual. La prevalencia anticonceptiva depende del conocimiento de los métodos, de su aceptación y de la forma y continuidad con que se usen (Mendoza *et al.* 2000). Al no tener acceso a los servicios e información sobre planificación familiar, resulta menos probable que una persona pueda ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. La información –sobre todo la educación sexual- ayuda no sólo a reducir las uniones y los embarazos adolescentes, sino a proteger a la población de ITS. Para poder elegir un anticonceptivo y que éste se emplee continuamente depende de características socioculturales, las cuales determinan la preferencia por uno u otro método. Si la población no tiene información de qué métodos hay y la fuente en dónde obtenerlos difícilmente usará anticonceptivos o lo hará de manera incorrecta. Esta información debe proveerse antes de que los individuos inicien su vida reproductiva y debe haber también estrategias que permitan que los adultos que están fuera del sistema educativo formal también la reciban.

Cuando hablamos de la **primera pareja sexual**, se observa que en los tres grupos estudiados – total, hombres y mujeres- se utilizan más los anticonceptivos con el novio o novia que con

esposos u otros. Como ya se mencionó, puede ser que si la primera pareja es el esposo o esposa se busque la formación de una familia y respecto a otros, retomando a Juárez y Castro (2006) generalmente se busca proteger más a la pareja “estable” que a las ocasionales.

Si nos referimos a si la población contaba con información de métodos anticonceptivos al momento del inicio de la vida sexual encontramos en la siguiente tabla cruzada importantes diferenciales, todas son estadísticamente significativas al 95%.

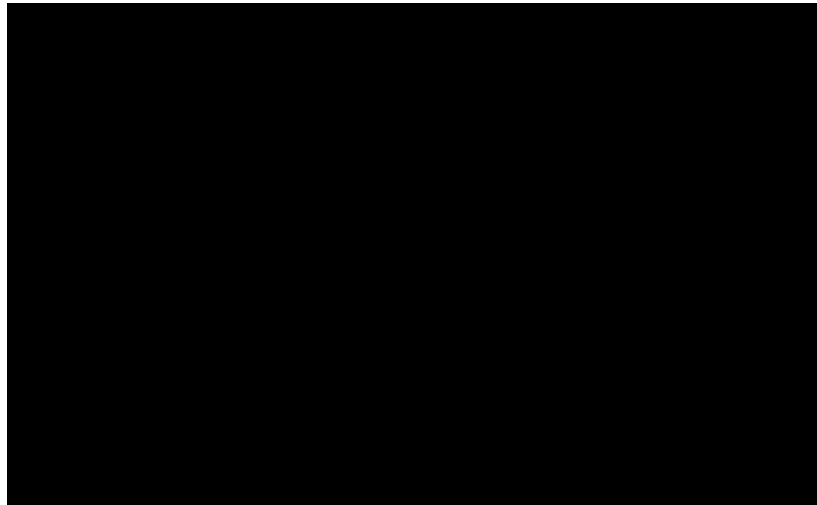
		Contaba con inf de métodos		
		No	Si	Total
Sexo	Hombre	27.8%	72.2%	100.0%
	Mujer	45.3%	54.7%	100.0%
Grupos de edad	20-29	19.0%	81.0%	100.0%
	30-39	46.4%	53.6%	100.0%
	40-49	49.0%	51.0%	100.0%
Derechohabiencia	Ninguna	28.6%	71.4%	100.0%
	IMSS, ISSSTE u otro	26.6%	73.4%	100.0%
	Seguro Popular o Tarjeta de Gratuidad	52.9%	47.1%	100.0%
Total HNV	Ninguno	26.5%	73.5%	100.0%
	1-2	30.5%	69.5%	100.0%
	3 o más	58.8%	41.2%	100.0%
Ultimo grado escolar aprobado	Hasta primaria	47.0%	53.0%	100.0%
	Secundaria	36.1%	63.9%	100.0%
	Más de secundaria	31.9%	68.1%	100.0%

Fuente: Elabotación propia con base en la Encuesta sobre Necesidades de Salud Reproductiva en el D.F., 2007.

7 de cada 10 hombres contaban con información de métodos anticonceptivos contra sólo 5 de cada 10 mujeres. La población más joven es la que más informada se encontraba con más de 4 de cada 5. Respecto a la derechohabiencia, 7 de cada 10 de los que no tienen alguna o los que cuentan con IMSS, ISSSTE u otro estaban informados contra 5 de cada 10 de los que cuentan con Seguro Popular o Tarjeta de Gratuidad. En este último apartado hay que tener cuidado, porque estos dos beneficios sociales son recientes y se les está preguntando acerca de su primera relación sexual. Algo similar ocurre con el número de hijos nacidos vivos. Los que parecen estar más informados son los que todavía no tienen hijos, esta variable está ligada a la edad, es más probable que los que no tienen hijos sean aún jóvenes y como hemos visto son los más jóvenes

los más informados. Finalmente tenemos que los que tienen más de secundaria tienen mayor probabilidad de tener información.

A continuación se muestra la tabla resumen para el segundo modelo: los factores que influyen en tener o no conocimiento previo de métodos anticonceptivos.



De esta forma observamos que la información con la que se contaba al inicio de la vida sexual depende en gran medida del sexo, del grupo de edad al que se pertenezca y de la edad a la primera relación sexual. Las mujeres reciben proporcionalmente menos información que los hombres, los jóvenes de ambos sexos tienen más acceso a esta que los mayores de 30 años y mientras se postergue más la primera relación sexual es más probable que se tenga información – esta última variable puede considerarse circular, ya que se ha mostrado que a más información hay una postergación de la edad a la primera relación sexual, de la edad a la unión y una reducción de embarazos adolescentes. De estos resultados podemos inferir que si bien no conocemos la fuente ni confiabilidad de la información declarada como previa, se necesita que las políticas y programas de salud, así como la promoción del ejercicio responsable de la sexualidad sea más extenso, que no se reduzca a las campañas escolares de sexualidad, porque de esta forma se deja fuera al sector que ya no estudia o que no lo hizo –que como se vio a lo largo de este trabajo representan a 9 de cada 10 personas de estrato bajo- que se busque mejorar la educación sexual desde el hogar –esto tomando en cuenta características culturales, geográficas, etc- para reducir prejuicios y tabúes alrededor de la sexualidad sobre todo femenina. En México se alienta a los hombres a que ejerzan su sexualidad desde edades tempranas y a las mujeres se

les enseña que su vida sexual empieza con la persona con la que se casan y van a formar una familia (Mateos Cándano, 1968; Quilodrán, 1989).

Finalmente para el caso de uso actual de anticonceptivos, resultaron no significativas 5 variables de las 13 propuestas. Se pensó inicialmente que el factor de escolaridad afectaría significativamente la actitud hacia el control voluntario de la fecundidad, sin embargo, otro hallazgo importante es que en la población de estrato bajo y muy bajo del Distrito Federal, el nivel de escolaridad no impacta en el uso actual de métodos anticonceptivos. Si bien estos hallazgos van en sentido contrario a numerosos estudios (Welti, 1989; CONAPO, 2000, 2006; Mendoza *et al.*, 2000, Szazs, 2001etc.) donde se hace referencia a que hay una relación positiva entre nivel de escolaridad y uso de métodos anticonceptivos, específicamente que a mayor escolaridad mayor proporción de la población que usan métodos anticonceptivos, cabe señalar que este trabajo está circunscrito a la población marginada, en la que se concentra la baja escolaridad, por lo que su efecto no es estrictamente comparable con estudios que consideren al total de la población. Habiendo controlado el nivel socioeconómico, podríamos pensar que en los estudios a nivel global, el nivel de escolaridad esté actuando como un proxy del socioeconómico y la ausencia de efectos estadísticamente significativos nos llevaría a la necesidad de revisar y fortalecer los contenidos de educación sexual en los distintos niveles escolares.

Otra variable que no resultó ser estadísticamente significativa es el número total de hijos sobrevivientes, esperábamos que a mayor número de hijos hubiera mayor uso actual de anticonceptivos, por lo que se incorporó para controlar el hecho de que se pudieran haber satisfecho las aspiraciones reproductivas, lo cual explicaría el control de la fecundidad.

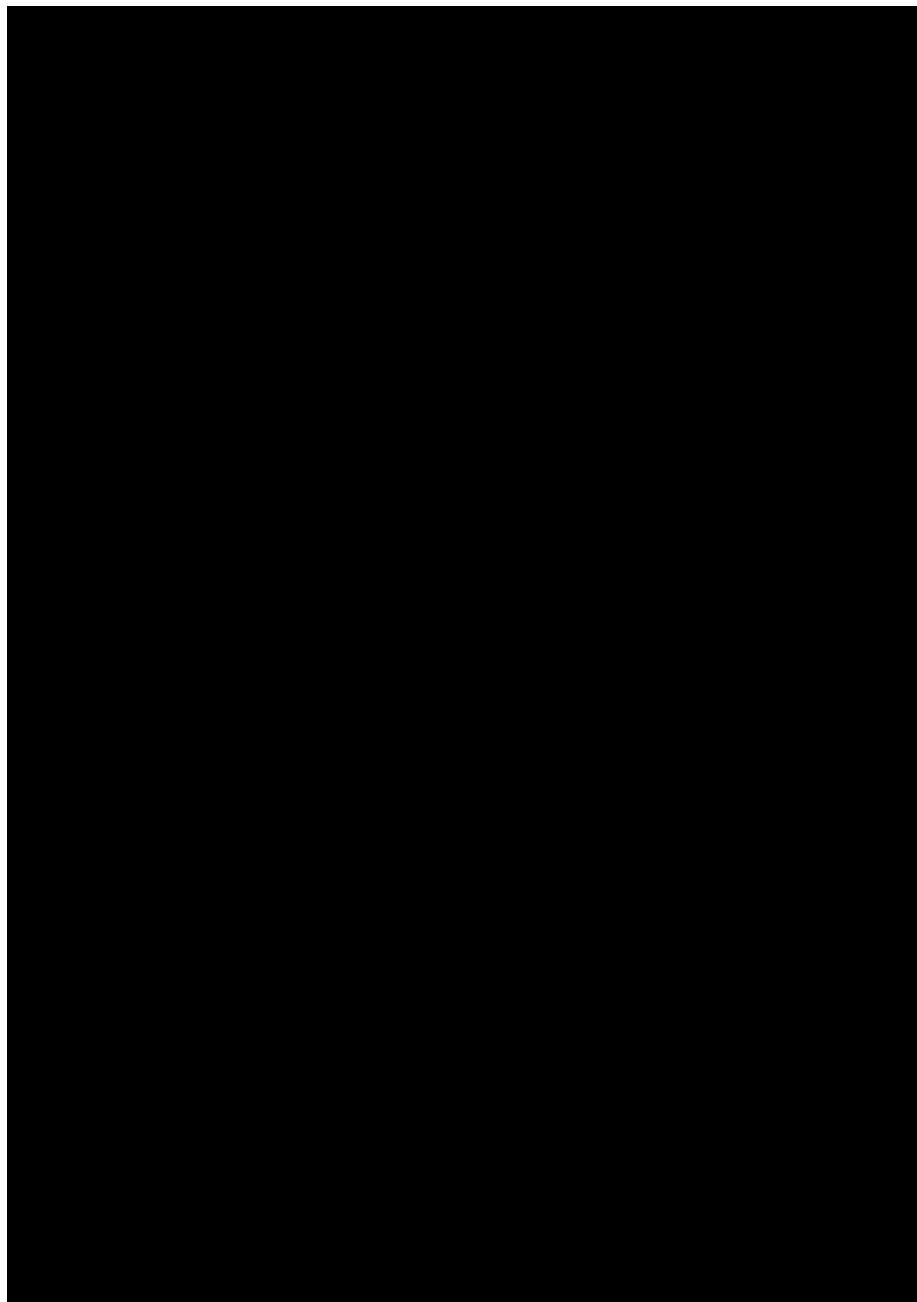
La variable primera pareja sexual no es significativa, es decir, con quien se inicia la vida sexual no influye en la decisión de usar o no métodos anticonceptivos. No podemos usar esta variable como un acercamiento a la historia sexual ni al conservadurismo de la población.

Si bien las infecciones de transmisión sexual siempre han estado presentes, su prevalencia es mayor en las últimas décadas. Por esta razón se esperaba que el conocimiento de éstas afectara de forma positiva el uso actual de métodos anticonceptivos. Más del 97%, para ambos sexos,

declara haber oído acerca de las ITS. Pero puede ser que vaya más allá: con esta pregunta no se está profundizando en el tema de las ITS, no conocemos hasta donde llega el conocimiento de esta población acerca de las infecciones de transmisión sexual, es decir, si saben las consecuencias de padecerlas, los síntomas o si se les diagnostica cómo se puede resolver.

Dentro de las variables que resultaron significativas tenemos el grupo de edad. Considerando el resto de factores, mientras más jóvenes, la población usa más anticonceptivos. Los jóvenes actualmente tienen mejor información que los mayores. Las campañas actualmente están enfocadas a este primer grupo de edad, y éstas abarcan no sólo la prevención de embarazos no deseados sino la prevención de ITS.

Como se esperaba, los unidos son los que usan más anticonceptivos con relación a los solteros y los alguna vez unidos. Puede ser que este resultado tenga que ver con el carácter esporádico de los encuentros sexuales de los no unidos, ya que se está controlando la paridad y el deseo de más hijos. Esto va ligado fuertemente con la planificación familiar, más allá de la anticoncepción, ya que una vez que se alcanza el tamaño de familia ideal se tiende a utilizar métodos anticonceptivos.



La actividad económica que se está realizando actualmente es factor sólo para los hombres de estrato bajo y muy bajo del Distrito Federal. Aquí resalta el hecho de que las mujeres no se ven afectadas por la participación en la actividad económica, ya que según se ha analizado en trabajos previos es un factor que condiciona diversos aspectos de la salud reproductiva (Mendoza, 2000).

Otra variable explicativa que no resultó significativa para ningún sexo –pero sí para el total de la población- es la derechohabiencia, esto habla de que el Estado está cumpliendo con su papel de proveedor de métodos anticonceptivos, pues el acceso no estaría mediado por la pertenencia a un sistema de seguridad social. Sin embargo, lo que encontramos es que tener Seguro Popular o Tarjeta de Gratuidad reduce la probabilidad de usar anticonceptivos a casi la mitad. En este sentido, resultaría mejor no contar con ningún tipo de derechohabiencia y procurarse los métodos en cualquier lugar. Esto sería una gran llamada de atención para los administradores y evaluadores de estos dos programas para incluir la anticoncepción como uno de los parámetros principales de su operación

El deseo de más hijos afecta sólo a la población masculina marginada del D.F. Los hombres que desean más hijos usan 60% menos anticonceptivos contra aquellos que no quieren más hijos.

La actividad económica sólo presenta diferencias significativas para la categoría residual en el caso de los varones, es decir, no se tienen problemas de acceso entre las personas que cuentan con trabajo remunerado y los que se dedican al hogar. Esto nos hablaría de una ausencia de barreras de horario y accesibilidad para las personas con un horario fijo de trabajo. Por su parte, la edad a la primera relación sexual es sólo significativa para la población total.

Igual que la variable anterior, el número de parejas sexuales presenta relación positiva con el uso actual. Quienes presentan más de dos parejas sexuales en los últimos cinco años, usan actualmente más anticonceptivos que quienes tienen menos parejas sexuales. Esto puede ser debido a que los segundos tengan parejas “estables” que impliquen un grado mayor de confianza. La población total y los hombres del sector marginado de esta entidad que utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, tienen probabilidades más altas de uso actual. Esto puede ser porque los hombres usan mayormente el condón que es mucho más fácil de conseguir que otro tipo de anticonceptivos que puedan requerir receta médica.

Como se ha visto a lo largo del presente trabajo, el uso de métodos anticonceptivos en el estrato bajo y muy bajo del Distrito Federal–en la primera relación sexual y en el uso actual- muestra un diferencial por sexo. Su uso en las mujeres depende de menos variables que en el de los

hombres. Asimismo el grupo de edad es claro factor diferencial. Los jóvenes usan más los anticonceptivos que las poblaciones mayores, precisamente este grupo es el que cuenta con mayor información, no sólo el otorgado en la educación formal sino porque son la población objetivo de las campañas públicas de salud reproductiva.

La información de salud reproductiva es una herramienta que ayuda a prevenir embarazos adolescentes, ITS y a postergar el inicio de la vida sexual y las uniones. Pero como se ha mostrado aquí, ésta no llega a toda la población de manera equitativa. Es por esto que se deben replantear las políticas y campañas de salud para que logren llegar a sectores que actualmente son excluidos. Hacen falta protocolos de trabajo y diseños de investigación sensibles a las desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Además de un análisis detallado de la información brindada a la población, sus fuentes y calidad puede facilitar el diseño, operación y evaluación de programas especializados encaminados a mejorar la salud reproductiva de esta población.



## ANEXO 1

+ Crear los gpos de edad

```
RECODE
  H03
  (20 thru 29=1) (30 thru 39=2) (40 thru 49=3) INTO gpos_edad .
VARIABLE LABELS gpos_edad 'Grupos de edad'.
EXECUTE .
```

+ Recodificar escolaridad

```
RECODE
  H121
  (1=5) (2=1) (3=2) (10=4) (11=3) (12=4) (4 thru 9=3) (ELSE=5)
  INTO niv_escol .
VARIABLE LABELS niv_escol 'Nivel de escolaridad agrupado'.
EXECUTE .
```

+ Creación de la variable derechohabiencia

```
COMPUTE derech = 0 .
EXECUTE .
IF (q9011 = 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
IF (q9012= 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
IF (q9013= 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
IF (q9014= 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
IF (q9015= 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
IF (q9016= 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
IF (q9017= 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
IF (q9018= 1) derech = derech + 1 .
EXECUTE .
```

```
COMPUTE derech2= 1 .
EXECUTE .
```

```
IF (H091 = 7 OR H092 = 7 OR H093 = 7) derech2 = 0 .  
EXECUTE .
```

```
COMPUTE derech0= 0 .  
EXECUTE .  
IF (q9011 = 1 OR q9012 = 1 OR q9013 = 1 OR q9014 = 1 OR q9015 = 1 OR q9018 = 1 )  
derech0 = 1 .  
EXECUTE .  
IF (q9016 = 1 OR q9017 = 1 ) derech0 = 2 .  
EXECUTE .  
VARIABLE LABELS derech0 "Derechohabiencia".  
VALUE LABELS derech0  
0 "Ninguna"  
1 "IMSS, ISSSTE u otro"  
2 "Seguro Popular o Tarjeta de Gratuidad".
```

+ Creación de la variable condición de actividad actual

```
COMPUTE Cond_activ= 0.  
EXECUTE .  
IF (H13 = 5 ) Cond_activ= 1.  
EXECUTE .  
IF (H15 = 1 ) Cond_activ= 2.  
EXECUTE .  
IF (H15 = 5 ) Cond_activ= 3.  
EXECUTE .  
VARIABLE LABELS Cond_activ "Condición de actividad".  
Value labels Cond_activ  
0 "Obrero/Empleado"  
1 "Quehaceres del hogar"  
2 "Trabajador por su cuenta"  
3 Otro".
```

+ Creación de la variable deseo de algún o más hijos

```
compute deseo_hijos=0.  
execute.  
if (q125=1 or q126=1) deseo_hijos= deseo_hijos + 1.  
EXECUTE.  
VARIABLE LABELS deseo_hijos "Desea tener algún/más hijo(s)".
```

## ANEXO 2

**\*\*última RS\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
  /METHOD = BSTEP(LR)
H04
gpos_edad
escol
edo_marital
deseo_hijos
q112d
Cond_activ
derech
q123
q201a
q501
q233a
q206a
/CONTRAST (h04)=Indicator(1)
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (escol)=Indicator(1)
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CONTRAST (derech)=Indicator(1)
/CONTRAST (Cond_activ)=Indicator(1)
/CONTRAST (q201a)=Indicator(1)
/CONTRAST (q112d)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*ultima RS sin var NO significativas\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
  /METHOD = BSTEP(LR)
gpos_edad
edo_marital
deseo_hijos
Cond_activ
derech
q123
q233a
q206a
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
```

```
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CONTRAST (derech)=Indicator(1)
/CONTRAST (Cond_activ)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*última RS SIN SEXO\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
/METHOD = BSTEP(LR)
gpos_edad
escol
edo_marital
deseo_hijos
q112d
Cond_activ
derech
q123
q201a
q501
q233a
q206a
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (escol)=Indicator(1)
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CONTRAST (derech)=Indicator(1)
/CONTRAST (Cond_activ)=Indicator(1)
/CONTRAST (q201a)=Indicator(1)
/CONTRAST (q112d)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*última RS SIN SEXO sin q123, q201a ni q501\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
/METHOD = BSTEP(LR)
gpos_edad
escol
edo_marital
deseo_hijos
q112d
Cond_activ
derech
q233a
q206a
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (escol)=Indicator(1)
```

```
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CONTRAST (derech)=Indicator(1)
/CONTRAST (Cond_activ)=Indicator(1)
/CONTRAST (q112d)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*Ultima RS HOMBRES\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
/METHOD = BSTEP(LR)
gpos_edad
edo_marital
deseo_hijos
Cond_activ
q206a
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CONTRAST (Cond_activ)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*MUJERES ultima RS\*\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
/METHOD = BSTEP(LR)
gpos_edad
edo_marital
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*\*MUJERES\*\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
/METHOD = BSTEP(LR)
gpos_edad
edo_marital
q112d
Cond_activ
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CONTRAST (q112d)=Indicator(1)
/CONTRAST (Cond_activ)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*última RS MUJERES\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q301a
/METHOD = BSTEP(LR)
gpos_edad
edo_marital
q112d
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (edo_marital)=Indicator(1)
/CONTRAST (q112d)=Indicator
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*1a RS\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q206a
/METHOD = BSTEP(LR) gpos_edad q123 q202a
q201a
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (q201a)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*1a RS POR SEXO\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q206a
/METHOD = BSTEP(LR) gpos_edad q123 q202a
q201a
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (q201a)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*MUJERES SIN edad 1a rs+\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q206a
/METHOD = BSTEP(LR) gpos_edad q202a
q201a
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (q201a)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

**\*\*contaba con inf como Y\*\***

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q202a
/METHOD = BSTEP(LR) gpos_edad q123 H04
q201a
```

```
/CONTRAST (h04)=Indicator(1)
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CONTRAST (q201a)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q202a
/METHOD = BSTEP(LR) gpos_edad q123 H04
/CONTRAST (h04)=Indicator(1)
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES q202a
/METHOD = BSTEP(LR) gpos_edad q123
/CONTRAST (gpos_edad)=Indicator(1)
/CRITERIA = PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5) .
```

## ANEXO 3

Coeficientes de correlación de Pearson para las variables explicativas utilizadas en el modelo de regresión logística binaria I (Uso de métodos anticonceptivos en la 1ª relación sexual)

**Correlations**

		Sexo	Grupos de edad	Edad a la primera relación sexual	Con quién tuvo la 1a relación sexual	Contaba con inf de métodos
Sexo	Pearson Correlation	1	.074	.171	-.331	-.181
	Sig. (2-tailed)		.012	.000	.000	.000
	N	1138	1134	1124	1131	1133
Grupos de edad	Pearson Correlation	.074	1	.068	-.102	-.260
	Sig. (2-tailed)	.012		.023	.001	.000
	N	1134	1134	1122	1129	1129
Edad a la primera relación sexual	Pearson Correlation	.171	.068	1	-.143	.193
	Sig. (2-tailed)	.000	.023		.000	.000
	N	1124	1122	1124	1120	1119
Con quién tuvo la 1a relación sexual	Pearson Correlation	-.331	-.102	-.143	1	.083
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000		.005
	N	1131	1129	1120	1131	1130
Contaba con inf de métodos	Pearson Correlation	-.181	-.260	.193	.083	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.005	
	N	1133	1129	1119	1130	1133

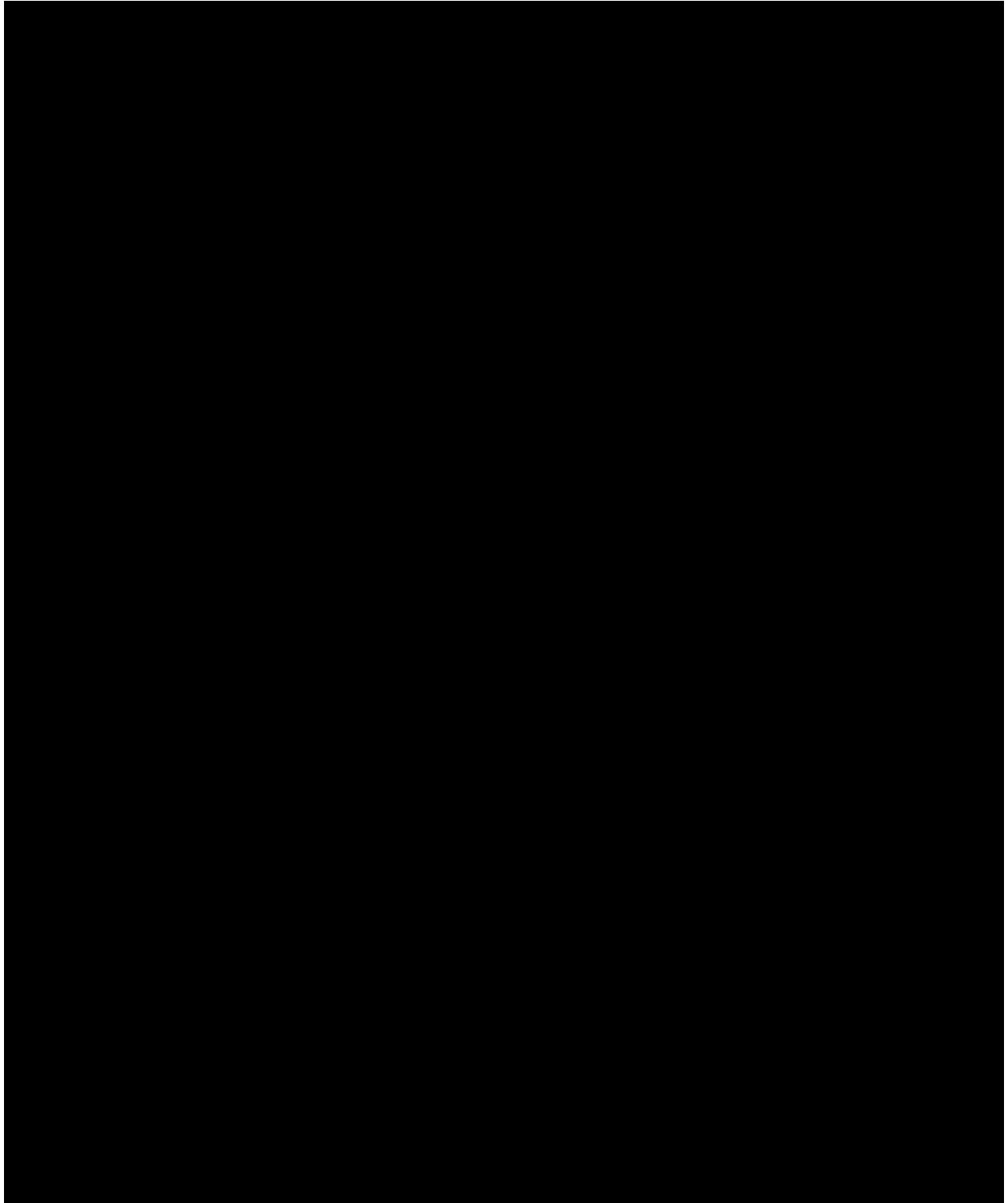
Coeficientes de correlación de Pearson para las variables explicativas utilizadas en el modelo de regresión logística binaria II (Contaba con información de métodos anticonceptivos)



**Correlations**

		Sexo	Grupos de edad	Edad a la primera relación sexual	Con quién tuvo la 1a relación sexual
Sexo	Pearson Correlation	1	.074	.171	-.331
	Sig. (2-tailed)		.012	.000	.000
	N	1138	1134	1124	1131
Grupos de edad	Pearson Correlation	.074	1	.068	-.102
	Sig. (2-tailed)	.012		.023	.001
	N	1134	1134	1122	1129
Edad a la primera relación sexual	Pearson Correlation	.171	.068	1	-.143
	Sig. (2-tailed)	.000	.023		.000
	N	1124	1122	1124	1120
Con quién tuvo la 1a relación sexual	Pearson Correlation	-.331	-.102	-.143	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	
	N	1131	1129	1120	1131

Coefficientes de correlación de Pearson para las variables explicativas utilizadas en el modelo de regresión logística binaria III (Uso actual de métodos anticonceptivos)



## BIBLIOGRAFÍA

- Alva, Bessna y Rojas, Olga *Barreras sociales e institucionales para atender las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes de contextos marginales de las Ciudad de México*. El Colegio de México.
- Ambrosio González, María Luisa (1994) *El modelo logit, un modelo lineal generalizado*. Tesis de Licenciatura en Actuaría. Instituto Tecnológico Autónomo de México.
- Aparicio, Ricardo (2005). *Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿Una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?*. Documento inédito.
- Benno de Keijzer (2003) *El género y el proceso salud-enfermedad-atención*. Género y Salud en cifras. Vol. 1, no. 3. Septiembre-Diciembre
- Camarena, Rosa María y Lerner, Susana (2005). *Rethinking the meaning and scope of women's 'unmet needs': theoretical and methodological considerations and uncertainties on empirical evidence in rural Mexico*, en S. Lerner S. y E. Vilquin. (eds.) *Reproductive Health, Unmet Needs and Poverty: Issues of Access and Quality of Services*, Paris, CICRED.
- Colectiva Mujer y Salud (2004) *Consulta sobre calidad de servicios de salud y violencia. Testimonios de mujeres*. Santo Domingo, República Dominicana.
- CONAPO (1994) *Situación de la planificación familiar en México. Indicadores de Anticoncepción*.
- CONAPO (1999) *Situación demográfica de México. Veinticinco años de Planificación Familiar en México*. <http://www.CONAPO.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99014.pdf>
- CONAPO (2006). *Oportunidades y retos de la política nacional de población en el siglo XXI*. Temas de Población
- CONAPO (2006) *La situación demográfica de México*.
- Echarri Cánovas, Carlos Javier (2008) “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, en Susana Lerner Sigal e Ivonne Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, D. F. El Colegio de México, 2008. pp. 59-113.
- Echarri, Carlos y Reartes, Diana (2006) *Identificación de barreras para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud. El punto de vista de los prestadores de servicios*, ponencia presentada en el I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA, Ciudad de México.
- Figueroa-Perea, Juan Guillermo (2007) *Avances y retos en la incorporación del enfoque de género en políticas de salud reproductiva*. Salud Pública de México. Vol. 49. Edición especial XII Congreso de investigación en salud pública.
- Gerstein Alvarez, Irving (2006) *Propuesta de un modelo de regresión logística para el análisis de imagen de marcas*. Tesis de Licenciatura en Actuaría. Instituto Tecnológico Autónomo de México.
- Hosmer, David W. y Lemeshow, Stanley (1989) *Applied Logistic Regression*. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. John Wiley & Sons Inc.
- Juárez, Fatima y Castro Martín, Teresa (2006) *Partnership dynamics and sexual health risks among male adolescents in the favelas of Recife, Brazil*. International Family Planning Perspectives 32(2).
- Langer, Ana y Nigenda, Gustavo (2000). *Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades*. Population Council. Instituto Nacional de Salud Pública, Banco Interamericano de Desarrollo
- Lerner, Susana y Szasz, Ivonne (2001). *La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias*. El Cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual. Año 17, Mayo-Junio, 2001

- Mateos Cándano, Manuel et al. (1968). *Actitud y Anticoncepción*. Estudio de la actitud de 500 mujeres de un área urbana de la Ciudad de México. Departamento de Investigación Médica y Labor Asistencial Hospital ABC (DIM).
- Mendoza Victorino, Doroteo et al. (2000). *Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente. Síntesis Ejecutiva*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Serie Investigación y Evaluación. 1ª Edición.
- Movimiento Manuela Ramos (2003) *Abriendo nuestros ojos. Una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva*. Lima, Perú
- Naciones Unidas.(1995) *Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Resumen del programa de acción*. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>
- OMS (2007) *Aceleración del avance hacia los objetivos internacionales en salud reproductiva. Marco de aplicación de la Estrategia Mundial OMS de Salud Reproductiva*.
- \_\_\_\_\_ (2001) *Manual de Capacitación para administradores y responsables de programa de salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*.
- Ospina, Angélica (2006). *Juventud mexicana: de la restricción sexual a la insatisfacción de necesidades en SR*. Ponencia presentada en la VII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. SOMEDE, Guadalajara.
- Quilodrán, Julieta (1989) *México: Diferencias de nupcialidad por regiones y tamaños de localidad*. Estudios demográficos y Urbanos. Vol. 4, No. 3, sept-dic
- Rohlf et al (2000) *Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos*. Gac Sanit 2000. 14 (Supl. 3)
- Rojas, Olga y Lerner, Susana (2001) *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*. El Colegio de México Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- Rosés Periago, Mirta (2004) *Conferencia inaugural: La población y sus necesidades de salud: identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, marzo, año/vol. 22, número 099. Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia.
- Szasz, Ivonne (2001). *Significados de la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción*. Documentos de Trabajo. No. 3, Sexualidad, Salud y Reproducción. El Colegio de México.
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal (2002), *Universo de Salud*. Volumen 2, año 2, número 14
- The Alan Guttmacher Institute (2003) *In their own right. Addressing the sexual and reproductive health needs of men worldwide*.
- UNFPA: a <http://www.unfpa.org/rights/rights.htm>  
b <http://www.unfpa.org/rights/gender.htm>  
c <http://www.unfpa.org/rights/rh.htm>
- Udry, JR (1994) *Ten nature of gender*. Demography
- Welti, Carlos (1989) *La investigación del efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad*. En: Figueroa Campos Beatriz (comp.), *La fecundidad en México: cambios y perspectivas*. El Colegio de México. Pp. 317-346.

