



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

**COMPORTAMIENTO SECULAR DE LA FECUNDIDAD Y LA
APERTURA HACIA EL DERECHO AL ABORTO. EL CASO DE
MÉXICO**

Tesis presentada por

RAÚL ROMO VIRAMONTES

Para optar por el grado de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

Director de tesis

DRA. FÁTIMA JUÁREZ CARCAÑO

MÉXICO, D.F.

AGOSTO DE 2008

AGRADECIMIENTOS

Primeramente tengo que dar mis enormes agradecimientos a la Profesora Fátima Juárez, quien a pesar de tener siempre su agenda apretada, trató de encontrar un tiempo para aconsejarme sobre la difícil tarea de la investigación; su enorme experiencia como demógrafa me hizo las cosas más fáciles.

Los consejos metodológicos de Olga Rojas, Edith Pacheco y Juan Guillermo Figueroa; los consejos técnicos de Jorge Valencia y los consejos generales de María Cristina Díaz me sirvieron para encauzar de mejor manera la investigación.

A mis compañeros de generación, que aunque algunos fueron más cercanos que otros, congenié con todos; deseo que su futuro después de esta tesis y de esta maestría sea más claro y satisfactorio.

Asimismo agradezco a quienes depositaron su confianza en mí; espero haber sabido responder a las exigencias de la maestría en demografía y de El Colegio de México; a mi madre por su apoyo moral, que siempre tuvo palabras de aliento; a mis amigos de Guadalajara.

También deseo agradecer las palabras de apoyo de parte de algunos profesores de la Universidad de Guadalajara: Pedro Méndez, Katia Lozano, Jorge Durand, Patricia Arias y Evangelina Salinas.

De igual manera un enorme agradecimiento al *Population Council* y a Sandy García por permitirme usar su base de datos, así como al CONACYT que sin su beca la situación económica hubiera sido difícil.

Y por supuesto agradecer a todos los profesores del CEDUA, por todo el conocimiento que me brindaron; a Esther Correa por facilitarnos los distintos trámites que se realizaron.

Finalmente a El Colegio de México, la oportunidad de haber formado parte de sus alumnos y ahora de sus egresados.

Resumen

El conocimiento sobre el aborto en nuestro país es amplio y abordado desde distintas disciplinas. Sin embargo, es desde la perspectiva cualitativa, debido a que la disponibilidad de datos cuantitativos no es abundante, que este fenómeno presenta un mayor desarrollo; seguramente con la despenalización del aborto en el Distrito Federal se contará con valiosa información.

En esta investigación utilizamos dos fuentes de información que nos proporcionaron los datos cuantitativos necesarios para su desarrollo. Una de ellas muestra información sobre la salud reproductiva y otra sobre las percepciones de los individuos respecto al aborto.

El objetivo de esta investigación es examinar si un comportamiento y actitud secular respecto a la reproducción (uso de anticonceptivos modernos, un número menor de hijos, una relación más igualitaria) está asociada a un comportamiento de mayor apertura hacia el aborto, en particular al derecho a decidir de la mujer sobre un embarazo no planeado.

Los índices elaborados a partir de estas dos encuestas dieron los siguientes resultados. Fueron las mujeres de 15 a 24 años, residentes en localidades urbanas y con estudios de preparatoria las que mostraron un comportamiento de mayor empoderamiento, perfil obtenido a través de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Asimismo fueron las mujeres con estas características las que expresaron una opinión de mayor apertura al aborto, perfil obtenido de la Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006. Fueron las mujeres de 35 años y más, residentes en localidades rurales y con estudios de primaria las que mostraron un comportamiento de menor empoderamiento; y en término medio quedaron las mujeres de 15 a 24 años y las que contaron con estudios de secundaria. Estos hallazgos confirman la hipótesis propuesta en esta tesis para el caso de México.

ÍNDICE

Introducción	6
1. La importancia del derecho al aborto en una sociedad con una transición de fecundidad avanzada	8
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Justificación	13
1.3 Antecedentes del tema de investigación	14
2. Objetivos e hipótesis del estudio sobre la apertura hacia el derecho al aborto y su relación con cambios de fecundidad y comportamientos seculares	19
2.1 Objetivos	20
2.2 Preguntas de investigación	20
2.3 Hipótesis	21
2.4 Delimitación geográfica y temporal	21
2.5 Población en estudio	21
3. Marco conceptual	22
3.1 Marco conceptual	22
4. Datos y metodología	31
4.1 Datos	31
4.1.1 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003	32
4.1.2 Encuesta Nacional sobre Aborto y temas afines 2006	33
4.2 Metodología	33
4.2.1 Variables de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003	34
4.2.1.1 Construcción del Índice de Empoderamiento	40
4.2.2 Variables de la Encuesta Nacional sobre Aborto y temas afines 2006	40
4.2.2.1 Construcción del Índice de apertura al aborto	46
4.2.2.2 Regresión logística	46
5. El comportamiento secular de la fecundidad en México	50
5.1 Cambios relativos al proceso de secularización por grupo de edad y tipo de localidad de residencia	52
5.2 Índice de Empoderamiento de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003	61
5.3 Conclusiones	66

6. La opinión de apertura al aborto	69
6.1 Índice de apertura al aborto de la Encuesta Nacional sobre Aborto y temas afines 2006	75
6.2 Resultados de Regresión logística	83
6.3 Conclusiones	84
7. Conclusiones generales	84
Anexo	88
Índice de mapas y gráficas	93
Índice de cuadros	94
Bibliografía	95

Introducción

En estos momentos, México se encuentra en una etapa crucial en la defensa de los derechos reproductivos. Tras un esfuerzo enorme se logró despenalizar el aborto en el Distrito Federal en abril del 2007 lo que sentó precedentes en el difícil tema de la lucha por el reconocimiento de los derechos reproductivos, que como el aborto, constituyen aspectos que deben dejar de ser marginados de la agenda política.

El aborto ha venido a permear en los últimos años, a la polarizada y muchas veces volátil, sociedad mexicana. Se ha despertado el interés por sus causas y consecuencias, enfrentando principalmente a la posición conservadora, básicamente la Iglesia Católica y grupos que tienen que ver con ella, y a la posición liberal, generalmente grupos feministas. Ambos bandos dan argumentos para defender su postura. Fue en el marco del Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) que se informó que hasta ese momento cerca de seis mil mujeres habrían interrumpido sus embarazos y sólo se había presentado un fallecimiento (Letra S, 2008).

El aborto atrae cada vez más la atención de la investigación y hay confianza de que será cada vez más la información disponible. Se trabajaron dos bases de datos que permitieron conocer el comportamiento que facilita el ejercicio de los derechos reproductivos y ahondar en la opinión que las mujeres tienen sobre el aborto.

La Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines proveyó la información sobre la opinión en relación al aborto y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva proporcionó información sobre el comportamiento reproductivo, así como sobre las actitudes de las mujeres que facilitan o no, el ejercicio de los derechos reproductivos.

La hipótesis central de este estudio es investigar si las mujeres que manifiestan un comportamiento moderno o de mayor empoderamiento, también tienen una opinión de mayor apertura al aborto. Asimismo el grupo de edad, el tipo de localidad de residencia y la escolaridad permitirán un acercamiento a los diferenciales sobre comportamiento y opinión de las mujeres respecto al aborto.

Basados en los objetivos e hipótesis de trabajo, el documento está organizado en siete capítulos. En el primero se expone, como su nombre lo indica, la importancia que el derecho al aborto tiene en una sociedad con una transición de la fecundidad avanzada,

argumentando el planteamiento del problema, la justificación del estudio y los antecedentes del tema de investigación.

En el segundo capítulo se plantea los objetivos, las preguntas de investigación, las hipótesis, la delimitación geográfica y temporal y la población en estudio. En el tercer capítulo, se trata el marco conceptual que es donde se encuadra teóricamente la investigación. En el cuarto se presentan los datos y la metodología a utilizar, así como las variables empleadas en la construcción de los dos índices, uno para cada encuesta; estos datos permitirán probar la hipótesis central de esta investigación.

En el quinto se analizan los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y del índice generado a partir de ella, temática relativa al comportamiento de mayor o menor empoderamiento de las mujeres. En el sexto capítulo se trabaja con la Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006, y se examina con detalle el índice construido con sus datos, relativo a la opinión de apertura al aborto.

Finalmente, en el último capítulo se presentan las conclusiones generales de esta investigación. Se agrega, asimismo, un anexo en el que se muestran algunos datos que no fue posible incluir en el texto de los capítulos por cuestiones de espacio. En la bibliografía se enlistan todas las obras consultadas, y los índices de mapas, gráficas y cuadros enumeran este material ubicándolo en el paginado del documento.

1. La importancia del derecho al aborto¹ en una sociedad con una transición de fecundidad avanzada

La población mexicana atraviesa en la actualidad por una fase avanzada en su transición demográfica² (CONAPO, 2001). Esto equivale a que uno de los componentes de esa transición, la fecundidad, también se encuentra en una etapa relativamente avanzada, perceptible por la tasa global de fecundidad que alcanzó los 2.22 hijos por mujer en 2006 (Partida, 2006), lo que quiere decir que está muy cerca del nivel de reemplazo ubicado en 2.1 hijos por mujer.

Sin embargo, las transiciones son distintas según entidad federativa de acuerdo a la influencia de múltiples factores. CONAPO (2001) dividió al país en tres grupos como se muestra a continuación:

Transición moderada (7 entidades): Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Michoacán, Puebla y San Luis Potosí.

Transición avanzada (15 entidades): Durango, Hidalgo, Querétaro, Tabasco, Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Campeche, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

Transición muy avanzada (10 entidades): Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, México, Morelos, Nuevo León y Sonora.

El panorama geográfico de las transiciones demográficas a nivel de entidad federativa propuesto por CONAPO (2001) se puede ver en el Mapa 1.1. Geográficamente se pueden identificar a tres “Méxicos” en franjas más o menos paralelas: la franja norte con una transición demográfica muy avanzada, la franja media con una transición avanzada y la franja sur con transición moderada; en esta generalización solo hay dos excepciones, la de tres entidades que se encuentran en la franja media y que su comportamiento es más

¹ Se considera al aborto como la expulsión o extracción del útero de un producto de concepción presuntamente no viable. La presunción de no viabilidad descansa en el hecho de que el feto no ha alcanzado una cierta duración de gestación o un cierto peso, incluso un cierto tamaño, siendo considerados estos criterios aisladamente o en asociación. Estos criterios son utilizados para la definición del aborto espontáneo y del aborto provocado (Fuente: Instituto Cubano del Libro, 1977; Macció, 1985; Pressat, 1987).

² Se entiende como las generalidades concernientes a las variaciones de la fecundidad y la mortalidad que se producen cuando una sociedad tradicional se transforma en industrializada (Fuente: Coale, 1977).

los eventos históricos más notables en torno a esto, relacionado con una menor vinculación, es la promulgación de la Constitución de 1857 y de las Leyes de Reforma en 1867 durante el gobierno de Benito Juárez, ambos ordenamientos delimitaron la influencia social y el poder económico de la Iglesia, en tanto otro suceso histórico se relacionó con una mayor vinculación, pues durante el tiempo que gobernó Porfirio Díaz, éste cultivó una relación de apoyo mutuo con el Vaticano (Ortiz – Ortega, 2001). “El debate se ha intensificado en las últimas dos décadas en algunos países, sobre todo en aquellos donde las legislaciones son más restrictivas” (Guillaume y Lerner, 2006, capítulo 2).

No menos importantes para el abordaje de la sexualidad y el aborto fueron la Revolución Mexicana, la Cristiada y la consolidación del nacionalismo con Lázaro Cárdenas (Ortiz Ortega, 2001). Entre 1940 y 1960, la estabilidad social consagra el papel de la maternidad, y la “paternidad responsable” que le siguió fue una declaración contra el aborto (Ortiz – Ortega, 2001). A mediados de los 1970’s cambió la política de población con una nueva orientación antinatalista, en esta década es cuando por primera vez los grupos feministas alzan la voz por el aborto legal (Ortiz Ortega, 2001). Finalmente y a pesar de las confrontaciones entre el Estado y la Iglesia, durante el gobierno de De la Madrid (1982 – 1988), y por primera vez en la historia, 15 estados⁵ hicieron reformas para permitir el aborto por razones eugenésicas y relacionadas a la salud (Ortiz Ortega, 2001). Estas reformas se lograron en parte debido a que no se divulgaron públicamente sus contenidos, con el fin de prevenir que la oposición conservadora pudiera alterar el proceso (Ortiz Ortega, 2001).

A pesar de lo anterior, la lucha de las mujeres por el derecho al aborto ha rendido aún pocos frutos en nuestro país. Lo que sí se ha logrado es darle mayor visibilidad al problema. Entre las pocas ganancias que se han conseguido hasta ahora está la aprobación de la ley que despenalizó⁶ el aborto en el Distrito Federal el 24 de abril de 2007. Sin embargo, fue apenas el primer paso porque existen muchos intereses de por medio,

⁵ En orden cronológico entre 1983 y 1987: Coahuila, Durango, Chiapas, San Luis Potosí, Colima, Estado de México, Zacatecas, Tamaulipas, Sinaloa, Guerrero, Puebla, Nayarit, Chihuahua, Querétaro y Yucatán (Ortiz – Ortega, 2001).

⁶ Es importante aclarar que no es lo mismo despenalizar que legalizar; jurídicamente hablando despenalizar significaría en términos de duración que el aborto se permitirá siempre y cuando el embarazo no rebase las 12 semanas; legalizar es un término más amplio, lo que podría significar que el aborto estaría permitido durante toda la duración del embarazo.

principalmente, el interés eclesiástico por impedir cualquier tipo de reforma que vaya en contra de sus preceptos morales y religiosos.

Las legislaciones estatales en torno al aborto varían, unas son más abiertas que otras. En las 32 entidades federativas del país el aborto es legal por violación, en 30 es legal por causa imprudencial o culposa⁷, en 29 por peligro de muerte, en 13 por malformaciones genéticas o congénitas, en 11 por grave daño a la salud y en 12 por otras causas, siendo solamente la del Distrito Federal la única legislación que lo permite por voluntad de la mujer (GIRE, 2007).

Mapa 1.2 "Legislación sobre aborto a nivel entidad federativa, México 2007"



FUENTE: Elaboración propia con base en GIRE, 2007.

El Mapa 1.2 es un ejercicio de clasificación de la legislación por entidad federativa que sin ser totalmente exhaustivo pretende mostrar el panorama del fenómeno⁸. Sólo siete entidades quedan en el grupo de legislación avanzada, en ellos se permite el aborto por voluntad de la mujer (Distrito Federal), causas económicas (Yucatán) e inseminación artificial no consentida (Baja California Sur, Colima, Hidalgo, Morelos y Veracruz). En el extremo opuesto con legislación conservadora se ubican siete entidades (Aguascalientes, Durango, Guanajuato, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa y Sonora), en ellos sólo se permite

⁷ Cuando ocurre involuntariamente.

⁸ En el anexo se incluye el cuadro de legislación por estado.

el aborto por violación, por peligro de muerte de la mujer y cuando el aborto fue imprudencial o culposo⁹.

A pesar de que el aborto es legal en varias circunstancias en México, es un derecho al que pocas mujeres pueden acceder por la debilidad del Estado para hacer cumplir la ley¹⁰, como pudo verse con el caso de Paulina (GIRE, 2000)¹¹. Como bien sostiene Gúezmes (2006), el problema no son las distintas opiniones, sino que algunos actores pretenden regular las conductas y los proyectos personales al proliferar grupos cada vez más fanáticos, beligerantes y con recursos¹².

Varios fenómenos implicaron cambios de actitud en la mujer. El descenso de la fecundidad¹³ que tomó fuerza en la década de los 1970's, ha estado asociado al desarrollo económico, al proceso de urbanización, a la mayor participación económica de la población femenina y a la conducta racional en relación a la anticoncepción¹⁴; estos fenómenos contribuyeron a que la mujer tuviese preocupaciones distintas a la maternidad (García, 2003; Juárez y Quilodrán, 1990; Morelos, 1971).

Asimismo, el aborto está relacionado con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Se ha cuestionado el discurso de las instituciones de planificación familiar de que es la ignorancia la que lleva a no usar métodos anticonceptivos modernos (Cardich, 1993), ya que por ejemplo en el caso de Argentina a pesar de que prácticamente todas las mujeres tienen conocimiento de métodos modernos que les permitan evitar un embarazo no deseado, aún así no hacen uso de anticonceptivos o lo hacen inadecuadamente (Vázquez *et*

⁹ Dentro de estos siete, Guanajuato y Querétaro son los más conservadores pues sólo lo consideran por violación y cuando el aborto es imprudencial o culposo.

¹⁰ Este no es un caso privativo de México, por ejemplo en Sudáfrica ocurre lo mismo (Swartz, 2002).

¹¹ Sólo para recordar. Paulina era una joven de Baja California de 13 años de edad que sufrió una violación en 1999, quedó embarazada a consecuencia de esta violación; las leyes de Baja California permiten el aborto si el embarazo es producto de una violación; aunque ella y sus padres solicitaron un aborto, éste les fue negado ya que las autoridades del hospital y opositores al aborto los presionaron para que Paulina continuara con su embarazo (*Population Council*, cuestionario de la ENSATA 2006).

¹² Por ejemplo, a las mujeres que quieren abortar y acuden a pedir ayuda a Pro – vida se les proyecta alguna película donde se ve el “crimen” del aborto (entrevista a Jorge Serrano Limón, Ortiz – Ortega, 1995).

¹³ Este ocurrió por el control de la misma. El control de la fecundidad es el comportamiento cuya finalidad consiste en impedir que las relaciones sexuales desemboquen en un nacimiento; se efectúa esencialmente mediante la anticoncepción o el aborto provocado (Fuente: Instituto Cubano del Libro, 1977; Macció, 1985; Pressat, 1987).

¹⁴ Por anticoncepción se entiende la aplicación de métodos destinados a impedir que las relaciones sexuales o el coito produzca la concepción, incluyendo la esterilización (Fuente: Instituto Cubano del Libro, 1977; Macció, 1985; Pressat, 1987).

al., 2006), lo que las expone a una mayor probabilidad de quedar embarazadas¹⁵. Según la literatura, en países en desarrollo rara vez se supera el 80% de usuarias de anticonceptivos (Gutiérrez y Ferrando, 2004; Rábago, 1995; Romero, 1995; Swartz, 2002; Vázquez *et al.*, 2006).

1.2 Justificación

El aborto es de relevancia demográfica porque se relaciona con la fecundidad, con los derechos reproductivos de las mujeres, y con un tema aun más delicado, la mortalidad materna¹⁶. El aborto guarda muchos resquicios debido a la falta de información, lo que lo convierte en un grave riesgo que las mujeres tienen que correr si recurren a uno, sobre todo en países en desarrollo y para mujeres de bajos recursos económicos, pero es un tema tan polémico y a la vez tan urgente de tratar, que es indispensable abordarlo.

Como se ha venido mencionando, uno de los aspectos que hasta el momento no se ha estudiado (en parte por falta de información) es la opinión¹⁷ de la población hacia el aborto. Pero tampoco se ha abordado un aspecto importante como es el impacto o la asociación del control de la fecundidad, el incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo, y los aumentos de la escolaridad y uso de anticoncepción en el comportamiento y opiniones de los individuos respecto a una apertura hacia los derechos reproductivos y hacia el aborto, aspectos de suma actualidad. Asimismo sabemos que existen interrelaciones entre secularización, desarrollo económico y control de la fecundidad (Cárdenas, 2007; Güezmes, 2006; Hervieu – Léger, 1991; Martínez, 2002; Mundigo, 2005; Ramírez, 2005; Staples, 2005), pero no sabemos cómo afectan los comportamientos y las actitudes en los valores de las personas en relación al aborto.

Las estadísticas a nivel mundial son reveladoras. Según el *Guttmacher Institute* (2008), aunque entre 1995 y 2003 el número de abortos en el mundo disminuyó, de 45.6 a 41.6 millones respectivamente, su número sigue siendo importante; pero lo que llama más la atención es que en los países menos desarrollados existe una mayor incidencia que en los

¹⁵ El 99% de los embarazos entre las adolescentes no son deseados en el caso de España (El país, 2007b).

¹⁶ Mortalidad femenina relacionada con el embarazo, el parto y sus secuelas (Fuente: Macció, 1985).

¹⁷ Dictamen o juicio que se forma de algo cuestionable; fama o concepto en que se tiene a alguien o algo (Fuente: Real Academia de la Lengua Española, 2008).

países desarrollados, 35.5 millones en los primeros y 10 millones en los segundos; a pesar de que sólo en África entre 1995 y 2003 aumentaron los abortos, en las demás regiones en desarrollo su número disminuyó menos que en las regiones desarrolladas; en América Latina disminuyeron de 4.2 a 4.1 millones en ese periodo de tiempo.

Lo más grave del aborto es que su práctica está llevando a la muerte a muchas mujeres. El *Guttmacher Institute* (2008) señala que en Latinoamérica mueren 67 mil mujeres al año por causas relacionadas a abortos inseguros, representando el 13% de las muertes maternas¹⁸; además, más de la mitad de los abortos en países en desarrollo son inseguros o ilegales.

1.3 Antecedentes del tema de investigación

En nuestro país se ha estudiado al aborto desde el siglo XIX cuando se trató de legislar, debido a que en ese tiempo la ausencia de anticoncepción elevaba el uso del aborto como método anticonceptivo (Ortiz – Ortega, 2001). Sin embargo a partir de unos años, el tema ha acaparado más la atención de los distintos grupos religiosos, sociales y políticos¹⁹. El aborto ha sido un tema investigado desde distintas disciplinas, interrelacionándolo con múltiples fenómenos sociales, sin embargo, pocas veces se ha estudiado la opinión de la población hacia el derecho al aborto.

Un análisis de diversas investigaciones (Acosta *et al.*, 1976; Laverde, 1989; Cardich, 1993; Amuchástegui *et al.*, 1995; Ortiz – Ortega, 1995; Pauluzzi, 2006; Vázquez *et al.*, 2006) da cuenta de que no existe un perfil universal de la mujer que aborta. La edad, el sector económico, la etnia, la religión, el nivel educativo, el estado civil y la situación de pareja no son determinantes totales (Rábago, 1995), sólo influyen parcialmente. Autores señalan que son falsos los argumentos de que las mujeres que abortan se convierten en usuarias recurrentes, que el aborto es utilizado con mayor frecuencia por mujeres que son “promiscuas” (Rábago, 1995; Acosta *et al.*, 1976), y que no es verdad que sólo las mujeres progresistas y ateas abortan (Cifrián *et al.*, 1986).

¹⁸ En los 19 años que gobernó Ceausescu en Rumania se estima que los abortos inseguros cobraron el 87% de todas las muertes maternas (Marston y Cleland, 2003).

¹⁹ “En 1990, la Iglesia Católica inició la mayor ofensiva contra la despenalización del aborto... la visita papal de julio de 1991 fue interpretada como un acto político más que pastoral...” (Ortiz – Ortega, 2001, p. 193 y p. 197).

Por otro lado, es claro que de no haber existido una desatención al mensaje de la Iglesia Católica no hubiera bajado la fecundidad como lo hizo. En un trabajo en el que Quilodrán y Juárez (2008), entrevistaron a las mujeres pioneras en bajar su fecundidad en México, éstas admiten que la Iglesia dejó cierto grado de libertad a la mujer en relación con la regulación de la fecundidad y sus decisiones respecto al uso de anticonceptivos.

Todas las grandes religiones del mundo se oponen en mayor o menor medida al aborto (Mundigo, 2005). La influencia de las religiones en la aceptación de los derechos reproductivos continúa y el resultado no presagia progreso en esta materia (Mundigo, 2005). La razón de la oposición al concepto de salud reproductiva (en el cual se incluye al aborto) por algunas religiones, es que este concepto implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, y gozar de plena capacidad de reproducirse y de la libertad de decidir si quieren hacerlo, cuándo y cuán a menudo (Mundigo, 2005)²⁰.

Por la posición de la Iglesia Católica que ve al aborto como pecado, las mujeres se enfrentan a la disyuntiva de si deben reclamar ese derecho como practicantes católicas que son. Por lo mismo, las mujeres expresan ambivalencias, contradicciones, tensiones y dilemas, las mujeres ven su propio aborto como una “excepción” (Cardich, 1993); y aunque el alejamiento de los practicantes constituye el signo más discutible de la “crisis religiosa” del mundo moderno, es evidente que esta institución aun posee mucho poder (Hervieu – Léger, 1991). En un estudio realizado a mujeres católicas de Uruguay, Paraguay y Argentina por Mazzoti, Pujol y Terra (citados por Figueroa, 2004) dan cuenta de que a pesar de que las mujeres tienen una experiencia de negaciones, privaciones y prohibiciones, aspiran a algo diferente, aunque sus testimonios están cargados de angustia.

Lo que es notorio es que existen contradicciones entre lo que se declara y lo que se hace. Martínez (2002) encontró en su investigación que en algunos jóvenes se presenta una doble moral, pues sus creencias religiosas no son llevadas a la práctica; de hecho la doctrina social católica ha endurecido sus posiciones tradicionalistas (Mundigo, 2005). Aunque como sostiene Blancarte (2001, p. 854), “Entre más educación y más ingreso, en mayor grado consideran los mexicanos que para ellos la religión no es tan importante”. Asimismo, “estudios muestran la enorme brecha y divergencia entre las normatividades impuestas por

²⁰ “A las mujeres se les valora más y tienen más autonomía en sus decisiones en las Iglesias más dispersas y menos jerarquizadas, donde hasta pueden participar como sacerdotisas” (Muraro, 1989, pp. 89 – 90).

la doctrina católica y la forma de pensar de la mayor parte de las y los fieles” (Guillaume y Lerner, 2006, capítulo 2).

Como bien dice Mundigo (2005), la desatención de parte de la Iglesia Católica de las necesidades reales que surgen en el interior de las familias, explica la poca atención que los católicos dan al mensaje de su iglesia. De hecho se genera un reclamo de los feligreses, como lo hacen mujeres de sectores populares entrevistadas por Laverde (1989) que señalaron que cuando necesitan un apoyo moral y espiritual, no encuentran en la Iglesia apoyo ni comprensión a sus problemas, y en el ambiente de violencia que vivían, el cura sólo se preocupaba de su sexualidad (Laverde, 1989).

En la literatura existen varias investigaciones en las cuales se entrevista a mujeres sobre sexualidad y aborto (Acosta *et al.*, 1976; Laverde, 1989; Cardich, 1993; Amuchástegui *et al.*, 1995; Ortiz – Ortega, 1995; Pauluzzi, 2006; Vázquez *et al.*, 2006). Aunque la investigación cualitativa no es representativa estadísticamente, sí proporciona una información valiosa en relación a lo que les sucede a las mujeres en su entorno.

Debido a que el problema del aborto está directamente relacionado con el embarazo no deseado, el papel de los servicios de planificación familiar es central para la reducción del aborto clandestino. La introducción de la planificación familiar en México en 1973 ayudó a cubrir la demanda de anticoncepción²¹, sin embargo ningún método es totalmente efectivo, como ya se señaló en párrafos precedentes, con el riesgo latente de un embarazo no deseado, y por otro lado a pesar de los esfuerzos los servicios no llegan de igual manera a toda la población, por lo tanto algunos sectores se encuentran con mayores necesidades insatisfechas que otros, por ejemplo la población rural²². De hecho, Quilodrán y Sosa (2004, p. 384) sostienen que “En las grandes concentraciones urbanas se hace un uso más eficiente de los anticonceptivos, lo cual va acorde con los mayores niveles de educación de la mujer y de la mayor calidad de los servicios de planificación familiar”.

Lo que es notable es que a pesar de los 30 años que separan a la investigación más antigua de la más reciente, en todas las mujeres se puede constatar, que a pesar de que

²¹ La nueva ley de población fue promulgada por el gobierno de Luis Echeverría, cambiando su política de natalista a antinatalista, fue aprobada en 1973 y puesta en marcha en 1974; asimismo creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

²² Según cálculos de Hernández (2001a) y de Zavala de Cosío (2001) en 1995 el porcentaje de usuarias de anticonceptivos en el ámbito urbano fue de 71% y en el ámbito rural fue de 53%.

muchas de ellas reconocen que el aborto debería ser un derecho, hay un sentimiento mezclado de culpa y vulnerabilidad.

La ilegalidad de la práctica del aborto pone a las mujeres en una encrucijada, pues el mercado negro incrementa los costos económicos y psicosociales (Kulczycki, 2003). Una de las entrevistadas por Acosta *et al.* (1976) mencionó que ni la ley ni la Iglesia saben de problemas humanos, pues cada hijo empeora la situación, y otra agregó que el aborto es un problema social porque ella tiene para pagar a un médico, pero qué pasa con las que no tienen.

“La muerte de la gestante revela el costo social, moral y económico tan alto que la sociedad, bajo el régimen actual de penalización de esta práctica, tiene que sufrir” (García Rojas, 1995, p. 177). Además, “Una muerte materna tiene repercusiones en la desintegración familiar, una elevada mortalidad infantil, deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo” (Langer, 1995, p. 149).

Por otra parte, el conocimiento de cómo hacerse un aborto se encuentra fácilmente disponible, lo que no quiere decir que sea transmitido de la mejor manera. En su trabajo sobre el uso del *misoprostol* como abortivo Vázquez *et al.* (2006) encontraron una enorme diferencia entre el nivel de éxito: en donde es legal la tasa de aborto completo usando este medicamento es del 96%, mientras que entre las mujeres argentinas que ellas entrevistaron sólo alcanza el 40%.

Definitivamente lo deseable es no abortar sino prevenir la concepción (Acosta *et al.*, 1976; Cifrián *et al.*, 1986). Tomando en consideración que según Soberón (1995) cerca del 90% de la vida reproductiva de una mujer está ocupado por el esfuerzo consciente de no quedar embarazada si es sexualmente activa, la tarea no es sencilla, menos sabiendo que no existe ningún método anticonceptivo totalmente efectivo; el resultado es que en América Latina entre el 40 y 60% de los embarazos no son deseados (Gutiérrez y Ferrando, 2004).

La realidad es que “Donde los anticonceptivos modernos son el principal método usado, las tasas de aborto son bajas” (Marston y Cleland, 2003, p. 8). En el estudio que estos autores hicieron sobre la relación entre anticoncepción y aborto en varios países del mundo llegaron a dos conclusiones importantes: el aumento del uso de anticonceptivos resulta en una menor incidencia del aborto en los lugares donde la fecundidad es constante, y en algunos países el aumento paralelo en el aborto y en la anticoncepción ocurre debido a

que sólo el aumento del uso de anticonceptivos no puede satisfacer la creciente necesidad de regular la fecundidad en casos en que ésta se encuentra disminuyendo en forma rápida.

En los países desarrollados, la disponibilidad y la utilización de anticonceptivos cumplió con las expectativas de contribuir a la reducción de los embarazos no deseados y con ello al decremento de los abortos provocados (Quilodrán y Sosa, 2004). En cambio en países en desarrollo, “Al tener como ideal una menor cantidad de hijos y no contar con una adecuada oferta de anticonceptivos, los individuos y las parejas parecen recurrir al aborto incluso si éste es ilegal” (Hernández, 2001b, p. 360).

Por otra parte, en su estudio a nivel de entidad federativa, Monterrubio *et al.* (1993), concluyeron que la relación entre desarrollo económico y cambio demográfico pareciera tener alguna base para el caso de México. Encontraron que la gran mayoría de las entidades catalogadas como de más temprana transición eran a su vez entidades con marginación baja, y viceversa, las entidades de transición más tardía tenían una marginación alta. Paralelamente, el nivel de uso de anticonceptivos mostró un comportamiento similar (IMSS, 1981). Sin embargo, aunque en algunos casos la ordenación de las entidades según su nivel de fecundidad coincide con la ordenación según su nivel de desarrollo socioeconómico, los factores culturales son los que hacen que esta relación no sea unívoca (Mier y Terán y Partida, 2001).

Recientemente, se han llevado a cabo algunas encuestas para conocer la opinión de algunos grupos de personas en relación al aborto y otros temas afines. GIRE ha sondeado la opinión pública del país en tres encuestas nacionales en 1992, 1993 y 1994, llegando a la conclusión de que el sentir de las y los mexicanos respecto del aborto es muy distinto a lo que supone la jerarquía de la Iglesia católica, entre el 78 y 88% de las personas declaró que la decisión de practicarse un aborto le corresponde a la mujer y su pareja (GIRE, 2007).

Asimismo, *Católicas por el Derecho a Decidir* (2008) también ha realizado algunas investigaciones. En 2003 llevó a cabo la Encuesta de Opinión Católica en México en 17 estados; más de nueve de cada diez se mostró a favor de que el gobierno promueva el uso del condón y siete de cada diez se pronunció de acuerdo con que la interrupción del embarazo debe permitirse en determinadas circunstancias.

Por su parte en una encuesta levantada en 1993 en tres regiones diferentes del país (Figuroa, Palma y Aparicio, 1993, citados en Szasz, 2001) indicó mayor adherencia a las

normas religiosas en la región centro, mientras que en las regiones del norte y sur del país, aparecen otras opiniones y comportamientos.

Finalmente, se pueden decir tres cosas sumamente importantes. La primera es que no sólo la información sobre anticonceptivos debe ser suficiente y acompañada de educación sexual, sino que éstos deben estar disponibles; la segunda es que muy a pesar de que lo anterior suceda, siempre existe la posibilidad de un error, porque como sostienen Gutiérrez y Ferrando (2004, p. 235), “Se está lejos de lograr el método anticonceptivo ideal que no sólo no tenga efectos secundarios sino que también sea 100% efectivo para todas las mujeres”²³, y sin embargo no por ello las mujeres deben de asumir una responsabilidad que no quieren; y tercera, en el análisis de los discursos de las mujeres se observa poca evolución a través del tiempo, sin embargo, ya en los 1970’s argumentaban razones para que se permitiese legalmente el aborto.

La legalización del aborto en México es un tema que llevará más tiempo del que debería, a pesar de ser un problema social urgente. “El Vaticano, la jerarquía eclesiástica de México y Pro – vida consideran a México como un punto estratégico en la lucha mundial contra el aborto... la legalización del aborto en México abriría la puerta a movimientos similares en la región” (Kulczycki, 2003, p. 375), hay que recordar que México cuenta con la segunda población católica más numerosa del mundo (Kulczycki, 2003).

2. Objetivos e hipótesis del estudio sobre la apertura hacia el derecho al aborto y su relación con cambios de fecundidad y actitudes seculares

El presente trabajo se rige, como toda investigación, por ciertos criterios que le permiten un acercamiento al conocimiento científico. Por esta razón, se da a conocer qué objetivos persigue el estudio, cuáles preguntas de investigación pretende contestar y cuáles

²³ Según Rozenbaum (1977) sólo el anticonceptivo oral basado en estro – progestágenos tiene una tasa de fallo del 0%, sin embargo si puede llegar a tener efectos secundarios dependiendo de cada situación particular (hemorragia, amenorrea, náuseas, aumento de peso, tensión mamaria, cefaleas, piernas cansadas o calambres, neurotonía, astenia, tendencia depresiva y disminución de la libido); el resto de métodos anticonceptivos muestran las siguientes tasas de fallo: *coitos interruptus* 17%, abstinencia 14 a 38%, temperatura basal 0 a 7%, espermicidas 2 a 30%, diafragma 8 a 30%, preservativos masculinos 7%, dispositivo intrauterino 3%, oral secuencial 1 a 2% y oral interrumpido 2 a 8%. Según Mendoza (2006), las mujeres mexicanas usaron la anticoncepción con una efectividad de 96.6%.

hipótesis se dan con base en la experiencia científica. El análisis de los datos permitirá afirmar o no lo que a continuación se menciona.

2.1 Objetivos

- A partir del descenso que ha experimentado la fecundidad en México, identificar si este descenso está asociado a comportamientos que se identificarían como de mayor empoderamiento y apertura entre las mujeres, *i.e.* uso moderno de anticonceptivos, mayor autonomía en su relación de pareja, entre otras.
- Indagar si este comportamiento de mayor empoderamiento es diferente por grupo de edad, tipo de localidad de residencia (urbana y rural) y nivel escolar de las mujeres.
 - Explorar la opinión que sobre el derecho al aborto tienen las mujeres en México en el año 2006.
- Indagar las diferencias de opinión por nivel escolar, grupo de edad y tipo de localidad de residencia (urbana y rural).
- Explorar si una mujer con comportamiento de mayor empoderamiento muestra una opinión de apertura hacia el derecho al aborto.

2.2 Preguntas de investigación

- ¿Habrán un comportamiento de mayor y menor empoderamiento en relación con el nivel de fecundidad, uso de anticonceptivos modernos y escolaridad?
- ¿Habrán diferencias significativas por grupo de edad, tipo de localidad de residencia (urbana y rural) y nivel escolar de las mujeres?
- ¿Qué opinión tienen las mujeres sobre el aborto en México en el año 2006?
- ¿Habrán diferencias de opinión significativas por nivel escolar, grupo de edad y tipo de localidad de residencia (urbana y rural)?
- ¿Las mujeres con un comportamiento de mayor empoderamiento tendrán a su vez una opinión de apertura hacia el derecho al aborto?

2.3 Hipótesis

- 1) El comportamiento de mayor empoderamiento femenino está relacionado con una baja fecundidad, elevada escolaridad y uso de anticonceptivos modernos, y viceversa.
- 2) Existe un comportamiento diferencial de mayor empoderamiento entre las mujeres por grupo de edad, tipo de localidad de residencia (urbana y rural) y nivel escolar.
- 3) Las opiniones de las mujeres respecto al aborto serán predominantemente negativas.
- 4) Existe un diferencial de opinión importante según nivel escolar, grupo de edad y tipo de localidad de residencia (urbana y rural).
- 5) Las mujeres con un comportamiento de mayor empoderamiento tendrán una opinión de apertura hacia el derecho al aborto.

2.4 Delimitación geográfica y temporal

Se estudiará al país en su conjunto y con desglose urbano – rural. Las características de las fuentes de información permiten llegar a un análisis nacional y diferenciando a las localidades en urbanas y rurales debido a su representatividad; la información por tipo de localidad rural y urbana, tendrá como límite los 2 500 habitantes²⁴.

El estudio será de tipo transversal con información para los años 2003 y 2006. Estas fechas nos podrán dar una perspectiva respecto al comportamiento de mayor o menor empoderamiento y a lo que sucede recientemente en relación a las opiniones de aborto en nuestro país, en uno de los momentos más álgidos del debate sobre este tema.

2.5 Población en estudio

Nuestra población en estudio son las mujeres de 15 a 49 años, actualmente unidas y que se encuentren corresidiendo con su pareja. Se escogió a las mujeres de 15 a 49 años porque son las mujeres en edad reproductiva en las que se centra esta investigación, por considerar que son las que se encuentran directamente relacionadas con la posibilidad de

²⁴ En el capítulo 4 se detallará más la selección.

quedar embarazadas, e hipotéticamente, de llegar a abortar en caso de que así lo decidieran, además en la ENSAR se incluyó sólo a este grupo de población en la muestra.

Se escogió a las mujeres actualmente unidas porque algunas de las preguntas no las pueden contestar las separadas, divorciadas, viudas o solteras, lo que significaría una importante pérdida de casos. Asimismo, se seleccionó a las mujeres corresidentes con pareja por la misma cuestión anterior. El cuadro 2.1 muestra las características de la población en estudio en ambas encuestas.

Cuadro 2.1 "Características de la población en estudio"	
Mujeres en edad reproductiva	15 - 49 años
Estado marital	Actualmente unidas (unidas y casadas)
Estado de corresidencia con pareja	Correside con pareja
FUENTE: Elaboración propia con base en SSA y UNAM, Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y <i>Population Council</i> , Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006.	

3. Marco conceptual

3.1 Marco conceptual

El inicio del siglo XX trajo consigo una época llena de transformaciones radicales en todos los ámbitos humanos. Uno de los cambios más importantes fue el comportamiento de la población, que de escenarios de estancamiento o escaso crecimiento, pasó a escenarios de incremento demográfico significativo (Lopes, 1973; Coale, 1977). Por los avances en la tecnología médica y en otras áreas, los países desarrollados fueron los precursores en mostrar estos cambios, y sería en éstos donde se intentara explicar lo que ocurría.

Es así que los estudiosos de la población se preocuparon por entender lo que sucedía. Aunque la teoría de la transición demográfica fue formulada, y le asignó nombre, la Oficina de Investigación en Población de Princeton en 1944, tiempo antes hubo investigaciones que ya mencionaban cambios en los eventos demográficos, en particular patrones de comportamiento o de intenciones en cuanto a la fecundidad, como la de Thompson en 1929 y la Landry en 1934; en 1945 Notenstein también abordó el tema (Kirk, 1996).

La evolución de la dinámica poblacional que estaban experimentando los distintos países desarrollados se intentó explicar con la idea de la transición demográfica. En general dividieron el comportamiento poblacional en tres grupos, como señala Lopes (1973) siguiendo el nombramiento de Notenstein:

1. Descenso incipiente. Países con descenso rápido en las tasas de natalidad y con tasas de mortalidad bajas, por lo tanto alcanzan rápidamente una población estable o en descenso.
2. Crecimiento de transición. Las tasas de mortalidad disminuyen más rápidamente que las tasas de natalidad generando tasas de crecimiento natural ascendentes.
3. Crecimiento potencial alto. Las tasas de mortalidad y natalidad están todavía poco sujetas al control voluntario por lo que el crecimiento de la población depende de las tasas de mortalidad.

Sin embargo, la teoría de la transición demográfica no estuvo (ni está) exenta de críticas. Se cuestionó la validez de la transición demográfica como elemento explicativo de la dinámica de la población de los países en desarrollo (Lopes, 1973), pues como se había mencionado, se basaba en la experiencia demográfica de los países desarrollados; una de las principales críticas fue la incapacidad de anticipar cuándo iniciaba y cuándo terminaba la transición o cada etapa de ésta.

La posibilidad de contrastar las experiencias de la transición demográfica de países desarrollados y de países en desarrollo, aconteció gracias a la rapidez con que se dio en éstos últimos. En los países en desarrollo más adelantados en su transición demográfica, ésta ocurrió en la mitad o menos del tiempo en que había ocurrido en los países desarrollados, y de igual manera ocurrió, y está ocurriendo, con los demás países en desarrollo; esto permitió comparar transiciones.

De manera general las transiciones demográficas de países desarrollados y de países en desarrollo mostraron similitudes. La reducción de la mortalidad precedió a la reducción de la fecundidad²⁵, se reafirmó que “Ningún país siguió una transición idéntica debido a las múltiples posibles combinaciones de nupcialidad, fecundidad, mortalidad y migración”

²⁵ Aunque esta relación no es necesariamente unidireccional (Van de Kaa, 1997).

(Kirk, 1996, p. 386); “No existen modelos simples y generales de explicación de los procesos de transición demográfica” (Zavala de Cosío, 1992, p. 22)²⁶; las transiciones europeas y latinoamericanas señalan coincidencias pese a las diferencias en el tiempo y en el espacio (Zavala de Cosío, 1992); “Se verifican empíricamente algunas de las principales proposiciones de la teoría de la transición demográfica, pero sólo a un elevado nivel de generalidad” (Teitelbaum, 1976, p. 65). Asimismo, “No se puede hablar de la transición, sino de las transiciones” (Chackiel y Schkolnik, 2004, p. 51), criterio válido para el caso particular de la fecundidad y para el caso de un mismo país.

A la par y como parte de la transición demográfica se dio el descenso de la fecundidad. Por lo general, la fecundidad disminuyó después de que la mortalidad también lo hiciera. La reducción de la mortalidad se acepta universalmente y no se enfrenta a obstáculos sociales sustanciales, pero la reducción de la fecundidad necesita una transferencia de objetivos sociales (Lopes, 1973). Es así como “La orientación cambió, y en lugar de dar un sitio preponderante a los niños, se concedió más importancia a la orientación individual” (Van de Kaa, 1997, p. 67).

La transición de la fecundidad guarda estrecha relación con cuestiones socioeconómicas y geográficas. El inicio de la transición de la fecundidad empezó en las áreas urbanas y entre las mujeres con la mayor instrucción (Zavala de Cosío, 1992; Coale, 1977); además de estas dos características, Juárez y Quilodrán (1990), encontraron en su estudio sobre las mujeres pioneras en reducir su fecundidad en México, que éstas habían nacido después de 1941, se casaron después de los 20 años en unión legal y su cónyuge tenía un nivel profesional o afín.

Como todo fenómeno social, la fecundidad no se transforma a sí misma, sino que hay múltiples factores que la influyen. Existen indicios de que el desarrollo urbano – industrial influye en el comportamiento reproductivo (Lopes, 1973); hubo cambios profundos en la mentalidad y los grupos sociales privilegiados mostraron actitudes modernas hacia la reproducción (Zavala de Cosío, 1992); los cambios socioeconómicos y de mentalidad condicionaron nuevas pautas de reproducción (Zavala de Cosío, 2003); a medida que las aspiraciones de las personas aumentan, disminuye la fecundidad (Van de Kaa, 1997).

²⁶ Citando a Coale y Cotts (1986) y Reher e Iriso – Napal (1989).

En las sociedades latinoamericanas han existido dos modelos de transición demográfica. El primer modelo reflejó cambios profundos de reproducción debidos a modificaciones en las estructuras familiares, en la urbanización, en la escolarización, en el mercado de trabajo, en la condición femenina. El segundo modelo de transición se ha observado en las capas más pobres de la sociedad, donde la fecundidad empezó a reducirse sin que esto se deba a mejoras fundamentales en los niveles de vida; el factor principal de esto fue una oferta abundante de métodos anticonceptivos modernos (Quilodrán y Juárez, 2008; Zavala de Cosío, 1988).

Hay que especificar que en los sectores bajos de la sociedad la fecundidad ha disminuido, pero de manera más lenta que en el resto de los grupos sociales. “Existe la expectativa de que las tendencias futuras estén ligadas fundamentalmente a lo que ocurra en los grupos más rezagados en la transición” (Chackiel y Schkolnik, 2004, 52); asimismo estos autores sostienen que los descensos de la fecundidad de estos grupos en los países de América Latina fueron mejor explicados por la presión de las necesidades económicas agudizadas en periodos de crisis. Debió haber sido una combinación entre factores económicos y disponibilidad de anticonceptivos.

La transición demográfica sembró la semilla del cambio pues trajo transformaciones en la mentalidad de las personas. En los países desarrollados, “El anonimato de la vida de ciudad y la nueva sociedad de los jóvenes redujeron la presión sobre el comportamiento tradicional ejercido por la familia y la comunidad” (Coale, 1977, p. 2), cuestión que luego ocurrió en los países en desarrollo. Además “Desde hace cien años la concepción de que las opiniones e ideas que las personas tienen, individual o colectivamente, inciden directamente en su fecundidad nunca ha estado completamente ausente” (Van de Kaa, 1997, p. 64).

Aproximadamente, en la década de los 1960's y 1970's los países desarrollados concluyeron su transición demográfica, y como suele pasar en todos los fenómenos sociales, los cambios no se detuvieron. Ya habían comenzado cambios en los comportamientos de los individuos a nivel de la formación y de la estabilidad familiar, y adquieren relevancia factores psicosociales que influyen sobre los valores, actitudes y comportamientos (Quilodrán, 2003). Algunos autores han catalogado estas transformaciones como la segunda transición demográfica.

El término fue originalmente formulado por Van de Kaa en 1987, quien lo ha desarrollado junto con Lesthaeghe. Según éste último autor (1998) fueron siete las características acaecidas desde la Segunda Guerra Mundial en la formación familiar, la unión y disolución, y en los patrones de reconstitución familiar en los países occidentales. Éstas fueron: postergación del matrimonio, incremento de la población que vive sola, aumento de la cohabitación conyugal, prolongación del periodo de residencia con los padres, incremento de la procreación fuera del matrimonio, aumento de la disolución voluntaria de uniones y la elevación de las nuevas nupcias.

Asimismo, Lesthaeghe (1995) señala los hechos que mejor caracterizan este proceso. El rápido debilitamiento del control social ejercido por las instituciones, la mayor aceptación social del ejercicio de la sexualidad fuera del matrimonio, la acentuación de las aspiraciones individuales dentro de la pareja, el desarrollo de patrones de intercambio más simétricos al interior de las uniones, el descubrimiento de costos de oportunidad resultantes de la autonomía económica de la mujer, la fusión de lo doméstico y de las carreras de los cónyuges en las transacciones del hogar y la disponibilidad de anticonceptivos eficientes.

Estos cambios son explicados desde tres vías: la teoría del incremento y autonomía económica femenina de Becker (1981), la teoría de la pérdida relativa de Easterlin (1976) y la teoría del cambio ideacional de Preston (1986) (Lesthaegue, 1998). Simplificando los argumentos de estas teorías se tiene que la primera teoría se basa en que con el incremento de la educación de la mujer, ésta tiene mejores oportunidades laborales que reducen su dependencia a sus roles tradicionales en el hogar. La segunda teoría explica la tensión entre las altas aspiraciones de consumo para la adultez y las escasas oportunidades laborales ocurridas desde los 1970's. Finalmente, la tercera teoría consiste en explicar las largas tendencias hacia una gran autonomía individual en términos éticos, religiosos y políticos; expresiones típicas del constante incremento del secularismo de más de dos siglos (Lesthaegue, 1998).

Asimismo, hubo dos revoluciones sexuales y dos revoluciones anticonceptivas (Lesthaegue, 1995). La primera revolución sexual se caracterizó por cambios en los determinantes de opción de pareja, desde consideraciones de homogamia social y compromiso con los padres, hacia la decisión personal basada en la atracción y compañerismo; mientras en la segunda revolución sexual se acentuaron los aspectos

sexuales y eróticos de la selección de pareja con un lugar mucho más prominente para las relaciones humanas. En tanto las dos revoluciones contraceptivas estuvieron diferenciadas básicamente porque la primera se basó en métodos ineficientes y la segunda en métodos eficientes. No se olvide que estos cambios se dieron principalmente en las décadas de los 1950's, 1960's y 1970's, que coincidieron con el movimiento de liberación femenina que comenzó a finales de los 1960's (Lesthaegue, 1998).

El aumento de los ingresos y de la seguridad económica y política que ofrecen los Estados democráticos a sus ciudadanos han contribuido a que las preferencias sexuales de un individuo se acepten por lo que son, y las decisiones respecto de la cohabitación, el divorcio, el aborto, la esterilización y la voluntaria ausencia de hijos se dejan al arbitrio de las personas o las parejas (Van de Kaa, 1997).

Varias de estas transformaciones también se están presentando en países en desarrollo. Por ejemplo, han aumentado las interrupciones matrimoniales, se han incrementado las uniones libres y las concepciones prenupciales (Quilodrán, 2006), la tendencia de las disoluciones ha sido claramente ascendente (García y Rojas, 2004), y 70% de las mujeres en edad fértil usan anticonceptivos (Quilodrán, 2003). “Si se está o no en la segunda transición demográfica es uno de los temas más controvertidos” (Quilodrán, 2003, p. 66), pero en México y América Latina ambas transiciones se están superponiendo (Quilodrán, 2000; García y Rojas, 2004).

Aunque en algunas cuestiones las sociedades latinoamericanas no siguieron el comportamiento de los países desarrollados. Ni en México, ni en el resto de América Latina, ocurrió un retraso de la nupcialidad (Quilodrán, 2003), lo que en Europa colaboró en la disminución de la fecundidad. De igual manera, el intervalo entre la primera relación sexual y el primer hijo no excede los dos años en ocho países latinoamericanos²⁷ (Quilodrán, 2005).

Aunque la valorización del individuo comenzó en el siglo XVIII con la Revolución Industrial, la Revolución Francesa y la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano (Quilodrán, 2003, citando a Lesthaegue), apenas recientemente se llegó a expresar un comportamiento meramente individual, con grandes progresos, especialmente para las mujeres, sin que éstos hayan llegado a ser suficientes. Hoy en día, la vida de los

²⁷ Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana.

individuos estaría más guiada por la realización personal y el incremento de las necesidades existenciales (Quilodrán, 2003).

La disminución de la descendencia significó mayor tiempo disponible para poder trabajar, para estudiar y para poder así reafirmar la autonomía de la mujer dentro de la pareja (Quilodrán, 2000). “Los jóvenes obtuvieron una mayor autonomía en sus decisiones personales sobretodo en las grandes ciudades” (Zavala de Cosío, 2001, p. 159). Szasz (2001, p. 381) señala que “Las mujeres más jóvenes, urbanas y de mayor escolaridad están iniciando su vida sexual, marital y reproductiva a una edad más tardía que en generaciones anteriores”.

En su trabajo sobre empoderamiento y autonomía de las mujeres, García (2003) menciona algunos aspectos interesantes. Muchas veces las mujeres actúan con independencia en las esferas económica y política, pero no necesariamente han conquistado la autonomía en sus relaciones más cercanas, las personales; además, no siempre la escolaridad y la participación laboral femenina se asocian con el logro de mayor equidad de género. Sin embargo, a igualdad de condiciones de escolaridad y en diversas variables demográficas y socioeconómicas, la mayor autonomía individual femenina está relacionada con los deseos y prácticas en torno a un número reducido de hijos. Según la autora, los indicadores directos de autonomía son: participación de la mujer en la toma de decisiones en el hogar, libertad de movimiento, acceso y control de recursos económicos, estar libre de violencia doméstica, actitudes a favor de la equidad de género y la elección del cónyuge, así como la composición de la pareja y del hogar.

Ha ocurrido un proceso de secularización del matrimonio y la descendencia de los hijos que se inscribe dentro de la secularización de la sociedad que es una de las principales características de la segunda transición demográfica (Quilodrán, 2003). Cárdenas (2007) sostiene que la idea de modernidad es indisociable de la noción de secularización y que ambos fenómenos han ido históricamente de la mano. Por otra parte, la secularización no se opone a lo sagrado o a lo religioso (Blancarte, 2001), pero sí implica culturalmente el valor de la igualdad, pero sobre todo el de la tolerancia y la pluralidad (Güezmes, 2006). La mayoría de las encuestas apoyan el proceso de secularización que prevalece en la mayoría de los países de América Latina (Guillaume y Lerner, 2006).

Viene a colación la importancia que tuvo la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo llevada a cabo por las Naciones Unidas en El Cairo en 1994²⁸. Finalmente, se pudo poner sobre la mesa de discusión el tema de la salud reproductiva. La conferencia definió a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos; ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no están legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales (ONU, 1994, Capítulo VII).

Este concepto incluyó el de los derechos reproductivos que la misma conferencia definió como 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. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente, a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.

En el caso mexicano el origen del reconocimiento de estos dos conceptos viene desde la década de los 1970's. En esa época se transformó la ley general de población, la cual incorporó la referencia del derecho que tienen las personas a decidir sobre la reproducción y el tener acceso a medios para regular la fecundidad, que en la política anterior estaban prohibidos (Figueroa, 1995)²⁹. En sentido inverso, han ocurrido algunos

²⁸ También fueron de importancia la Convención para la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer de 1979 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer desarrollada en Beijing en 1995 (Salinas, 2001).

²⁹ De hecho la misma Iglesia Católica ha tenido intentos de acercamiento a la realidad del progreso científico. A principio de los 1970's se concretó el Concilio Vaticano II que estableció que los jerarcas se comprometían

hechos políticos que perjudican el avance en la materia; por ejemplo en 1991 se reformó el artículo 130 constitucional que antes impedía la existencia jurídica de las iglesias (Lamas, 2001), lo que significó mayor poder para una institución que de por sí es poderosa.

Volviendo al tema de los conceptos de salud reproductiva y de derechos reproductivos, se puede notar que no hacen mención al aborto. La posibilidad de decisión es lo que ha llevado a poner este tema en la mesa de discusión. Mundigo (2005) argumenta que el concepto de salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y gozar de plena capacidad de reproducirse, pero no sólo decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo, sino que también tengan la libertad de decidir si quieren o no. Se manifiesta Figueroa (1995) de igual manera cuando dice que los derechos reproductivos se refieren, entre otras cosas, a la posibilidad de interrumpir un embarazo cuando no se desee el producto del mismo.

No sólo “Hay una falta de consenso sobre la conceptualización de los derechos reproductivos” (Figueroa, 1995, p. 4), sino que las resoluciones internacionales han mantenido silencio respecto al aborto y a la discriminación sexual (Figueroa, 2004, citando a Petchesky). Además, necesitan ser depurados varios temas relacionados, como la fecundidad asistida, el derecho a la no reproducción, el derecho a la confidencialidad o no en enfermedades como el sida (Figueroa, 1995) y la homosexualidad (Figueroa, 2004).

Según Cook y Plata (citados por Figueroa, 1995), existen tres etapas en el desarrollo de la defensa de los derechos reproductivos: planificación familiar, salud reproductiva y empoderamiento de la mujer. Sin embargo, la mayor inserción laboral femenina ha dificultado, más que facilitado, el desarrollo de la mujer como tal, pues los apoyos laborales siguen estando encaminados a reproducir el papel de la mujer como encargada de la crianza y cuidado de los hijos. Es fundamental reconocer que la fecundidad y maternidad, en países como México, son experimentadas sin que la mujer posea opciones reales para un desarrollo personal que incluya otras alternativas, además de tener hijos (Figueroa, 1995).

Entonces, el derecho a decidir sobre el aborto se podría considerar de cierta forma como parte integral de la salud sexual y reproductiva. Que la mujer perciba al aborto como un derecho, sería un indicador de las transformaciones que el proceso de transición de la

a actualizar sus enseñanzas en función del avance del conocimiento científico, además reconocían la participación activa de los laicos (Figueroa, 2004).

fecundidad traerá consigo. Todo ello relacionado a que el replanteamiento y la posibilidad de discutir sobre sexualidad está asociado con el proceso de modernidad y de secularización de las sociedades (Figueroa, 1995).

La autonomía que han ganado las mujeres no se encuentra estática, pues es un proceso que continuará. En la práctica no se han podido asegurar las condiciones sociales, institucionales, culturales y de pareja para que las mujeres gocen de sus derechos reproductivos en toda su extensión (Figueroa, 1995; Salinas, 2001). Por ejemplo “La sexualidad muchas veces se rige en función de supuestos, prejuicios y estereotipos culturales más que a la luz del conocimiento científico” (Figueroa, 2004, p. 658). Asimismo, “No es fácil cuestionar el mito de la madre abnegada” (Lamas, 2001, p. 187). A pesar del discurso favorecedor de Naciones Unidas sobre la situación de la mujer, es desde el “triángulo” de democracia, crecimiento sustentable y equidad que habrá que enfrentar la cada vez más desesperante situación de obstaculización de los derechos sexuales y reproductivos (Lamas, 2001), principalmente de la mujer.

Dado que existe un proceso de transición en los países que va acompañado de otros cambios sociales, la autonomía de las mujeres y la inclusión de sus derechos reproductivos en estos cambios son fundamentales. Todos los subgrupos de la sociedad adoptarán actitudes seculares y de emancipación de la mujer, que consideren los derechos reproductivos como parte natural de estos procesos de cambio.

4. Datos y metodología

4.1 Datos

En las últimas décadas, en México se han levantado varias encuestas con la finalidad de recabar información referente a fecundidad y salud reproductiva. La más antigua de ellas es la Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976 (EMF, 1976); también se encuentran la Encuesta Nacional Demográfica 1982 (END, 1982), la Encuesta de Fecundidad y Salud 1987 (ENFES, 1987), la Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995 (ENAPLAF, 1995), la Encuesta Demográfica Retrospectiva Nacional 1998 (EDER, 1998), la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente 1998 (ENSARE, 1998), la Encuesta de Salud Reproductiva 1999 (ENSARE, 1999), la Encuesta Nacional de

Salud 2000 (ENSA, 2000), la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR, 2003); en tanto la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) es la única que ha tenido continuidad ya que ha sido levantada en tres ocasiones: 1992, 1997 y 2006; existen además otras encuestas.

Asimismo, últimamente ha sido cada vez más popular el levantamiento de encuestas de otro tipo en gran parte por el progreso de la tecnología computacional. Muchos de los conceptos que subyacen a la salud reproductiva tienen una repercusión en la actitud y comportamiento de las personas, lo que puede reflejarse en la información que recolectan encuestas de corte demográfico o médico, por lo tanto es factible incorporar a este estudio una encuesta que recoge la opinión de las personas en referencia a temáticas de salud reproductiva, específicamente al aborto como es de interés para este estudio.

Para responder a las inquietudes de investigación que tenemos y por las razones que se han explicado y que se terminaran de explicar más adelante, se utilizaron dos encuestas que aportaron información relevante. Estas dos encuestas son, la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 y la Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006³⁰.

4.1.1 Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003) se utilizó por dos razones fundamentales. Es la encuesta más reciente que proporciona información sobre aspectos de salud reproductiva, haciendo preguntas muy específicas a las mujeres sobre ellas mismas y sobre sus parejas. Además la encuesta tiene representatividad a nivel nacional lo que es una cuestión importante a la hora de analizar e interpretar la información.

La ENSAR 2003 fue recolectada por la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México en 2003. Es una muestra aleatoria de 20,925 casos, con representatividad nacional, rural – urbano y para ocho entidades federativas³¹; la

³⁰ Para el análisis estadístico de ambas encuestas se utilizó el ponderador desexpandido.

³¹ Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.

información que obtuvo esta encuesta es abundante³²; y los datos a nivel individual se refieren a las mujeres de entre 15 y 49 años de edad.

4.1.2 Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006

La Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006 (ENSATA 2006) fue utilizada también por dos razones. La primera razón es porque ésta incluye información muy valiosa sobre el aborto y derechos reproductivos, lo que permite una interrelación con los datos de la ENSAR 2003. La segunda razón fue por la representatividad que tiene a nivel nacional y urbano – rural.

Esta encuesta fue recolectada por el *Population Council* durante el 2006³³. Se basa en una selección aleatoria de individuos a través de un diseño muestral estratificado. El tamaño de muestra es de 3513 casos, con representatividad nacional y rural – urbano, con datos sobre hombres y mujeres de 15 – 65 años; posee información sobre la opinión de aborto, eutanasia, anticoncepción y sexualidad.

4.2 Metodología

Para probar la hipótesis central de esta investigación, de que el descenso de la fecundidad está asociado a un mayor empoderamiento y apertura entre las mujeres se tuvieron que seguir pasos, explicados de forma breve a continuación. En el primero se seleccionaron de la ENSAR 2003 una variable de contexto, dos variables sociodemográficas y 14 variables de trabajo para la elaboración del Índice de Empoderamiento. El segundo paso consistió en la construcción del citado Índice³⁴ con base en las 14 variables de la ENSAR 2003 y en la caracterización de las mujeres con las tres variables de contexto y sociodemográficas. Finalmente, ya que se caracterizó al grupo de mujeres más empoderadas, se buscó a las mujeres con estas mismas características en la

³² Presenta datos sobre características sociodemográficas, fecundidad, anticoncepción, atención materno – infantil, exposición al riesgo de concebir, infertilidad, menopausia, sexualidad, violencia doméstica, infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico – uterino y de mama.

³³ La empresa Ipsos – Bimsa estuvo a cargo del levantamiento de los datos.

³⁴ Se hará uso indistinto de los términos modernidad y empoderamiento durante el texto, ambos se usaran como sinónimos; en nuestro caso la palabra modernidad no tiene relación con la teoría de la modernización.

ENSATA 2006 por medio del Índice de Apertura al Aborto³⁵, con el fin de indagar la opinión que sobre aborto tienen estas mujeres.

Antes de pasar a la revisión de las variables utilizadas en cada una de las encuestas es necesario aclarar que las preguntas del cuestionario seleccionadas para el estudio de la ENSAR 2003, se refieren a información proporcionada tanto por las propias mujeres como por sus parejas. Incluir estas variables es importante, pues la opinión del varón es un buen predictor de la conducta reproductiva de la mujer y del uso de anticonceptivos (Figueroa y Sánchez, 2008).

El papel que juega el varón, como pareja de la mujer, es fundamental en los temas que se están tratando; por un lado puede existir una demanda de mayor reconocimiento de igualdad de parte de la mujer que ocasione una actitud masculina más favorable, o por otro lado, puede existir también que la actitud abierta del hombre ayude a concientizar a la mujer de sus derechos y por lo tanto le permita evolucionar en su forma de pensar.

4.2.1 Variables de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

La selección de la población de estudio en esta encuesta quedó distribuida como se muestra en el cuadro 4.1. Como se puede ver, la categoría de las mujeres de 15 a 49 años, actualmente unidas y corresidentes con pareja constituyeron el 57.8% del total de casos, con 12,019 mujeres. En esta encuesta el cálculo de la edad se obtuvo por medio del procedimiento denominado años de siglo (*century months*)³⁶.

Categoría	N	%
Mujeres de 15 a 49 años	20,790	100.0
Mujeres de 15 a 49 años alguna vez unidas	14,243	68.5
Mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas	12,597	60.6
Mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas corresidentes con pareja	12,019	57.8

FUENTE: Cálculos propios.

³⁵ También denominado Índice Resumen de Apertura al Aborto.

³⁶ Consiste en retomar la información sobre mes y año de nacimiento, y el mes y año del levantamiento de la encuesta; a través de este procedimiento se obtiene un dato más preciso sobre la edad. Básicamente se trata de calcular la diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha de entrevista para obtener la edad en meses del siglo.

Por otro lado, el listado de variables de la ENSAR 2003 incluye una variable de contexto, dos variables sociodemográficas y 14 variables para la construcción del Índice de Empoderamiento. Las variables de contexto y sociodemográficas se muestran en el cuadro 4.2, y las 14 variables para la elaboración del Índice en el cuadro 4.3.

Cuadro 4.2 "Frecuencias de las variables de contexto de la población femenina de 15 - 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja, ENSAR 2003"		
Variable	%	Casos perdidos
Ambito de residencia		0.01
Urbano	75.3	
Rural	24.7	
Grupos de edad		0.0
15 - 24	17.6	
25 - 34	37.0	
35 y más	45.5	
Nivel escolar		0.16
Primaria	46.3	
Secundaria	29.8	
Preparatoria	23.7	
NOTA: La población total (N) es de 12019 casos.		
FUENTE: Cálculos propios.		

Las variables de contexto y sociodemográficas se clasificaron de la siguiente manera. Tipo de residencia toma los 2,500 habitantes como la división entre urbano y rural; la edad se agrupó en tres categorías: mujeres jóvenes entre 15 y 24 años, las de 25 a 34 años adultas jóvenes, y las de 35 y más años adultas maduras. Con esta clasificación esperamos identificar las diferencias entre grupos etáreos que respondan en gran parte a su etapa de vida, vivencias y experiencias. La variable de escolaridad se agrupó en tres categorías: 0 – 6 años las de primaria, de 7 – 9 años componen a secundaria y de 10 o más años que corresponden a preparatoria³⁷.

El cuadro 4.3 presenta las 14 variables que se utilizaron para la construcción del Índice. Estas son las variables con las cuales se construyó el índice, permitiendo un acercamiento a la situación de las mujeres, con el fin de establecer cuáles de éstas son las que muestran un comportamiento de mayor empoderamiento.

³⁷ Las mujeres que no tenían escolaridad y las que sólo tenían preescolar se incluyeron en el grupo de primaria. Se unieron al nivel secundaria también a las mujeres con estudios técnicos sin secundaria y comerciales sin secundaria. En el nivel preparatoria quedaron asimismo las categorías de estudios técnicos con secundaria, comerciales con secundaria, normal con secundaria, profesional, normal con preparatoria y posgrado. Lo anterior se realizó porque estas categorías tenían muy pocos casos.

Cuadro 4.3 "Frecuencias de las 14 variables seleccionadas de la población femenina de 15 - 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja, ENSAR 2003"		
Variable	%	Casos perdidos
Número total de hijos nacidos vivos	0 - 2	0.00
	3 +	
Ha platicado con su pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos	Sí	0.16
	No	
	No tiene pareja	
Su pareja está de acuerdo en usar métodos anticonceptivos	Sí	0.16
	No	
	No sabe	
Usa métodos anticonceptivos modernos	Sí	0.17
	No	
Quién ha tomado la decisión de usar métodos anticonceptivos	Él	0.49
	Ella o ambos	
	Personal médico	
	No procede	
Uso de métodos en 1ra. relación	Sí	0.15
	No	
	No procede	
Diferencia con la edad del esposo	Ella mayor 5 o más	2.15
	Ella mayor 0 - 5	
	Él mayor 0 - 5	
	Él mayor 5 o mas	
Quién toma iniciativa para relaciones sexuales	Él	1.44
	Ella o ambos	
	No tiene relaciones	
Si no tiene ganas de relaciones sexuales le dice a pareja	Sí	1.28
	No	
	A veces	
	No procede	
Quién decide cuántos hijos tener	Él	0.40
	Ella o ambos	
	No procede	
Quién decide en qué gastar el dinero	Él	0.87
	Ella o ambos	
Pareja le ayuda a limpiar la casa	Coopera	0.71
	No coopera	
Su pareja la ha golpeado	Sí	0.56
	No	
Conoce cómo se evita el SIDA	Sí	1.94
	No	

NOTA: La población total (N) es de 12019 casos.
FUENTE: Cálculos propios.

La variable “Número total de hijos nacidos vivos” se dividió en las mujeres que tienen entre 0 y 2 hijos, y las que tienen 3 hijos o más, por considerar que esta división es una aproximación a la idea de que una mujer más empoderada tiene pocos

hijos³⁸; en la variable “Diferencia con la edad del esposo”³⁹ se pretendió un acercamiento a la cuestión de que un hombre mayor o ligeramente menor tiene mucho más dominio sobre la mujer y viceversa, una mujer mayor tendrá un mayor empoderamiento y autonomía; se busca encontrar diferencias considerables a favor de que el hombre sea 5 años mayor que la mujer.

La variable “Usa métodos anticonceptivos modernos” fue construida de la siguiente manera. Primeramente, se clasificó a la población en dos grupos, en un grupo las que usan métodos anticonceptivos tradicionales como lo son el ritmo y el retiro o que simplemente no usan anticonceptivos, y en otro grupo las que usan anticonceptivos modernos. Sin embargo, para no reducir el tamaño del universo, se tuvo que hacer una segunda selección porque las mujeres que estaban actualmente embarazadas aparecían como no usuarias de anticonceptivos sin ser por ello necesariamente tradicionales, sino que su misma situación de embarazo les impedía estar usándolos; entonces a este grupo de embarazadas se le dividió en dos, las que antes de su embarazo eran usuarias de anticonceptivos modernos y las que no lo eran, incorporándose cada grupo a usuarias de métodos modernos y a usuarias de métodos tradicionales o no usuarias respectivamente.

En la variable “Conoce cómo se evita el SIDA” se clasificaron todas sus respuestas en sólo dos categorías: Sí o No. En la categoría Sí se incluyeron: Usar condón, tener relaciones sexuales sólo con pareja, pedirle fidelidad a pareja, no tener relaciones sexuales, transfusión de sangre segura, sexo seguro, no tener relaciones sexuales con cualquier persona, usar jeringas nuevas o material esterilizado, no utilizar objetos contaminados y no tener relaciones sexuales con personas infectadas; las demás respuestas quedaron incluidas en la categoría No, o No especificado.

En la variable “Pareja le ayuda a limpiar la casa” se hizo una simple agrupación. Las respuestas “siempre” y “algunas veces” se consideraron como “Coopera”, y la respuesta “nunca” se consideró como “No coopera”. Por su parte en las variables “Quién ha tomado la decisión de usar métodos anticonceptivos”, “Quién toma la iniciativa para relaciones sexuales”, “Quién decide cuántos hijos tener” y “Quién decide en qué gastar el dinero” se juntaron las respuestas “ella” y “ambos” por considerar que las dos satisfacían el

³⁸ Aunque esta variable contabiliza a los hijos fallecidos, esta cifra no es considerable pues representó el 1.56% del total de hijos nacidos vivos.

³⁹ También la variable de edad del esposo se construyó con base en el procedimiento de *century months*.

criterio de una mujer más empoderada. Las demás variables están representadas en el cuadro con muy pocas diferencias a como se encuentran originalmente. Es importante resaltar que se hizo todo lo posible por evitar la pérdida de información.

La selección de estas 14 variables se obtuvo después de dos procesos fundamentales. Primero, se descartaron otras variables, el primer listado de variables fue de 24 (más las de contexto y sociodemográficas), pero por la búsqueda de aquellas variables que reflejaran de alguna manera un comportamiento de mayor empoderamiento de parte de la mujer se fueron descartando; por ejemplo se llegó a descartar la variable “Su pareja ayuda a cuidar hijos” por considerar que el hombre puede involucrarse en el cuidado de sus hijos con cierta independencia de si la mujer goza de mayor empoderamiento; asimismo se descartó la variable de “Práctica del *papanicolau*” por considerar de igual manera que no era reflejo de una mujer más empoderada el practicárselo, lo puede hacer también fácilmente una mujer menos empoderada.

En segundo término, ya que se tuvieron esas 14 variables se procedió a realizar un análisis de correlación para descartar toda sobreexplicación entre variables. Lo que arrojó este análisis fue que entre ninguna de las variables el coeficiente de correlación superó 0.65, necesario para darse cuenta de que una variable explica lo suficiente a otra variable como para no incorporar a ambas al estudio. El cuadro puede consultarse en el anexo.

Estas 14 variables pueden agruparse en dos grandes categorías: de comportamiento y de autonomía⁴⁰. Asimismo para facilitar el análisis, se dividió a las 14 variables en dos grupos. El cuadro 4.4 presenta las variables agrupadas según grupo de edad y tipo de localidad con el fin de mostrar una descripción general.

Para este caso, entendemos por comportamiento la manifestación externa de un sentimiento⁴¹ y por autonomía como aquel acto que no es individual sino un acto convenido por los actores⁴², la entendemos más allá de una visión unilateral. Las variables “Su pareja la ha golpeado” y “Diferencia de edad con respecto a la pareja”, también podrían formar

⁴⁰ En la categoría de comportamiento se incluyó una variable de conocimiento (sobre el SIDA) para simplificar los agrupamientos.

⁴¹ No es lo mismo comportamiento que actitud, el conocimiento de la actitud permite a veces predecir el comportamiento; a diferencia del comportamiento la actitud no se presta a la observación directa (González, 1981; información en línea: www.biopsychology.org).

⁴² De esta manera, se logra ampliar su concepto para entenderla mejor con base en la responsabilidad social (Portal literario mundo prosa, 2008; información en línea: www.mundoprosa.com).

parte del grupo de autonomía, sin embargo se incluyeron en la categoría de comportamiento debido a que creemos que ambas tienen mayor peso aquí que en autonomía.

Cuadro 4.4 "Clasificación de las 14 variables de la ENSAR 2003"	
Categoría	Variables
De comportamiento	Número total de hijos nacidos vivos Uso de métodos anticonceptivos modernos Usó métodos en la primera relación sexual Su pareja la ha golpeado Conoce cómo se evita la transmisión del SIDA Diferencia de edad con respecto a la pareja
De autonomía	Ha platicado con su pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos Su pareja está de acuerdo en usar anticonceptivos Su pareja le ayuda a limpiar la casa Quién ha tomado la decisión de usar métodos Quién toma la iniciativa para tener relaciones sexuales Si no tiene ganas de tener relaciones sexuales se lo dice a su pareja Quién decide cuántos hijos tener Quién decide en qué gastar el dinero
FUENTE: Elaboración propia.	

García (2003) entra en detalle en la relación entre empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual. En su artículo habla también de cómo esta palabra no está exenta de polémicas, especialmente la que se refiere a su traducción del término anglosajón de *empowerment*, y a pesar de que sería de uso más correcto la palabra apoderamiento, la otra se ha ido imponiendo. La autora menciona que el empoderamiento es una herramienta clave para alcanzar los intereses estratégicos y así cambiar la posición de las mujeres; por lo que ella menciona queda claro que este término va de la mano con el de autonomía.

Menciona que los indicadores directos de autonomía son: participación de la mujer en la toma de decisiones en el hogar, libertad de movimiento, acceso y control de recursos económicos, estar libre de violencia doméstica, actitudes a favor de la equidad de género y la elección del cónyuge, y composición de la pareja y del hogar (García, 2003)⁴³. Creemos que la mayoría de los puntos de esta propuesta están cubiertos, en mayor o menor medida, por las variables que seleccionamos.

⁴³ En otro trabajo, García y Oliveira (2007) también abordan el tema de cómo analizar las relaciones de género a través de indicadores, los cuales son muy similares a los ya mencionados: participación del cónyuge en las tareas domésticas, participación del cónyuge en el cuidado de los niños, participación de la esposa en la toma de decisiones importantes, libertad de movimiento de la esposa y ausencia de violencia.

4.2.1.1 Construcción del Índice de Empoderamiento

Para la construcción del Índice, se convirtió en variables dicotómicas a cada una de las 14 variables consideradas. En el cuadro 4.5 se presenta la clasificación final de las 14 variables recodificadas. Se considera que una mujer se encuentra más empoderada si reúne las siguientes características:

- Presenta una baja fecundidad (0 a 2 hijos).
- Usó métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, platica con su pareja sobre su uso, utiliza métodos modernos, su pareja está de acuerdo en usarlos y donde la decisión de emplearlos es de ella o de ambos.
- En su relación de pareja es por lo menos 5 años mayor que el esposo.
- Donde ella sola o junto con su pareja toman la iniciativa de tener relaciones sexuales, y cuando ella es capaz de decir que no quiere tenerlas.
- Si en la relación, ella sola o ambos deciden cuántos hijos tener y en qué gastar el dinero.
- Si la pareja le ayuda a limpiar la casa y si no ha sido golpeada.
- Cuando ella conoce cómo se evita la transmisión del SIDA.

A partir de estas 14 variables dicotómicas se contabilizaron 12019 mujeres, conformándose como el universo de estudio. Del total, 803 mujeres (6.68%) quedaron fuera por falta de respuesta (código “No especificado”) en cualquiera de las 14 variables; sin embargo esta cifra representa un porcentaje de casos perdidos relativamente aceptable.

4.2.2 Variables de la Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006

Como se señaló anteriormente, la ENSATA 2006 es una encuesta que obtiene información sobre la opinión de las personas respecto al aborto y sobre otros temas relacionados a la salud en general y a la salud reproductiva en particular; este tipo de datos combinados con cuestiones demográficas proporcionan información relevante para el tema que aquí se estudia.

Cuadro 4.5 "Recodificación de las 14 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años de edad, actualmente unida y corresidente con pareja para la construcción del Índice, ENSAR 2003"				
Variable	Recodificación		%	Casos perdidos
Número total de hijos nacidos vivos	0 - 2	Más empoderadas	47.09	0.00
	3 y más	Menos empoderadas	52.91	
Ha platicado con su pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos	Sí	Más empoderadas	72.68	0.16
	No	Menos empoderadas	27.16	
Su pareja está de acuerdo en usar métodos anticonceptivos	Sí	Más empoderadas	82.87	0.16
	No	Menos empoderadas	16.97	
Usa métodos anticonceptivos modernos	Sí	Más empoderadas	70.79	0.17
	No	Menos empoderadas	29.04	
Quién ha tomado la decisión de usar métodos anticonceptivos	Ella o ambos	Más empoderadas	83.22	0.49
	Él o personal médico	Menos empoderadas	16.29	
Usó métodos en la primera relación	Sí	Más empoderadas	12.34	0.15
	No	Menos empoderadas	87.51	
Diferencia con la edad del esposo	Ella mayor 5 o más	Más empoderadas	2.61	2.15
	Ella menor 5 y él mayor	Menos empoderadas	95.24	
Quién toma iniciativa para relaciones sexuales	Ella o ambos	Más empoderadas	52.20	1.44
	Él	Menos empoderadas	46.36	
Si no tiene ganas de relaciones sexuales le dice a pareja	Sí	Más empoderadas	86.33	1.28
	No	Menos empoderadas	12.39	
Quién decide cuántos hijos tener	Ella o ambos	Más empoderadas	90.40	0.40
	Él	Menos empoderadas	9.21	
Quién decide en qué gastar el dinero	Ella o ambos	Más empoderadas	90.40	0.87
	Él	Menos empoderadas	8.74	
Pareja le ayuda a limpiar la casa	Coopera	Más empoderadas	58.37	0.71
	No coopera	Menos empoderadas	40.92	
Su pareja la ha golpeado	No	Más empoderadas	85.98	0.56
	Sí	Menos empoderadas	13.46	
Conoce cómo se evita el SIDA	Sí	Más empoderadas	83.40	1.94
	No	Menos empoderadas	14.66	
NOTA: La población total (N) es de 12019 casos.				
FUENTE: Cálculos propios.				

Esta investigación une a ambas encuestas con el criterio de identificación de grupos específicos de mujeres. Por el diseño muestral y el cuestionario de cada una de estas dos encuestas es imposible realizar un acercamiento por otra vía, pero consideramos que es un ejercicio válido para probar nuestra hipótesis central que interrelaciona empoderamiento con una apertura hacia los derechos reproductivos y al aborto legal.

Cuadro 4.6 "Distribución de las mujeres según categoría de estudio, ENSATA 2006"		
Categoría	N	%
Mujeres de 15 a 49 años	1,409	100.0
Mujeres de 15 a 49 años alguna vez unidas	921	65.4
Mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas	875	62.1
Mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas corresidentes con pareja	692	49.1
FUENTE: Cálculos propios.		

La selección de la población de estudio en esta encuesta quedó distribuida como se muestra en el cuadro 4.6. Como se puede ver, la categoría de las mujeres de 15 a 49 años, actualmente unidas y corresidentes con pareja constituyeron el 49.1% del total de casos, con 692 mujeres.

Para poder ligar a las encuestas, se tuvo que escoger primero a las mismas variables de contexto y sociodemográficas de la ENSAR 2003, es decir, las variables de ámbito de residencia, grupo de edad y nivel escolar que se muestran en el cuadro 4.7. En la ENSATA 2006 se dan tres categorías para el ámbito de residencia, se juntaron las de rural y transición para hacer solamente una categoría; por lo cual la proporción de población urbana quedó en 75.3% en la ENSAR 2003 y de 75.9% en la ENSATA 2006.

Cuadro 4.7 "Población femenina de 15 - 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja según variables de contexto y sociodemográficas, ENSATA 2006"		
Variable		%
Lugar de residencia		
	Urbano	75.9
	Rural	24.1
Grupos de edad		
	15 - 24	16.8
	25 - 34	38.2
	35 y más	45.0
Nivel escolar		
	Primaria	51.7
	Secundaria	27.6
	Preparatoria	20.6
NOTA: La población total (N) es de 692 casos.		
FUENTE: Cálculos propios.		

Para el análisis de la ENSATA 2006, 24 variables son las que se examinaron y su distribución se presenta en el cuadro 4.8. Estas variables permitirán conocer lo que expresan las mujeres de 15 a 49 años de edad, actualmente unidas y corresidentes con pareja, en relación a los temas de interés.

Asimismo se hicieron modificaciones en las variables para no perder casos y porque era más adecuado metodológicamente. El procedimiento de asignación fue el siguiente: se asumió que la mujer que no compartía la opinión de apertura al aborto dio una respuesta negativa y el resto una respuesta positiva. Respecto a variables que tenían tres tipos de respuesta: de acuerdo, no de acuerdo y neutral, se asignó puntaje en escala de uno a tres. Las no respuesta y sin contestación, se incorporaron a la categoría de neutral.

Cuadro 4.8 "Frecuencias de las 24 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja, ENSATA 2006"		
Variable		%
Las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa	Si es aceptable	54.3
	No es aceptable	43.4
	NS/NC	2.3
Los hombres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa	Si es aceptable	59.3
	No es aceptable	38.2
	NS/NC	2.5
Las mujeres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio	Si es aceptable	25.8
	No es aceptable	71.0
	NS/NC	3.1
Los hombres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio	Si es aceptable	32.4
	No es aceptable	64.5
	NS/NC	3.1
Qué opinión tiene sobre el aborto	Por ley, una mujer debe tener derecho al aborto siempre	12.9
	Por ley, el aborto debe estar permitido sólo en algunas circunstancias	56.4
	Por ley, el aborto debe estar prohibido en todos los casos	26.5
	NS/NC	4.3
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de una violación	En desacuerdo	26.2
	Neutral	7.9
	En acuerdo	63.0
	NS/NC	2.9
Puede ocurrir un aborto cuando la vida de la mujer está en peligro	En desacuerdo	20.5
	Neutral	6.9
	En acuerdo	69.6
	NS/NC	3.0
Puede ocurrir un aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer	En desacuerdo	23.9
	Neutral	8.5
	En acuerdo	63.5
	NS/NC	4.1
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de incesto	En desacuerdo	31.0
	Neutral	11.5
	En acuerdo	50.7
	NS/NC	6.8
Puede ocurrir un aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves	En desacuerdo	27.1
	Neutral	8.9
	En acuerdo	60.0
	NS/NC	4.0
Puede ocurrir un aborto por falta de recursos económicos de la mujer	En desacuerdo	74.2
	Neutral	11.3
	En acuerdo	10.8
	NS/NC	3.8
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es madre soltera	En desacuerdo	80.7
	Neutral	5.6
	En acuerdo	8.9
	NS/NC	4.8
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es menor de edad	En desacuerdo	71.5
	Neutral	8.1
	En acuerdo	15.5
	NS/NC	4.8
Puede ocurrir un aborto cuando falló un método anticonceptivo	En desacuerdo	80.2
	Neutral	6.4
	En acuerdo	9.4
	NS/NC	4.1

Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	66.4 7.4 21.5 4.7
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la vida de ella está en peligro	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	68.2 8.2 19.4 4.2
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando está en riesgo su salud	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	67.0 9.3 19.2 4.5
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de incesto	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	57.0 11.1 23.5 8.4
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	60.8 11.1 22.6 5.5
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto por falta de recursos económicos de ella	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	30.7 10.3 53.9 5.1
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando ella es madre soltera	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	31.9 8.8 55.3 4.0
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando ella es menor de edad	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	36.0 10.8 47.3 5.9
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando falló un método anticonceptivo	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	31.0 9.3 54.4 5.4
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando ella así lo decida	En desacuerdo Neutral En acuerdo NS/NC	30.4 9.2 55.6 4.9
NOTA: La población total (N) es de 692 casos.		
FUENTE: Cálculos propios.		

Antes de la construcción del Índice de apertura al aborto, se decidió construir tres subíndices que nos permitieran un acercamiento a la opinión de las mujeres en tres temas relacionados a la sexualidad y al aborto (véase cuadro 4.9). En el primer subíndice se incluyeron cuatro variables que preguntan sobre las relaciones sexuales, en hombres y mujeres, antes del matrimonio y en presencia de una relación amorosa, y relaciones de tipo casual.

El segundo subíndice se construyó a partir de diez variables que indagan la información sobre la opinión del aborto y sobre la opinión de bajo qué causales es aceptable que ocurra un aborto. Como se puede ver en el cuadro, las causales bajo las cuales se pregunta si debe de permitirse un aborto son nueve: cuando el embarazo es resultado de violación, la vida de la mujer está en peligro, está en riesgo la salud de la mujer, el embarazo es resultado de incesto, cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves, por falta de recursos económicos de la mujer, cuando la mujer es madre soltera, cuando es menor de edad y cuando falló un método anticonceptivo.

Cuadro 4.9 "Clasificación de las 24 variables de la ENSATA 2006"	
Subíndice	Variables
Sobre relaciones sexuales	Las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa Los hombres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa Las mujeres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio Los hombres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio
Sobre aborto	Qué opinión tiene sobre el aborto Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de una violación Puede ocurrir un aborto cuando la vida de la mujer está en peligro Puede ocurrir un aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de incesto Puede ocurrir un aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves Puede ocurrir un aborto por falta de recursos económicos de la mujer Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es madre soltera Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es menor de edad Puede ocurrir un aborto cuando falló un método anticonceptivo
Sobre castigo penal al aborto	Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de incesto Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto por falta de recursos económicos de la mujer Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es madre soltera Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es menor de edad Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando falló un método anticonceptivo Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer así lo decida

FUENTE: Elaboración propia con base en *Population Council*, Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006.

Por último, el tercer subíndice se elaboró con diez variables que preguntan sobre si se debe castigar penalmente a la mujer que aborte. En este caso son las mismas causales que las de las preguntas del segundo subíndice, solamente se agrega una más, se castigue a la mujer que aborte cuando ella así lo decida.

4.2.2.1 Construcción del Índice de Apertura al Aborto

El Índice de apertura al aborto guarda una diferencia principal respecto al Índice de Empoderamiento de la ENSAR 2003. En la mayoría de los casos, las respuestas obtenidas de la ENSATA 2006 no son dicotómicas porque tienen tres tipos de respuesta: en acuerdo, en desacuerdo y neutral. Por lo tanto para la elaboración del índice se respetó esta clasificación de categoría tricotómica. Lo anterior conlleva a tener un sistema de puntuación diferente al Índice de Empoderamiento de la ENSAR 2003.

Las respuestas a una postura negativa a los derechos reproductivos y la opinión a favor del aborto se le asignó un puntaje de cero, a las respuestas neutrales un puntaje de uno y a las favorables dos puntos.

4.2.2.2 Regresión logística

En esta sección se describe el modelo de regresión logística múltiple. Considérese un conjunto de p variables independientes que se denotará por el vector $x' = (x_1, x_2, \dots, x_p)$. Las variables independientes son cuantitativas en la escala de intervalo. Se denota $P(Y = I | x) = \pi(x)$ a la probabilidad condicional de la variable dependiente dado el vector de variables independientes. Entonces el logito del modelo de regresión logística múltiple está dado por la ecuación:

$$g(x) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p \quad \text{lo que implica:} \quad \pi(x) = e^{g(x)} / (1 + e^{g(x)})$$

Después de una etapa exploratoria, el mejor modelo para probar nuestra hipótesis fue la opción bivariada. Las dos variables que entraron en el análisis fueron las siguientes. La primera de ellas es la variable que se construyó para diferenciar a las mujeres de mayor y menor apertura al aborto⁴⁴; en el primer grupo quedaron 173 mujeres (25.1%) y en el segundo grupo quedaron 518 mujeres (74.9%); ésta fue la variable dependiente.

⁴⁴ Con esta variable se elaboró el Índice de Apertura al Aborto; con ella se realizaron los cruces con grupo de edad, tipo de localidad de residencia y nivel escolar.

Cuadro 4.10 "Recodificación de las 24 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja para la construcción de los subíndices y del índice general, ENSATA 2006"			
Variable	Recodificación		%
Las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa	Aceptable	De mayor apertura	56.6
	No aceptable	De menor apertura	43.4
Los hombres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa	Aceptable	De mayor apertura	61.8
	No aceptable	De menor apertura	38.2
Las mujeres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio	Aceptable	De mayor apertura	29.0
	No aceptable	De menor apertura	71.0
Los hombres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio	Aceptable	De mayor apertura	35.5
	No aceptable	De menor apertura	64.5
Qué opinión tiene sobre el aborto	A favor del derecho	De mayor apertura	12.9
	En contra del derecho	Intermedias	60.7
		De menor apertura	26.5
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de una violación	En acuerdo	De mayor apertura	63.0
		Neutrales	10.8
	En desacuerdo	De menor apertura	26.2
Puede ocurrir un aborto cuando la vida de la mujer está en peligro	En acuerdo	De mayor apertura	69.6
		Neutrales	9.9
	En desacuerdo	De menor apertura	20.5
Puede ocurrir un aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer	En acuerdo	De mayor apertura	63.5
		Neutrales	12.7
	En desacuerdo	De menor apertura	23.9
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de incesto	En acuerdo	De mayor apertura	50.7
		Neutrales	18.3
	En desacuerdo	De menor apertura	31.0
Puede ocurrir un aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves	En acuerdo	De mayor apertura	60.0
		Neutrales	12.9
	En desacuerdo	De menor apertura	27.1
Puede ocurrir un aborto por falta de recursos económicos de la mujer	En acuerdo	De mayor apertura	10.8
		Neutrales	15.0
	En desacuerdo	De menor apertura	74.2
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es madre soltera	En acuerdo	De mayor apertura	8.9
		Neutrales	10.5
	En desacuerdo	De menor apertura	80.7
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es menor de edad	En acuerdo	De mayor apertura	15.5
		Neutrales	13.0
	En desacuerdo	De menor apertura	71.5
Puede ocurrir un aborto cuando falló un método anticonceptivo	En acuerdo	De mayor apertura	9.4
		Neutrales	10.5
	En desacuerdo	De menor apertura	80.2
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación	En desacuerdo	De mayor apertura	66.4
		Neutrales	12.1
	En acuerdo	De menor apertura	21.5
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro	En desacuerdo	De mayor apertura	68.2
		Neutrales	12.4
	En acuerdo	De menor apertura	19.4
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer	En desacuerdo	De mayor apertura	67.0
		Neutrales	13.8
	En acuerdo	De menor apertura	19.2
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de incesto	En desacuerdo	De mayor apertura	57.0
		Neutrales	19.5
	En acuerdo	De menor apertura	23.5
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves	En desacuerdo	De mayor apertura	60.8
		Neutrales	16.5
	En acuerdo	De menor apertura	22.6
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto por falta de recursos económicos de la mujer	En desacuerdo	De mayor apertura	30.7
		Neutrales	15.4
	En acuerdo	De menor apertura	53.9
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es madre soltera	En desacuerdo	De mayor apertura	31.9
		Neutrales	12.8
	En acuerdo	De menor apertura	55.3
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es menor de edad	En desacuerdo	De mayor apertura	36.0
		Neutrales	16.6
	En acuerdo	De menor apertura	47.3
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando falló un método anticonceptivo	En desacuerdo	De mayor apertura	31.0
		Neutrales	14.7
	En acuerdo	De menor apertura	54.4
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer así lo decida	En desacuerdo	De mayor apertura	30.4
		Neutrales	14.0
	En acuerdo	De menor apertura	55.6

NOTA: La población total (N) es de 692 casos.

FUENTE: Cálculos propios.

La segunda variable se construyó tomando como base las características de edad, contexto de residencia y escolaridad. En un grupo quedaron las mujeres que identificamos como las de menor apertura al aborto, es decir, aquellas que tenían 35 años y más, residían en localidades rurales y poseían primaria; en el otro grupo quedó el resto de las mujeres, esto es, tanto las que identificamos como las de mayor apertura al aborto: entre 25 y 34 años, residentes en localidades urbanas y con preparatoria, como las mujeres que se encontraron con niveles de apertura menores que éstas últimas: entre 15 y 24 años de edad y con nivel de secundaria; ésta fue la variable independiente⁴⁵.

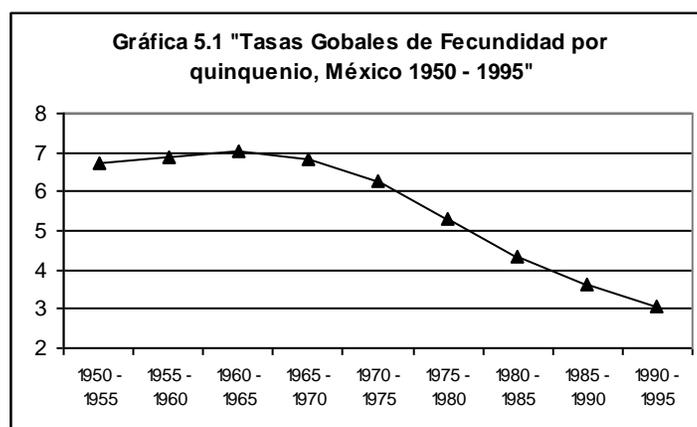
⁴⁵ El nivel de confianza se estableció al 95%.

*...En el 2000
mi hermana va a parir una célula
creciente de una relación caliente,
y deprimida también ardida,
odiar a ese ser humano
que se ha ido y la ha dejado...*

(En el 2000, Natalia Lafourcade)

5. El comportamiento secular de la fecundidad en México

Como se mencionó en capítulos anteriores, México inició su descenso de la fecundidad en la década de los 1960's (Juárez y Quilodrán, 1990; Mier y Terán y Partida, 2001; Zavala de Cosío, 1992; Zavala de Cosío, 2001). La Tasa Global de Fecundidad (TGF) pasó de 6.72 en el quinquenio 1950 – 1955 a 3.06 en el quinquenio 1990 – 1995, con un máximo de 7.01 en el quinquenio 1960 – 1965. Como puede verse en la gráfica 5.1, en los tres primeros quinquenios ocurrió un ligero ascenso de la fecundidad, pero a partir del quinquenio 1960 - 1965 comenzó una disminución que se aceleró diez años más tarde, acelerándose para 1990. Según datos más actuales, la TGF en 2006 fue de 2.2 hijos por mujer (Partida, 2006).

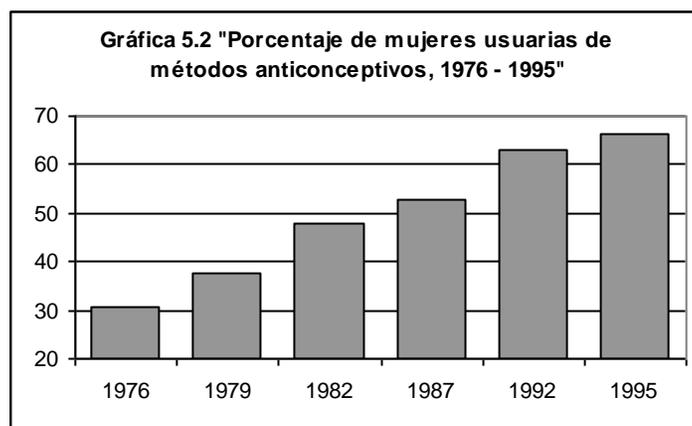


FUENTE: Elaboración propia con base en Mier y Terán y Partida (2001).

Sin embargo, este descenso estuvo acompañado de un conjunto de cambios de actitudes y comportamientos asociados a la también ya mencionada secularización en la sociedad mexicana. El número de mujeres separadas o divorciadas pasó de 2.9% a 5.6% entre 1970 y 1997, la proporción de mujeres unidas entre 15 y 39 años de edad disminuyó ligeramente, en tanto en los grupos de 40 – 44 y 45 – 49 esta cifra se mantuvo estable (Quilodrán, 2000). Un indicador que no cambió mucho fue la edad a la primera unión que entre 1960 y 1995 pasó de 20.7 a 22.9 años en el caso de las mujeres, y de 23.9 a 25.1 años

en el caso de los hombres, con diferencias de 2.2 y 1.2 años respectivamente (Quilodrán, 2001); el incremento fue mayor en las mujeres.

En lo que se refiere a anticoncepción existen datos muy reveladores. El porcentaje de usuarias de anticoncepción entre 1976 y 1995 subió de 30.7% a 66.5% lo que significa un incremento del 116% entre un año y otro (Hernández, 2001a); mientras que los datos de 2006 indican que el uso de anticonceptivos pasó a ser de 70.9% (Mendoza, 2006); del grupo de usuarias, la proporción de las que usan ritmo o retiro como método anticonceptivo bajó de 33.2% a 13%, y en lo que se refiere al número ideal de hijos para las mujeres que no han sido madres, en este mismo período de tiempo, pasó de 5 a 2.3 (Hernández, 2001a).



FUENTE: Elaboración propia con base en Hernández (2001a).

5.1 Cambios relativos al proceso de secularización por grupo de edad y tipo de localidad de residencia

En este apartado, se examinan las 14 variables seleccionadas de la ENSAR 2003 para un análisis más detallado. Tal cual se mencionó con anterioridad todas ellas permiten valorar el proceso de secularización, modernización y autonomía de la sociedad. Asimismo, este análisis nos permite una aproximación a nuestro objeto de estudio. Los cuadros 5.1 y 5.2 presentan las diferencias de estas variables por grupo de edad y los cuadros 5.3 y 5.4 según contexto rural o urbano.

Cuadro 5.1 "Variables de comportamiento por grupo de edad, ENSAR 2003"					
Variable	Grupo de edad				
	15 - 24	25 - 34	35 y más	Total	
Número total de hijos nacidos vivos	0 - 2	88.8	53.7	25.6	47.1
	3 y más	11.2	46.3	74.4	52.9
Uso de métodos anticonceptivos modernos	Sí	61.3	74.8	71.5	70.9
	No	38.7	25.2	28.5	29.1
Usó métodos en la primera relación sexual	Sí	17.7	14.6	8.5	12.4
	No	82.3	85.4	91.5	87.6
Su pareja la ha golpeado	Sí	9.9	13.8	14.8	13.5
	No	90.1	86.2	85.2	86.5
Conoce cómo se evita la transmisión del SIDA	Sí	83.2	86.7	84.4	85.1
	No	16.8	13.3	15.6	14.9
Diferencia de edad con respecto a la pareja	Ella mayor 5 años o más	0.3	1.7	4.4	2.7
	Ella mayor 4 años y menos	99.7	98.3	95.6	97.3

FUENTE: Cálculos propios.

El “Número total de hijos nacidos vivos” muestra una tendencia de aumento con la edad por ser una medida acumulada de la fecundidad del pasado. Conforme crece la edad, las mujeres aumentan el promedio de hijos nacidos vivos⁴⁶. Sin embargo, es importante mencionar que una de cada cuatro mujeres de 35 años y más (25.6%) no ha rebasado el umbral de los dos hijos, que se sabe es una cifra importante por ser el límite del nivel de reemplazo que permite reponer la población; las mujeres de este grupo de edad son las que se encuentran más cerca del fin de su vida reproductiva o ya la completaron.

⁴⁶ La estimación se refiere a las mujeres de 15 a 49 años, actualmente unidas y corresidentes con pareja.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos modernos el grupo de edad intermedio, de 25 a 34 años, es el que muestra el nivel más elevado de uso de anticonceptivos modernos (74.8%), con un nivel muy cercano de las mujeres de 35 años y más (71.5%) y más alejado del nivel de las de 15 a 24 años (61.3%); del total de mujeres todavía cerca de una de cada tres (29.1%) no utiliza métodos modernos, ya sea que use métodos tradicionales (ritmo o retiro) o que no use ninguno, lo que es una cifra aun elevada. Sin embargo, los hallazgos no concuerdan con los de Quilodrán y Sosa (2004, p. 399), que señalan que “Cuanto más elevada es la edad de la mujer, mayor es la proporción que utiliza métodos tradicionales”.

La mayor difusión de los métodos anticonceptivos en el pasado reciente se vislumbra en la siguiente variable. El 17.7% de las mujeres de 15 a 24 años usaron anticonceptivos en su primera relación sexual, en contraste con el 8.5% de las mujeres de 35 años y más; son porcentajes pequeños si se considera que siempre se debe usar protección para evitar un embarazo o para evitar infecciones de transmisión sexual. Asimismo, es preocupante que hay personas en la actualidad que creen que al brindar el conocimiento de la anticoncepción de emergencia, una herramienta fundamental para cuando se dan relaciones sexuales sin protección o en caso de posible fallo, propiciará que las mujeres abusen de este método considerándolo como un anticonceptivo común (Pauluzzi, 2006).

El mayor tiempo de exposición en una relación hace que sean mayores las probabilidades de sufrir violencia. Casi el 15% de las mujeres de 35 años y más han sufrido violencia de parte de su pareja, mientras la menor proporción la tienen las mujeres de 15 a 24 años con casi el 10%. El nivel de violencia que sufren las mujeres de nuestra población examinada es de 13.5%, muy similar al que tienen las mujeres de 25 a 34 años (13.8%). A pesar de ser porcentajes relativamente bajos, es lamentable que este tipo de comportamiento siga marcando la vida de muchas mujeres.

Sólo el 15% del total de mujeres no conoce cómo se evita la transmisión del SIDA. Los dos grupos de edad extremos, 15 a 24 y 35 y más, muestran niveles muy parecidos (16.8% y 15.6% respectivamente), en tanto el grupo de 25 a 34 años presenta un porcentaje ligeramente más bajo (13.3%); esto denota que aunque la información fluye, no termina de llegar a toda la población.

Las proporciones más bajas de todas las variables presentadas las tiene la última variable. Ha ido disminuyendo el porcentaje de mujeres que tienen 5 años o más que su pareja, en el grupo de edad de 15 a 24 años esta cantidad apenas alcanza el 0.3% y en el grupo de 35 años y más el número sube a 4.4%; la tendencia descrita muestra lo poco común que son las relaciones en las que la mujer sea algo mayor, lo que puede deberse a que no es un fenómeno social común y aceptado.

La primera variable de autonomía muestra que las jóvenes son las que mejor se comunican con sus parejas sobre el uso de métodos anticonceptivos. Uno espera que en una relación más igualitaria exista una buena comunicación. El 76.2% reporta comunicación en el grupo de mujeres de 25 a 34 años, le sigue el grupo de 15 a 24 años (73.4%) y finalmente se encuentran las mujeres de 35 años y más (69.8%). Estas diferencias indican que una de cada cuatro mujeres (27.2%) no se comunica con su pareja sobre este importantísimo tema, lo cual es preocupante. En una encuesta realizada por *Católicas por el Derecho a Decidir* (2008) en 17 estados del país en 2003, poco más de nueve de cada diez personas estuvo a favor de que el gobierno promueva el uso del condón.

En la variable de si la pareja está de acuerdo en usar anticonceptivos, vuelven a tener los mejores niveles las mujeres de 25 a 34 años. En este grupo de edad solo el 13.2% de las parejas no están de acuerdo, cifra que alcanza casi el 20% para las mujeres de 35 años y más; estos porcentajes relativamente ligeros de oposición son el resultado de la cada vez mayor igualdad dentro de la pareja y también de la resistencia de los grupos masculinos más radicales. “Muchos hombres creen asegurarse la fidelidad y la permanencia de sus parejas dejándolas embarazadas y no permitiéndoles la posibilidad de la anticoncepción” (Pauluzzi, 2006, p. 55).

De nueva cuenta las mejor situadas en la variable de si la pareja ayuda en los quehaceres del hogar son las mujeres de 25 a 34 años y las peor situadas las mujeres de 35 años y más. Las primeras declaran que en el 64.3% de lo casos su pareja sí las ayuda, mientras en las segundas esa cifra es de 54.8%. Tal cual lo señalan las mujeres, los hombres aun no se incorporan en forma al trabajo doméstico, pero se nota mayor participación en los grupos jóvenes, ya sea por iniciativa propia de los hombres o por la exigencia de las mujeres.

Cuadro 5.2 "Variables de autonomía por grupo de edad, ENSAR 2003"					
Variable	Grupo de edad				
	15 - 24	25 - 34	35 y más	Total	
Ha platicado con su pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos	Sí	73.4	76.2	69.8	72.8
	No	26.6	23.8	30.2	27.2
Su pareja está de acuerdo en usar anticonceptivos	Sí	81.5	86.8	80.5	83.0
	No	18.5	13.2	19.5	17.0
Su pareja le ayuda a limpiar la casa	Sí	57.6	64.3	54.8	58.8
	No	42.4	35.7	45.2	41.2
Quién ha tomado la decisión de usar métodos	Ella o ambos	74.4	88.2	83.4	83.6
	Su pareja u otros	25.6	11.8	16.6	16.4
Quién toma la iniciativa para tener relaciones sexuales	Ella o ambos	50.5	57.3	50.4	53.0
	Él	49.5	42.7	49.6	47.0
Si no tiene ganas de tener relaciones sexuales se lo dice a su pareja	Sí	87.5	89.3	85.9	87.5
	No	12.5	10.7	14.1	12.5
Quién decide cuántos hijos tener	Ella o ambos	89.8	91.0	89.0	89.9
	Él	9.4	8.5	10.3	9.5
Quién decide en qué gastar el dinero	Ella o ambos	90.8	91.3	90.3	90.8
	Él	9.2	8.7	9.7	9.2

FUENTE: Cálculos propios.

Respecto a la pregunta sobre “Quién ha tomado la decisión de usar métodos” el grupo de edad de 25 a 34 años presenta la mayor autonomía. En el grupo de 25 a 34 años el 88.2% de las mujeres menciona que la decisión fue de ella o de ambos, le sigue en importancia las mujeres de 35 años y más con el 83.4% y las de 15 a 24 años con el 74.4%; parece ser que en las más jóvenes la pareja tiene mayor poder al momento de decidir el uso de anticonceptivos.

En la variable “Quién toma la iniciativa para tener relaciones sexuales” se dan cifras muy similares. En el 47% del total de casos, es la pareja quien toma la iniciativa, cifra que baja al 42.7% en el grupo de de edad de 25 a 34 años quienes son las que tienen el nivel más bajo; los porcentajes más cercanos al 50% se encuentran en los grupos de mujeres de 15 a 24 años y de 35 años y más; esta variable es la que muestra los menores niveles de empoderamiento de parte de las mujeres, la influencia del hombre en este asunto se denota. Existe el precedente de que Organizaciones no Gubernamentales promovieron durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, el

reconocimiento del derecho al erotismo, al goce, al bienestar y al disfrute de la sexualidad (Lerner y Szasz, 2003).

En la siguiente variable sobre “Si no tiene ganas de tener relaciones sexuales se lo dice a su pareja”, se vuelve a repetir el patrón mencionado en párrafos anteriores en el sentido de que refleja la falta de comunicación porque las mujeres no están obligadas a hacer algo que no deseen hacer. Están mejor situadas las mujeres de 25 a 34 años y en mayor desventaja las de 35 años y más. En las primeras el porcentaje de mujeres que no le dicen a la pareja que no quieren tener relaciones sexuales es del 10.7%, en tanto en las segundas es del 14.1%. El nivel intermedio lo ocupan las mujeres de 15 a 24 años con 12.5%.

En relación a las últimas dos variables, sus proporciones son muy parecidas. En la de “Quién decide cuántos hijos tener”, caen dentro del rango de 89% y 91% con un ligero mayor empoderamiento de las mujeres de 25 a 34 años (91%) seguidas por las de 15 a 24 años (89.8%) y las de 35 años y más (89%). Para la variable “Quién decide en qué gastar el dinero” el rango de las proporciones son aun más cerradas que para la variable anterior, entre el 90.3% y 91.3%. Nuevamente, el primer lugar lo tienen las mujeres de 25 a 34 años (91.3%), en segundo lugar las de 15 a 24 años (90.8%) y en tercer lugar las de 35 años y más (90.3%).

A continuación se presenta la información sobre tipo de localidad de residencia. En el número total de hijos resalta la mayor proporción de mujeres que en el ámbito rural tienen tres hijos o más, 63.7% contra 49.4% de las mujeres urbanas; se constata que la fecundidad es generalmente mayor en las áreas rurales que en las urbanas (Partida, 2006); en el ámbito urbano existe un equilibrio entre los dos grupos de mujeres con ligera ganancia para las que tienen entre cero y dos hijos; en el total nos damos cuenta que el peso de las mujeres rurales se impone al predominar ligeramente las que tienen tres hijos o más (47.1% y 52.9% respectivamente).

En relación al uso de anticonceptivos modernos se encuentra lo siguiente. Son más las mujeres que en el ámbito urbano usan este tipo de anticonceptivos, 72.9% contra 65% de las mujeres rurales; como se nota la diferencia tampoco es tan grande, de apenas el 8%, lo que indica la cada vez mayor convergencia de indicadores entre las zonas urbanas y rurales; tres de cada diez mujeres no usa anticonceptivos modernos, ya sea que use métodos

tradicionales o simplemente no usa ninguno, lo que indica que la demanda insatisfecha es todavía considerable⁴⁷.

Cuadro 5.3 "Variables de comportamiento por tipo de localidad de residencia, ENSAR 2003"				
Variable	Tipo de localidad			
	Rural	Urbana	Total	
Número total de hijos nacidos vivos	0 - 2	36.3	50.6	47.1
	3 y más	63.7	49.4	52.9
Uso de métodos anticonceptivos modernos	Sí	65.0	72.9	70.9
	No	35.0	27.1	29.1
Usó métodos en la primera relación sexual	Sí	2.7	15.5	12.4
	No	97.3	84.5	87.6
Su pareja la ha golpeado	Sí	11.2	14.3	13.5
	No	88.8	85.7	86.5
Conoce cómo se evita la transmisión del SIDA	Sí	71.0	89.6	85.1
	No	29.0	10.4	14.9
Diferencia de edad con respecto a la pareja	Ella mayor 5 años o más	1.9	2.9	2.7
	Ella mayor 4 años y menos	98.1	97.1	97.3

FUENTE: Cálculos propios.

Donde sí se nota que en el pasado existían mayores diferencias entre zonas urbanas y rurales es en la variable “Usó métodos en la primera relación”. Aunque ambos son porcentajes bajos, en el ámbito urbano el 15.5% de las mujeres declaró que sí usó anticonceptivos en esa relación, mientras que sólo el 2.7% de las mujeres rurales lo hizo; esto significa que en el pasado (reciente o no tan reciente dependiendo de cada mujer) las mujeres urbanas tenían mayor información y mayor acceso a anticonceptivos, lo que les facilitó su uso⁴⁸.

Curiosamente podríamos pensar que en el ámbito rural se tienen costumbres conservadoras y machistas más arraigadas, lo que podría traducirse en mayor violencia doméstica. Sin embargo, esto no es así, es mayor la proporción de mujeres urbanas que contestó que su pareja las ha golpeado en comparación a las mujeres rurales (14.3% y

⁴⁷ Tomando en consideración que parte de ese porcentaje pertenece a esta categoría. La demanda insatisfecha pasó de 25.1% a 12.1% entre 1987 y 1997, y fue de 12% en 2006; es mayor entre aquellas mujeres que tienen un hijo, en las que viven en zonas rurales y en las hablantes de lengua indígena en comparación con las que tienen tres hijos, viven en zonas urbanas y no son indígenas (Mendoza, 2006).

⁴⁸ Sólo como información adicional, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales pasó de 17.2 años en 1995 a 15.9 años en 2006 (Mendoza, 2006).

11.2% respectivamente); es lamentable que poco más de una de cada diez mujeres de la población en estudio sufra violencia (13.5%) en nuestro país; las normas⁴⁹ no las protegen suficientemente de esta discriminación (Salinas, 2001).

En la variable de si se conoce cómo se evita la transmisión del SIDA, se nota que en las zonas urbanas existe mayor información. Sólo el 10.4% de las mujeres urbanas declaró no saber cómo se evita la transmisión de esta enfermedad, contra el 29% de las mujeres rurales.

Respecto a la diferencia de edad, resultan datos indicativos de que en la mayoría de las uniones o bien la mujer es ligeramente mayor que el hombre (4 años o menos) o bien el hombre es mayor. Son insignificantes los porcentajes en los que la mujer es mayor 5 años o más; en las localidades urbanas es ligeramente mayor esta proporción que en las localidades rurales (2.9% y 1.9% respectivamente).

Finalmente presentamos a las variables de autonomía por tipo de localidad. En la variable “Ha platicado con su pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos” no hay diferencias entre localidades urbanas y rurales, lo que es muy interesante, porque se podría pensar *a priori* que las mujeres rurales son más conservadoras que las mujeres urbanas, por lo cual evitarían en mayor grado hablar de este tema; desafortunadamente en ambos casos alrededor del 27% no tiene comunicación con su pareja respecto a esta temática trascendental para sus vidas.

Donde sí resultan diferencias notables es en el aspecto de si la pareja está de acuerdo en usar anticonceptivos. En las localidades rurales el 22.2% de las mujeres dijo que su pareja no está de acuerdo en usarlos, mientras en las localidades urbanas esta cifra alcanzó el 15.3%; en ambos sitios son porcentajes elevados pensando en un escenario de apertura e igualdad de género.

En la siguiente variable también se aprecia la desigualdad entre zonas urbanas y rurales. En las zonas rurales menos de la mitad de las mujeres cuentan con el apoyo de su pareja para las labores domésticas (46.8%), y en las zonas urbanas es poco más de la mitad (62.7%). Son de destacar dos cosas: primero, que aunque ha crecido la participación del hombre en el trabajo doméstico, éste sigue siendo bajo; y segundo, que existe una

⁴⁹ Se han firmado acuerdos relacionados a este tema en la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979; la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Beijing en 1995; y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 (Salinas, 2001).

diferencia de casi 20% entre zonas urbanas y rurales, lo que indica que el rezago es mucho mayor en estas últimas. En el total, el 58.8% de las mujeres sí cuenta con ayuda de su pareja.

Variable	Tipo de localidad			
	Rural	Urbana	Total	
Ha platicado con su pareja acerca del uso de métodos anticonceptivos	Sí	72.6	72.9	72.8
	No	27.4	27.1	27.2
Su pareja está de acuerdo en usar anticonceptivos	Sí	77.8	84.7	83.0
	No	22.2	15.3	17.0
Su pareja le ayuda a limpiar la casa	Sí	46.8	62.7	58.8
	No	53.2	37.3	41.2
Quién ha tomado la decisión de usar métodos	Ella o ambos	72.1	87.4	83.6
	Su pareja u otros	27.9	12.6	16.4
Quién toma la iniciativa para tener relaciones sexuales	Ella o ambos	42.1	56.5	53.0
	Él	57.9	43.5	47.0
Si no tiene ganas de tener relaciones sexuales se lo dice a su pareja	Sí	84.0	88.6	87.4
	No	16.0	11.4	12.6
Quién decide cuántos hijos tener	Ella o ambos	85.0	91.5	89.9
	Él	14.4	7.9	9.5
Quién decide en qué gastar el dinero	Ella o ambos	84.2	92.9	90.8
	Él	15.8	7.1	9.2

FUENTE: Cálculos propios.

Respecto a “Quién ha tomado la decisión de usar métodos”, la desventaja de la mujer también está latente. La proporción de mujeres urbanas en las que la decisión no ha sido tomada por ellas o conjuntamente con su pareja es del doble (12.6%) en comparación con la proporción de las mujeres rurales (27.9%); las mujeres rurales siguen estando más marginadas de esta decisión.

En la iniciativa para tener relaciones sexuales, la decisión sólo de la pareja predomina en las localidades rurales (57.9%) y la decisión de ella o de ambos predomina en las localidades urbanas (56.5%). En general, la decisión unilateral de parte de la pareja alcanza porcentajes elevados, el 47% en el total de casos, lo que quiere decir que las mujeres aun no logran participar lo suficiente en este tema y que los hombres dominan más

este ámbito. Según Pauluzzi (2006), la falta de deseo sexual siempre surge como inquietud entre mujeres pobres entrevistadas por esta autora.

Si una mujer no tiene ganas de tener relaciones sexuales es más probable que se lo diga a su pareja si vive en una localidad urbana. El 88.6% de mujeres urbanas mencionó que sí dice cuando no quiere tener relaciones sexuales, en contraparte del 84% de las mujeres rurales; aunque en casos de igualdad este porcentaje sería del 100%, todavía existe un rezago de mayor autonomía de parte de las mujeres.

En las variables de “Quién decide cuántos hijos tener” y “Quién decide en qué gastar el dinero” los porcentajes son muy similares entre sí. La decisión de ella o ambos ronda el 85% en el primer caso y el 92% en el segundo caso, y el total se halla alrededor del 91%. Como se puede ver en el cuadro 5.4, la proporción en la decisión unilateral de la pareja es del doble en las localidades rurales (14.4% y 15.8% respectivamente) que en las localidades urbanas (7.9% y 7.1%).

Nuestro argumento principal radica en que este tipo de variables están asociadas al proceso de secularización. Como la secularización implica el valor de la igualdad, pero sobre todo los de tolerancia y pluralidad (Güezmes, 2006), pensamos que estas 14 variables son una muestra del camino que las mujeres pretenden recorrer con destino a un mayor empoderamiento; asimismo son una muestra de cómo las mujeres están viviendo su vida de pareja.

Esperamos que los comportamientos reflejados por las mujeres en las variables seleccionadas sean un indicativo de su opinión hacia el derecho de la mujer al aborto. Una mujer que expresa mayor igualdad, autonomía y empoderamiento en su relación de pareja, podría tener una opinión más abierta respecto al tema del aborto en comparación a una mujer que expresa menor igualdad, autonomía y empoderamiento; esto debido a que igualdad de género y aborto son cuestiones que tienen que ver con sus derechos sexuales y reproductivos. Por esto mismo, con tales variables hemos creado un índice que dé una aproximación a un comportamiento de empoderamiento; esta parte la presentamos a continuación.

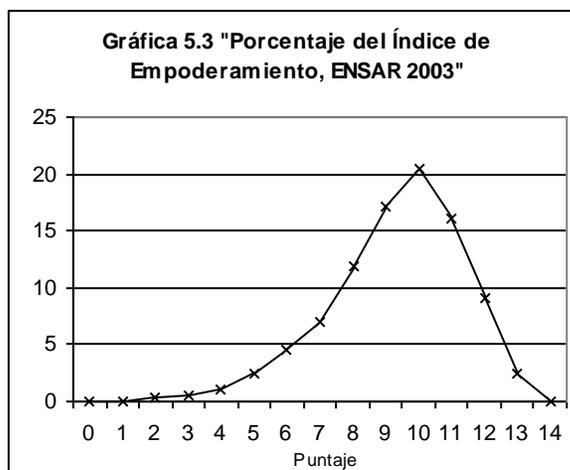
5.2 Índice de Empoderamiento de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Como ya se explicó en el capítulo metodológico, en la construcción del Índice de Empoderamiento se emplearon 14 variables. Producto de sumar las respuestas de cada una de estas variables resultó el Índice que se presenta en el cuadro 5.5. Los puntajes 8, 9, 10 y 11 superan el 10% de los casos, conjuntamente aportan el 65.6% del total; podemos ver que los puntajes menores de 6 y mayores de 12 presentan proporciones muy bajas.

La decisión que se tuvo que tomar a continuación fue dónde establecer el punto de corte para dividir a las mujeres más y menos empoderadas. Ya el cuadro anterior nos daba una imagen de cómo se distribuían los casos entre los distintos puntajes del Índice; el corte lo establecimos en el puntaje 11, ascendiendo al 27.78%, una cifra aceptable.

Cuadro 5.5 "Puntaje del Índice de Empoderamiento de las mujeres actualmente unidas de 15 a 49 años corresidentes con pareja, ENSAR 2003"			
Puntaje	Absolutos	Relativos	Acumulado
0	2	0.01	0.01
1	5	0.04	0.05
2	33	0.28	0.33
3	67	0.56	0.89
4	130	1.09	1.98
5	304	2.53	4.51
6	545	4.53	9.04
7	845	7.03	16.07
8	1434	11.93	28.01
9	2057	17.12	45.13
10	2454	20.42	65.54
11	1939	16.14	81.68
12	1101	9.16	90.84
13	293	2.44	93.28
14	5	0.04	93.32
Total	11216	93.32	
Perdidos	803	6.68	100.00
	12019	100.00	

FUENTE: Cálculos propios.



Sin embargo, es necesario dar sustento estadístico para hacer válida esta decisión, por lo tanto se calcularon algunos estadísticos. En el siguiente cuadro se puede ver que el promedio de nuestra población en estudio a la que pudo calcularse el Índice fue de 9.31 y

que la mediana fue de 10, es decir, que la decisión de dividir el puntaje del Índice en 11 era buena porque se encuentra justo encima de estas medidas de tendencia central, lo que nos permite obtener una población de mujeres más empoderadas abajo de la mitad del total de casos, que es lo que se desea.

Por su parte los *cuartiles* refuerzan el argumento. Esta prueba divide a la población en cuatro grupos con distribuciones aproximadamente iguales; lo que nos indica en nuestro caso particular es que el cuarto *cuartil* es una buena división para diferenciar a las mujeres más y menos empoderadas; en este *cuartil* se concentran aproximadamente el 25% de los casos y se encuentra a partir del 75% de los casos ordenados ascendentemente; esto indica que el puntaje a partir del cual se considerará a una mujer como más empoderada es el 11, tal y como ya lo habíamos argumentado. Descartando a los 803 casos perdidos, las mujeres más empoderadas representan el 29.8% de los 11216 casos y las mujeres menos empoderadas el restante 70.2%.

Cuadro 5.6 "Estadísticos para el Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003"		
N	11216	
Perdidos	803	
Promedio	9.31	
Mediana	10	
Cuartiles	25	8
	50	10
	75	11
FUENTE: Cálculos propios.		

Teniendo la división entre mujeres más y menos empoderadas, el próximo paso es cruzar esta información con las variables de contexto y sociodemográficas: ámbito de residencia, grupo de edad y nivel escolar. Para sacar el mayor provecho a estos cruces, se presentan dos cuadros por cada variable de contexto; primero poniendo a la variable directamente en el eje horizontal y a las categorías de mujeres más y menos empoderadas en el eje vertical, y luego viceversa, poniendo a la variable de contexto en el eje vertical y a las categorías de mujeres más y menos empoderadas en el eje horizontal. Se verá en el análisis que esta diferenciación ayuda a obtener más provecho a la información.

Cuadro 5.7 "Distribución de las mujeres según categoría del Índice de Empoderamiento por ámbito de residencia, ENSAR 2003"						
Ámbito de residencia	Categoría del Índice de Empoderamiento					
	Mujeres más empoderadas		Mujeres menos empoderadas		Total	
Rural	376	11.3	2285	29.0	2661	23.7
Urbano	2963	88.7	5591	71.0	8554	76.3
Total	3339		7876		11215	

FUENTE: Cálculos propios.

Entonces presentamos primero los dos cuadros con el cruce por ámbito de residencia (cuadros 5.7 y 5.8). Las mujeres más empoderadas se concentran en mayor medida en el ámbito urbano que en el rural en comparación con las mujeres menos empoderadas. De las mujeres menos empoderadas el 29% reside en localidades rurales en contraste con el 11.3% de las más empoderadas; de las mujeres menos empoderadas el 71% reside en localidades urbanas en contraste con el 88.7% de las más empoderadas.

Cuadro 5.8 "Distribución de las mujeres según ámbito de residencia por categoría del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003"						
Categoría del Índice de Empoderamiento	Ámbito de residencia					
	Rural		Urbano		Total	
Mujeres más empoderadas	376	14.1	2963	34.6	3339	29.8
Mujeres menos empoderadas	2285	85.9	5591	65.4	7876	70.2
Total	2661		8554		11215	
Relación menos empoderadas/más empoderadas		6.1		1.9		2.4

FUENTE: Cálculos propios.

En las localidades rurales apenas el 14.1% de las mujeres caen en la categoría de más empoderadas con una mayoría de mujeres menos empoderadas (85.9%), la relación es de seis a una; en tanto en las localidades urbanas, las mujeres más empoderadas representan al 34.6% del total de mujeres, con una mayoría de mujeres menos empoderadas menos contundente que en las localidades rurales (65.4%), aquí la relación es de casi dos a una. Esto confirma que las mujeres más empoderadas se hayan en mayor proporción en las localidades urbanas, con una proporción de más del doble con respecto a las localidades rurales (34.6% y 14.1% respectivamente).

Cuadro 5.9 "Distribución de las mujeres según categoría del Índice de Empoderamiento por grupo de edad, ENSAR 2003"						
Grupo de edad	Categoría del Índice de Empoderamiento					
	Mujeres más empoderadas		Mujeres menos empoderadas		Total	
15 - 24	732	21.9	1230	15.6	1962	17.5
25 - 34	1513	45.3	2679	34.0	4192	37.4
35 y más	1094	32.8	3968	50.4	5062	45.1
Total	3339		7877		11216	

FUENTE: Cálculos propios.

Enseguida presentamos a los cruces con la variable de grupo de edad (cuadros 5.9 y 5.10). Las diferencias por edad nos dan otra pauta de seguimiento de este comportamiento. Casi la mitad de las mujeres más empoderadas se encuentran en el grupo de edad de 25 a 34 años (45.3%), le sigue en importancia el de 35 años y más (32.8%); en tanto la mitad de las mujeres menos empoderadas se encuentran en el grupo de edad de 35 años y más (50.4%), siguiéndole en importancia el de 25 a 34 años (34%). Los porcentajes de mujeres más empoderadas son superiores a los porcentajes de mujeres menos empoderadas en los dos primeros grupos de edad: 15 - 24 y 25 - 34, mientras que en el último grupo, el de 35 y más, es mayor el porcentaje de mujeres menos empoderadas. Por el mayor peso que tienen las mujeres menos empoderadas, en el total de la población en estudio predominan las mujeres del grupo de 35 años y más (45.1%) y las de 25 a 34 años (37.4%).

Cuadro 5.10 "Distribución de las mujeres según grupo de edad por categoría del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003"								
Categoría del Índice de Empoderamiento	Grupo de edad							
	15 - 24		25 - 34		35 y más		Total	
Mujeres más empoderadas	732	37.3	1513	36.1	1094	21.6	3339	29.8
Mujeres menos empoderadas	1230	62.7	2679	63.9	3968	78.4	7877	70.2
Total	1962		4192		5062		11216	
Relación menos empoderadas/más empoderadas		1.7		1.8		3.6		2.4

FUENTE: Cálculos propios.

En todos los grupos de edad el porcentaje de mujeres menos empoderadas es mayor que el porcentaje de mujeres más empoderadas, pero las diferencias son menores en los dos primeros grupos de edad, especialmente en el de 15 - 24 donde hay 1.7 mujeres menos empoderadas por cada mujer más empoderada; donde la disparidad entre los dos grupos de

mujeres es notorio es en el grupo de 35 años y más donde el porcentaje de las menos empoderadas es 3.6 veces más grande que el de las más empoderadas.

El nivel escolar nos proporciona información adicional interesante. Entre las mujeres más empoderadas, el grupo donde se concentran más es el de preparatoria (43%), pero con niveles relativamente cercanos en secundaria (33.5%) y primaria (23.5%); mientras tanto las mujeres menos empoderadas se concentran en casi la mitad en el grupo de primaria (54.2%), le siguen en importancia el de secundaria (29.3%) y el de preparatoria (16.4%). En el rubro de escolaridad más baja, la proporción de mujeres menos empoderadas es mayor. Es notorio que los casos se concentran básicamente en dos grupos: primaria (45.1%) y secundaria (30.6%).

Cuadro 5.11 "Distribución de las mujeres según categoría del Índice de Empoderamiento por nivel escolar, ENSAR 2003"						
Nivel escolar	Categoría del Índice de Empoderamiento					
	Mujeres más empoderadas		Mujeres menos empoderadas		Total	
Primaria	785	23.5	4265	54.2	5050	45.1
Secundaria	1117	33.5	2307	29.3	3424	30.6
Preparatoria	1436	43.0	1292	16.4	2728	24.4
Total	3338		7864		11202	

FUENTE: Cálculos propios.

En el siguiente cuadro se puede observar perfectamente cómo está ligado el nivel escolar con el empoderamiento. Vemos cómo la relación entre mujeres menos y más empoderadas va descendiendo conforme se avanza en el nivel escolar, de 5.4 cuando se tiene primaria a 0.9 en el nivel preparatoria; el equilibrio se alcanza en este último nivel cuando la relación es casi de uno; con primaria el porcentaje de mujeres menos empoderadas alcanza el 84.5%, cifra que se reduce al 47.4% en el nivel preparatoria; las cifras de mujeres más empoderadas en estos mismos grupos son de 15.5% y 52.6% respectivamente.

Cuadro 5.12 "Distribución de las mujeres según nivel escolar por categoría del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003"								
Categoría del Índice de Empoderamiento	Nivel escolar							
	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total	
Mujeres más empoderadas	785	15.5	1117	32.6	1436	52.6	3338	29.8
Mujeres menos empoderadas	4265	84.5	2307	67.4	1292	47.4	7864	70.2
Total	5050		3424		2728		11202	
Relación menos empoderadas/ más empoderadas		5.4		2.1		0.9		2.4

FUENTE: Cálculos propios.

5.3 Conclusiones

En general, las mujeres jóvenes, especialmente las del grupo 25 a 34 años, se encuentran en una situación de mayor igualdad, autonomía y empoderamiento respecto al resto de mujeres; le siguen las mujeres de 15 a 24 años que también muestran indicios de progreso. A pesar de los avances de las mujeres de 25 a 34 años, todavía se perciben serios atrasos en algunas cuestiones, principalmente en relación a la sexualidad. Las mujeres más empoderadas representaron poco más de una tercera parte del total de mujeres en los grupos 15 a 24 y 25 a 34 años y una quinta parte de las mujeres del grupo 35 años y más.

El grupo de mujeres de 35 años y más es el que presenta el mayor atraso en la búsqueda de igualdad, autonomía y empoderamiento. En la mayoría de las variables analizadas, este grupo etéreo ocupa por lo regular los últimos lugares; probablemente su crecimiento y educación en otra época ha permitido que ellas sean más vulnerables a los embates de la desigualdad de género, sean menos autónomas y se encuentren menos empoderadas. Guillaume y Lerner (2006) sostienen que los perfiles de aprobación del aborto de las mujeres de 35 años son los relacionados a circunstancias vinculadas a la salud y al embarazo producto de una violación, mientras que las mujeres menores de 25 años muestran un mayor acuerdo ante situaciones más relacionadas con la autonomía y decisión de las mujeres.

Por su parte, es claro que en las localidades urbanas las mujeres tienen mejores condiciones de infraestructura y de información y por lo tanto presentan mejores situaciones que las mujeres en localidades rurales. Según Mendoza (2006), en lo que se refiere específicamente a anticoncepción y planificación familiar, las zonas rurales tienen

un atraso de 20 años con respecto a las urbanas. Con el corte más/ menos empoderadas que se estableció resultó que a tres de cada diez mujeres se les consideró como más empoderadas y siete de cada diez como menos empoderadas. Tanto en las localidades rurales como en las urbanas las mujeres menos empoderadas son mayoría, aunque en menor medida en estas últimas localidades. Sin embargo, a pesar de que en las localidades rurales se notan atrasos significativos, las mujeres que radican en este tipo de localidades se encuentran en mejor situación que las mujeres urbanas respecto a algunas variables, por ejemplo en violencia doméstica.

Casi la mitad de las mujeres más empoderadas quedaron en el grupo de preparatoria y poco más de la mitad de las mujeres menos empoderadas quedó en el grupo de primaria. Asimismo, el nivel preparatoria fue el único que presentó mayor número de mujeres más empoderadas, porque en los niveles de secundaria y de primaria predominaron las mujeres menos empoderadas, más notorio en este último nivel. Después de las mujeres con preparatoria, fueron las mujeres de secundaria las que mostraron un comportamiento de mayor empoderamiento.

*...ese día llegaste un poco más de las diez,
pero el susto se dio unas semanas después
cuando te confirmaron tus terribles sospechas
un niño nacería y ya sabías la fecha,
y antes de que el vecino y la familia supieran
fuiste dónde el doctor a acabar con el problema,
tu vecino esta en casa dándose un buen duchazo
y tu dos metros bajo tierra viendo crecer gusanos...*

(Se quiere... Se mata, Shakira)

6. La opinión de apertura al aborto

En este capítulo toca corroborar o rechazar lo que en el anterior capítulo se encontró. En el análisis del Índice de Empoderamiento elaborado a partir de las 14 variables de la ENSAR 2003, y en el análisis mismo de estas variables, se llegó a la conclusión de que fueron las mujeres de entre 25 y 34 años, residentes en localidades urbanas y con nivel de preparatoria las que mostraron un comportamiento más cercano al empoderamiento. Ahora corresponde verificar con las variables de la ENSATA 2006 si las mujeres con estas características son las que expresan una opinión de mayor apertura hacia el derecho al aborto.

Primeramente se describirá cómo se encuentra la opinión de todas las mujeres encuestadas⁵⁰. La muestra nos da cuenta de 1776 mujeres, para las que se indagó la opinión sobre 24 variables que se incorporaron a la construcción del Índice de Apertura al Aborto, sobre otras nueve variables relevantes y sobre las tres variables de contexto y sociodemográficas que se han venido trabajando (edad, tipo de localidad de residencia y nivel escolar). Después se realizó el cálculo de tres subíndices y del Índice de Apertura al derecho al Aborto para el grupo de mujeres de 15 a 49 años de edad, actualmente unidas y corresidentes con pareja, con el fin de llevar a cabo la comparación con el Índice de Empoderamiento elaborado a partir de la ENSAR 2003.

En el primer cuadro se muestran las cinco variables que preguntan sobre el “derecho a decidir”: derecho a decidir donde trabajar, por quien votar en las elecciones, casarse o no casarse, orientación sexual y tener o no tener hijos. Casi la mitad de las mujeres mencionó no conocer qué es este concepto (48.9%), en tanto que casi toda la restante mitad opinó que sí se incluye en el “derecho a decidir” cada una de las cinco opciones mencionadas, todas se encontraron en el rango de entre el 49% y 50%. En el “derecho a decidir” tener o no tener hijos puede entrar el aborto; tanto el aborto clandestino como el infanticidio y ulteriormente el síndrome del niño maltratado son correlativos al mismo problema: el hijo no deseado (García Rojas, 1995). En lo que respecta a la opinión negativa, muy pocas personas se manifestaron de esta manera. Los extremos oscilaron entre el 0.8% y el 1.5%;

⁵⁰ Hay que tener en claro que no siempre lo que la persona dice corresponde con lo que hace (Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2002).

por fortuna los porcentajes de no sabe (NS) y de no contestó (NC) fueron muy bajos, de alrededor del 0.5%.

Cuadro 6.1 "Variables sobre el derecho a decidir, ENSATA 2006"			
Nombre		Absolutos	Relativos
El "derecho a decidir" incluye el derecho a decidir dónde trabajar			
	Sí	879	49.5
	No	21	1.2
	NS/NC	8	0.4
	No conoce el "derecho a decidir"	868	48.9
El "derecho a decidir" incluye el derecho a decidir sobre quien votar en las elecciones			
	Sí	878	49.4
	No	21	1.2
	NS/NC	10	0.5
	No conoce el "derecho a decidir"	868	48.9
El "derecho a decidir" incluye el derecho a decidir casarse o no casarse			
	Sí	874	49.2
	No	20	1.1
	NS/NC	14	0.8
	No conoce el "derecho a decidir"	868	48.9
El "derecho a decidir" incluye el derecho a decidir orientación sexual			
	Sí	871	49.0
	No	26	1.5
	NS/NC	11	0.6
	No conoce el "derecho a decidir"	868	48.9
El "derecho a decidir" incluye el derecho a decidir tener o no tener hijos			
	Sí	888	50.0
	No	14	0.8
	NS/NC	6	0.3
	No conoce el "derecho a decidir"	868	48.9
FUENTE: Cálculos propios.			

A continuación se explican las variables que tienen que ver con las relaciones sexuales. Como era de esperarse, es mejor visto que los hombres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio y cuando hay de por medio una relación amorosa en comparación con las mujeres; poco más de la mitad de las mujeres reconoce que es aceptable mantener relaciones sexuales cuando existe amor, pero mayormente en los hombres (58.8%) que en las mujeres (53.8%); mientras que si esas relaciones sexuales son casuales aproximadamente una tercera parte de las mujeres declaró aceptarlo, de igual manera más predominante para los hombres (33.7%) que para las mujeres (27.1%). El problema radica en que la asesoría y los discursos sobre la sexualidad no incluyen ninguna mención a sus cualidades placenteras y eróticas, únicamente se trata sobre los peligros y los efectos no buscados (Lerner y Szasz, 2003).

Enseguida se describe las variables que tienen que ver con la opinión sobre el aborto. El 55.3% de las mujeres señalaron que el aborto debe estar permitido en algunas circunstancias, le siguió la respuesta de que debería estar prohibido en todos los casos con el 28.2% y en el último lugar la opción de que debe estar permitido siempre con el 12.5%; esto refleja que predomina una opinión moderada, pero que es más dominante la opinión conservadora que la opinión liberal. Siete de cada diez personas encuestadas por *Católicas por el Derecho a Decidir* en 2003, estuvo de acuerdo con que la interrupción del embarazo debe permitirse en determinadas circunstancias (CDD, 2008).

Cuadro 6.2 "Variables sobre relaciones sexuales, ENSATA 2006"			
Nombre		Absolutos	Relativos
Las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa			
	Si es aceptable	955	53.8
	No es aceptable	763	43.0
	NS/NC	57	3.2
Los hombres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa			
	Si es aceptable	1044	58.8
	No es aceptable	672	37.8
	NS/NC	60	3.4
Las mujeres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio			
	Si es aceptable	481	27.1
	No es aceptable	1213	68.3
	NS/NC	83	4.7
Los hombres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio			
	Si es aceptable	598	33.7
	No es aceptable	1090	61.4
	NS/NC	88	5.0
FUENTE: Cálculos propios.			

Respecto a la opinión sobre el aborto por diferentes causales resultó lo siguiente. Estas variables pueden agruparse en dos, en las que la opinión a favor es del 50% o superior y en las que esta opinión es inferior al 20%. En el primer grupo se encuentran las opciones de si el aborto ocurre por violación (62.7%), cuando la vida de la mujer está en peligro (66.9%), cuando está en riesgo su salud (62.4%), cuando el embarazo es por resultado de incesto (50%) y cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves (56.8%); los niveles de desacuerdo se hallan por lo regular alrededor del 25%, mientras los niveles de neutralidad se encuentran ligeramente abajo del diez por ciento y los de no sabe o no contestó aproximadamente en cinco por ciento.

En el segundo grupo se encuentran las opciones de si el aborto puede darse por falta de recursos económicos de la mujer (11.3%), cuando la mujer es madre soltera (8.3%),

cuando la mujer es menor de edad (16.3%) y cuando falló un método anticonceptivo (10.1%). En estas variables las proporciones de desacuerdo son mayores que las de acuerdo, rondan el 75% en todos los casos, y de igual manera que en el caso anterior, la neutralidad se halla alrededor del diez por ciento y las respuestas de no sabe o contestó en el cinco por ciento; estas causales no son vistas como justificantes de una interrupción del embarazo por la mayoría de las mujeres, lo que denota una opinión tradicionalista que se origina en el seno de la familia y sociedad mexicana.

También se escogieron las variables en donde se les pregunta a las mujeres si se debe castigar penalmente a la mujer que aborta por las causales ya mencionadas. De la misma manera que en el caso anterior, las causales de violación (65.3%), cuando la vida de la mujer está en peligro (66.7%), cuando está en riesgo la salud de la mujer (65.9%), cuando el embarazo es resultado de incesto (56.9%) y cuando el producto tiene malformaciones congénitas graves (59%%), forman el grupo en el que la opinión de desacuerdo es mayoritaria; las opiniones de acuerdo oscilan entre el 18% y 23%, y las opiniones neutrales y los casos sin respuesta o que no sabían en casi ninguno caso supera el diez por ciento. Una prueba del desacuerdo al aborto es el hecho de que “Se piensa que los médicos se sienten con la facultad de castigar a las mujeres no aliviando su dolor durante las intervenciones” (Cardich, 1993, p. 110).

Mientras en las restantes causales predomina el acuerdo al castigo a la mujer. Éstas son: por falta de recursos económicos (51.4%), cuando la mujer es madre soltera (53.3%), cuando la mujer es menor de edad (45.1%), cuando falló un método anticonceptivo (53.5%) y cuando la mujer así lo decida (54.7%); las proporciones de desacuerdo se encuentran alrededor del 30%, en tanto la neutralidad rebasa ligeramente el diez por ciento y las respuestas no sabe o no contestó superan por un el cinco por ciento. “Las que abortan son habitualmente tratadas como pacientes de segunda clase” (Kulczycki, 2003, p. 373).

Cuadro 6.3 "Variables sobre aborto, ENSATA 2006"			
Nombre		Absolutos	Relativos
Qué opinión tiene sobre el aborto			
Por ley, una mujer debe tener derecho al aborto siempre		221	12.5
Por ley, el aborto debe estar permitido sólo en algunas circunstancias		983	55.3
Por ley, el aborto debe estar prohibido en todos los casos		500	28.2
NS/NC		72	4.0
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de una violación			
En desacuerdo		473	26.6
Neutral		126	7.1
En acuerdo		1114	62.7
NS/NC		63	3.5
Puede ocurrir un aborto cuando la vida de la mujer está en peligro			
En desacuerdo		391	22.0
Neutral		129	7.2
En acuerdo		1189	66.9
NS/NC		67	3.8
Puede ocurrir un aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer			
En desacuerdo		430	24.2
Neutral		150	8.4
En acuerdo		1108	62.4
NS/NC		89	5.0
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de incesto			
En desacuerdo		573	32.3
Neutral		176	9.9
En acuerdo		887	50.0
NS/NC		140	7.9
Puede ocurrir un aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves			
En desacuerdo		509	28.6
Neutral		166	9.3
En acuerdo		1009	56.8
NS/NC		93	5.2
Puede ocurrir un aborto por falta de recursos económicos de la mujer			
En desacuerdo		1309	73.7
Neutral		184	10.4
En acuerdo		201	11.3
NS/NC		82	4.6
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es madre soltera			
En desacuerdo		1418	79.8
Neutral		127	7.2
En acuerdo		147	8.3
NS/NC		84	4.7
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es menor de edad			
En desacuerdo		1247	70.2
Neutral		144	8.1
En acuerdo		289	16.3
NS/NC		96	5.4
Puede ocurrir un aborto cuando falló un método anticonceptivo			
En desacuerdo		1397	78.6
Neutral		118	6.7
En acuerdo		179	10.1
NS/NC		82	4.6
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación			
En desacuerdo		1159	65.3
Neutral		135	7.6
En acuerdo		387	21.8
NS/NC		94	5.3

Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro			
	En desacuerdo	1185	66.7
	Neutral	165	9.3
	En acuerdo	328	18.4
	NS/NC	98	5.5
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer			
	En desacuerdo	1171	65.9
	Neutral	173	9.8
	En acuerdo	330	18.6
	NS/NC	101	5.7
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de incesto			
	En desacuerdo	1010	56.9
	Neutral	188	10.6
	En acuerdo	424	23.8
	NS/NC	154	8.7
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves			
	En desacuerdo	1057	59.5
	Neutral	193	10.9
	En acuerdo	417	23.5
	NS/NC	109	6.1
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto por falta de recursos económicos de la mujer			
	En desacuerdo	560	31.5
	Neutral	206	11.6
	En acuerdo	913	51.4
	NS/NC	97	5.5
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es madre soltera			
	En desacuerdo	541	30.5
	Neutral	196	11.0
	En acuerdo	946	53.3
	NS/NC	93	5.2
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es menor de edad			
	En desacuerdo	638	35.9
	Neutral	212	11.9
	En acuerdo	801	45.1
	NS/NC	125	7.0
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando falló un método anticonceptivo			
	En desacuerdo	534	30.1
	Neutral	188	10.6
	En acuerdo	950	53.5
	NS/NC	104	5.8
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer así lo decida			
	En desacuerdo	510	28.7
	Neutral	191	10.8
	En acuerdo	972	54.7
	NS/NC	104	5.8
FUENTE: Cálculos propios.			

Respecto a las variables de contexto el cuadro 6.4 muestra la siguiente información. Poco más de la mitad de las mujeres de la muestra tiene 35 años y más (53.5%), tres de cada diez tiene entre 15 y 24 años (29.9%) y una cuarta parte tiene entre 25 y 34 años (24.5%); los dos grupos más jóvenes presentan proporciones parecidas, mientras que el de las mujeres mayores agrupa a más mujeres que los otros dos grupos juntos. En cuanto a la

escolaridad, poco más de la mitad sólo alcanza hasta el nivel de primaria (52.3%), y cerca de una cuarta parte tienen cada uno de los otros dos grupos, el de preparatoria (24.2%) y el de secundaria (23.4%); también en esta variable las mujeres de primaria constituyen más que los otros dos grupos de mujeres juntos. Finalmente, casi ocho de cada diez mujeres residen en localidades urbanas y poco más de dos de cada diez residen en localidades rurales.

Cuadro 6.4 "Variables de contexto, ENSATA 2006"			
Nombre		Absolutos	Relativos
Tres grandes grupos			
15 - 24		532	29.9
25 - 34		436	24.5
35 y más		950	53.5
Nivel escolar			
Primaria		928	52.3
Secundaria		416	23.4
Preparatoria		430	24.2
Tipo de localidad de residencia			
Urbana		1400	78.8
Rural		376	21.2
FUENTE: Cálculos propios.			

6.1 Índice de Apertura al Aborto de la Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines 2006

Respecto a las variables a analizar se propuso dividir las en tres grupos que permitan un acercamiento a tres aspectos de opinión relevantes: relaciones sexuales, aborto en sí mismo y castigo penal al aborto; una vez elaborados estos subíndices se calculó un índice resumen que incluye al total de 24 variables.

En el cuadro 6.5 se muestra el primero de los subíndices, el que tiene que ver con la opinión sobre las relaciones sexuales. Las cuatro variables que se consideraron para la construcción de este subíndice dan cuenta de que prácticamente casi todas las mujeres se concentran en los puntajes 0 (34.7%), 2 (30.2%) y 4 (25.6%).

De la misma manera que en el caso de la elaboración del Índice de Empoderamiento de la ENSAR 2003, la toma de decisión del corte mayor apertura/ menor apertura⁵¹ se basó

⁵¹ A partir de aquí se hará uso indistinto de los términos moderna o de mayor apertura, y de tradicional o de menor apertura.

en los estadísticos que se muestran. La forma de distribución de los casos nos facilitó la decisión para establecer el punto de corte; entonces se consideró a una mujer como moderna a partir del puntaje 4 que se ubicó en el cuarto *cuartil*, quedando en este grupo el 25.6% de las mujeres; por fortuna como puede verse, no hubo ningún caso perdido.

Puntaje	Absolutos	%	% acumul.
0	240	34.7	34.7
1	29	4.1	38.9
2	209	30.2	69.1
3	37	5.3	74.4
4	177	25.6	100.0
Total	692	100.0	

FUENTE: Cálculos propios.

N	692	
Perdidos	0	
Promedio	1.83	
Mediana	2	
Mínimo	0	
Máximo	4	
Cuartiles	25	0
	50	2
	75	4

FUENTE: Cálculos propios.

En el segundo subíndice se abordó la opinión referente al aborto proveniente de 10 variables. La distribución nos muestra que en los puntajes intermedios se concentran la mayoría de las mujeres, especialmente en los puntajes 11 (16.5%), 10 (11%) y 9 (8.9%); existe mayor número de mujeres en los puntajes bajos que en los puntajes altos, lo que significa cierta predominancia de las mujeres más tradicionales respecto al aborto. En este subíndice se estableció el punto de corte en el puntaje 12 tal como lo sugiere el cálculo de los *cuartiles*, a partir de este puntaje las mujeres se consideraron con mayor apertura hacia el aborto, constituyeron el 26.8% del total.

Cuadro 6.7 "Distribución de casos del Subíndice 2 sobre variables que tratan del aborto, ENSATA 2006"			
Puntaje	Absolutos	%	% acumul.
0	42	6.1	6.1
1	29	4.2	10.3
2	22	3.2	13.5
3	21	3.1	16.6
4	11	1.5	18.1
5	22	3.2	21.3
6	32	4.6	25.9
7	39	5.7	31.6
8	37	5.3	36.9
9	62	8.9	45.8
10	76	11.0	56.7
11	114	16.5	73.2
12	53	7.7	80.9
13	46	6.7	87.6
14	23	3.4	91.0
15	23	3.3	94.3
16	7	1.1	95.4
17	8	1.2	96.5
18	4	0.6	97.1
19	11	1.6	98.8
20	9	1.2	100.0
Total	692	100.0	

FUENTE: Cálculos propios.

Cuadro 6.8 "Estadísticos para el Subíndice de aborto, ENSATA 2006"		
N	692	
Perdidos	0	
Promedio	9.02	
Mediana	10	
Mínimo	0	
Máximo	20	
Cuartiles	25	6
	50	10
	75	12

FUENTE: Cálculos propios.

En lo que respecta al tercer subíndice que trata sobre la pregunta de si las mujeres están a favor o en contra de que se le castigue penalmente a una mujer que aborta, se destaca lo siguiente. De igual manera que en el caso anterior, existe un abultamiento de los puntajes intermedios con la excepción del puntaje mayor que también es relativamente alto. Aquí el punto de corte quedó establecido en 15, de acuerdo a lo que resultó en el análisis de *cuartiles* que se muestra en el cuadro 6.10, debajo de este puntaje se consideró que las mujeres tuvieron una opinión menos abierta al aborto; del total de nuestra población en estudio, el 25.8% quedó en el grupo de mayor apertura al aborto.

Cuadro 6.9 "Distribución de casos del Subíndice 3 sobre variables que tratan del castigo penal al aborto, ENSATA 2006"			
Puntaje	Absolutos	%	% acumul.
0	34.9	5.0	5.0
1	5.9	0.8	5.9
2	16.5	2.4	8.3
3	7.1	1.0	9.3
4	15.0	2.2	11.5
5	8.8	1.3	12.7
6	20.0	2.9	15.6
7	19.0	2.8	18.4
8	76.4	11.0	29.4
9	30.9	4.5	33.9
10	139.0	20.1	54.0
11	33.0	4.8	58.8
12	60.6	8.8	67.5
13	26.5	3.8	71.4
14	19.3	2.8	74.2
15	16.9	2.4	76.6
16	27.1	3.9	80.5
17	18.9	2.7	83.2
18	26.2	3.8	87.0
19	19.6	2.8	89.9
20	70.1	10.1	100.0
Total	691.9	100.0	

FUENTE: Cálculos propios.

Cuadro 6.10 "Estadísticos para el Subíndice de castigo penal al aborto, ENSATA 2006"	
N	692
Perdidos	0
Promedio	11.07
Mediana	10
Mínimo	0
Máximo	20
Cuartiles	25 8
	50 10
	75 15

FUENTE: Cálculos propios.

Finalmente, se analiza la distribución de los casos en el índice resumen, denominado Índice Resumen de Apertura al Aborto⁵². Como la cantidad de variables es grande, también la variedad de puntajes es amplia, llega hasta 44, pero de la misma forma se nota el ligero abultamiento de los puntajes intermedios que ha venido dándose en los subíndices; los tres valores más altos se encuentran en los puntajes 23 (8.6%), 22 (7.6%) y 21 (7.4%). El punto de diferenciación entre mujeres más y menos abiertas hacia el aborto fue el puntaje 27, tal y como lo denota el análisis de *cuartiles*, a partir de aquí se consideraron a las mujeres como modernas o de mayor apertura hacia este tema, representando el 25.1% del total.

⁵² Posee todas las variables incluidas en los tres subíndices (24).

Cuadro 6.11 "Distribución de casos del Índice de apertura al aborto, ENSATA 2006"			
Puntaje	Absolutos	%	% acumul.
0	8	1.2	1.2
1	8	1.2	2.4
2	8	1.1	3.5
3	3	0.5	3.9
4	7	1.1	5.0
5	5	0.8	5.8
6	5	0.7	6.5
7	2	0.4	6.8
8	4	0.6	7.4
9	1	0.2	7.6
10	14	2.0	9.5
11	11	1.6	11.2
12	8	1.2	12.4
13	7	1.1	13.4
14	17	2.4	15.9
15	12	1.8	17.6
16	12	1.8	19.4
17	23	3.3	22.8
18	26	3.7	26.5
19	31	4.4	30.9
20	41	6.0	36.9
21	51	7.4	44.3
22	53	7.6	51.9
23	60	8.6	60.5
24	38	5.5	65.9
25	39	5.7	71.6
26	23	3.3	74.9
27	23	3.3	78.2
28	17	2.4	80.6
29	18	2.5	83.2
30	19	2.7	85.9
31	15	2.2	88.1
32	14	2.0	90.1
33	16	2.3	92.4
34	12	1.7	94.1
35	6	0.8	94.9
36	9	1.4	96.3
37	3	0.5	96.8
38	4	0.6	97.4
39	6	0.8	98.2
40	4	0.5	98.7
41	2	0.3	99.0
43	3	0.4	99.4
44	4	0.6	100.0
Total	692	100.0	

FUENTE: Cálculos propios.

Cuadro 6.12 "Estadísticos para el Índice de apertura al aborto, ENSATA 2006"		
N	692	
Perdidos	0	
Promedio	21.92	
Mediana	22	
Mínimo	0	
Máximo	44	
Cuartiles	25	18
	50	22
	75	27

FUENTE: Cálculos propios.

A continuación se presenta el análisis de los tres subíndices y el índice resumen con las tres variables de contexto y sociodemográficas: edad, tipo de localidad de residencia y nivel escolar. En los tres subíndices predominan las mujeres tradicionales que son las de menor apertura al aborto, pero con algunas variantes que enseguida se detallan. Respecto a

las relaciones sexuales predominan más las mujeres tradicionales en el grupo de 35 años y más (19.9%), en tanto el mayor porcentaje de mujeres modernas se encuentra en el grupo de edad de 25 a 34 años (33.7%); respecto al total de mujeres una de cada cuatro se considera moderna, esto es, con una opinión más abierta al aborto.

En el subíndice de aborto y en el subíndice de castigo penal al aborto, las mujeres de menor apertura fueron las del grupo de edad de 15 a 24 años y las de mayor apertura fueron las de 25 a 34 años. Las mujeres modernas en orden de importancia para el subíndice de aborto fueron las de 25 a 34 años (37.1%), las de 35 años y más (28.6%) y las de menor apertura las de 15 a 24 años (21.6%); en el subíndice de castigo penal al aborto se da el mismo orden, con una mayor apertura las mujeres de 25 a 34 años (37%), después las mujeres de 35 años y más (30.2%) y luego las mujeres de 15 a 24 años (28.4%).

Cuadro 6.13 "Distribución de las mujeres por categoría de de mayor y menor apertura de Subíndices e Índice según grupo de edad, ENSATA 2006"								
Categoría	Grupo de edad							
	15 - 24		25 - 34		35 y más		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Subíndice de relaciones sexuales								
De mayor apertura	26	22.4	89	33.7	62	19.9	177	25.6
De menor apertura	90	77.6	175	66.3	249	80.1	514	74.4
Total	116	100.0	264	100.0	311	100.0	691	100.0
Subíndice de aborto								
De mayor apertura	25	21.6	98	37.1	89	28.6	212	30.7
De menor apertura	91	78.4	166	62.9	222	71.4	479	69.3
Total	116	100.0	264	100.0	311	100.0	691	100.0
Subíndice de castigo penal al aborto								
De mayor apertura	33	28.4	98	37.0	94	30.2	225	32.5
De menor apertura	83	71.6	167	63.0	217	69.8	467	67.5
Total	116	100.0	265	100.0	311	100.0	692	100.0
Índice Resumen de Apertura al Aborto								
De mayor apertura	25	21.4	78	29.4	71	22.8	174	25.1
De menor apertura	92	78.6	187	70.6	240	77.2	519	74.9
Total	117	100.0	265	100.0	311	100.0	693	100.0
FUENTE: Cálculos propios.								

En el Índice Resumen de Apertura al Aborto las mujeres con mayor apertura fueron las de 25 a 34 años y las de menor apertura las de 15 a 24 años. Las del grupo de edad intermedio representaron el 29.4%, las del grupo de mayor edad el 22.8% y con proporción similar las del grupo más joven con el 21.4%. Como puede notarse la predominancia de las mujeres menos abiertas es mayor al 70% en los tres grupos de edad, lo que es una prueba de la opinión conservadora que sobre el tema existe entre la mayoría de las mujeres.

En lo que tiene que ver con el tipo de localidad de residencia se encontró lo siguiente. En los tres subíndices y en el índice resumen predominan las tradicionales tanto en las localidades urbanas como en las localidades rurales, pero siempre hay porcentajes mayores en estas últimas; llegan a representar hasta el 83.2% de las mujeres en localidades rurales en el Índice Resumen de Apertura al Aborto; en tanto las mujeres que poseen una mayor apertura son más abundantes en las localidades urbanas.

La diferencia entre mujeres con mayor apertura residentes en áreas urbanas y rurales quedó de la siguiente forma. Fue de 11% entre las mujeres urbanas y las mujeres rurales en el Índice Resumen de Apertura al Aborto (27.8% contra 16.8%), de 10.4% en el Subíndice de castigo penal al aborto (28.4% contra 18%), de 6.8% en el Subíndice de relaciones sexuales (27.2% contra 20.5%) y de apenas 1.3% en el Subíndice de aborto (27% contra 25.7%).

Como puede notarse las divergencias entre las proporciones de mujeres modernas en las zonas urbanas entre los distintos subíndices y en el índice resumen fueron muy pequeñas, apenas del 1.4% entre las más distantes, las del Subíndice de castigo penal al aborto (28.4%) y las del Subíndice de aborto (27%). Sin embargo las mujeres modernas residentes en zonas rurales sí tuvieron mayores diferencias, el mayor porcentaje lo tuvo el Subíndice de aborto (25.7%) y el menor lo tuvo el Índice Resumen de Apertura al Aborto (16.8%), con una diferencia entre ambos del 9%.

Sólo baste decir que de la población en estudio, una de cada cuatro mujeres tuvo una opinión de mayor apertura y tres de cada cuatro mujeres de menor apertura. Como puede verse en la última columna del cuadro 6.14, en los tres subíndices y en el índice resumen, el porcentaje se ubicó ligeramente arriba del 25%. Fue en el Subíndice de castigo penal al aborto y en el Índice Resumen de Apertura al Aborto para las mujeres modernas residentes en localidades rurales, donde se encuentran las menores proporciones (18% y 16.8% respectivamente).

Cuadro 6.14 "Distribución de las mujeres por categoría de mayor y menor apertura de Subíndices e Índice según tipo de localidad, ENSATA 2006"						
Categoría	Tipo de localidad					
	Urbana		Rural		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Subíndice de relaciones sexuales						
De mayor apertura	143	27.2	34	20.5	177	25.6
De menor apertura	382	72.8	132	79.5	514	74.4
Total	525	100.0	166	100.0	691	100.0
Subíndice de aborto						
De mayor apertura	142	27.0	43	25.7	185	26.7
De menor apertura	383	73.0	124	74.3	507	73.3
Total	525	100.0	167	100.0	692	100.0
Subíndice de castigo penal al aborto						
De mayor apertura	149	28.4	30	18.0	179	25.9
De menor apertura	376	71.6	137	82.0	513	74.1
Total	525	100.0	167	100.0	692	100.0
Índice Resumen de Apertura al Aborto						
De mayor apertura	146	27.8	28	16.8	174	25.1
De menor apertura	379	72.2	139	83.2	518	74.9
Total	525	100.0	167	100.0	692	100.0

FUENTE: Cálculos propios.

De la misma manera que en las variables de contexto anteriores, en el nivel escolar también predominan las mujeres con menor apertura, con proporciones descendentes conforme se avanza en el nivel escolar, con el número más bajo en preparatoria, y viceversa, en los cuatro casos los porcentajes de mujeres con mayor apertura son ascendentes conforme se avanza en el nivel de escolaridad, por lo tanto, la mayor proporción la tiene el nivel de preparatoria.

En el nivel primaria, el menor porcentaje de mujeres modernas se encuentra en el Subíndice de relaciones sexuales (18.5%) y el mayor en el Subíndice de aborto (23.7%), con diferencias relativamente pequeñas entre los subíndices y el índice resumen. En el nivel secundaria, el menor porcentaje de mujeres modernas se ubica en el Índice Resumen de Apertura al Aborto (24.6%) y el mayor en el Subíndice de relaciones sexuales (29.3%), también con diferencias muy pequeñas entre los cuatro casos. En el nivel preparatoria, el menor porcentaje de mujeres modernas se encuentra en el Subíndice de castigo penal al aborto (32.4%) y el mayor se ubica en el Subíndice de relaciones sexuales (38.5%).

A pesar del incremento de las proporciones de mujeres con mayor apertura a la par del aumento de la escolaridad, no logran superar los porcentajes de las mujeres con menor apertura en ninguno de los tres niveles educativos, incluyendo el de preparatoria; aun en

este máximo nivel escolar las mujeres modernas representan entre tres y cuatro de cada diez mujeres.

Cuadro 6.15 "Distribución de las mujeres por categoría de mayor y menor apertura de Subíndices e Índice según nivel escolar, ENSATA 2006"								
Categoría	Nivel escolar							
	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Total	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
Subíndice de relaciones sexuales								
De mayor apertura	66	18.5	56	29.3	55	38.5	177	25.6
De menor apertura	291	81.5	135	70.7	88	61.5	514	74.4
Total	357	100.0	191	100.0	143	100.0	691	100.0
Subíndice de aborto								
De mayor apertura	85	23.7	48	25.1	51	35.9	184	26.6
De menor apertura	273	76.3	143	74.9	91	64.1	507	73.4
Total	358	100.0	191	100.0	142	100.0	691	100.0
Subíndice de castigo penal al aborto								
De mayor apertura	80	22.4	52	27.2	46	32.4	178	25.8
De menor apertura	277	77.6	139	72.8	96	67.6	512	74.2
Total	357	100.0	191	100.0	142	100.0	690	100.0
Índice Resumen de Apertura al Aborto								
De mayor apertura	73	20.4	47	24.6	53	37.3	173	25.0
De menor apertura	285	79.6	144	75.4	89	62.7	518	75.0
Total	358	100.0	191	100.0	142	100.0	691	100.0
FUENTE: Cálculos propios.								

6.2 Resultados de la regresión logística

Teniendo identificados los perfiles de mujeres de mayor y menor apertura al aborto, coincidentes con los perfiles de empoderamiento hallados en la ENSAR 2003, se procedió a realizar un cálculo de la regresión logística bivariada de la ENSATA 2006⁵³. Esto con el único propósito de validar estadísticamente la hipótesis de los perfiles de comportamiento y opinión ya mencionados y saber si eran congruentes con el análisis realizado.

Comparamos al grupo de mujeres que identificamos previamente como las de menor apertura al aborto, es decir, las que tuvieron 35 años o más de edad, que residían en localidades rurales y que poseían solo primaria (más rezagadas demográficamente y con una menor autonomía, apertura y empoderamiento) con el resto de mujeres que se encontraron fundamentalmente en los grupos de edad 15 – 24 y 25 – 34 años, residentes en localidades urbanas y con estudios de secundaria y preparatoria (más avanzadas demográficamente y con mayor autonomía, apertura y empoderamiento).

⁵³ Una explicación más detallada se puede consultar en el capítulo metodológico.

Los resultados de la regresión se muestran en el cuadro 6.16. Los resultados son estadísticamente significativos tomando en consideración nuestro margen de error del 5%. Los momios del análisis de la regresión logística bivariada señalan que es cuatro veces más probable que las mujeres más rezagadas demográficamente y con una menor autonomía y empoderamiento tengan una apertura al aborto en comparación con las mujeres más avanzadas demográficamente y de mayor autonomía y empoderamiento.

Cuadro 6.16 "Resultados de la regresión logística bivariada, ENSATA 2006"			
	B	Sig.	Exp (B)
Mujeres rezagadas			1
Mujeres avanzadas	1.3506	0.0020	3.8598
Constante	-2.3512	0.0000	0.0953
FUENTE: Cálculos propios.			

6.3 Conclusiones

Se confirmó que fueron los grupos de mujeres de 25 a 34 años de edad, residentes en localidades urbanas y con preparatoria las que expresaron una opinión más abierta en cuanto al aborto. Después de estas mujeres, fueron las de 15 a 24 años y con secundaria las que mostraron una opinión de mayor apertura al aborto, y el grupo que mostró menor apertura fue el de 35 años y más, residentes en localidades rurales y con primaria. Estos hallazgos fueron validados por medio de una regresión logística bivariada.

7. Conclusiones generales

Esta investigación nos permite concluir varios aspectos. A partir de los datos analizados, y teniendo como marco la Segunda Transición Demográfica y el proceso de secularización, fue posible diseñar dos índices. El Índice de Empoderamiento fue posible gracias a los datos de la ENSAR 2003 y el Índice de Apertura al Aborto a los datos de la ENSATA 2006.

Es notorio que en el México actual, algunas mujeres se encuentran aun en una situación de bastante vulnerabilidad. Tanto en las variables que constituyen el Índice de Empoderamiento como en las variables que se usaron para la construcción del Índice de Apertura al Aborto, se observó que todavía una proporción nada despreciable de mujeres

sufre violencia, y que aun se encuentran marginadas de la toma de decisiones en la pareja, como las referentes a la sexualidad y anticoncepción por sólo poner dos ejemplos. Situación que concuerda con el estado de la sexualidad de las mujeres en las zonas más empobrecidas, donde también otros estudios han señalado un paisaje de innumerables violencias públicas y privadas, simbólicas y represivas (Pauluzzi, 2006).

El resultado central de esta investigación fue explorar la hipótesis de que a un comportamiento moderno o de mayor empoderamiento se asocia una opinión positiva al aborto que está relacionada a un derecho de la mujer. Nuestros hallazgos muestran esta relación, pues existe un patrón similar entre comportamiento y opinión. En general, fueron las mujeres de 25 a 34 años, residentes en localidades urbanas y con preparatoria las que mostraron un comportamiento más moderno y una opinión de mayor apertura al aborto; detrás de ellas se ubicaron las mujeres de 15 a 24 años y con estudios de secundaria; y por lo regular fueron las mujeres de 35 años y más, residentes en localidades rurales y con primaria las que mostraron un comportamiento más tradicional y una opinión de menor apertura al aborto; estos resultados fueron confirmados a través del análisis de regresión logística. Asimismo, estas mismas mujeres se automarginan de los derechos reproductivos a que tienen derecho; aunque algunos de estos derechos ya pudieran estar legalmente aceptados en su comunidad.

La primera hipótesis sostenía que un mayor empoderamiento estaba relacionado con una baja fecundidad, elevada escolaridad y uso de anticonceptivos modernos; incorporamos la fecundidad y la anticoncepción en el Índice de Empoderamiento y pudimos comprobar que a mayor escolaridad, mayor modernidad.

La segunda hipótesis planteaba que existe diferencial de comportamiento de modernidad y de mayor empoderamiento por grupo de edad, tipo de localidad de residencia (urbana y rural) y nivel escolar de las mujeres. En el capítulo 5 ahondamos en ello y descubrimos que existe ese diferencial, siendo las mujeres del grupo de 25 – 34 años, las residentes en localidades urbanas y las que tienen preparatoria las que resultaron más modernas.

La tercera hipótesis decía que las opiniones de las mujeres respecto al aborto serían predominantemente negativas. En el sexto capítulo encontramos que sólo en alrededor de la mitad de los casos, las opiniones a favor superaron a las opiniones en contra, y cuando así

ocurrió, éstas opiniones no fueron contundentemente mayoritarias, se ubicaron por lo regular entre el 50% y 60% del total.

La cuarta hipótesis postulaba que existe un diferencial de opinión importante según nivel escolar, grupo de edad y tipo de localidad de residencia (urbana y rural). Esta también se cumplió aunque acentuando la palabra “importante”, ya que si bien se presentó ese diferencial, fue más estrecho en comparación con el diferencial de comportamiento.

La quinta hipótesis mencionaba que las mujeres con un comportamiento de mayor empoderamiento tendrían una opinión de apertura hacia el derecho al aborto. La corroboramos al detectar que fueron en lo general, las mujeres de 25 a 34 años, residentes en localidades urbanas y con preparatoria las mujeres que coincidieron en tener un comportamiento moderno y a su vez, tener una opinión de mayor apertura al aborto respecto a otros grupos.

Es claro que las mismas mujeres deben de ser las portavoces del reclamo de sus derechos, pues son las principales perjudicadas por la legislación prohibitiva⁵⁴, ya que ese reclamo difícilmente los hombres encargados de la toma de decisiones puedan hacerlo, si no lo han hecho o han hecho poco en el pasado.

Gobierno y sociedad deberán tener la capacidad de respeto ciudadano para lograr dar a cada mujer acceso a sus derechos reproductivos y la decisión de la maternidad plena, es decir, la opción del aborto. Debe quedar claro que a pesar del uso de métodos anticonceptivos los embarazos no planeados implican una mayor proporción de abortos en la población.

Lo aquí encontrado no hace más que reafirmar la idea de que las interrelaciones entre el entorno y las características de las mujeres es un asunto sumamente complejo. Pero que investigaciones como ésta, ayudan a conocer un poco más del entramado social que verdaderamente está entretejido por múltiples factores, que hacen que se vuelva imposible una conclusión simplista.

La Ley de Despenalización del Aborto en el Distrito Federal, brindará la oportunidad de conocer mejor el fenómeno ahora que es legal y que por lo tanto es registrado. Por lo menos ahora contaremos con datos de esta unidad político –

⁵⁴ También la sociedad en general resulta perjudicada por el hecho extremo de que se pierda a integrantes de ella en riesgosos abortos clandestinos.

administrativa; por otra parte esta ley coadyuvará a que el aborto deje de ser un problema de salud pública.

ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro A.1 "Legislación sobre aborto por entidad federativa, 2007"						
Estado	Por violación	Imprudencial o	Por peligro de	Por malformaciones	Grave daño a la	Otras
		culposos	muerte	genéticas o congénitas graves del producto	salud	causas
Aguascalientes	✓	✓	✓	x	x	x
Baja California	✓ (1)	✓	✓	x	x	✓ (2)
Baja California Sur	✓	✓	✓	✓	✓	✓ (2)
Campeche	✓	✓	✓	x	x	x
Coahuila	✓ (1)	✓	✓	✓	x	x
Colima	✓ (1)	✓	✓	✓	x	✓ (1)
Chiapas	✓ (1)	x	✓	✓	x	x
Chihuahua	✓ (1)	✓	*	x	✓	✓ (1)
Distrito Federal	✓	✓	*	✓	✓	✓ (2) (4)
Durango	✓	✓	✓	x	x	x
Guanajuato	✓	✓	x	x	x	x
Guerrero	✓	✓	x	✓	x	✓ (2)
Hidalgo	✓ (1)	✓	*	x	✓	✓ (2)
Jalisco	✓	✓	✓	x	✓	x
México	✓	✓	✓	✓	x	x
Michoacán	✓	✓	✓	x	✓	x
Morelos	✓	✓	✓	✓	x	✓ (2)
Nayarit	✓	✓	✓	x	✓	x
Nuevo León	✓	x	✓	x	✓	x
Oaxaca	✓ (1)	✓	✓	✓	x	x
Puebla	✓	✓	✓	✓	x	x
Querétaro	✓	✓	x	x	x	x
Quintana Roo	✓ (1)	✓	✓	✓	x	x
San Luis Potosí	✓	✓	✓	x	x	✓ (2)
Sinaloa	✓	✓	✓	x	x	x
Sonora	✓	✓	✓	x	x	x
Tabasco	✓	x	✓	x	x	✓
Tamaulipas	✓	✓	✓	x	✓	x
Tlaxcala	✓	✓	✓	x	✓	x
Veracruz	✓ (1)	✓	✓	✓	x	✓ (2)
Yucatán	✓	✓	✓	✓	x	✓ (3)
Zacatecas	✓	✓	✓	x	✓	x
Total	32	30	29	13	11	12
(1) En estas entidades la ley contempla plazos para la interrupción del embarazo entre 75 días y tres meses a partir de la violación o el embarazo.						
(2) Inseminación artificial no consentida.						
(3) Económicas, cuando la mujer tenga al menos tres hijos.						
(4) Por voluntad de la mujer durante las 12 primeras semanas del embarazo.						
* Aunque no se menciona explícitamente en el Código Penal de la entidad, esta causal queda comprendida en "grave daño a la salud".						
FUENTE: Elaboración propia con base en GIRE, 2007.						

Cuadro A.2 "Casos perdidos de las variables seleccionadas para el cálculo del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003"	
Nombre	% de casos perdidos
Número total de hijos nacidos vivos	0.00
Ha platicado con su pareja sobre el uso de métodos anticonceptivos	0.16
Su pareja está de acuerdo en usar métodos anticonceptivos	0.16
Usa métodos anticonceptivos modernos	0.17
Quién ha tomado la decisión de usar métodos anticonceptivos	0.49
Uso de métodos en 1ra. relación	0.15
Diferencia con la edad del esposo	2.15
Quién toma iniciativa para relaciones sexuales	1.44
Si no tiene ganas de relaciones sexuales le dice a pareja	1.28
Quién decide cuántos hijos tener	0.40
Quién decide en qué gastar el dinero	0.87
Pareja le ayuda a limpiar la casa	0.71
Su pareja la ha golpeado	0.56
Conoce cómo se evita el SIDA	1.94
FUENTE: Cálculos propios.	

Cuadro A.3 "Casos perdidos de las variables seleccionadas para el cálculo del Índice de Apertura al Aborto, ENSATA 2006"	
Nombre	% de casos perdidos
Las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa	0.00
Los hombres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio siempre y cuando haya una relación amorosa	0.00
Las mujeres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio	0.00
Los hombres tengan relaciones sexuales casuales antes del matrimonio	0.00
Qué opinión tiene sobre el aborto	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de una violación	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando la vida de la mujer está en peligro	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando el embarazo es resultado de incesto	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves	0.00
Puede ocurrir un aborto por falta de recursos económicos de la mujer	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es madre soltera	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer es menor de edad	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando falló un método anticonceptivo	0.00
Puede ocurrir un aborto cuando la mujer así lo decida	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de una violación	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando está en riesgo la salud de la mujer	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el embarazo es resultado de incesto	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando el producto presenta malformaciones congénitas graves	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto por falta de recursos económicos de la mujer	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es madre soltera	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer es menor de edad	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando falló un método anticonceptivo	0.00
Se castigue penalmente a una mujer que se practique el aborto cuando la mujer así lo decida	0.00

FUENTE: Cálculos propios.

Cuadro A.4 "Coeficientes de correlación de las 14 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años, actualmente unida y corresidente con pareja. ENSAR 2003"															
Variable		p209	p347	p348	Metmoderno	p351	p504	gruposp	p710	p711	p7131	p7133	p7146	p7241	p837a
p209 Total de hijos e hijas	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 11287	0.080 11269	0.124 11274	-0.041 11267	-0.067 10455	0.201 11188	0.041 11287	-0.100 11120	0.107 10978	-0.087 11239	-0.099 11240	0.124 11202	-0.097 11220	0.176 10687
p347 Ha platicado con pareja acerca del uso de métodos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0.080 11269	1 12000	0.419 11990	-0.097 11979	-0.160 10852	0.090 11899	-0.022 12000	-0.042 11833	0.066 11682	-0.027 11954	-0.100 11955	0.090 11917	-0.059 11935	0.096 11381
p348 Su pareja está de acuerdo en usar anticonceptivos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0.124 11274	0.419 11990	1 12000	-0.296 11980	-0.125 10850	0.077 11900	-0.020 12000	-0.043 11829	0.103 11677	-0.025 11953	-0.114 11953	0.095 11916	-0.050 11934	0.139 11379
Metmoderno Uso de métodos modernos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-0.041 11267	-0.097 11979	-0.296 11980	1 11999	-0.055 10836	-0.064 11898	0.057 11999	0.004 11826	-0.055 11674	-0.021 11951	0.047 11952	-0.044 11914	-0.043 11932	-0.102 11373
p351 Quién ha tomado la decisión de usar métodos	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-0.067 10455	-0.160 10852	-0.125 10850	-0.055 10836	1 10857	-0.060 10764	0.006 10857	0.145 10733	-0.035 10614	0.159 10817	0.139 10818	-0.071 10777	0.081 10799	0.003 10447
p504 Uso de métodos en la 1a. relación	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0.201 11188	0.090 11899	0.077 11900	-0.064 11898	-0.060 10764	1 11919	-0.004 11919	-0.073 11750	0.028 11601	-0.047 11871	-0.041 11834	0.086 11834	-0.038 11852	0.100 11307
gruposp Edad respecto al esposo	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0.041 11287	-0.022 12000	-0.020 12000	0.057 11999	0.006 10857	-0.004 11919	1 12019	0.002 11846	-0.010 11694	-0.007 11971	-0.013 11972	-0.013 11934	-0.027 11952	-0.035 11393
p710 Quién toma iniciativa para relaciones sexuales	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-0.100 11120	-0.042 11833	-0.043 11829	0.004 11826	0.145 10733	-0.073 11750	0.002 11846	1 11846	-0.070 11673	0.145 11839	0.134 11837	-0.109 11799	0.091 11823	-0.032 11257
p711 Si no tiene ganas de rel.sex. Se lo dice a pareja	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0.107 10978	0.066 11682	0.103 11677	-0.055 11674	-0.035 10614	0.028 11601	-0.010 11694	-0.070 11673	1 11694	-0.043 11691	-0.084 11688	0.098 11651	-0.038 11674	0.062 11137
p7131 Quién decide cuántos hijos tener	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-0.087 11239	-0.027 11954	-0.025 11953	-0.021 11951	0.159 10817	-0.047 11871	-0.007 11971	0.145 11839	-0.043 11691	1 11971	0.333 11968	-0.076 11931	0.114 11950	-0.083 11346
p7133 Quién decide en que gastar el dinero	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-0.099 11240	-0.100 11955	-0.114 11953	0.047 11952	0.139 10818	-0.041 11871	-0.013 11972	0.134 11837	-0.084 11688	0.333 11968	1 11972	-0.121 11931	0.111 11948	-0.098 11350
p7146 Pareja algunas veces limpia la casa	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0.124 11202	0.090 11917	0.095 11916	-0.044 11914	-0.071 10777	0.086 11834	-0.013 11934	-0.109 11799	0.098 11651	-0.076 11931	-0.121 11931	1 11934	-0.025 11910	0.096 11309
p7241 Su pareja la ha golpeado	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-0.097 11220	-0.059 11935	-0.050 11934	-0.043 11932	0.081 10799	-0.038 11852	-0.027 11952	0.091 11823	-0.038 11674	0.114 11950	0.111 11948	-0.025 11910	1 11952	-0.003 11328
p837a Cómo se evita la transmisión del SIDA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0.176 10687	0.096 11381	0.139 11379	-0.102 11373	0.003 10447	0.100 11307	-0.035 11393	-0.032 11257	0.062 11137	-0.083 11346	-0.098 11350	0.096 11309	-0.003 11328	1 11393

FUENTE: Cálculos propios.

Cuadro A.5 "Distribución de las mujeres de 15 a 49 años según su estado conyugal, ENSAR 2003"		
Estado conyugal	Absolutos	Relativos
Unida o casada	12597	60.6
Viuda, divorciada o separada	1646	7.9
Soltera	6546	31.5
Desconocido	1	0.0
Total	20790	100.0
FUENTE: Cálculos propios.		

Cuadro A.6 "Distribución de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas según corresponsión con pareja, ENSAR 2003"		
Vive su marido con usted	Absolutos	Relativos
Sí	12019	95.4
No	575	4.6
Desconocido	3	0.0
Total	12597	100.0
FUENTE: Cálculos propios.		

Cuadro A.7 "Distribución de las mujeres de 15 a 49 años según su estado conyugal, ENSATA 2006"		
Estado conyugal	Absolutos	Relativos
Unida o casada	875	62.1
Viuda, divorciada o separada	46	3.3
Soltera	485	34.4
Desconocido	4	0.3
Total	1409	100.0
FUENTE: Cálculos propios.		

Cuadro A.8 "Distribución de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas según corresponsión con pareja, ENSATA 2006"		
Vive su esposo con usted	Absolutos	Relativos
Sí	692	79.1
No	180	20.5
Desconocido	3	0.4
Total	875	100.0
FUENTE: Cálculos propios.		

Índice de mapas y gráficas		
Número	Nombre	Página
Mapas		
1.1	Fase de transición demográfica de las entidades federativas, 2001	9
1.2	Legislación sobre aborto a nivel entidad federativa, México 2007	11
Gráficas		
5.1	Tasas Globales de Fecundidad por quinquenio, México 1950 - 1995	50
5.2	Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, 1976 - 1995	51
5.3	Porcentaje del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003	61
NOTA: El número indica primero en qué capítulo se encuentra y después qué orden le corresponde.		

Índice de cuadros		
Número	Nombre	Página
2.1	Características de la población en estudio	22
4.1	Distribución de las mujeres según categoría de estudio, ENSAR 2003	34
4.2	Frecuencias de las variables de contexto de la población femenina de 15 - 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja, ENSAR 2003	35
4.3	Frecuencias de las 14 variables seleccionadas de la población femenina de 15 - 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja, ENSAR 2003	36
4.4	Clasificación de las 14 variables de la ENSAR 2003	39
4.5	Recodificación de las 14 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años de edad, actualmente unida y corresidente con pareja para la construcción del Índice, ENSAR 2003	41
4.6	Distribución de las mujeres según categoría de estudio, ENSATA 2006	41
4.7	Frecuencias de las variables de contexto de la población femenina de 15 - 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja, ENSATA 2003	42
4.8	Frecuencias de las 24 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años, actualmente unida y corresidente con su pareja, ENSATA 2006	43
4.9	Clasificación de las 24 variables de la ENSATA 2006	45
4.10	Recodificación de las 24 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años de edad, actualmente unida y corresidente con pareja para la construcción de los subíndices y del índice general, ENSATA 2006	47
5.1	Variables de comportamiento por grupo de edad, ENSAR 2003	52
5.2	Variables de autonomía por grupo de edad, ENSAR 2003	55
5.3	Variables de comportamiento por tipo de localidad de residencia, ENSAR 2003	57
5.4	Variables de autonomía por tipo de localidad de residencia, ENSAR 2003	59
5.5	Puntaje del Índice de Empoderamiento de las mujeres actualmente unidas de 15 a 49 años corresidentes con pareja, ENSAR 2003	61
5.6	Estadísticos para el Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003	62
5.7	Distribución de las mujeres según categoría del Índice de Empoderamiento por ámbito de residencia, ENSAR 2003	63
5.8	Distribución de las mujeres según ámbito de residencia por categoría del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003	63
5.9	Distribución de las mujeres según categoría del Índice de Empoderamiento por grupo de edad, ENSAR 2003	64
5.10	Distribución de las mujeres según grupo de edad por categoría de Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003	64
5.11	Distribución de las mujeres según categoría del Índice de Empoderamiento por nivel escolar, ENSAR 2003	65
5.12	Distribución de las mujeres según nivel escolar por categoría del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003	66
6.1	Variables sobre el derecho a decidir, ENSATA 2006	70
6.2	Variables sobre relaciones sexuales, ENSATA 2006	71
6.3	Variables sobre aborto, ENSATA 2006	73
6.4	Variables de contexto, ENSATA 2006	75
6.7	Distribución de casos del Subíndice 1 sobre variables que tratan de relaciones sexuales, ENSATA 2006	76
6.6	Estadísticos para el Subíndice de relaciones sexuales, ENSATA 2006	76
6.7	Distribución de casos del Subíndice 2 sobre variables que tratan del aborto, ENSATA 2006	77
6.80	Estadísticos para el Subíndice de aborto, ENSATA 2006	77
6.9	Distribución de casos del Subíndice 3 sobre variables que tratan del castigo penal al aborto, ENSATA 2006	78
6.10	Estadísticos para el Subíndice de castigo penal al aborto, ENSATA 2006	78
6.11	Distribución de casos del Índice de Apertura al Aborto, ENSATA 2006	79
6.12	Estadísticos para el Índice de Apertura al Aborto, ENSATA 2006	79
6.13	Distribución de las mujeres por categoría de mayor y menor apertura de Subíndices e Índice según grupo de edad, ENSATA 2006	80
6.14	Distribución de las mujeres por categoría de mayor y menor apertura de Subíndices e Índice según tipo de localidad, ENSATA 2006	81
6.15	Distribución de las mujeres por categoría de mayor y menor apertura de Subíndices e Índice según nivel escolar, ENSATA 2006	82
6.16	Resultados de la regresión logística bivariada, ENSATA 2006	83
A.1	Legislación sobre aborto por entidad federativa, 2007	88
A.2	Variables seleccionadas para el cálculo del Índice de Empoderamiento, ENSAR 2003	89
A.3	Variables seleccionadas para el cálculo del Índice de Apertura al Aborto, ENSATA 2006	90
A.4	Coefficientes de correlación de las 14 variables seleccionadas de la población femenina de 15 a 49 años, actualmente unida y corresidente con pareja, ENSAR 2003	91
A.5	Distribución de las mujeres de 15 a 49 años según su estado conyugal, ENSAR 2003	92
A.6	Distribución de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas según corresidente con pareja, ENSAR 2003	92
A.7	Distribución de las mujeres de 15 a 49 años según su estado conyugal, ENSATA 2006	92
A.8	Distribución de las mujeres de 15 a 49 años actualmente unidas según corresidente con pareja, ENSATA 2006	92

NOTA: El número indica primero en qué capítulo se encuentra y después qué orden le corresponde dentro del capítulo.

Bibliografía

- ☑ Acosta, Mariclaire, Flora Botton – Burlá, Lilia Domínguez, Isabel Molina, Adriana Novelo y Kyra Núñez, *El aborto en México*, FCE, México, 1976.
- ☑ Amuchástegui, Ana, Marta Rivas y Angélica Evangelista García, “Aborté...el secreto que no queremos callar” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 227 - 234.
- ☑ Barranco V., Bernardo, “El aborto y el Dios de la vida” en *La jornada*, 4 de abril de 2007, información en línea: <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/04/index.php?section=opinion&article=017a1pol>, consultado el 20 de abril de 2008..
- ☑ Benítez Zenteno, Raúl, “Niveles de fecundidad en relación con algunos factores sociales y económicos” en COLMEX, *Dinámica de la población de México*, México, 1970, pp. 74 – 81.
- ☑ Blancarte, Roberto J., “Laicidad y secularización en México” en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. XIX, núm. 57, septiembre - diciembre, 2001, pp. 843 - 855.
- ☑ Cárdenas Ayala, Elisa, “Hacia una historia comparada de la secularización en América Latina” en Guillermo Palacios (coord.), *Ensayos sobre la nueva historia política de América Latina*, Siglo XXI, COLMEX, México, 2007, pp. 197 - 211.
- ☑ Cardich, Rosario, “Abortar en la clandestinidad” en *Desde las mujeres, Visiones del aborto, nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto*, Movimiento Manuela Ramos, The Population Council, Lima, 1993, pp. 87 - 117.
- ☑ Católicas por el Derecho a Decidir, información en línea: www.catolicasporelderechoadecidir.org, consultada el 20 de mayo de 2008.
- ☑ Chackiel, Juan y Susana Schkolnik, “América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad” en CEPAL, Université Paris X, *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?*, Santiago de Chile, 2004, pp. 51 – 73.
- ☑ Cifrián, Concha, Carmen Martínez Ten e Isabel Serrano, *La cuestión del aborto*, ICARIA, Barcelona, 1986.
- ☑ Coale, A.J., *La transición demográfica*, Serie D, núm. 86, Santiago de Chile, 1977.
- ☑ Consejo Nacional de Población (CONAPO), “Retos y oportunidades del cambio en la estructura por edades de la población” en *La población de México en el nuevo siglo*, México, 2001, pp. 249 - 260.
- ☑ Figueroa Perea, Juan Guillermo, *Aproximación al estudio de los derechos reproductivos*, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, COLMEX, agosto, 1995.
- ☑ Figueroa Perea, Juan Guillermo, “Apuntes sobre algunas posibilidades de autodeterminación reproductiva en América Latina” en *Perfiles Latinoamericanos*, año 4, núm. 6, México, 1995, pp. 121 – 147.
- ☑ Figueroa Perea, Juan Guillermo, “Tres reflexiones sobre la sexualidad y los derechos humanos en el ámbito de la Iglesia católica” en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. XIX, núm. 3, septiembre – diciembre, 2004, pp. 639 – 686.
- ☑ Figueroa Perea, Juan Guillermo y Verónica Sánchez Olguín, “La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto” en *La jornada*, Foro de despenalización del aborto, séptima sesión, información en línea: <http://ciencias.jornada.com.mx/foros/despenalizacion-del-aborto/opinion/septima-sesion/la-presencia-de-los-varones-en-el-discurso-y-en-la-practica-del-aborto>, consultado el 4 de abril de 2008.
- ☑ García, Brígida, “Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica” en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. XVIII, núm. 2, mayo – agosto, 2003, pp. 221 – 253.
- ☑ García, Brígida y Olga Rojas, “Las uniones conyugales en América Latina: Transformaciones en un marco de desigualdad social y de género” en *Notas de población*, núm. 78, diciembre, 2004, pp. 65 – 96.

- ☑ García, Brígida y Orlandina de Oliveira, “Trabajo extradoméstico y relaciones de género: Una nueva mirada” en María Alicia Gutiérrez, *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación política*, CLACSO, Buenos Aires, 2007, pp. 49 – 87.
- ☑ García Rojas, Fernando, “Un testimonio médico forense” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 176 - 179.
- ☑ González, Pilar, *La educación de la creatividad (técnicas creativas y cambios de actitud en el profesorado)*, tesis doctoral, Universidad de Barcelona, información en línea: http://www.biopsychology.org/tesis_pilar/t_pilar06.htm, consultada el 29 de abril de 2008 (1981).
- ☑ Grupo de Información y Reproducción Elegida, A.C. (GIRE), *Paulina en el nombre de la ley*, México, 2000.
- ☑ Grupo de Información y Reproducción Elegida, A.C. (GIRE), “La opinión pública sobre el aborto en México”, información en línea: <http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=68>, consultada el 15 de febrero de 2008 (2007).
- ☑ Güemez, Ana, “Estado laico, democracia y aborto” en Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto, Entre el derecho y la necesidad*, Paidós, Tramas sociales, Buenos Aires, 2006, pp. 131 - 147.
- ☑ Guillaume, Agnès y Susana Lerner, *El aborto en América Latina y El Caribe, Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*, Disco compacto, CEPED, París, 2006.
- ☑ Gutiérrez, Miguel y Delicia Ferrando, “Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad” en CEPAL, Université Paris X Nanterre, *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Santiago de Chile, 2004, pp. 233 - 245.
- ☑ Guttmacher Institute, *Facts on Induced Abortion Worldwide*, información en línea, http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html, consultada el 20 de abril de 2008.
- ☑ Hernández, Daniel, “Anticoncepción en México” en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coords.), *La Población de México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, 2001a, pp. 271 – 306.
- ☑ Hernández, Daniel, “Mortalidad fetal y aborto” en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coords.), *La Población de México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, 2001b, pp. 349 – 362.
- ☑ Hervieu – Léger, Danièle, “Secularización y modernidad religiosa. Una perspectiva a partir del caso francés” en Enrique Luengo González (comp.), *Secularización, modernidad y cambio religioso*, Cuadernos de cultura y religión, Universidad Iberoamericana, México, 1991, pp. 83 - 101.
- ☑ Hosmer, David W. y Stanley Lemeshow, *Applied Logistic Regression*, John Wiley and Sons, USA, 1989.
- ☑ Ibáñez García – Velasco, José Luis, *La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX*, Siglo XXI editores, Madrid, 1992.
- ☑ Instituto Cubano del Libro, *Glosario de términos demográficos*, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1977.
- ☑ Instituto Federal Electoral (IFE), *Manual del Capacitador de Funcionarios de Casilla y Manual del Funcionario de Casilla*, México, 2000.
- ☑ Instituto Mexicano del Seguro Social, *Fecundidad y uso de métodos anticonceptivos en México*, Jefatura de servicios de planificación familiar, México, 1981.
- ☑ Juárez, Fátima y Julieta Quilodrán, “Mujeres pioneras del cambio reproductivo en México” en *Revista Mexicana de Sociología*, año LII, núm. 1, enero - marzo, 1990, pp. 33 - 49.
- ☑ Kirk, Dudley, “Demographic Transition Theory” en *Population Studies*, numb. 50, 1996, pp. 361 – 387.
- ☑ Kulczycki, Andrzej, “De eso no se habla: aceptando el aborto en México” en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. XVIII, núm. 2, mayo - agosto 2003, pp. 353 - 386.
- ☑ Lafourcade, Natalia, *En el 2000*, álbum Natalia Lafourcade (2002), información en línea: <http://www.letrascaciones.org>, consultada el 4 de mayo del 2008.

- ☑ Lamas, Marta, “Movimiento feminista y discurso político: Los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna” en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords.), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, COLMEX, México, 2001, pp. 177 – 194.
- ☑ Langer Glas, Ana, “La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 149 - 153.
- ☑ Laverde, Rocío, “¿Será que nos conocen?: mujeres y sacerdotes en sectores populares” en Ana María Portugal (editora), *Mujeres e iglesia, sexualidad y aborto en América Latina*, México, 1989, pp. 103 - 111.
- ☑ Lerner, Susana e Ivonne Szasz, “La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción” en *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 18, núm. 2, mayo – agosto, 2003, pp. 299 – 352.
- ☑ Lesthaegue, Ron, “The second demographic transition in Western countries: an interpretation” en Karen Oppenheim Mason and An – Magritt Jenses (eds.), *Gender and family change in industrialized countries*, Claredon Press, Oxford, 1995, pp. 17 - 62.
- ☑ Lesthaegue, Ron, “On theory development and applications to the study of family formation” en *Population and development review*, vol. 24, numb.1, 1998, pp. 1 - 14.
- ☑ Letra S, “Vigencia del derecho a decidir de las mujeres de la ciudad de México”, Suplemento mensual, Salud, Sexualidad, Sida, 6 de marzo de 2008.
- ☑ Lopes Patarra, Neide, “Transición demográfica: ¿Resumen histórico o teoría de población?” en *Demografía y economía*, vol. VII, núm. 1, 1973, pp. 86 – 95.
- ☑ Macció, Guillermo A., *Diccionario Demográfico Multilingüe*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, CELADE, Lieja, 1985.
- ☑ Marston, Cicely y John Cleland, “Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence”, en *International Family Planning Perspectives*, vol. 29, numb. 1, march, 2003.
- ☑ Martínez Herrera, Miguel Ángel, *La relación entre la anticoncepción y las percepciones y prácticas religiosas de jóvenes de dos regiones de México: Un estudio exploratorio*, tesis de maestría en demografía, COLMEX, 2002.
- ☑ Mebarak, Shakira, *Se quiere... Se mata*, álbum Pies descalzos (1996), información en línea: www.lyrics.com, consultada el 4 de mayo de 2008.
- ☑ Mendoza Victorino, Doroteo, “Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros” en CONAPO, *La situación demográfica de México 2006*, México, 2006, pp. 49 – 63.
- ☑ Menkes, Catherine y Octavio Mojarro, “Preferencias reproductivas en el último tramo de la transición demográfica en México” en CONAPO, *La situación demográfica de México 2006*, México, 2006, pp. 65 – 73.
- ☑ Mier y Terán, Marta y Virgilio Partida Bush, “Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad en México, 1930 – 1997” en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coords.), *La Población de México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, 2001, pp. 168 – 203.
- ☑ Monterrubio Gómez, María Isabel *et al*, “La transición demográfica de México por grupos de entidades federativas, a partir de sus Tasas Brutas de Natalidad y de sus Tasas Brutas de Mortalidad, 1940 – 1990” en INEGI, IISUNAM, *IV Conferencia Latinoamericana de Población*, Vol. II, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE, México, 1993, pp. 299 - 314.
- ☑ Morelos, José B., “La evolución del problema demográfico” en Miguel S. Wionczek *et al*, *Disyuntivas sociales. Presente y futuro de la sociedad mexicana II*, SepSetentas, pp. 53 – 78.
- ☑ Muraro, Rose Marie, “El aborto y la fe religiosa en América Latina” en Ana María Portugal (editora), *Mujeres e iglesia, sexualidad y aborto en América Latina*, México, 1989, pp. 81 - 94.
- ☑ Mundigo, Axel, “Religión y salud reproductiva: encrucijadas y conflictos” en *II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro, Desafíos de la salud pública en América Latina y el Caribe*, COLMEX, The Population Council, 2005, pp. 1 - 25.

- ☑ Núñez, Leopoldo y Yolanda Palma, “El aborto en cifras” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 154 – 158.
- ☑ Organización de Naciones Unidas, *Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo 1994, información en línea: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>, consultado el 18 de marzo de 2008.
- ☑ Ortiz – Ortega, Adriana, “Las dos lo vivimos” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 235 - 237.
- ☑ Ortiz – Ortega, Adriana, *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal?*, EDAMEX, The Population Council, México, 2001.
- ☑ Partida Bush, Virgilio, “Situación demográfica nacional y estatal” en CONAPO, *La situación demográfica de México 2006*, México, 2006, pp. 11 – 17.
- ☑ Pauluzzi, Liliana, “Degradación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres pobres: abortar y parir” en Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto, Entre el derecho y la necesidad*, Paidós, Tramas sociales, Buenos Aires, 2006, pp. 47 - 60.
- ☑ Portal literario mundo prosa, “concepto de autonomía”, información en línea: <http://www.mundoprosa.com/foro/showthread.php?t=1749>, consultada el 29 de abril de 2008.
- ☑ Pressat, Roland, *Diccionario de Demografía*, oikos – tau ediciones, Barcelona, 1987.
- ☑ Quilodrán, Julieta, “Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines de milenio” en *Papeles de población*, año 6, núm. 25, julio – septiembre, 2000, pp. 9 – 33.
- ☑ Quilodrán, Julieta, “Un siglo de matrimonio en México” en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coords.), *La Población de México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, 2001, pp. 242 – 270.
- ☑ Quilodrán, Julieta, “La familia, referentes en transición” en *Papeles de población*, año 9, núm. 37, julio – septiembre, 2003, pp. 51 – 82.
- ☑ Quilodrán, Julieta, “Diverse Transitions to Marital and Reproductive Life”, Ponencia presentada en el marco de la *XXV International Population Conference*, 18 – 23 July, 2005, Tours, France.
- ☑ Quilodrán, Julieta, “V. ¿Está cambiando la naturaleza de la unión libre en América Latina? Los ejemplos de Brasil, México y República Dominicana” en José Luis Lezama y José B. Morelos, *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*, COLMEX, México, 2006, pp. 149 – 183.
- ☑ Quilodrán, Julieta y Fátima Juárez, “Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis desde sus propios relatos”, en *Notas de población*, núm. 2, diciembre, 2008 (en prensa).
- ☑ Rábago, Aurora, “Características sociodemográficas y de salud de las mujeres que han tenido un aborto inducido” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 246 - 248.
- ☑ Ramírez Bonilla, Juan José, “Para el uso crítico de los conceptos de secularización, cambio social y globalización” en *Cuadernos de trabajo del Centro de Estudios de Asia y África*, núm. 7, COLMEX, México, 2005.
- ☑ Real Academia de la Lengua Española, información en línea, www.rae.es, consultada el 20 de febrero de 2008.
- ☑ Romero, Mariana, “El aborto entre las adolescentes” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 242 - 245.
- ☑ Rozenbaum, Henri, *Anticoncepción: indicaciones y contraindicaciones*, toray – masson, Barcelona, 1977.
- ☑ Salinas Berinstáin, Laura, “La salud reproductiva como problema de derechos humanos” en Juan Guillermo Figueroa y Claudio Stern (coords.), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, COLMEX, México, 2001, pp. 223 – 232.

- ☑ Secretaría de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003*, base de datos.
- ☑ Secretaría de Salud y Universidad Nacional Autónoma de México, *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003*, cuestionario individual.
- ☑ Sills, David L., *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Aguilar, Madrid, 1975.
- ☑ Soberón, Guillermo, “El aborto es un problema de salud pública” en Adriana Ortiz – Ortega (editora), *Razones y pasiones en torno al aborto, Una contribución al debate*, The Population Council, EDAMEX, México, 1995, pp. 141 - 144.
- ☑ Staples, Anne, “La secularización” en *Recuento de una batalla inconclusa, La educación mexicana de Iturbide a Juárez*, COLMEX, México, 2005, pp. 25 – 27.
- ☑ Swartz, Leon, “Fertility transition in South Africa and its implications of the four major population groups” en United Nations, *Completing the fertility transition*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 2002, pp. 539 - 553.
- ☑ Szasz, Ivonne, “La investigación sobre sexualidad y el debate sobre los derechos reproductivos en México” en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coords.), *La Población de México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, 2001, pp. 365 – 397.
- ☑ Szasz, Ivonne y Susana Lerner, “El enfoque de salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo. Aportes de la investigación sociodemográfica” en Brígida García Guzmán (coord.), *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*, COLMEX, México, 2002, pp. 157 – 180.
- ☑ Teitelbaum, Michael, “Importancia de la teoría de la transición demográfica para países en desarrollo” en *Demografía y economía*, vol. X, núm. 1, 1976, pp. 54 – 67.
- ☑ The Population Council, *Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines (ENSATA) 2006*, base de datos.
- ☑ The Population Council, *Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines (ENSATA) 2006*, cuestionario.
- ☑ The Population Council, *Encuesta Nacional Sobre Aborto y Temas Afines (ENSATA) 2006*, metodología.
- ☑ Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, “Concepto de actitud”, Posgrado en gerencia de proyectos, Santo Domingo, información en línea: <http://html.rincondelvago.com/actitud-laboral.html>, consultada el 29 de abril de 2008 (2002).
- ☑ Van de Kaa, D.J., “Narraciones ancladas: Historia y resultados de medio siglo de investigaciones sobre determinantes de la fecundidad” en *Notas de población*, año XXV, núm. 66, diciembre, 1997, pp. 9 – 85.
- ☑ Vázquez, Sandra, María Alicia Gutiérrez, Nilda Calandra y Enrique Berner, “El aborto en la adolescencia. Investigación sobre el uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en adolescentes” en Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto, Entre el derecho y la necesidad*, Paidós, Tramas sociales, Buenos Aires, 2006, pp. 277 - 297.
- ☑ Zavala de Cosío, María Eugenia, *Changements de Fécondité au Mexique et Politiques de Population*, Université de París V, 2 tomos, París, 1988.
- ☑ Zavala de Cosío, María Eugenia, “La transición demográfica en América Latina y en Europa” en *Notas de población*, núm. 56, 1992, pp. 11 – 32.
- ☑ Zavala de Cosío, María Eugenia, “La transición de la fecundidad en México” en José Gómez de León Cruces y Cecilia Rabell Romero (coords.), *La Población de México, tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, CONAPO, FCE, México, 2001, pp. 147 – 167.