

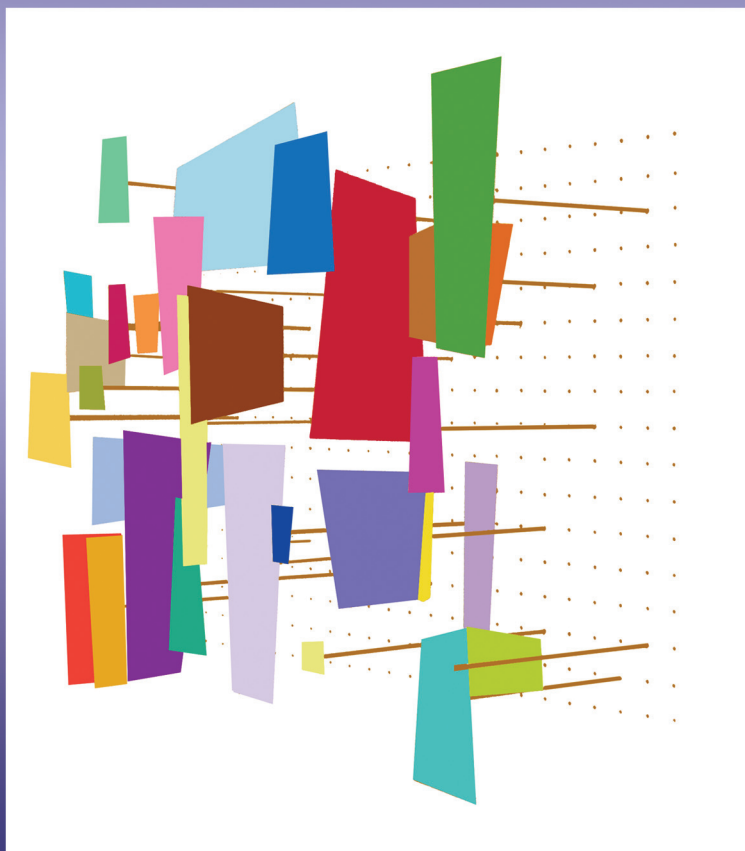
Salud reproductiva y condiciones de vida en México

Tomo I

Susana Lerner

Ivonne Szasz

Coordinadoras



EL COLEGIO DE MÉXICO

SALUD REPRODUCTIVA Y CONDICIONES
DE VIDA EN MÉXICO

Tomo I

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

SALUD REPRODUCTIVA Y CONDICIONES DE VIDA EN MÉXICO

Tomo I

Susana Lerner
Ivonne Szasz
coordinadoras



EL COLEGIO DE MÉXICO

301.42

S181

Salud reproductiva y condiciones de vida en México / Susana Lerner, Ivonne Szasz, coordinadoras. -- 1a ed. -- México, D.F. : El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 2008.
2 t. ; 21 cm.

ISBN 978-968-12-1348-0 (Obra completa)

ISBN 978-968-12-1349-7 (tomo I)

ISBN 978-968-12-1350-3 (tomo II)

1. Salud reproductiva -- México. 2. Marginación social -- México. 3. México -- Condiciones económicas. 4. México -- Condiciones sociales. 5. Comportamiento sexual. 6. Sexualidad -- Aspectos sociales -- México. I. Lerner, Susana, coord. II. Szasz, Ivonne, coord.

Primera edición: 2008

D.R. © El Colegio de México, A.C.
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D.F.
www.colmex.mx

ISBN 978-968-12-1348-0 (Obra completa)
978-968-12-1349-7 (Tomo I)

Impreso en México

ÍNDICE

I. LA DESIGUALDAD SOCIAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

La investigación de las relaciones entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México, <i>Susana Lerner e Ivonne Szasz</i>	11
Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas, <i>Carlos Javier Echarri Cánovas</i>	59

II. DESIGUALDADES SOCIALES Y NECESIDADES NO SATISFECHAS EN SALUD REPRODUCTIVA

Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural, <i>Rosa María Camarena y Susana Lerner</i>	117
Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?, <i>Ricardo Aparicio</i>	217
Calidad de la atención en los servicios de salud: rastreando el concepto subyacente en encuestas recientes, <i>Montserrat Salas Valenzuela</i>	287

III. DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA Y PRÁCTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Embarazo adolescente y estratificación social, <i>Claudio Stern y Catherine Menkes</i>	347
--	-----

Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social, <i>Patricio Solís, Cecilia Gayet y Fátima Juárez</i>	397
Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México, <i>Ivonne Szasz</i>	431

I. LA DESIGUALDAD SOCIAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

LA INVESTIGACIÓN DE LAS RELACIONES ENTRE LA SALUD REPRODUCTIVA Y LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN EN MÉXICO

SUSANA LERNER e IVONNE SZASZ

LA GENERACIÓN DE UN PROCESO DE TRABAJO COLEGIADO

En este texto se presentan los resultados de un proceso de investigación colectivo realizado en el marco de las actividades del Programa Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) de El Colegio de México. Este programa se inició con el apoyo de la Fundación Ford, en marzo de 1993, y su cuarta etapa concluyó con la integración y publicación de estos volúmenes, que dan cuenta de un conjunto de investigaciones que se llevaron a cabo en el marco de un proceso colegiado, interdisciplinario e interinstitucional, tendiente a establecer vínculos entre diversos aspectos de la salud reproductiva y la desigualdad social en México.

La perspectiva teórica desarrollada por el PSRS en el campo de la salud reproductiva consistió en identificar y definir, a partir de los diversos enfoques y corrientes críticas contemporáneas en las ciencias sociales, y en particular las desarrolladas en América Latina, una visión de la salud reproductiva que incorpora las dimensiones de las desigualdades socioeconómicas, las relaciones de género y las desigualdades étnicas y generacionales. Este enfoque de la salud reproductiva privilegia una perspectiva de derechos humanos y de ciudadanía, incorporando análisis críticos de las relaciones de poder, los conflictos y el papel del Estado, de las instituciones sociales y de diversos agentes para la comprensión de este campo temático. Este tipo de análisis incluye las interacciones, transacciones, negociaciones y tensiones que se generan entre los condicionamientos

históricos y contextuales y las posibilidades de autonomía decisoria y autogestión individual y colectiva, incorporando la construcción de significados y la dimensión de la subjetividad.¹ Este tipo de enfoque implicó desarrollar, desde un espacio académico, la apertura y construcción de un campo de investigación por naturaleza interdisciplinario y complejo. Al asumir una concepción de la reproducción y la sexualidad socialmente construidas y formando parte de procesos de reproducción social, privilegió el análisis de estructuras y procesos desde la perspectiva de los actores sociales, considerando sus necesidades e intereses, los procesos de construcción de significados, el carácter social de sus prácticas y la dimensión política de las relaciones.

Otro rasgo distintivo que acompañó la investigación desarrollada por el PSRS fue el abordaje de diversos componentes de la salud reproductiva, entre los cuales destacan temas y dimensiones de análisis emergentes o de frontera, tales como la sexualidad, los derechos humanos, las masculinidades, los comportamientos y prácticas de los adolescentes y jóvenes, las relaciones entre violencia familiar y salud reproductiva, el papel de la cultura y de las instituciones sociales en las prácticas sexuales y reproductivas y la construcción de significados e identidades.

Esta perspectiva compleja en la construcción de conocimiento y la estrategia interdisciplinaria y colectiva de trabajo desarrollada en este campo temático requirió, además, de diversos abordajes metodológicos y estilos de investigación, que permitieran enfatizar los contextos culturales, institucionales, históricos y políticos, yendo más allá del recuento de actividades individuales.

Los textos que forman parte de esta obra colectiva constituyen uno de los resultados de este esfuerzo plural. Responden a la necesidad de realizar un diagnóstico sobre la salud reproductiva y su relación con las condiciones de vida de la población en el México contemporáneo. Los antecedentes que justifican la realización de esta investigación colectiva se relacionan fundamentalmente con los cambios que se dieron en la agenda política y la agenda de investigación en este campo en la década de los años noventa del siglo xx.

¹ Véanse al respecto los trabajos iniciales promovidos por el PSRS a cargo de Salles y Tuirán (1996 y 2003).

Los principales cambios en estas agendas se derivaron del Programa de Acción emanado de la Conferencia de El Cairo suscrito por México, que llevaron a transformar la perspectiva de investigación y de las intervenciones en el campo de la reproducción humana, la sexualidad y la salud. El Programa de Acción originado en El Cairo recupera las dimensiones de los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos, de la desigualdad social y de género y enfatiza las condiciones de acceso y calidad de los servicios de salud reproductiva. El compromiso suscrito por México se concretó, principalmente, en la reorientación del Programa Nacional de Población (PNP) y la puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) a partir de 1995. A diferencia del Programa Nacional de Planificación Familiar y el Programa Nacional de Salud Materno Infantil iniciados en la década de los años setenta, el PNSR y el Programa de Acción de El Cairo se vieron acompañados de la participación creciente de la sociedad civil. Las organizaciones civiles pusieron el acento en las consecuencias adversas de prácticas autoritarias en los servicios, en la defensa y ejercicio de los derechos de las mujeres asociados a su autodeterminación corporal y sexual y en el acceso a servicios de calidad, incluyendo la gestión del gasto público en el ámbito de la salud reproductiva. A su vez, tanto el PNP como el PNSR buscaron incorporar una perspectiva de respeto a los derechos humanos. El PNSR se propuso objetivos que van más allá de la reducción de los niveles de fecundidad, al atender los rezagos en materia de servicios anticonceptivos, promover el respeto a las demandas de las usuarias, ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar a los varones, a los adolescentes y a todas las mujeres, independientemente de su estado civil. Además, se propuso mejorar e incrementar los servicios de atención durante el embarazo y el parto e incluir iniciativas novedosas para la prevención y atención del cáncer cérvico-uterino y mamario y de las infecciones de transmisión sexual (ITS). De manera convergente, con el propósito de abatir los niveles de pobreza extrema y los principales rezagos en materia de educación, alimentación, prevención de la salud y anticoncepción, se focalizaron las intervenciones gubernamentales en los contextos y grupos de población en condiciones más desfavorables, a través de los programas Progresá y Oportunidades.

Estos cambios en la agenda política modificaron también la agenda de investigación gubernamental, y en particular la agenda académica. Los hallazgos de los estudios mostraban la persistencia de la desigualdad socioeconómica, el incremento en el volumen de población en condiciones de pobreza y diversos cambios en la dinámica sociodemográfica,² y daban cuenta de la presencia de un escenario muy diverso y heterogéneo que caracteriza las condiciones de vida de la población mexicana. Distintos grupos de población ubicados en diferentes contextos geográficos, económicos, sociales y culturales viven condiciones de vida extremadamente diferenciadas, y las repercusiones de esas condiciones de vida en la salud reproductiva son insuficientemente conocidas. Se busca así romper con la tendencia cada vez más enfática de mostrar que las prácticas sexuales y reproductivas no tienen un significado unívoco, y por tanto responden a causas y características particulares del contexto material, ideológico y subjetivo de los individuos, y con consecuencias diversas para ellos. Otro aspecto central que acreditó la realización de este diagnóstico de los vínculos entre condiciones de vida y salud reproductiva fue la abundante información estadística sobre salud reproductiva generada principalmente por el sector público, sobre todo en la década de los años noventa, información que ha sido muy poco utilizada por la academia. El conjunto de encuestas que dan cuenta de diferentes aspectos de la salud reproductiva en México representan una base de datos muy vasta y rica que contiene conceptos, variables e indicadores sobre diversos y múltiples aspectos de las prácticas sexuales, reproductivas y de atención a la salud de la población. Estas bases de datos permitieron contrastar las condiciones de salud reproductiva con indicadores de la desigualdad socioeconómica y étnica y de las relaciones de género.

El propósito de esta investigación colectiva fue realizar un diagnóstico de distintos aspectos del tema en el país privilegiando la

² Como por ejemplo, cambios en las prácticas de iniciación sexual, en los patrones conyugales y de conformación de las familias, en la valoración del tamaño de la descendencia y el número de hijos, en la elevada incidencia de la mortalidad materna en ciertas zonas del país, en la creciente inserción laboral de las mujeres en los mercados de trabajo y la precariedad de estos mercados, en los cambios en las relaciones de género y en la aceleración e intensificación de la migración hacia los Estados Unidos.

construcción del enfoque de salud reproductiva desde la perspectiva de las ciencias sociales desarrollado por el PSRS. Este enfoque incorpora las dimensiones de la desigualdad socioeconómica, las asimetrías de género, la desigualdad étnica y la desigualdad generacional como ejes analíticos claves que ejercen distintos grados de determinación en el ámbito de la salud reproductiva. Relacionar distintas dimensiones de la sexualidad, la reproducción y la salud con estos ejes analíticos posibilita contar con un conocimiento riguroso, relevante y comprehensivo que pone el acento en las condiciones de vida de la población y su relación con el bienestar en la reproducción y la sexualidad.

Las principales preguntas que guiaron las investigaciones contenidas en estos volúmenes, cuya coordinación representó un desarrollo conceptual común, fueron las siguientes: ¿Cuál es el estado de conocimiento que nos brinda la abundante información de las encuestas generadas en México en la década de los años noventa del siglo xx con respecto a la salud reproductiva? ¿Cuál es su relación con las condiciones de vida de los distintos sectores o grupos sociales de la población mexicana? ¿Qué tan heterogéneas u homogéneas son las diversas prácticas en salud reproductiva entre los distintos sectores sociales, entre hombres y mujeres, entre grupos étnicos y entre diferentes generaciones de mexicanos? ¿Cuáles son los principales obstáculos o barreras, de índole económica, social, cultural e institucional, que enfrentan estos distintos grupos en el ejercicio de derechos y la satisfacción de necesidades en torno a su sexualidad y reproducción? A través de estas preguntas se buscó una aproximación a los contrastes entre los avances que se observan entre el nivel retórico de la política y los resultados de los programas y las intervenciones en la realidad concreta de las vidas de las personas. Se trató de establecer si las acciones e intervenciones del PSR constituyen una variante de las acciones de los programas convencionales de planificación familiar o si, en cambio, la inclusión de otras iniciativas y acciones se está traduciendo en cambios en las condiciones de salud reproductiva.

El riguroso análisis de evidencias empíricas presentadas por los autores de los artículos que se incluyen en esta publicación permite tener un panorama del estatus de diversos aspectos de la salud reproductiva en nuestro país, y especialmente de su relación con las

desigualdades socioeconómicas, de género, étnicas y generacionales. La extensiva utilización de la información generada por las encuestas levantadas en la década de los años noventa permitió, además, dejar en claro cuáles son las lagunas, ambigüedades y limitaciones que resultan de las evidencias que proporcionan las encuestas para el estudio de una dimensión compleja de nuestra realidad social.

Para llevar a cabo este proyecto colectivo, el PSRS convocó a un grupo de investigadores con amplia experiencia en el campo de la salud reproductiva. Dicho grupo quedó conformado por Carlos Echarri, Fátima Juárez, Susana Lerner, Olga Rojas e Ivonne Szasz del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA) de El Colegio de México; Orlandina de Oliveira, Patricio Solís y Claudio Stern del Centro de Estudios Sociológicos (CES) de El Colegio de México; Soledad González Montes, Patricia Meza Romero y Adriana Ortiz-Ortega del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México; Rosa María Camarena y Marina Ariza del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIS-UNAM); Irene Casique y Catherine Menkes del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM); Ricardo Aparicio y Cecilia Gayet de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), sede México; Gisela Espinosa Damián de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; Graciela Freyermuth Enciso y Cecilia de la Torre Hernández del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste (CIESAS-Sureste); Monserrat Salas Valenzuela del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ); Blanca Pelcastre Villafuerte del Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Raquel Abrantes Pego del Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social (CIESS); Isabel Padilla Vallejo y Leticia de la Cruz Mejía de la Coordinación de Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social; Alberto Villaseñor-Sierra de la Dirección de Investigación y Enseñanza, Hospital de Pediatría, Centro Médico de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara; José Ramiro Caballero-Hoyos de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente, del

Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara; Juan Manuel Contreras Urbina del Equipo de Apoyo Técnico (EAT) del Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población, y Doroteo Mendoza Victorino de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam).

La estrategia utilizada comprendió un proceso prolongado de convocatoria y de tareas de investigación, que se inició a mediados de 2003 y culminó a finales de 2006, e incluyó una diversidad de actividades colegiadas de los profesores del PSRS y del conjunto de los investigadores que respondieron a la convocatoria. Las principales actividades consistieron en:

- a) La obtención de las bases de datos y de los materiales metodológicos de 16 encuestas nacionales, realizadas en la década de 1990, y la sistematización del contenido de las mismas. Esta tarea dio lugar a la publicación del cuaderno de trabajo “Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000”, bajo la responsabilidad de Olga Rojas y Susana Lerner.
- b) La realización de reuniones de discusión teórico-metodológica con los miembros del PSRS para la identificación de los ejes analíticos prioritarios a ser considerados en las distintas investigaciones, así como para la selección de los temas prioritarios a ser desarrollados.
- c) La definición de los estratos sociales de los hogares que sirvieron de base para clasificar a la población en cuatro estratos socioeconómicos. Esta estratificación permitió establecer una dimensión metodológica compartida entre los distintos artículos que analizan datos de las encuestas levantadas en los años noventa, elemento que establece un nexo común entre las diversas investigaciones que se presentan en este texto. La definición de los estratos consistió en un prolongado proceso que requirió la construcción de un índice que se aproximara a dar cuenta de las condiciones de vida de distintos grupos de la población con fines comparativos. La identificación de estratos con criterios comunes se aplicó en la mayoría de las encuestas utilizadas y fue incorporado en las bases de datos de las mismas y distribuido entre los investigadores participantes. Este trabajo fue realizado por Carlos Echarri, con la colaboración de Clau-

dio Stern y de los demás investigadores del PSRS, en consulta con otros especialistas en el tema (Fernando Cortés, Ricardo Aparicio y Rosa María Camarena), y fue presentado por el autor y discutido colectivamente durante un año en reuniones de los investigadores del PSRS antes de su incorporación a las bases de datos (véase Echarri, en este volumen). A diferencia de los estudios sociodemográficos que incluyen variables a nivel individual para diferenciar a la población en estratos sociales, la tarea desarrollada por el PSRS representa una aportación novedosa en la construcción de los mismos, en la medida que busca una mejor aproximación, de acuerdo con la información disponible, a nivel de los hogares o grupos domésticos.

- d) La realización de seminarios colectivos con el grupo de investigadores participantes y de reuniones individuales con algunos de ellos, para presentar y debatir las orientaciones y lineamientos de la investigación colectiva, así como las bases teóricas y conceptuales del enfoque de ciencias sociales sobre salud reproductiva desarrollado por el PSRS.
- e) A su vez, la realización de varios seminarios colectivos para la presentación y discusión de las primeras versiones de los textos con resultados de las investigaciones, en los cuales se contó con la participación de comentaristas asignados *a priori*, quienes además presentaron sus comentarios y sugerencias por escrito. Para cada uno de los comentarios de textos se contó con un investigador de El Colegio de México y otro externo a la institución, además de los comentarios hechos por el resto de los investigadores participantes. Estas actividades fueron muy ricas y estimulantes y permitieron compartir el contenido de los trabajos del conjunto de los investigadores participantes, los acercamientos metodológicos utilizados, las dudas que presentaban y los resultados alcanzados.
- f) La conformación de un comité *ad hoc* de seguimiento y evaluación de los trabajos reelaborados en distintas versiones sucesivas, cuyos miembros se encargaron de comentar los trabajos, sugerir los cambios y aprobar las versiones finales que integran estos volúmenes para ser enviados a la Coordinación de Publicaciones del CEDUA para su dictamen. Esta tarea fue compleja, ya que requirió de un intercambio continuo con los investiga-

dores participantes, y se tradujo en un proceso prolongado, que comprendió más de dos años de comentarios y reelaboraciones y que condujo a un retraso considerable para culminar con la publicación.

- g) Finalmente, la revisión editorial de cada uno de los trabajos, para uniformar las presentaciones, revisar las bibliografías y la presentación de cuadros y gráficas, tarea que fue realizada por las responsables de la publicación y que contó con la colaboración de la secretaria ejecutiva del PSRS, Josefina Recillas.

Los resultados de este esfuerzo plural se concretaron en los 17 artículos extensos que integran esta publicación, cada uno de los cuales presenta análisis rigurosos de resultados de investigación sobre diversos temas de salud reproductiva, buscando relacionarlos con los diversos ejes analíticos que dan cuenta de las condiciones de vida de la población. Estos artículos abarcaron distintas temáticas y presentan abordajes analíticos heterogéneos, tanto en las estrategias y metodologías utilizadas como en el rigor académico y la profundidad reflexiva alcanzada en el análisis emprendido. Con la publicación de estos trabajos —que no agota ni representa la amplia gama de cuestiones que pueden ser analizadas con la base de datos que nos ofrecen las encuestas— buscamos no sólo dar cuenta de la importancia de analizar la información de las bases de datos estadísticos disponibles sobre el tema, sino también impulsar una perspectiva analítica que, parafraseando lo señalado por Goldani (2001), con base en una cita de Bourdieu, represente una objetivización de una cierta correlación de fuerzas cargadas de historicidad y de sentido social y humano. Esta tarea colectiva, por lo tanto, no sólo proporciona un conocimiento “objetivo y estadísticamente representativo” de la salud reproductiva de la población mexicana, sino que utiliza la información de las encuestas para mostrar la pertinencia de privilegiar las desigualdades de clase, de género, étnicas y generacionales para dar cuenta de la relación entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población. Este ejercicio no está exento de limitaciones e inadecuaciones. Sin embargo, representa una primera aproximación para mostrar no sólo las grandes desigualdades y desfavorables condiciones de vida y de salud reproductiva que prevalecen en los segmentos de pobla-

ción más desfavorecidos y vulnerables, sino también esperamos que represente un incentivo para continuar promoviendo la reflexión teórica y metodológica que permita continuar incursionando en esta línea. Una aportación adicional, explícita e implícita en los textos que se presentan en esta publicación, consiste en mostrar las limitaciones de las encuestas, inherentes al diseño de este instrumental metodológico, para captar y profundizar en el conocimiento de ciertos temas, y, por tanto, en ellos se incluyen reflexiones y sugerencias muy pertinentes sobre la necesidad de repensar y desarrollar diferentes y nuevos conceptos, indicadores y preguntas en la producción de la información en el campo de la sexualidad y la reproducción. Otra contribución adicional que se desprende de la gran mayoría de los textos se inscribe a nivel pedagógico, en la medida que tiene como propósito mostrar el uso y alcance de modelos logísticos de niveles múltiples, herramientas estadísticas cada vez de mayor uso en la investigación sociodemográfica mexicana, pero que aún requiere de una actitud crítica y reflexiva de los supuestos implícitos en ellos.

LAS PRINCIPALES APORTACIONES DE LAS INVESTIGACIONES

El objetivo de este apartado es ofrecer al lector una visión integral de las diversas y variadas perspectivas teóricas y metodológicas, de las evidencias empíricas y de los enfoques analíticos y las interpretaciones que relacionan distintas dimensiones de la salud reproductiva con las condiciones de vida de la población mexicana en las investigaciones que componen esta obra.

A través de los textos de los diversos autores se dibuja una mirada que abarca las principales temáticas incluidas bajo el paraguas conceptual de la salud reproductiva, privilegiando como ejes analíticos y explicativos ciertas coordenadas de desigualdad social —las desigualdades de clase, de género, étnicas y generacionales— que permiten una primera aproximación a las relaciones entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de los mexicanos.

El énfasis de estas investigaciones está situado en la construcción de indicadores relacionados con la desigualdad entre sectores sociales y entre hombres y mujeres, privilegiando el análisis de resul-

tados de las encuestas sobre salud reproductiva levantadas principalmente en los años noventa del siglo xx, pero incluyendo también algunas reflexiones conceptuales y estudios cualitativos. Consideramos que su principal aportación consiste, junto con la rigurosidad de las investigaciones, en los enfoques interpretativos de las diferencias por clase social y las resultantes de las desigualdades de género, étnicas y generacionales, así como de las interacciones y relaciones entre diversos actores sociales. Esta incorporación de las desigualdades, la heterogeneidad cultural y las relaciones de poder recupera los avances teóricos de las ciencias sociales incorporados en las últimas décadas por los estudios cualitativos, consistentes en dotar de relevancia teórica al análisis de los datos. El intentar esta riqueza teórico-analítica en la interpretación de los resultados de las encuestas sobre salud reproductiva levantadas en los años noventa permite superar, en nuestra opinión, las lecturas reducidas que hacen algunas investigaciones de los resultados de las encuestas por muestreo. Sin embargo, estos intentos de ir más allá de las interpretaciones simplistas de los datos proporcionados por las encuestas no desconocen los alcances de los abordajes cuantitativos, que permiten observar un panorama de conjunto de toda la sociedad. En cuanto a los límites de los datos de encuestas para el estudio de objetos complejos que incorporan dimensiones culturales, simbólicas, subjetivas y de interacción social, lo que se busca en la mayor parte de estas investigaciones es dotar a los datos empíricos de mayor riqueza a través de un riguroso análisis interpretativo que recupere los avances teóricos existentes.

El contenido, los enfoques teórico-metodológicos y la calidad de los trabajos reunidos en estos volúmenes son heterogéneos y expresan una diversidad de formas de abordar las relaciones entre desigualdades sociales y diferentes temas de la salud reproductiva. En particular, las investigaciones que se refieren a temas de frontera se expresan en artículos de carácter más exploratorio y descriptivo, mientras que otros sobre temas que incorporan mayor conocimiento acumulado o mayor experiencia de investigación ofrecen desarrollos conceptuales más elaborados e incluyen aproximaciones metodológicas que incorporan mayor rigor analítico, ya sea desde el punto de vista estadístico o interpretativo. Esta diversidad de enfoques, aproximaciones y estilos de trabajo confluyen ha-

cia los resultados de un proyecto colectivo que abre una nueva línea de trabajo en los estudios sobre la salud reproductiva: la reconstrucción de los vínculos entre las posibilidades de bienestar sexual y reproductivo y las condiciones de vida de las personas.

Los capítulos de esta obra dan cuenta de 17 investigaciones ligadas entre sí por este énfasis en las relaciones entre condiciones de vida de la población y diferentes temas de salud reproductiva, que hemos agrupado en los siguientes grandes temas:

La desigualdad social y la salud reproductiva

Como parte de esta primera sección, Carlos Echarri describe el esfuerzo desarrollado por el PSRS para construir un indicador de estratificación social común para las diversas bases de datos de las encuestas generadas en México en la década de los años noventa del siglo xx en torno al tema de la salud reproductiva. La construcción de este indicador tuvo por objeto establecer un eje metodológico común entre las diversas investigaciones contenidas en este libro y cierta posibilidad de comparar la posible influencia de la pertenencia a distintos estratos socioeconómicos —y la interacción de las condiciones materiales de vida con dimensiones sociales y culturales— con prácticas diferenciadas de salud reproductiva. El autor presenta una discusión conceptual y metodológica sobre esfuerzos previos de estratificación. Pone de relieve la perspectiva de investigación que se ha centrado en el estudio de la pobreza y las necesidades básicas de la población, a través del análisis de los recursos con que cuentan los hogares y los individuos para satisfacerlas, y la estratificación de la población resultante usando como unidad de análisis el hogar con base en las encuestas de ingresos y gastos. La identificación de los estratos o sectores sociales usados en estos estudios representaron el marco de referencia más propicio para seleccionar los criterios a ser utilizados en la construcción del indicador de estratificación a nivel de los hogares en las encuestas levantadas en la década de los años noventa que se refieren a la salud reproductiva y a la sexualidad.

Las decisiones clave que fueron la base de la construcción de los indicadores de estratificación social fueron: a) elegir el concep-

to de estrato y no el de clase social, dada la información disponible. El estrato permite definir las posiciones mediante un sistema pluridimensional de coordenadas, que incluyen información tanto de los individuos como de los hogares a los que pertenecen, tales como las características laborales de los individuos, su escolaridad y sus ingresos, así como las condiciones de la vivienda y la escolaridad promedio de los miembros del hogar; *b*) tomar como unidad de observación y análisis al hogar y no al individuo, en la medida en que los indicadores utilizados estén referidos en mayor medida a la satisfacción de ciertas necesidades del hogar en su conjunto, no sólo a través de las características del jefe del hogar o del individuo captado en la encuesta. La construcción del indicador de estratificación consistió en un ejercicio metodológico complejo y no exento de limitaciones, pero que representa un acercamiento novedoso, sobre todo en la construcción de dos de las tres dimensiones que componen el indicador de estratificación: la de escolaridad y actividad económica de los miembros del hogar. La tercera dimensión, la más comúnmente utilizada, es la calidad de la vivienda y sus servicios, en tanto ámbito básico para la satisfacción de las necesidades cotidianas.

A partir del análisis del ordenamiento de las categorías resultantes de las tres dimensiones, se estratificó a la población en cuatro estratos, que no corresponden a cuartiles. Se trató de identificar los estratos de acuerdo con la mayor homogeneidad al interior de ellos y la heterogeneidad entre ellos: el estrato muy bajo (que comprende 22.5% de la población), el bajo (31%), el medio (33.5%) y el alto (12.9%). Finalmente, el autor verifica la utilidad e idoneidad del indicador de estratificación propuesto, ilustrando su aplicación a la información sobre fecundidad y prácticas reproductivas contenida en tres encuestas. Resulta relevante la comparación que hace el autor sobre la construcción del indicador de estratificación resultante frente a otras técnicas, por lo que se puede concluir que la metodología propuesta cumple de manera satisfactoria con el objetivo de estratificar a la población con las variables utilizadas.

Desigualdades sociales y necesidades no satisfechas en salud reproductiva

Como se constata en la literatura, documentar las necesidades insatisfechas en la práctica anticonceptiva ha sido una vasta línea de investigación y una herramienta prominente y central para orientar y focalizar las acciones públicas. El amplio debate en este tema, su construcción conceptual y sus implicaciones están estrechamente relacionados con el enfoque de salud reproductiva. ¿Cuál es o debe ser el significado y alcance de las necesidades bajo este enfoque? ¿Cuáles son las principales causas y barreras para responder de manera comprehensiva a las necesidades no satisfechas en salud reproductiva de los diferentes grupos sociales de población? ¿Cómo se aborda este concepto en las encuestas en relación con la calidad de la atención en los servicios de salud? Este aparatado contiene tres documentos muy sugerentes acerca del concepto de necesidades insatisfechas; un eje común entre ellos es el cuestionamiento crítico a dicho concepto, tanto a partir de los esquemas conceptuales y metodológicos como a partir de las evidencias empíricas que nos ofrecen.

Las reflexiones conceptuales y las evidencias empíricas que nos ofrecen Rosa María Camarena y Susana Lerner constituyen un material innovador y provocativo. Las autoras hacen una crítica del concepto de “necesidades insatisfechas”, reducido en la práctica de investigación a una visión estrecha de las necesidades en anticoncepción. Elaboran esta crítica desde el punto de vista de los derechos reproductivos y del enfoque de salud sexual y reproductiva y la ilustran con evidencia empírica que aborda una vasta gama de prácticas y eventos, mostrando un escenario amplio de necesidades no satisfechas asociadas a las inmensas desigualdades sociales que prevalecen en el contexto rural y marginal de México.

Las autoras cuestionan el enfoque “poblacionista” de las necesidades, centrado en la reducción del crecimiento de población a través del control de la fecundidad y orientado principalmente hacia la expansión de la práctica anticonceptiva, que ha convertido el concepto de necesidades insatisfechas en una herramienta política para justificar programas que no responden a un concepto de necesidades definido por las propias mujeres. Consideran que el “enfoque de salud reproductiva” está centrado en las necesidades y derechos

reproductivos de los individuos, por lo que las necesidades de la población deben estar definidas principalmente por intereses expresados por ellos mismos; por las necesidades sentidas por ellos. Se preguntan bajo qué condiciones materiales, culturales e ideológicas se plantean, confrontan, resuelven o no resuelven las necesidades, y cuestionan para quién son necesidades y cómo se definen. En especial, rescatan las interrelaciones entre las necesidades no satisfechas y las desfavorables condiciones de vida de la población rural.

Con base en las evidencias empíricas de la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR) realizada en 1999, las autoras exploran las necesidades insatisfechas de las mujeres residentes en contextos rurales y marginales, mostrando que aún prevalecen numerosas necesidades insatisfechas con respecto a distintas dimensiones de su salud reproductiva. Utilizan una estrategia analítica de números pequeños, pero significativos, que constituye un acercamiento no convencional en los estudios demográficos. Este acercamiento metodológico les permite ilustrar las discrepancias, ambigüedades e incertidumbre subyacentes en los datos de la encuesta. Las evidencias que proporcionan indican que, dependiendo del criterio utilizado para definir y estimar las necesidades no satisfechas en la práctica anticonceptiva, los resultados no sólo varían ampliamente, sino que también muestran la mayor segmentación y exclusión de ciertos grupos de población en relación con sus necesidades anticonceptivas, como es el caso de las mujeres indígenas, aquellas con menor educación y las que viven en contextos caracterizados por una carencia o debilidad de los servicios de salud reproductiva, o bien donde las barreras sociales y culturales para acceder a esos servicios continúan prevaleciendo. Sus hallazgos son indicativos de la persistencia de desigualdades sociales y del rezago social de los servicios de salud en contextos rurales y marginales. De particular interés son los resultados que las autoras ofrecen acerca de la racionalidad médica de los prestadores de servicios, que requiere ser investigada con mayor profundidad, para ilustrar las circunstancias y los actores que participan e influyen en las opciones de las mujeres. Profundizar en estos aspectos permitiría reducir la brecha entre las necesidades sociales e institucionales y las correspondientes a las personas. Como parte de sus conclusiones, proponen que para establecer vínculos entre salud reproductiva, pobreza y condiciones de vida se requiere

entender estas condiciones más allá de sus dimensiones materiales, ya que la pobreza institucional, cultural y social vinculada con procesos de exclusión social y vulnerabilidad son elementos también presentes que expresan necesidades básicas no satisfechas.

Usando un enfoque conceptual similar y complementario, Ricardo Aparicio nos ofrece los resultados de su análisis sobre necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA), sistematizando algunas reflexiones en torno a la noción y medición de este concepto, discutiendo los resultados de un análisis multivariado que incluye un conjunto de dimensiones y variables explicativas relacionadas con esas necesidades. Este análisis representa un aporte metodológico muy sugerente y relevante, ya que propone y ejemplifica la utilización de modelos estadísticos jerárquicos que permiten diferenciar las influencias e interacciones individuales y familiares, de las que operan en el ámbito comunitario.

En sus reflexiones críticas sobre los conceptos utilizados en la NNSA, Aparicio señala que su propuesta se sustenta sobre un marco amplio en torno a las necesidades humanas básicas universales, que algunos autores resumen en la sobrevivencia y en la autonomía de las personas. Esta concepción coincide con los aportes teóricos y políticos que reivindican el interés por vincular las necesidades de las mujeres con su autonomía y el control sobre sus cuerpos. Pese a la importancia ética de estos postulados, advierte el autor que ésta no ha sido la principal orientación de los estudios sobre necesidades reproductivas, y en particular no es la orientación contenida en las mediciones tradicionales de la NNSA. La vertiente hegemónica en el ámbito de la reproducción por lo general ha reducido a dos aspectos la información sobre las necesidades no satisfechas: la necesidad de anticoncepción para limitar los nacimientos, y la necesidad de anticoncepción para espaciarlos. No es sino hasta hace muy poco que se han incluido indicadores para aclarar la aparente inconsistencia entre el no deseo de más hijos y la no utilización de métodos anticonceptivos. Esta concepción de las necesidades deja de lado la cuestión fundamental de las necesidades sentidas por las mujeres y sus parejas. Un análisis de las encuestas que incluyen una perspectiva de seguimiento arroja lo frágil de los supuestos que se sitúan tras el concepto tradicional de necesidades no satisfechas, al mostrar que las preferencias reproductivas varían sustancialmente

a lo largo del tiempo. Además, el autor cuestiona el énfasis excesivo que se da al papel de la supuesta racionalidad en el control de la fecundidad debido a que esta óptica no toma en cuenta las dinámicas de poder y los procesos de negociación entre hombres y mujeres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, y cuestiona el supuesto de que el uso de anticonceptivos represente por sí solo la satisfacción de una necesidad. Sugiere la pertinencia de desarrollar indicadores complementarios para superar el concepto que se basa en el simple contraste entre la declaración del no deseo de tener hijos (de manera temporal o definitiva) y la falta de uso de anticonceptivos. Finalmente, señala que las carencias estructurales de la población que vive en marginación social, como los residentes de zonas rurales y de zonas urbanas pobres, influyen en que presenten elevadas proporciones de necesidades no satisfechas.

En la presentación y discusión de los resultados basados en el análisis multivariado, el autor examina las interrelaciones entre un conjunto de factores estructurales, institucionales y socioculturales y las necesidades no satisfechas de anticoncepción, mostrando que los factores condicionantes de las NNSA operan tanto a nivel individual como comunitario. Analiza el papel de la estratificación económica, de la calidad de los servicios de planificación familiar y de dimensiones familiares, individuales y comunitarias como factores potencialmente condicionantes de las NNSA.

Entre sus resultados destacan la falta de servicios institucionales en contextos rurales aislados y dispersos, la falta de capacitación y limitada competencia técnica de quienes prestan servicios en esos contextos, las condiciones de vida de la familia y la estratificación socioeconómica de los hogares, la oposición del esposo al uso de anticonceptivos y el limitado poder de decisión de algunas mujeres como los principales factores determinantes de NNSA. El autor insiste en la pertinencia teórica y metodológica de analizar en conjunto los determinantes institucionales y comunitarios del comportamiento reproductivo, a la vez que toma en cuenta los factores individuales y familiares, pues parece claro que las necesidades no satisfechas son una manifestación más de la desigualdad que impera entre distintos grupos de la población.

Con una perspectiva y objetivos diferentes, pero altamente relacionados con la satisfacción de las necesidades de la población en

materia de salud reproductiva, Monserrat Salas examina 15 diferentes encuestas sobre temas de salud reproductiva para analizar cuál es el concepto de “calidad de la atención” que subyace a las mismas, identificando los diferentes lugares sociales en que se sitúan las instituciones que diseñan y aplican las encuestas frente a los servicios de salud, ilustrando así parte del proceso de legitimación institucional de estos servicios.

La autora caracterizó a las encuestas analizadas en tres grupos: las que tratan de manera explícita el tema de calidad; las que no lo incluyen entre sus objetivos, pero que tienen preguntas en torno al tema, y las que no hablan de calidad ni tienen preguntas referidas a la calidad de la atención en salud reproductiva. Aunque realiza una discusión crítica amplia de los enfoques sobre el estudio del tema, en su análisis de los cuestionarios Salas se centra en dos modelos conceptuales sobre la calidad de la atención: el que denomina gerencial o “donabediano”, y el enarbolado por los grupos de mujeres. El primero, que prevalece en todas las encuestas analizadas, se ocupa de la dimensión administrativa y técnica de la calidad, y contiene algunos elementos de humanismo y equidad; en tanto el segundo, por el que abogan las organizaciones de mujeres, sostiene a los derechos (a decidir sobre el propio cuerpo y sus procesos) y su ejercicio como elemento crucial en la definición de calidad, además de los aspectos técnicos. Desde esta última mirada, la autora realiza un análisis crítico de las encuestas.

El paradigma gerencial ocupa la satisfacción de los clientes como criterio de calidad, ya que se trata de una concepción de calidad como atributo del servicio, considerando al usuario como cliente/ consumidor y a las instituciones de salud como una empresa. Evalúa la competencia técnica de la persona que provee el servicio, la infraestructura y las relaciones interpersonales entre médicos y pacientes. El paradigma de derechos critica el acercamiento gerencial porque omite la perspectiva de la persona usuaria, y la trata como objeto en lugar de sujeto de la atención en salud. Además de la discusión entre los dos paradigmas mencionados, el artículo pone énfasis en la necesidad de inclusión de la perspectiva de género para el análisis de la calidad de atención en los servicios de salud.

Respecto del primer grupo de encuestas revisadas, la autora encuentra que ninguna de éstas toma en cuenta la perspectiva de la

calidad como favorecedora de decisiones autónomas y de ejercicio de derechos. El segundo grupo, con encuestas que no tienen el objetivo manifiesto de trabajar calidad, pero que incluyen algunos reactivos al respecto, abarca algunas que toman en cuenta la perspectiva de las personas usuarias y la de proveedoras de servicios de salud, lo que contribuye a una concepción integral de la calidad de la atención. En este grupo hay indicios de abordaje del tema de género, pero carecen de una óptica de autonomía y de ejercicio de derechos. El tercer grupo simplemente no considera el tema de calidad, pese a que incluye varias encuestas diseñadas y aplicadas con posterioridad a que el gobierno mexicano suscribiera los acuerdos de El Cairo.

La autora anota diversos elementos que podrían compararse al emprender un análisis de los resultados de estas encuestas. Entre estos elementos destaca, por ejemplo, comparar las opiniones sobre calidad de la atención entre personas hospitalizadas y entre quienes acuden al servicio por prevención; analizar diferencias entre hombres y mujeres; entre grupos de edad, etc. Concluye que la revisión del cuestionario de una encuesta particular da cuenta de la visión que tiene la institución que diseñó y elaboró el instrumento sobre sí misma y su papel social. Parece quedar claro que la institución reproduce su visión hegemónica, en tanto parte del sistema biomédico institucional (todas menos una de las encuestas revisadas son de instituciones públicas; Mexfam es la excepción). Para esta visión del sistema médico oficial, quedan fuera de marco la mayor parte de los aspectos de la calidad referidos al ejercicio ciudadano de derechos, aunque incluyen los factores técnicos. Al respecto, la autora se plantea una interrogante crucial que merece atención especial: ¿hasta dónde pueden las instituciones gubernamentales de salud adoptar la perspectiva de la sociedad civil sin poner en riesgo su poder social?

Este texto es una aportación sumamente novedosa e ilustra la relevancia e importancia de considerar los conceptos, indicadores y preguntas que subyacen en el diseño de las encuestas, con objeto de tener una visión clara y precisa de las limitaciones y alcances de la información que se analiza, del significado y restricciones de los conceptos e indicadores que se utilizan, de lo que estamos midiendo y de las interpretaciones que se realizan. Promover e impulsar

esfuerzos similares permitirá no sólo contar con la información requerida sobre los diversos componentes y prácticas de salud reproductiva, sino también sobre los indicadores que den cuenta de las condiciones de desigualdad social tanto en el ámbito económico como en el social, cultural e institucional.

Desigualdad socioeconómica y prácticas sexuales y reproductivas

El acceso al ejercicio igualitario de derechos en materia del disfrute de los placeres corporales y las consecuencias de las prácticas sexuales al inicio de la vida adulta, en particular las correspondientes a los adolescentes y jóvenes, han ocupado recientemente un lugar prominente en el ámbito de la investigación y en el campo de las intervenciones. No obstante, el panorama que emerge sobre estos temas, particularmente relacionados con las desigualdades sociales y las condiciones de vida, es aún insuficiente y en ocasiones adolece de una sobresimplificación. ¿Cuáles son las condiciones materiales y culturales de las que disponen distintos grupos de personas para tener acceso a sus deseos eróticos y a disfrutar su cuerpo? ¿De qué manera se vincula el ejercicio de actividades sexuales con diferentes tipos de relaciones de poder? ¿Cuáles son las circunstancias que llevan a diversas personas a involucrarse en prácticas sexuales no protegidas que resultan en embarazos tempranos y a veces no deseados o no planeados, o que conllevan riesgos de contraer ITS, incluyendo el VIH/sida? ¿Cuáles son las normas y significados, los obstáculos para la salud y las condiciones de mayor vulnerabilidad que diferencian estas prácticas entre distintos estratos o grupos sociales, entre generaciones, entre grupos de edad y entre hombres y mujeres?

Stern y Menkes nos presentan una descripción y análisis sistemáticos sobre el embarazo adolescente entre diversos grupos sociales en México, ofreciendo un panorama de los cambios o continuidades en los patrones que se observan en el tiempo y analizando los factores que se interrelacionan con el fenómeno tal como se observa en los datos disponibles en las encuestas utilizadas. Para su análisis se apoyan en la información proveniente de cuatro encuestas recientes: las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (Enadid, 1992 y 1997), la Encuesta Nacional de la Juventud (Enajuv,

2000) y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar, 2003). Los autores parten de la hipótesis de la existencia de diferencias significativas en la incidencia, tendencias y características del embarazo adolescente, así como de los factores que se relacionan con el fenómeno, según el estrato social de pertenencia de la adolescente o joven.

Los autores definieron como la población base para el análisis (adolescentes embarazadas) a las mujeres que en el momento de las respectivas encuestas declararon tener entre 15 y 24 años de edad y haber tenido un embarazo antes de los 20 años, mostrando las limitaciones inherentes en algunas de las encuestas utilizadas y los posibles efectos de esas limitaciones en los resultados obtenidos.

Los hallazgos presentados por los autores confirman que el embarazo adolescente no se distribuye por igual entre los estratos socio-económicos, sino que se concentra en gran medida en los estratos bajos, aunque el análisis longitudinal apunta hacia una posible tendencia al incremento de los embarazos adolescentes en los estratos medios y altos. A su vez, los embarazos adolescentes se concentran en la adolescencia tardía (17-19 años), y los que se dan en la adolescencia temprana (12-14 años) ocurren fundamentalmente en los estratos bajos. En estos estratos el embarazo parece formar parte de una trayectoria de vida que se caracteriza por la unión temprana y el embarazo inmediatamente después de esa unión, mientras que en los estratos más altos existe un porcentaje importante de hijos que nacen antes de los siete meses de la unión, por lo que es muy factible pensar que se trata de embarazos no previstos y, en muchos casos, de uniones que ocurren a raíz del embarazo. Al respecto, los autores hacen notar que en los estratos medios y altos hay un porcentaje considerablemente mayor de jóvenes sin unión, o de madres solteras, que en el estrato muy bajo. Con respecto a la debatida relación acerca de si el embarazo de las adolescentes ocurre antes o después de haber dejado la escuela, los autores encuentran que, con excepción del estrato alto, en el que un porcentaje importante de los embarazos ocurre cuando las jóvenes se encuentran aún estudiando, los embarazos adolescentes en los otros estratos tienden a ocurrir después de que las jóvenes han abandonado los estudios. Por último, sus resultados de las regresiones logísticas indican que entre las variables analizadas, consideradas como factores determinantes del

embarazo adolescente —el estrato, la edad y el estado conyugal—, es este último el que tiene un peso considerablemente mayor que cualquiera de las otras dos. Controlando el estado conyugal, el estrato tiene un efecto importante, tanto entre las mujeres casadas como entre las solteras, pero principalmente entre estas últimas.

A partir de estos hallazgos, los autores sugieren una serie de recomendaciones muy pertinentes dirigidas a los programas gubernamentales sobre el “problema” del embarazo adolescente. Ponen el énfasis en la necesidad de fortalecer las medidas de política económica y social que intentan propiciar que esta población salga de la pobreza en la que se encuentra, entre ellas, la extensión de la escolarización, particularmente la de las mujeres, así como oportunidades de trabajo y de mejores ingresos a la población de estos estratos, además del “empoderamiento” de las mujeres jóvenes y la disminución de la inequidad de género. Sugieren que las campañas deberían orientarse más enfáticamente a las poblaciones rurales y pobres y consideran que en estos grupos se trata de estrategias de unión marital temprana por falta de otras oportunidades para las jóvenes. Sin embargo, agregan los autores, conforme proporciones crecientes de jóvenes accedan a los niveles superiores de educación y, por tanto, aspiren a posponer su unión o matrimonio hasta haber terminado sus estudios, tenderán a incrementarse los embarazos durante la etapa escolar de las jóvenes solteras, en su mayor parte embarazos inesperados y no deseados, como parece estar ocurriendo en los estratos altos.

Solís, Gayet y Juárez analizan los avances que presenta en México la disociación entre la vida sexual, la vida conyugal y la vida reproductiva. En especial, se preguntan por la presencia de trayectorias diferenciadas en las cohortes más jóvenes y en función de la estratificación social, es decir, si existen distintos calendarios de inicio de la vida sexual, la vida marital y la vida reproductiva en los estratos sociales considerados. Sitúan estas interrogantes en el contexto de la discusión teórica sobre el cambio de los significados que se otorgan a la vida sexual en las sociedades contemporáneas y sus particularidades en sociedades caracterizadas por ser desiguales y polarizadas.

Su análisis descriptivo de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (Ennvih, 2002) señala cierto retraso en el ini-

cio de la vida sexual de las mujeres de las cohortes más jóvenes que es diferenciado de acuerdo con variables asociadas a la estratificación social, mientras que existe un retraso más generalizado en la edad a la primera unión de las mujeres y un leve retraso en la edad al primer embarazo, también diferenciado según las variables asociadas a la estratificación social. Al seguir las trayectorias de las mujeres en el tiempo, encontraron que en las generaciones más jóvenes un número creciente de mujeres no había experimentado ni la primera relación sexual (ni la primera unión ni el primer embarazo) hasta los 26 años, así como una reducción del porcentaje de quienes iniciaron estos tres eventos con la unión marital. Los autores plantean que la secuencia normativa tradicional, consistente en iniciar estos eventos con la unión marital seguida de las relaciones sexuales y del embarazo a edades relativamente jóvenes, aunque es todavía predominante, está cediendo lugar a otro tipo de trayectorias entre las generaciones más jóvenes consistentes principalmente en el retraso de la primera unión seguida de la primera relación sexual hasta después de los 26 años, pero con un aumento incipiente de quienes inician la trayectoria empezando por la primera relación sexual antes de la unión después de esa edad.

En el análisis estadístico a través de modelos de tiempo discreto los autores encuentran que las variables asociadas al estrato social tienen un efecto importante sobre el calendario de inicio de la vida sexual, y que en la medida que se asciende en la escala social las mujeres tienden a retrasar la primera unión, y en el caso de aquellas con escolaridad elevada y residencia urbana, tienden a retrasar tanto la unión como la primera relación sexual y un segmento de ellas tiende a iniciar la vida sexual antes de la primera unión marital.

Del análisis realizado concluyen que entre las mujeres mexicanas se ha dado en tiempos recientes la acentuación de un modelo de sexualidad mixto, en el que coexisten dos amplios subgrupos de mujeres: un grupo mayoritario que sigue el patrón normativo de unión temprana, primera relación sexual dentro de la unión e inicio de la vida reproductiva inmediatamente después, y un segundo grupo minoritario pero creciente que experimenta el inicio de la vida sexual, de la unión marital y de la procreación en forma más tardía, con un periodo de vida sexual anterior a la unión. Con estos elementos en mente respaldan la hipótesis de que se están presen-

tando cambios sustanciales en los patrones de sexualidad, nupcialidad y reproducción entre las mujeres de los estratos medios y altos urbanos en México. Finalmente, los autores se plantean como interrogante si es previsible que estos cambios se difundan rápidamente generalizándose en los demás estratos, o si es que expresan heterogeneidades más profundas y permanentes ligadas a la creciente desigualdad social.

Ivonne Szasz analiza la influencia de las relaciones de género y de la desigualdad socioeconómica en las declaraciones que hacen sobre sus actividades sexuales los hombres y mujeres derechohabientes del IMSS entrevistados en la encuesta Ensare, 1998, usando esas declaraciones como una aproximación a las normatividades existentes sobre las actividades sexuales de hombres y mujeres. Para interpretar los resultados del análisis de esa encuesta, la autora se apoya en los desarrollos teóricos contemporáneos sobre la construcción social de las sexualidades y las relaciones de género y en los estudios previos sobre las prácticas sexuales de los mexicanos. Su marco interpretativo se basa en la idea de una creciente transformación de los marcos normativos que orientan las actividades sexuales en México, desde una sexualidad construida por controles y disciplinas externas al individuo hacia la individualización y la interiorización de esas normas. Concibe a la sexualidad como un campo en el que intervienen desigualdades, relaciones de poder, exclusiones y discriminación, así como luchas por la equidad y el ejercicio de derechos. Para esta autora, los procesos de individualización e interiorización de las normas que regulan las actividades sexuales se concentran en los sectores sociales que exigen y permiten altos grados de autonomía decisoria a los individuos y se convierten en mecanismos contemporáneos de reproducción de desigualdades sociales.

Con base en su análisis de la Ensare, 1998, la autora concluye que los hombres y mujeres mexicanos mantienen un acceso muy diferenciado a las relaciones sexuales, a los tipos de parejas sexuales posibles, a la multiplicidad de parejas sexuales y al vínculo entre matrimonio o unión marital y actividad sexual. Además, para las mujeres parece ser casi inexistente la toma de decisiones y la iniciativa para tener relaciones sexuales y una proporción considerable de ellas no puede negarse a los encuentros sexuales conyugales no

deseados o se expone a diferentes formas de violencia o coerción cuando lo hace. No obstante, encuentra que las respuestas varían notablemente en los diferentes estratos sociales, lo que lleva a la autora a plantear como hipótesis la coexistencia en México de tres regímenes distintos de normatividades sexuales que expresan diferencias de la relación entre actividades sexuales y vida matrimonial. En los sectores socioeconómicos medios y altos las trayectorias sexuales de hombres y mujeres tienden a ser un poco semejantes entre ambos sexos y más desvinculadas de la vida marital. En los sectores socioeconómicos bajos y muy bajos, las distancias entre hombres y mujeres y entre actividades sexuales de los hombres y vida marital son mucho más intensas, sugiriendo trayectorias sexuales muy diferenciadas para ambos sexos. En el estrato muy bajo parecen existir indicios de un segmento de hombres y mujeres que mantienen normatividades sexuales vinculadas con la organización social del parentesco propia de las sociedades campesinas.

A pesar de la aparente individualización de las historias de vida sexual que parecen extenderse en los sectores medios y altos, los sistemas normativos permanecen altamente diferenciados por sexo, a diferencia de lo que está ocurriendo en países altamente modernizados. Estas particularidades de las normatividades sexuales en los segmentos más modernizados de la sociedad mexicana pueden estar relacionadas con la elevada valoración que se otorga a las pertenencias grupales y familiares. Las diferencias en estas normatividades que se observan entre distintos estratos socioeconómicos permiten pensar en la coexistencia de distintos sistemas de normas sobre la sexualidad y en posibles vínculos entre las condiciones materiales de vida y la construcción cultural de normatividades sexuales.

Desigualdades de género y clase y sus expresiones en la salud reproductiva

Las interrelaciones entre diversos ejes de desigualdad social agregan mayor complejidad conceptual a los estudios sobre salud reproductiva. Si bien las relaciones de género incluyen construcciones culturales, símbolos y significados que atraviesan los diferentes gru-

pos socioeconómicos, el mayor o menor acceso a recursos materiales y culturales establece notables diferencias, en la medida en que permite un mayor o menor despliegue de estrategias y recursos para establecer vínculos equitativos, adquirir conciencia de derechos y ejercerlos. Los artículos contenidos en esta sección trazan algunas pautas sobre la complejidad de estas interrelaciones.

Marina Ariza y Orlandina de Oliveira abordan una cuestión casi ausente en la literatura, que consiste en un examen empírico de las interrelaciones propuestas, a nivel teórico, entre género y clase como ejes de inequidad social. Su propósito es poner de relieve las diferencias que se expresan entre hombres y mujeres y entre hombres y mujeres de diversos estratos sociales respecto de una serie de concepciones valorativas sobre la sexualidad. Las autoras toman como centro del análisis el nivel de las afirmaciones discursivas —las respuestas a una serie de preguntas planteadas por la Ensare, 1998— y no las prácticas, reconociendo el riesgo de que las declaraciones respondan más a las expectativas normativas que a creencias y posiciones de las personas. A esta salvedad hay que agregar las limitaciones propias de las fragmentarias respuestas a preguntas previamente estructuradas y homogéneas sobre un tema valorativo complejo y multidimensional que escapa al supuesto de racionalidad que subyace a los cuestionarios de encuestas.

Su estrategia analítica consistió en analizar el grado de conservadurismo/liberalismo de las opiniones en torno a ciertas normas sexuales, y para ello parten de una serie de ítems ante los que los entrevistados manifestaron su acuerdo o desacuerdo. Las autoras utilizaron varias técnicas estadísticas: análisis factorial, análisis de conglomerados y construcción de un índice ponderado que resume las distintas dimensiones en una línea continua de conservadurismo/liberalismo (muy conservador, conservador, liberal, muy liberal) en cuanto a las opiniones sobre sexualidad, y un análisis de regresión lineal para detectar las características individuales que se asocian con la expresión de opiniones más conservadoras o liberales que otras. Para las autoras es particularmente relevante encontrar si la interacción entre sexo y sector socioeconómico contribuye a explicar las variaciones encontradas en el continuum, una vez controladas ciertas variables tales como edad, escolaridad y ocupación. Parten de la hipótesis de que, independientemente de sus

características sociodemográficas, hombres y mujeres difieren entre sí y por sector social en el grado de adhesión a los preceptos normativos de control de la sexualidad.

Vale la pena destacar el contexto teórico de su análisis, que permite una comprensión más integral de los fenómenos que analizan. Sustentan que las prescripciones normativas tienden a inhibir a las mujeres de considerarse sujetos de deseo, en tanto para los hombres la sexualidad funge como afirmación de la masculinidad. Al abordar el cruce de los tres sistemas de estratificación —la clase, el género y la sexualidad—, destacan la intersección entre el primero y el segundo, a partir de ciertas condiciones predominantes en el tercero. Al respecto, señalan que como resultado de la intersección de los ejes de inequidad de clase y género y los sistemas de estratificación social, los hombres y las mujeres poseen acceso diferencial a los bienes simbólicos y materiales de una sociedad, así como una ascendencia y poder social desiguales. La generación de significaciones sociales desiguales referidas a la diferencia sexual supone el ejercicio de una violencia simbólica, en virtud de la cual una visión androcéntrica del mundo impone los significados sociales hegemónicos. A su vez la sexualidad, como sistema de estratificación social, ordena a las personas en grados ascendentes o descendentes de respetabilidad, estima y prestigio, de acuerdo con su fidelidad a los códigos normativos dominantes que definen el manejo adecuado del cuerpo culturalmente sexuado, del erotismo y el placer. Dados los procesos institucionales de construcción de sujetos, consideran que las mujeres, como el polo subordinado en las relaciones genéricas, podrían mostrar mayor aceptación de las prescripciones normativas que les restan deseo sexual y realzan su función reproductora.

Con base en este marco conceptual de referencia, las autoras interpretan los resultados de su análisis confluyendo hacia tres puntos principales: *a)* la existencia un fuerte respaldo de la población derechohabiente mexicana a los aspectos del sistema normativo que mayor control ejercen sobre la sexualidad, y que se expresan en la triada virginidad-monogamia-fidelidad; *b)* la presencia de un mayor respaldo en la población femenina que en la masculina, una vez controladas todas las demás variables, lo que les permite confirmar el efecto diferencial de la construcción de género respecto de

las valoraciones sobre la sexualidad, y *c*) la diferenciación notable entre hombres y mujeres en la línea continua conservadurismo/liberalismo según su ubicación social, siendo mayor la variación para los hombres que para las mujeres. Aunado a ello, encuentran que a medida que se asciende en la estructura social, es mayor la distancia que las personas de uno u otro sexo muestran respecto del polo conservador del continuum.

El hecho de que sean las personas objeto de mayor control sexual relativo —las mujeres y las personas jóvenes— quienes respalden con mayor vehemencia las posiciones conservadoras, es interpretado, por las autoras, argumentando que sus respuestas expresan la menor independencia relativa que tienen frente a las instituciones y los discursos sociales dominantes. Su posición subordinada expresa la fuerza de la violencia simbólica ejercida contra ellos. Entre sus conclusiones, destacan que los resultados de esta mirada conjunta a la clase y al género permiten mostrar la mayor importancia relativa de la diferencia sexual para interpretar las disimilitudes encontradas en el grado de conservadurismo/liberalismo hacia la sexualidad expresado por esta población particular.

Bajo una perspectiva teórica y metodológica distinta, Irene Casique busca dar cuenta de las diferencias entre los varones y las mujeres en tanto miembros de una pareja, y su diferenciación según diversas características sociodemográficas y por estratos sociales. La autora analiza y compara las actitudes de las parejas en torno a la reproducción y la planificación familiar a partir del análisis de dos encuestas, la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar (Encoplaf, 1996) y la Ensare con población derechohabiente del IMSS levantada en 1998. Advierte la autora que las dos muestras analizadas representan fragmentos no opuestos pero sí diferenciados del conjunto de la población mexicana. La aproximación a la pareja como sujeto de estudio es una aportación novedosa que representa una mirada distinta para incorporar el estudio de los hombres en temas de reproducción, en los que tradicionalmente se ha interrogado sólo a las mujeres. Como afirma Casique, esta aproximación contribuye a superar las visiones simplistas de la pareja como unidad homogénea, exenta de conflictos y desigualdades de poder que se expresan en los procesos de toma de decisiones. Asimismo, la autora resalta la complejidad que representa tomar en consideración los

múltiples elementos del contexto social y cultural que pueden incidir en las decisiones reproductivas de una pareja, los cuales están conformados, a su vez, por ideales y expectativas individuales que pueden o no coincidir entre sí y, por tanto, que influyen en las distintas maneras de resolver diferencias en la pareja.

El texto de Casique se centra en identificar y comparar las posturas y actitudes reportadas por cada uno de los miembros de una pareja frente a la planificación familiar, así como su nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, analizando sus semejanzas y diferencias según características sociodemográficas, ideales reproductivos, uso de anticonceptivos y grados de autonomía de las mujeres. Asimismo incorpora en su análisis variables sociodemográficas que permiten la diferenciación entre la población analizada: la edad de los miembros de la pareja, su situación conyugal, la condición de trabajo de la mujer y las diferencias en la cantidad de hijos entre los integrantes de una pareja, así como algunos indicadores sobre los niveles de autonomía y poder de decisión de las mujeres en la pareja.

Algunos de los hallazgos confirman tendencias observadas previamente, pero otros resultan novedosos y relevantes. Por ejemplo, las posturas de los varones tienden a ser favorables al uso de métodos anticonceptivos, asumen que la responsabilidad reproductiva es cuestión de ambos miembros de la pareja y tienen un conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos, sobre todo en los estratos socioeconómicos medios y altos y en las zonas urbanas. Si bien hombres y mujeres parecen no diferir en cuanto a metas reproductivas y actitudes hacia la planificación familiar, la comparación al interior de las parejas muestra algunas discrepancias en las cuales el disenso parece resolverse a favor de los hombres.

El estudio realizado por Olga Rojas toma como centro de su análisis las experiencias reproductivas de los varones, en contraposición a los estudios tradicionales enfocados en la fecundidad de las mujeres. En el análisis de las experiencias reproductivas masculinas aborda transiciones vitales como el inicio de la actividad sexual y de la vida conyugal y la llegada del primer hijo, así como el número de uniones, el número de hijos tenidos dentro y fuera de las relaciones conyugales y las prácticas de regulación de la fecundidad conyugal.

Rojas analiza la información de la Ensare con población derechohabiente del IMSS levantada en 1998 privilegiando como ejes analíticos la desigualdad por estratos sociales y las diferencias generacionales. Su análisis comparativo se centra en el contraste de los varones de los estratos bajo y medio, identificando en ellos cuatro grupos generacionales y tomando en cuenta que la población del estrato bajo es significativamente más joven que la del estrato medio. Entre ambos estratos encuentra también diferencias importantes en el nivel educativo, el contexto de socialización, la participación de sus cónyuges en los mercados de trabajo y el tipo de unión conyugal.

Sus hallazgos señalan que a pesar de existir una tendencia hacia la homogeneización del número de hijos entre los hombres más jóvenes de ambos estratos, existen diferencias en los ritmos en que ocurren las transiciones vitales de los varones de los estratos medios y bajos y de las diferentes generaciones. Como consecuencia de estos ritmos diferenciados, los varones de los estratos bajos tienen un mayor número de hijos, experimentan una menor distancia temporal entre primera relación sexual y primera unión y entre la unión y el primer hijo. Los hombres de este grupo tienden a comunicarse menos con la pareja respecto del nacimiento del primer hijo, la unión libre es más frecuente entre ellos que en los estratos medios, existe una mayor proporción de hombres de los estratos bajos que han experimentado más de una unión conyugal y han participado menos en la anticoncepción que los hombres del estrato medio. Si bien la proporción de hombres que han tenido hijos fuera de una unión conyugal es mayor en el estrato medio, esta proporción es superada por los hombres mayores del estrato bajo. A pesar de estas diferencias por grupo socioeconómico, la autora enfatiza que el análisis intergeneracional muestra una reducción de las diferencias en los grupos más jóvenes.

Como ocurre con el análisis que toma en cuenta a ambos miembros de la pareja, el estudio de las experiencias sexuales y reproductivas de los varones es una iniciativa novedosa que permite avanzar en la comprensión de las diversas visiones genéricas que contribuyen en la negociación de los procesos relativos a la salud reproductiva. El análisis de esta autora permite dimensionar la utilidad de privilegiar la intersección compleja de dos de los ejes de diferencia-

ción que matizan la experiencia de los hombres, las desigualdades entre estratos sociales y las distancias generacionales. Este ejercicio contribuye a ilustrar con el análisis de evidencias empíricas los debates teóricos sobre la construcción cultural de las masculinidades y la construcción de experiencias diferenciadas entre individuos y grupos sociales a partir del acceso desigual a recursos materiales y simbólicos.

Desigualdad étnica, maternidad y mortalidad materna

Esta sección temática contiene dos artículos que privilegian la intersección entre el género y la desigualdad étnica como ejes diferenciadores de los significados y prácticas que conforman las experiencias de salud reproductiva. En su análisis de las condiciones de salud reproductiva de mujeres indígenas privilegian la revisión crítica de las estrategias de diversos programas gubernamentales.

Gisela Espinosa nos ofrece un innovador material que combina dos elementos usualmente poco estudiados: los deseos reproductivos de mujeres indígenas mexicanas, y la manera en que éstos se comparan con el comportamiento socialmente esperado en las comunidades en que viven y por las instituciones y programas gubernamentales. La mirada de la autora combina el análisis de puntos de vista aportados por estudios cualitativos con datos de encuestas. Resalta las tensiones que se generan entre los discursos recientes sobre los derechos reproductivos que enfatizan la autonomía de las mujeres, con las construcciones culturales prevalecientes en contextos donde ellas han sido tradicionalmente subordinadas y sus deseos no han sido considerados. Sus preguntas de investigación buscan indagar si los derechos reproductivos coinciden o se contraponen con las normas de los pueblos indios, y si las instituciones de salud disponibles en el medio indígena aportan los servicios y recursos necesarios para posibilitar el ejercicio de esos derechos. En su análisis, Espinosa contrasta elementos del discurso sobre sexualidad y maternidad prevaleciente en los pueblos indios con el discurso que las propias mujeres indígenas conocen a través de programas institucionales. Incorpora también la influencia del discurso de otros actores institucionales, tales como la Iglesia y la escuela, así

como de los discursos provenientes de los medios de comunicación y las experiencias migratorias.

Las tres fuentes de información que analiza son: la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR, 1999), aplicada a mujeres en contextos rurales y marginales; la Encuesta sobre Salud Reproductiva entre Jóvenes Indígenas (Ensarji, 2000), centrada en ocho grupos indígenas, y una investigación cualitativa realizada entre 2002 y 2003 consistente en entrevistas a agentes de salud y talleres de reflexión sobre embarazo, parto, puerperio y servicios de salud en la que participaron 205 mujeres indígenas y ocho varones de áreas rurales de Guerrero, Puebla, Veracruz, Michoacán y Oaxaca con difícil acceso a servicios de salud.

De acuerdo con los resultados de su estudio, Espinosa observa que la vida conyugal y reproductiva de las mujeres en zonas indígenas se inicia a temprana edad ante un medio de opciones educativas y laborales limitadas, consistiendo dicho comportamiento en el único medio legítimo de transitar a la vida adulta, aunque ello no significa acceso a independencia y autonomía. Las mujeres deben solicitar autorización para una serie de actividades, que van desde salir sola hasta trabajar, estudiar y hacer gastos cotidianos. El embarazo previo a la unión y el “robo” de la novia son antecedentes frecuentes del inicio de la vida marital en un contexto cultural que condena las expresiones sexuales de las mujeres. El derecho al disfrute de una sexualidad plena aparece distante de las prácticas permitidas para las mujeres indígenas. La soltería más allá de los 20 años, el embarazo de mujeres solas y la falta de hijos nacidos en unión o que den origen a ella, atentan contra los mandatos del deber ser de las mujeres en estos contextos. Las transgresiones son objeto de sanciones sociales como rechazo y segregación que aumentan los riesgos de salud. Desaparece la solidaridad de la comunidad y se aplican castigos físicos y psicológicos que transforman los embarazos socialmente rechazados en embarazos no deseados.

Resultan altamente sugerentes las tensiones que encuentra entre los deseos de las mujeres y el control que ejerce el contexto social. Muestra que si bien entre las mujeres más jóvenes se manifiestan preferencias por tener su primer hijo entre los 20 y 25 años y una descendencia menor, el deseo de tener pocos hijos es difícil de concretar en un medio donde los servicios de salud y planificación

familiar presentan muchas carencias y en donde los obstáculos para acceder a ellos aumentan para la población indígena. Entre ellas es mayor la desinformación, la oposición de la pareja al uso de anticonceptivos y el control social de las comunidades —incluyendo a curas y pastores—, que vinculan el uso de anticonceptivos con la infidelidad femenina y señalan ilegítimo el ejercicio de la sexualidad sin fines reproductivos o sin unión formal de por medio.

La autora destaca que tanto las comunidades indígenas como las instituciones de salud pública obstaculizan la construcción de autonomía de las mujeres. La deficiencia en recursos y servicios, la baja calidad de la atención y el uso de los recursos como fuente de presión hace que los programas institucionales sean un apoyo débil para esta autonomía. Los programas pueden llegar a transformarse en un medio de control de las decisiones reproductivas de las mujeres y también controlan su tiempo y su vida al sobrecargarlas de tareas y debilitar su capacidad de negociación y autonomía frente a las instituciones, reforzando su subordinación. Algunos programas llevan información y servicios que tienden a ampliar los espacios de salud y libertad, pero a la vez obstaculizan la libre determinación y el ejercicio de estos derechos, siendo necesario incorporar en el análisis las interacciones culturales, las relaciones de poder y las prácticas discriminatorias. Entre estas últimas, la autora advierte las limitaciones del personal médico, mayoritariamente masculino, quien utiliza un lenguaje no comprensible para las indígenas, no entiende su lengua, no escucha a las demandantes de atención y atiende mejor a los no indígenas, situación que adiciona una distancia cultural a la distancia física existente entre espacios de vida y unidades médicas. Finalmente, la autora afirma que cumplir con las normas de sus pueblos conduce a las mujeres indígenas a desatender las orientaciones de las instituciones públicas favorables a la toma de decisiones, pues el riesgo de escucharlas les puede enfrentar con sus parejas y familias y acarrear aislamiento y discriminación social. Si a lo anterior se agrega que los propósitos de algunos programas oficiales quedan en entredicho frente a sus acciones, se obtiene que ni los usos y costumbres ni el discurso institucional sobre los derechos reproductivos —tal y como se presentan en esas localidades— garantizan a las indígenas el ejercicio de sus derechos.

El texto de Graciela Freyermuth y Cecilia de la Torre discute una de las cuestiones más devastadoras relacionadas con las prácticas en salud reproductiva y las condiciones de desigualdad étnica que, a su vez, representa uno de los principales indicadores para evaluar las condiciones de bienestar de una población: la muerte materna. Las autoras emprenden una descripción y análisis de las características de la mortalidad materna de mujeres en Chiapas a partir de una regionalización que privilegia la diferenciación étnica de la población. Ofrecen un panorama de los programas puestos en marcha mostrando los esfuerzos locales realizados y destacando los problemas y obstáculos que aún quedan por resolver, a la luz de las nuevas propuestas internacionales de atención y de las condiciones específicas del contexto que analizan. Su premisa fundamental se basa en considerar que la muerte materna entraña una serie de problemas que van más allá del ámbito estrictamente sanitario o económico y que remite a formas particulares de explicar, padecer y atender las enfermedades. En este sentido, las autoras afirman que una proporción muy alta de las muertes maternas (90%) corresponde a padecimientos de fácil resolución con los recursos de un hospital de segundo nivel. Identifican como uno de los principales obstáculos para abatir sus altos niveles al marco lógico que otorga a la revisión durante el embarazo una alta posibilidad de prevenir las complicaciones durante el parto y puerperio. Afirman que el conocimiento reciente señala que estas complicaciones son difíciles de pronosticar con suficiente anticipación, y que cuando se presentan se requiere atención en servicios de urgencias obstétricas.

Las tres causas básicas de defunción materna en Chiapas son la hemorragia obstétrica, el síndrome hipertensivo del embarazo y la sepsis puerperal. Todas éstas son causas prevenibles de muerte que afectan diferencialmente a las regiones con elevadas proporciones de población indígena. Las autoras describen las desigualdades en los niveles de atención médica durante el padecimiento que condujo a la muerte, mostrando diferencias sustanciales entre regiones, entre personas de diverso origen étnico y entre hombres y mujeres. Adicionalmente, revisan críticamente cada uno de los programas gubernamentales que han intentado abatir las muertes maternas, incluyendo una descripción de los mismos, de sus acciones,

estrategias y avances. Las autoras concluyen que los programas en acción no han rendido los frutos esperados, sus intervenciones no se dirigen a la población con mayor riesgo sino a zonas identificadas con criterios políticos, las iniciativas no son claras respecto de cómo mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud y cómo mejorar la calidad de la atención y carecen de metas y de indicadores de evaluación precisos, que llevan a privilegiar la entrega de información por sobre las necesidades de atención.

Las autoras identifican como un problema crucial los criterios que se utilizan para identificar el riesgo, ya que las complicaciones obstétricas son difíciles de pronosticar y se debe tomar en cuenta que cualquier mujer embarazada puede estar en situación de urgencia obstétrica futura. Proponen cambiar la estrategia de prevención de las muertes maternas en zonas indígenas tomando en cuenta estos nuevos conocimientos. Sus propuestas implican habilitar al personal local y suministrar recursos, difundir entre la población indígena elementos que permitan detectar las emergencias y la ubicación de los centros de atención habilitados para atender urgencias obstétricas.

El impacto de las políticas y programas en la salud reproductiva

Las investigaciones cuyos resultados están contenidos en esta sección analizan aspectos más comprehensivos de las políticas y programas gubernamentales en salud reproductiva iniciados en la década de los años noventa del siglo xx. Uno de los artículos reflexiona sobre las tensiones que se generan entre las reformas estructurales del sector salud, por una parte, y las premisas fundamentales del enfoque de salud reproductiva, por la otra. El otro se refiere al impacto de un vasto programa de alcance nacional en las condiciones de salud reproductiva de la población afectada, diferenciada por estratos sociales. Ambas visiones sugieren que las agendas políticas y las estrategias e intervenciones institucionales constituyen una dimensión clave de las condiciones para la salud reproductiva de la población.

Abrantes y Pelcastre presentan un análisis de las agendas de reforma del sector salud y de institucionalización de la salud repro-

ductiva como procesos que han tenido un desarrollo paralelo y a veces divergente o contradictorio durante los últimos 10 años. Para llevar a cabo este análisis identifican los actores participantes en cada una de las agendas, las ideologías que sustentan a una y otra, y las principales propuestas que las componen, confrontando las agendas de ambos proyectos. El marco de análisis está conformado por las políticas de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, así como por la redefinición del marco institucional de la política de salud, que incluye tanto una mayor participación del sector privado como una propuesta social de respuesta a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Toman como base para su análisis la investigación documental, así como algunas entrevistas. Tanto la reforma al sector salud como la salud sexual y reproductiva se analizan como políticas públicas cuya concreción deriva de la interacción y negociación entre diversos actores en circunstancias particulares.

La reforma de los servicios de salud está asociada a una agenda que plantea un cambio en el funcionamiento de los sistemas de salud y en su financiamiento para reducir costos y mejorar su eficiencia, promoviendo un sistema mixto con base en la competitividad. Es una agenda apoyada por el sector privado y por agencias financieras internacionales que se construyó como una alternativa neoliberal para la recuperación económica y para enfrentar las desigualdades producidas por el mercado, producto de las políticas de ajuste financiero. Las recomendaciones principales fueron la modificación del papel del Estado y la transformación de la Secretaría de Salud en una instancia gerencial y reguladora de una gestión descentralizada con mayor participación del sector privado. En los años noventa se consolida la separación entre salud pública y atención médica individualizada, respetando la libre decisión de las personas en cuanto a servicios, pero vinculándola a su capacidad de pago.

Las autoras señalan algunos de los instrumentos estructurantes de este nuevo modelo de atención a la salud, entre los que destacan el nuevo concepto de universalismo, que sustituye la noción de necesidad por la de riesgo, y la del derecho social por el principio de igualdad de oportunidades. Las prioridades del sector salud se definieron a partir de grupos sociales a proteger, por paquetes, y se

elaboró una nueva dinámica para asignar recursos que no contribuyera a aumentar la carga tributaria del Estado ni obstaculizara el desarrollo del mercado de servicios médico-sanitarios. Lo anterior se complementa con la tecnificación y despolitización de los aspectos sociales de la salud, el surgimiento de instituciones legitimadoras de este nuevo ordenamiento y la institucionalización de cuotas de recuperación resultantes en aumento de la brecha social en las condiciones de salud.

En cuanto a la agenda de institucionalización de la salud reproductiva, las autoras señalan que ésta tiene como centro una óptica que privilegia el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en el ámbito reproductivo y se apoya en diversas instancias gubernamentales, en especial al interior de la Secretaría de Salud. Esta agenda se ha caracterizado por la emergencia de nuevos actores. Por una parte la comunidad académica ha mantenido una actitud crítica que, desde la perspectiva de género, ha cuestionado la poca participación de las usuarias en el diseño y puesta en práctica de los programas que las afectan. Por otro lado, los grupos de mujeres organizados logran poner de relieve los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y buscan la incorporación de un enfoque de derechos en las políticas públicas que se contraponen con las propuestas que basan las metas de salud en modelos de mercado. Las expresiones concretas de estos nuevos actores han sido las reuniones en torno al tema, su influencia como grupos de consulta para elaborar normas, programas y acciones y el surgimiento de organismos de promoción y vigilancia. Las autoras concluyen que lo que verdaderamente sucedió post-El Cairo en el país con el contraste entre la agenda de reforma del sector salud y la agenda de los derechos sexuales y reproductivos fue un ajuste del discurso de la política en salud reproductiva, que no correspondió con un ajuste en las acciones. La población usuaria sigue excluida del diseño y programación de los servicios, y por tanto virtualmente fuera de la posibilidad de ejercer ciudadanía. Señalan que el peso de los diversos grupos de interés juega un papel importante en la concreción de las agendas en diferentes momentos históricos, y que este juego de intereses se ha traducido en escasa voluntad política para traducir la existencia de la agenda de los derechos reproductivos en acciones concretas, en un contexto de reforma del sec-

tor salud que no fue pensada para eliminar diferencias sociales ni para aumentar la equidad de género.

Por su parte, Mendoza, Padilla y De la Cruz realizan un análisis de los efectos de la pertenencia a distintos estratos socioeconómicos y las prácticas adecuadas para el cuidado de la salud reproductiva entre la población derechohabiente del IMSS. Como indicador de un posible impacto institucional se definió la adhesión al IMSS, medida a través de haber tenido una consulta médica en el último año. El objetivo de este ejercicio es valorar el impacto que han tenido los esfuerzos encaminados al logro de las coberturas y calidad de los servicios en salud reproductiva para las personas afiliadas al IMSS. A través de la incorporación de variables observables en la Ensare, 1998, proponen que el cuidado adecuado de la salud reproductiva se compone, entre las mujeres, por las prácticas de atención a la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio, las prácticas de atención a la salud de sus hijos, la ausencia de violencia de género y la participación del esposo en el cuidado del embarazo y de los hijos. Entre los varones, en lugar de la atención en embarazo, parto y puerperio, se refieren a los conocimientos preventivos de ITS y a la presencia o ausencia de estas infecciones. Formulan como hipótesis que, en conjunto, estas prácticas se asocian de manera favorable con el estrato socioeconómico y la escolaridad.

Los resultados indicaron que poco menos de 30% de las mujeres carecían de condiciones favorables en salud reproductiva (adecuadas prácticas de atención a su salud y la de sus hijos, ausencia de violencia familiar y participación del esposo en el cuidado del embarazo y los hijos). Las prácticas de cuidado adecuado de la salud reproductiva por las mujeres se asociaron positivamente con la edad, la escolaridad y el estrato socioeconómico, en tanto que la adhesión al IMSS no mostró un efecto significativo. De forma particular, el estrato socioeconómico favoreció las prácticas de cuidado adecuado de la salud reproductiva, es decir, en los estratos medios y altos hay tendencia a un mayor cuidado. En el caso de los varones, se consideraron como prácticas adecuadas la ausencia de violencia doméstica, la participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos y los conocimientos preventivos y ausencia de padecimientos de transmisión sexual. De manera similar a las mujeres, cerca de un tercio de ellos presentaron cuidados no adecuados a la

salud reproductiva, apareciendo un efecto significativo de la escolaridad, el estrato y la adhesión al IMSS sobre el cuidado de la salud reproductiva.

Los autores destacan la necesidad de garantizar rutinas de atención oportuna del embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido, especialmente en los estratos bajos y muy bajos y entre los jóvenes, así como reforzar acciones encaminadas al fortalecimiento de la equidad en las relaciones de género en la pareja. De su estudio, también se debe subrayar la necesidad de desarrollar nuevos conceptos que permitan una mejor aproximación para medir el impacto de las intervenciones institucionales en materia de salud reproductiva.

Temas de frontera y demandas ciudadanas

Una de las características del enfoque sobre salud reproductiva ha consistido en la incorporación al debate académico de problemas que constituyen dilemas éticos y frente a los cuales se construyen diferentes ideas e intereses al nivel social. La incorporación de estos temas a la reflexión rigurosa, crítica y sistemática que es propia del quehacer científico contribuye sin duda a situar el nivel de estos debates fuera del terreno de las moralidades y la política contingente y los incorpora al terreno académico. Una de las contribuciones de la investigación académica a estos temas de frontera que se incorporan de manera reciente como problemas de conocimiento es la dilucidación de los complejos procesos de construcción de ideologías, normatividades, prácticas sociales y significados a través del análisis y la interpretación rigurosa y teóricamente fundamentada de evidencias empíricas. Entre los temas que el enfoque de salud reproductiva ha contribuido a incorporar al debate científico se cuentan la violencia intrafamiliar, el aborto y las infecciones de transmisión sexual. En esta sección se incluyen los resultados de tres investigaciones sobre estos temas de frontera que han sido parte de las demandas ciudadanas de amplios movimientos sociales. En estas investigaciones se incorpora la perspectiva adoptada por el conjunto de este esfuerzo colectivo, consistente en dilucidar las interrelaciones entre algunos ejes de desigualdad social —en especial la dife-

renciación socioeconómica y las relaciones de género— y cada una de estas temáticas de salud reproductiva.

González y Contreras elaboraron un análisis minucioso de los datos de la Ensare, 1998, para conocer las condiciones que se asocian con la violencia física ejercida contra mujeres por sus parejas. Uno de los ejes del enfoque sobre la salud reproductiva ha consistido en problematizar la voluntariedad y autonomía de los procesos de toma de decisiones sobre los eventos reproductivos y sexuales, incorporando la perspectiva del conflicto y de las relaciones de poder en el estudio de las relaciones interpersonales. En este sentido, este artículo discute la importancia de la incorporación de la violencia de género al análisis de la salud reproductiva.

La encuesta citada fue la primera encuesta de cobertura nacional sobre salud reproductiva que incorporó una sección sobre violencia doméstica, posibilitando la asociación entre la violencia, las características sociodemográficas de las personas encuestadas, la salud reproductiva de las mujeres, el ejercicio sexual y las relaciones de género en las parejas. Para medir la violencia conyugal, la Ensare se fundamentó en el esquema desarrollado por M. Straus (*Conflict Tactics Scale*), que permite obtener la prevalencia, frecuencia y severidad de la violencia, así como identificar diversas formas de ejercerla, adoptando una escala que permite conocer si en el último año las personas entrevistadas se habían involucrado en uno o varios episodios de violencia física o psicológica. Aunque se entrevistó tanto a hombres como a mujeres, en particular se inquirió de estas últimas si en el último año su pareja las había agredido. Las modalidades de agresión van en escala creciente, e incluyen desde gritos e intentos de golpes, hasta agresiones con armas punzocortantes o armas de fuego, pasando por empujones y patadas. Los autores señalan algunas limitaciones del esquema adoptado por la encuesta analizada, en especial que deja fuera cierto tipo de maltratos, limitaciones que se agregan a los alcances y límites de las encuestas por muestreo para el estudio de fenómenos complejos. No obstante estas limitaciones, la investigación permitió encontrar indicios importantes y novedosos sobre las relaciones entre algunos ejes de desigualdad social y la violencia de pareja: las relaciones de género, la desigualdad socioeconómica y ciertas características sociodemográficas que indican grados de vulnerabilidad. González y

Contreras analizan la diferenciación de las respuestas de ambos miembros de una pareja sobre la violencia conyugal y sus vínculos con las relaciones de género definidas por el contexto sociocultural, con las características sociodemográficas de las mujeres y con la desigualdad socioeconómica. La reflexión y evidencias de otros materiales sobre el tema sirvieron de apoyo interpretativo de los hallazgos estadísticos.

Los resultados de su análisis ponen énfasis en las consecuencias de la violencia de pareja para la salud reproductiva de las mujeres. Algunas de esas consecuencias son directas, como el hecho de que casi una cuarta parte de las mujeres entrevistadas que estuvieron embarazadas durante el periodo que cubre la encuesta sufrieron violencia por parte de su pareja. Otras consecuencias se refieren a la agudización de la subordinación de género y la pérdida de autonomía y de la capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo que representa estar sujeta a este tipo de coacciones.

Si bien el análisis bivariado señaló que tanto ciertas condiciones sociodemográficas como la desigualdad socioeconómica parecen asociarse con mayor presencia de violencia de pareja, el análisis multivariado restó significación a este tipo de asociaciones. Inicialmente se encontró que la mayor vulnerabilidad asociada con características sociodemográficas de las mujeres, tales como la inestabilidad de las uniones, el haber iniciado una unión por estar embarazada o encontrarse en la etapa de formación de las uniones se asociaba con mayor violencia de pareja. Por ejemplo, se encontró que hay mayor prevalencia de violencia física durante la primera etapa de la unión, y por tanto hay mayor porcentaje de violencia de pareja entre las mujeres jóvenes, con poco tiempo de convivencia con la pareja y con hijos pequeños. También se encontró mayor maltrato entre las parejas que afirmaron no haberse unido por amor, sino por otras razones, como por ejemplo, por embarazo o presiones; asimismo, las mujeres que cohabitan con su pareja sin haberse casado sufren mayor violencia. Sin embargo, en el análisis multivariado únicamente la edad de la mujer y su ocupación se asociaron significativamente con la presencia de violencia de pareja. En cuanto a la desigualdad socioeconómica, el análisis bivariado dio por resultado que existe una relación inversa entre la proporción de violencia y el nivel de escolaridad, así como mayor presencia de violencia entre las muje-

res que pertenecen a los estratos bajo y muy bajo, pero nuevamente estas variables no fueron significativas en el análisis multivariado, señalando que su peso en relación con otros factores es menor.

Los autores encontraron que fueron las relaciones de género los determinantes más importantes de la presencia de violencia conyugal. Los varones entrevistados en la Ensare tienden a minimizar los episodios de violencia y los daños que producen, aunque acepten su existencia. Tanto hombres como mujeres señalaron que la violencia que produce lesiones se asocia principalmente a celos, a consumo de alcohol y a cuestiones económicas. Al respecto, la investigación previa sobre este tema ha dejado claro que el consumo de alcohol por la pareja dificulta la toma de decisiones de las mujeres sobre los eventos sexuales en la pareja conyugal. La celotipia constituye en sí misma un elemento de coacción que limita la libertad de movimiento de las mujeres y su posibilidad de tomar decisiones sobre las actividades sexuales con cierta autonomía. Finalmente, el que la mujer trabaje fuera del hogar está relacionado con una mayor presencia de violencia, asociada a una percepción de pérdida de autoridad del varón, problema que se exagera cuando la mujer percibe un ingreso mayor que el hombre. En el análisis multivariado, se confirmó que diversos aspectos de las relaciones de género fueron los que se asociaron de manera más significativa con la presencia de violencia de pareja.

Por su parte, el trabajo de Ortiz-Ortega, Salas y Meza aborda uno de los temas que despierta mayor polémica y debate social y sobre el cual existe menor conocimiento académico: el aborto. Su objetivo es presentar los resultados de una investigación sobre las características de mujeres mexicanas que declararon haber experimentado la interrupción voluntaria de un embarazo en algún momento de toda su vida reproductiva. El análisis se llevó a cabo con base en los datos de la Ensare, 1998. Aunque los objetivos del artículo son acotados, resulta una exploración interesante para el estudio del aborto en México, ya que a pesar de ser un país en el cual se estima que se practican cientos de miles de abortos inducidos al año, no se conocen las particularidades de las mujeres que viven esa experiencia.

El trabajo analiza las diferencias en la declaración del aborto según el estrato socioeconómico de pertenencia de las mujeres y se-

gún indicios relacionados con sus grados de autonomía, asumiendo que una mejor condición socioeconómica y un mayor grado de autonomía pueden aumentar la posibilidad que tienen las mujeres de declarar los abortos que han experimentado. En el estudio se constata la tendencia a subdeclarar el aborto; sin embargo, el tipo de respuestas proporcionadas por las entrevistadas permite conocer algunos de los referentes que las mujeres consideran válidos para realizar una declaración de este tipo en un contexto social donde su práctica voluntaria es legalmente penalizada y culturalmente estigmatizada.

Las evidencias empíricas proporcionadas por las autoras señalan que las características de las mujeres que declararon abortos espontáneos fueron más cercanas a las de las mujeres que declararon abortos inducidos que a las mujeres que no declararon abortos. Estos y otros elementos analizados sugieren que varios de los abortos declarados espontáneos fueron en realidad inducidos. Al sumar ambos tipos de declaración de abortos, las autoras encontraron que entre las mujeres de mayor edad una elevada proporción (cuatro de cada 10) declararon haber tenido una interrupción de embarazo. El hecho de que tanto las mujeres que declararon abortos inducidos como las que declararon abortos espontáneos fueron las que tienen un promedio mayor de hijos e hijas, sugirió que se trataba en su mayor parte de mujeres más pobres y de baja escolaridad, además de ser mayores de edad que quienes no declararon abortos.

Las autoras encontraron numerosos indicios de diferencias en la capacidad de tomar decisiones sobre las prácticas sexuales y reproductivas y en las características sociodemográficas de las mujeres. Sus resultados muestran que las mujeres que declararon abortos en general, y aquellas que hablaron de abortos inducidos en especial, tuvieron a lo largo de su vida menos apoyo de una pareja, y cuando la tuvieron, fue en condiciones de mayor inestabilidad. Estas mujeres, especialmente las que declararon que el aborto fue inducido, iniciaron las relaciones sexuales a una edad temprana en mayor proporción, tardaron más tiempo en unirse maritalmente, no tuvieron pareja o perdieron a su pareja en mayor proporción que las demás mujeres, son jefas de hogar con más frecuencia y estuvieron más afectadas por separaciones, ausencia de la pareja y ausencia de vida sexual con la pareja. En relación con el tema de

violencia de género, el análisis realizado encontró que las mujeres que declararon abortos inducidos, seguidas de cerca por quienes declararon abortos espontáneos, experimentaron con mayor frecuencia golpes e insultos de su pareja conyugal, así como violencia sexual, que las mujeres que no declararon abortos.

Para las autoras, las limitaciones de la información y sobre todo la complejidad y multidimensionalidad del tema apunta a que se requieren mayores elementos para tratar de relacionar la declaración del aborto con situaciones de autonomía o subordinación de las mujeres que lo declaran. Su texto, sin embargo, proporciona una amplia gama de sugerencias sobre la posible interconexión entre diversos eventos en la trayectoria de vida de las mujeres y los grados de autonomía, de apoyo familiar, de calidad de las relaciones de pareja y de bienestar socioeconómico que rodearon esos eventos y la práctica del aborto, así como la posibilidad de declararlo.

En una dimensión de la salud reproductiva poco explorada y atendida, Ramiro Caballero y Alberto Villaseñor examinan los elementos que se asocian con el autorreporte de haber padecido una infección de transmisión sexual en hombres y mujeres entrevistados en dos encuestas, la Encuesta Nacional de Salud (Ensa, 2000) y la Ensare, 1998. Los autores intentan responder a dos inquietudes que guían el análisis de su investigación: ¿cuáles son los factores asociados al autorreporte de ITS en la población mexicana? Y ¿entre esos factores, cuál es la importancia del estrato socioeconómico, la desigualdad genérica y la desigualdad intergeneracional? Subrayan que su estudio sólo tiene un alcance exploratorio y por lo tanto las evidencias empíricas resultantes permiten únicamente generar hipótesis sobre la posible asociación entre algunos factores de desigualdad social y el autorreporte de ITS. El análisis estadístico de los datos de las dos encuestas fue realizado en forma separada y, en ambos casos, siguió una fase descriptiva y otra de búsqueda de asociaciones mediante modelos de regresión logística.

Las evidencias empíricas de la Ensa muestran que un pequeño porcentaje de los encuestados reportaron haber tenido alguna ITS en el último año. Ser de estrato socioeconómico inferior (estrato muy bajo y bajo), consumir cocaína, tener un menor nivel de instrucción escolar (ninguno o primaria) y ser de sexo masculino fue-

ron factores que se asociaron de manera independiente al evento de ITS autorreportada en el último año. Por su parte, en la Ensare, 1998, un porcentaje minoritario pero significativo de la población derechohabiente del IMSS reportó alguna ITS alguna vez en su vida. El reporte de ITS tuvo porcentajes más altos en informantes de los estratos socioeconómicos muy bajo y bajo, en el grupo de mayor edad, en los desocupados, en los de menor nivel de instrucción, en quienes tuvieron antecedentes de migración y en unidos o casados. La opinión favorable a usar condón para prevenir las ITS y haberse expuesto a información sobre ITS en las escuelas, por medios de comunicación masiva y a la proporcionada por amigos y parientes, fueron factores protectores independientes para la presencia de alguna ITS.

En suma, el estudio realizado por los autores muestra que en los estratos muy bajo y bajo se dio un inicio más temprano de las prácticas sexuales coitales y menores proporciones de uso de condón. A la vez, el consumo de drogas ilegales fue mayor que en los otros estratos socioeconómicos. La mayor prevalencia de ITS se encontró en hombres, lo cual, señalan, se encuentra asociado con un inicio más temprano a las prácticas coitales y un mayor uso de drogas ilegales que entre las mujeres. Los autores apuntan que en los resultados obtenidos en el modelo de factores asociados a la presencia de ITS, las tres variables que resultaron significativas y que tienen relación con el efecto del estrato socioeconómico, en la Ensa, fueron: el consumo de cocaína, el sexo masculino y la ausencia de escolaridad y/o el bajo nivel de instrucción. En la Ensare el reporte más frecuente de ITS alguna vez en la vida se dio en los estratos bajo y muy bajo y también fue mayor en los varones.

A juicio de los autores, estos resultados pueden tener implicaciones en las políticas públicas mediante estrategias comunitarias con mensajes apropiados a los distintos contextos de estrato socioeconómico y con un enfoque que promueva la equidad de género en la vida cotidiana y en las decisiones referidas a la salud sexual y reproductiva. Asimismo, como en el caso de otros de los textos presentados en esta publicación, los autores nos advierten sobre la necesidad de instrumentar conceptos, indicadores y preguntas que nos permitan un mejor acercamiento del comportamiento de esta temática en las encuestas.

Finalmente, esperamos haber ofrecido al lector un panorama de las diversas perspectivas conceptuales y metodológicas utilizadas en las investigaciones contenidas en esta obra, y sobre todo haber evidenciado las diversas relaciones que se pueden establecer entre las condiciones de salud reproductiva y las desiguales condiciones de vida que caracterizan al México contemporáneo. Los resultados empíricos, las reflexiones y los análisis e interpretaciones contenidos en estas investigaciones, así como las preguntas e hipótesis que se derivan de ellas, nos proporcionan nuevas pistas que pueden conducir a desarrollar futuras agendas de investigación novedosas y creativas, que a su vez permitirán no sólo una mejor comprensión e interpretación de esta problemática, sino también una mejor y más adecuada definición, diseño e implementación de las intervenciones en este campo.

El haber mostrado la importancia y pertinencia de utilizar como estrategia de análisis la diferenciación por sectores sociales, o sea la influencia que ejerce el estado de procedencia sociocultural y el contexto institucional en que los individuos han vivido, nos ha permitido dar cuenta de la variabilidad y heterogeneidad de la incidencia, dinámica, trayectorias, características y consecuencias de los diversos comportamientos y prácticas sexuales y reproductivas en la sociedad mexicana. Si bien los resultados sugieren la presencia incipiente de cambios en ciertos segmentos de la población, aunque aún minoritarios, que se observan en sectores medios y altos, en cohortes de población más jóvenes y sobre todo en contextos urbanos, también nos plantean diversos interrogantes y retos a enfrentar. Uno de ellos, que resume y expresa la intención de esta investigación colectiva, sería preguntarnos, parafraseando lo señalado por diversos autores, ante la profundización de las desigualdades sociales, de un contexto de creciente empobrecimiento de la población y de las instituciones que atienden los problemas de salud de la misma, de la permanencia de una política económica excluyente, de la reducción de recursos financieros y de la creciente participación de fuerzas conservadoras en la toma de decisiones, ¿es previsible que dichos cambios se difundan y generalicen al conjunto de la población?, o bien, ¿el panorama futuro será de nuevas y más profundas heterogeneidades e inequidades sociales?

Por último, y como hemos señalado, la presente publicación fue resultado de la valiosa colaboración de todos los investigadores participantes, quienes además tuvieron la paciencia para reformular una y otra vez sus trabajos. Por ello, aprovechamos este espacio para manifestar un especial agradecimiento a ellos, así como también a los y las colegas que aportaron valiosos comentarios críticos y constructivos que ayudaron a enriquecer la reflexión y el análisis de los trabajos. Deseamos asimismo expresar nuestro reconocimiento y gratitud a Josefina Recillas, quien desempeñó numerosas tareas relacionadas con los diferentes procesos realizados como parte de esta investigación colectiva. Finalmente, queremos expresar nuestro agradecimiento a la Fundación Ford por el apoyo financiero otorgado al Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México para la realización de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Béjar Navarro, Raúl, y H. Hernández Bringas (1993), *Población y desigualdad social en México*, Cuernavaca, UNAM-CRIM.
- Bronfman, M., et al. (1990), *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, Demographic and Health Surveys Further Analysis Series no. 7, The Population Council-Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development-Macro Systems, Inc.
- Canales, Alejandro (2003), "Demografía de la desigualdad. El discurso de la población en la era de la globalización", en A. Canales y S. Lerner (coords.), *Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*, México, El Colegio de México-Universidad de Guadalajara-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 43-86.
- Celade (2002), *Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, Separata, Santiago de Chile, CEPAL-Celade.
- Dixon-Mueller, Ruth (1999), *Gender Inequalities and Reproductive Health: Changing Priorities in an Era of Social Transformation and Globalisation*, Policy and Research Papers, no. 16, Lieja, IUSSP.
- García, Brígida, R. M. Camarena y G. Salas (1999), "Mujeres y relaciones de género en los estudios de población", en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 19-60.

- Goldani, Ana María (2001), “Demografia da exclusão: Construção de uma agenda da perspectiva do Sul”, en María Coletta Oliveira (coord.), *Demografia da exclusão social: Temas e abordagens*, Campinas, Editora Unicamp, pp. 47-58.
- Greenhalgh, Susan (2001), “Por uma abordagem reflexiva para estudos de populacho para o século xxi”, en María Coletta Oliveira (coord.), *Demografia da exclusão social: Temas e abordagens*, Campinas, Editora Unicamp, pp. 25-46.
- Langer, Ana, y R. Lozano (1998), “Condición de la mujer y salud”, en Juan Guillermo Figueroa (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, pp. 33-82.
- Mason, K. O. (1995), *Gender and Demographic Changes*, Lieja, IUSSP.
- Oliveira, María Coletta, y L. Guedes Pinto (2001), “Exclusão social e demografia: Elementos para uma agenda”, en María Coletta Oliveira (coord.), *Demografia da exclusão social. Temas e abordagens*, Campinas, Editora Unicamp, pp. 13-24.
- Pizarro, Roberto (2001), *La vulnerabilidad social y sus desafíos: Una mirada desde América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL/LC/L.
- Rodríguez, Jorge (2000), *Vulnerabilidad demográfica: Una faceta de las desventajas sociales*, Col. Serie Población y Desarrollo, núm. 5, Santiago de Chile, CEPAL/LC/L.
- (2001), *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: Un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*, Col. Serie Población y Desarrollo, núm. 17, Santiago de Chile, CEPAL/LC/L.
- Salles, Vania, y R. Tuirán (2003), *Dentro del Laberinto*, México, El Colegio de México, Jornadas 140.
- Sen, Amartya (2003), “El enfoque de las capacidades y las realizaciones. Pobre, en términos relativos”, *Comercio Exterior*, vol. 53, núm. 5, pp. 413-423.
- Szasz, I., y S. Lerner (2003), “Aportes conceptuales y desafíos metodológicos de la perspectiva de género para el análisis de los fenómenos demográficos”, en A. Canales y S. Lerner (coords.), *Desafíos teórico-metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*, México, El Colegio de México-Universidad de Guadalajara-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 177-212.

DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA Y SALUD REPRODUCTIVA: UNA PROPUESTA DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL APLICABLE A LAS ENCUESTAS

CARLOS JAVIER ECHARRI CÁNOVAS¹

INTRODUCCIÓN

Si tomamos en cuenta la definición de salud sexual y reproductiva consensuada en distintas reuniones internacionales,² ésta hace referencia a conceptos muy amplios que trascienden a la mera ausen-

¹ Este trabajo se benefició de una serie de sesiones de trabajo con los miembros del Programa Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS), con quienes se tomaron las principales decisiones metodológicas. También fueron muy útiles las aportaciones de Fernando Cortés, Rosa María Camarena y Ricardo Aparicio. Se contó con la colaboración de Elena García Alonso y Sofía Villers Gómez. Araceli Damián amablemente nos proporcionó la base de datos de la muestra del Censo con el cálculo del Método Multidimensional Integrado de Medición de la Pobreza (MMIP). Carlos Javier Echarri Cánovas es profesor-investigador del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México, cecha@colmex.mx.

² “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas rela-

cia de enfermedades y de manera explícita se refieren al ejercicio de derechos. Así, se incluyen dimensiones como el bienestar, capacidades y derechos, igualmente la referencia a la recepción de información y servicios adecuados. El logro de mejores condiciones de salud reproductiva no resulta solamente de las características de los individuos, sino también de su entorno familiar, comunitario y social, del estatus que ocupan en estos distintos ámbitos y de cómo estos últimos se organizan para la satisfacción de las necesidades y el establecimiento de condiciones para el ejercicio de los derechos. En este sentido, resulta imperativo considerar a la desigualdad social como un eje fundamental en el análisis de las distintas dimensiones de la salud reproductiva. Sin embargo, la ausencia de indicadores estándar que reflejen el lugar que ocupan los individuos en la sociedad impide la comparación entre estudios o bien dificulta el uso de múltiples fuentes de información. Por otra parte, se ha visto una compartimentación en la investigación sociodemográfica, de modo que el estudio de las condiciones de vida y de la salud reproductiva han seguido rumbos diferentes, con distintos exponentes, referentes teóricos, fuentes de información y resultados.

Uno de los principales objetivos del Programa Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) es dar cuenta de la heterogeneidad de condiciones de vida de la población que afectan su salud reproductiva y su interacción con procesos sociales y culturales. Tras las profundas transformaciones de diversa índole experimentadas en México durante la década de los noventa, se estimó como una tarea prioritaria realizar un amplio diagnóstico sobre las condiciones actuales de la población mexicana en este ámbito. Se consideró necesario valorizar los ejercicios de recolección de información realizados por distintas instituciones, esfuerzos muy importantes pero que habían permanecido dispersos y sin una adecuada sistematización. Para ello se recopilaron las principales fuentes de datos producidas durante esa década por diferentes instituciones mexicanas (públicas y

cionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual." Parágrafo 94 del Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Documento de la ONU A/CONF.177/20.

privadas) que de alguna forma abordan este tema, estableciendo comparaciones básicas de sus características (Rojas y Lerner, 2001) y se reunió a un grupo de expertos en la materia para que analizaran cuestiones específicas sobre diferentes temas que podrían englobarse dentro de la salud sexual y reproductiva de los mexicanos y su relación con la desigualdad social.

Para la elaboración de los contenidos del Diagnóstico sobre Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en el México Actual³ (en adelante, Diagnóstico) se planteó considerar, como uno de los principales ejes de análisis, la diferenciación social de los individuos y hogares mexicanos. El objetivo del presente trabajo es definir y justificar los criterios y categorías que propusimos que fueran utilizados por todos los investigadores participantes en el proyecto para estratificar a la población de estudio, con el fin de dotar de una dimensión común a los análisis y brindar a los lectores del Diagnóstico un mínimo de comparabilidad. De esta manera, se presentará en primera instancia una breve revisión de los antecedentes conceptuales y metodológicos del estudio de las desigualdades sociales y su relación con la dinámica poblacional en México, la cual, aunada a las restricciones impuestas por las bases de datos con las que trabajamos, nos llevó a tomar una serie de decisiones que se conjugan en la metodología utilizada para la construcción del indicador propuesto, misma que describimos en la segunda sección. Concluiremos con algunos resultados de la aplicación de este indicador, en general y específicamente para algunas dimensiones de la salud sexual y reproductiva, para ejemplificar la utilidad e idoneidad del indicador propuesto.

ANTECEDENTES

En la investigación sociodemográfica tradicionalmente ha estado presente la necesidad de considerar de manera específica a diferentes grupos de la población, agrupados según distintas características, para analizar tanto las particularidades (sociales, económicas, de comportamiento) de los componentes de estos grupos como la satisfacción de sus necesidades. Los autores se han basado en una amplia

³ Título de la investigación colectiva que dio origen a esta publicación.

tradición intelectual, plasmada en trabajos devenidos clásicos, como el conjunto de investigaciones auspiciadas por la Comisión de Población y Desarrollo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) y las que se basaban en la teoría de la dependencia. De esta manera, se desarrollaron conceptos como el de *marginalidad*, asociada a la desvinculación del sistema de producción económico urbano industrial y a la falta de seguridad social y económica (Lomnitz, 1997). Por otra parte, los trabajos de Lewis (1961) identifican la marginalidad con la “cultura de la pobreza”, definida por una larga lista de comportamientos (más de 60) junto con el nivel de ingreso. Ya desde entonces se hablaba de la relatividad del concepto de *pobreza* como una situación de escasos ingresos, de su condición transitiva o estructural y de la exclusión de grupos de población del proceso de control político, social y económico.

En general, los estudios sobre la fecundidad y el comportamiento reproductivo trataron de establecer sus relaciones con una serie de variables socioeconómicas: la residencia rural o urbana, el nivel de escolaridad, la actividad económica e instancias mediadoras colectivas, especialmente los grupos sociales (Rubin, 1989). Especialmente se han utilizado los niveles de escolaridad individual como variables *proxy* de la situación socioeconómica. A diferencia de otros países, como Francia o Gran Bretaña, que cuentan con las nomenclaturas de los niveles de formación, de las profesiones y de las categorías socioprofesionales (csp), en México no existe una clasificación estándar del estatus socioeconómico ni del nivel de instrucción. No obstante, los investigadores interesados en las influencias de las condiciones de vida de los diferentes grupos sociales sobre los fenómenos demográficos han elaborado sus propios indicadores con mayor frecuencia sobre la base del tipo de ocupación (agrícola o no, manuales y no manuales), la rama de actividad y la posición en la ocupación referentes a la mujer, su marido o el jefe del hogar, pero generalmente restringiéndose a un ámbito individual, no de la pareja o del hogar.

Este tipo de procedimiento ha sido aplicado, entre otras, a las tres principales encuestas demográficas nacionales en México. Mier y Terán y Rabell (1984) utilizaron los datos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976 para medir las diferencias de fecundidad entre varios grupos sociales por medio de índices trans-

versales: tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edad para los últimos cinco años y descendencia final. Las autoras aplicaron los siguientes criterios para la constitución de grupos sociales, tomando como elemento determinante la inserción de los individuos en el proceso de producción:

- a) la propiedad de los medios de producción, para establecer la diferencia entre asalariados o no;
- b) la posesión de la tierra;
- c) la diferencia entre el trabajo manual y el intelectual, y
- d) la distinción entre trabajadores relacionados directamente con el proceso productivo, de circulación y con los servicios.

Ellas proponen una tipología de ocupaciones compuesta de la pequeña burguesía, los asalariados y los trabajadores por cuenta propia, entre los no agrícolas, y de pequeños propietarios agrícolas y de jornaleros, entre los agrícolas. Las mujeres de los sectores agrícolas tuvieron al final de su vida fértil un hijo más que las de sectores no agrícolas, y su calendario fue más tardío. Esto se relaciona con un uso de anticonceptivos tres veces más elevado entre el grupo de mujeres no agrícolas, grupo para el que las autoras encuentran indicios de cambios en el esquema de la fecundidad.

En la Encuesta Nacional Demográfica (END) de 1982, la sección referente a las características socioeconómicas se elaboró teniendo como objetivo la construcción de *clases sociales*, a partir de la definición de Lenin. Los responsables de la elaboración del diseño conceptual de la encuesta fueron Mario Bronfman y Rodolfo Tuirán (Conapo, 1982), diseño que fue retomado cinco años más tarde para la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes). Su estrategia de operacionalización consistió en recoger el mayor número posible de indicadores para cada una de las cuatro dimensiones siguientes:

- a) la posición de los individuos en un sistema de producción históricamente determinado;
- b) las relaciones con los medios de producción;
- c) el papel en la organización social del trabajo, y
- d) la magnitud y la forma en la que los individuos reciben la parte de la riqueza social de la que disponen.

Había dos conjuntos de preguntas: uno para las actividades agrícolas y otro para las actividades no agrícolas, lo que conducía a una tipología compuesta de 14 clases sociales:

Clases sociales y fracciones de clase no agrícolas:

- a) burguesía
- b) pequeña burguesía tradicional
- c) nueva pequeña burguesía
- d) proletariado
 - i) típico
 - 1) en establecimientos mayores
 - 2) en establecimientos menores
 - ii) no típico
- e) fuerza de trabajo "libre" no asalariada.

Clases sociales y fracciones de clase agrícolas:

- a) burguesía agraria [no usada por su escaso monto]
- b) campesinado
 - i) campesinos ricos y medios
 - ii) campesinos pobres y semiproletarios, y
- c) proletariado agrícola.

Bronfman y Tuirán (1984) usaron esta operacionalización de las clases sociales para evidenciar las desigualdades sociales frente a la muerte, tomando en cuenta dos indicadores: las probabilidades de fallecer antes de los dos años de edad (${}_2q_0$), calculadas de modo directo con la historia de nacimientos, y la esperanza de vida al nacimiento (e_0), calculada de manera indirecta, utilizando el patrón Oeste de las tablas modelo de Coale y Demeny. La introducción de la variable *clase social* resulta en muy fuertes desigualdades: las diferencias de mortalidad entre la nueva pequeña burguesía y los asalariados agrícolas se traducen respectivamente en una diferencia de 73 muertes antes de los dos años por cada 1000 nacidos vivos y de 13 años de vida, según el indicador utilizado.

Bronfman, López y Tuirán (1986) incursionan de manera exploratoria en la relación entre los patrones anticonceptivos y la per-

tenencia de clase. Exploran los comportamientos diferenciales en cuanto a la anticoncepción, las instituciones proveedoras, el tipo de métodos anticonceptivos usados y la esterilización, dejando para futuros trabajos la formulación y puesta a prueba de hipótesis. Postulan la existencia de tres pautas de comportamiento en materia de práctica anticonceptiva, asociadas a grupos sociales particulares: en la primera la anticoncepción se encontraba ya bastante difundida, y que encuentran asociada a la burguesía, nueva pequeña burguesía, la pequeña burguesía tradicional, la fracción del proletariado típico que se encuentra en establecimientos fabriles mayores y las dos fracciones del proletariado no típico. La segunda pauta la configuran grupos cuyos niveles de uso estaban por debajo de la media nacional, pero sin alejarse demasiado; a este conjunto pertenecen la fuerza de trabajo "libre" no asalariada, el proletariado típico en pequeños establecimientos y el proletariado agrícola. El tercer patrón corresponde a los grupos con menores proporciones de usuarias de anticonceptivos: campesinos acomodados y medios por un lado y pobres y semiproletarios por el otro.

Stern y Tuirán (1993), por su parte, exploran la tesis de que el desfase que ocurre entre los momentos en los que se inician y la velocidad con la que proceden las transiciones de la mortalidad y la fecundidad entre los diversos estratos o clases sociales de una población puede tener efectos importantes sobre la desigualdad social. Sugieren que la manera en que ha procedido la transición demográfica entre los diversos grupos sociales constituye una dimensión relevante para comprender la evolución de la desigualdad y la pobreza en México. Después de discutir las relaciones entre el desarrollo económico, el crecimiento de la población, la transición demográfica y la desigualdad social, los autores describen la evolución de la transición demográfica, ilustrando el comportamiento demográfico diferencial de los grupos sociales en el contexto de las diferentes etapas del desarrollo mexicano, basándose en cálculos y estimaciones de los dos trabajos anteriores. Posteriormente describen la evolución de la desigualdad social y finalmente especulan sobre los posibles efectos que pudo haber tenido la transición demográfica en la desigualdad social en México.

Los cuestionarios de la Enfes fueron elaborados tomando en cuenta la experiencia adquirida con las dos encuestas anteriores, y

buscando guardar una comparabilidad en varios conceptos, como la condición socioeconómica. Un equipo de investigadores de El Colegio de México realizó un análisis a profundidad de los datos de la Enfes,⁴ tomando como eje común y nivel de análisis los *sectores sociales* definidos por García y De Oliveira (1990) sobre la base de la *situación económica de la persona de la cual dependen económicamente las mujeres entrevistadas* (p. 2). Las autoras justifican la selección del concepto de *sectores* por el hecho de que los datos se refieren a conjuntos de individuos que no necesariamente guardan relaciones entre ellos. Para comenzar, separan el sector *agrícola* del *no agrícola*. Este último es a su vez dividido en sectores *no manuales* y *manuales*; entre los manuales, se separan los *no asalariados* de los *asalariados*, y entre éstos se hace la diferencia entre los *obreros* y los *no obreros* (García y De Oliveira, 1990).

La diferenciación entre sectores agrícolas y no agrícolas, que se une a la distinción rural-urbana, es elemental en un país como México, donde existen fuertes desigualdades en términos de niveles de vida, de acceso y calidad de los servicios educativos, de salud y de comunicaciones. Por otra parte, hay una fuerte correlación entre los sectores sociales así definidos y *el nivel de instrucción*, por una parte, y el tamaño de la localidad (dos de los indicadores de desigualdad social más frecuentemente utilizados), por la otra, lo cual puede acarrear problemas de multicolinealidad al utilizar análisis multivariados. Además, resulta que ciertas mujeres se declaraban *casadas* o *unidas*, pero sin que se pudiese encontrar en la lista de miembros del hogar a alguien que pudiese ser calificado de su cónyuge. Dado que la variable *sector social* se construye sobre la base de las características de la persona de quien depende económicamente la mujer,⁵ y que no se preguntaba a la entrevistada quién era esa persona en los casos en que la mujer nunca hubiese estado unida y que ella fuese el jefe del hogar o que éste no fuera un pariente cercano, la utilización de esta variable implica suponer, por una

⁴ Julieta Quilodrán analizó la nupcialidad, Fátima Juárez la fecundidad, Mario Bronfman la mortalidad infantil y Brígida García y Orlandina de Oliveira la actividad femenina.

⁵ *Su esposo o su compañero*, si ella es casada o unida; *su último cónyuge*, si ella ha estado unida al menos una vez; *el jefe del hogar*, si ella jamás ha estado unida y es pariente cercano del jefe del hogar (pregunta 6.01 del cuestionario individual).

parte, que las mujeres que se encuentran en esta situación (sin cónyuge corresidente) efectivamente dependen económicamente de este cónyuge ausente y, por otra, que las mujeres que no están más en unión dependen todavía del último cónyuge.

Otra vertiente de investigación es la que se ha centrado más en el estudio de la pobreza, las necesidades básicas de la población, los recursos con los que cuentan los hogares y los individuos para satisfacerlas y la estratificación de la población de acuerdo con esos recursos, la cual resulta en una desigualdad y una polarización de la sociedad, resultado de una inequitativa distribución del ingreso. Ya desde la gesta independentista, José María Morelos expresaba en sus *Sentimientos de la Nación* la necesidad de “reducir la indigencia y la opulencia”. La concentración de la riqueza sigue siendo un rasgo que, en vez de disminuir, aumenta. Los estudios que se inscriben en esta línea —que parten generalmente de una óptica económica— utilizan fundamentalmente los datos de las encuestas de ingresos y gastos, las cuales describen con detalle los recursos de los hogares y el destino que les dan, pero es muy escasa la información sobre temas relacionados con salud reproductiva. De esta manera, los estudios pioneros planteaban diagnósticos y perspectivas de las necesidades esenciales de la población, así como el establecimiento de líneas de pobreza basadas en la satisfacción de las necesidades alimentarias y de los otros mínimos de bienestar, definidos desde el sector público: educación, salud y vivienda (Coplamar, 1989), y que deberían ser la base y justificación de las políticas sociales.

En estos estudios, el nivel de análisis suele ser el hogar, al estar definido como la unidad básica de producción y consumo y también ser éste el recipiente de una serie de ingresos, como transferencias familiares y gubernamentales. Esto supone una distribución equitativa de los recursos al interior de los hogares y la ausencia de discriminación basada en el género o la generación, supuesto que rara vez se pone a prueba. De esta manera, se ha documentado las características y la evolución de la distribución del ingreso en México, a partir fundamentalmente de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), calculando índices de concentración de la riqueza, como el coeficiente de Gini, y separando a los hogares en deciles de ingresos (Cortés, 2000 y 2003; Cortés *et al.*, 2002). Hay dos métodos principales para establecer las líneas de

pobreza: el *costo de las necesidades básicas* y la *ingesta de alimentos y energía*. Si bien al primero se le podría encomiar su consistencia (al tratar igual a los individuos con los mismos estándares de vida), el segundo tiene la ventaja de la especificidad, al reflejar mejor el verdadero comportamiento de consumo de alimentos de los individuos alrededor del umbral calórico, dados sus gustos, preferencias y precios relativos. Sin embargo, ambos son sensibles a fluctuaciones en el tiempo, lo que trae consigo la necesidad de incorporar nociones como líneas de pobreza flexibles o ajustadas o bien la probabilidad de estar bajo la línea de pobreza en algún momento dado (Thorbecke, 2004). Cada vez más los investigadores concuerdan en la necesidad de aprehender la naturaleza multidimensional de la pobreza (Oliveira, 2001), y los trabajos de Sen (2003), en los que enfatiza las capacidades y funcionamiento (o realizaciones), se han vuelto el paradigma.

Al criticar las limitaciones de estos enfoques unidimensionales centrados en los ingresos monetarios y sus equivalentes, Boltvinik plantea la existencia de tres tipos de satisfactores de las necesidades humanas: los objetos (bienes y servicios), las relaciones y las actividades, e identifica seis fuentes de bienestar de los hogares: el ingreso corriente, los activos básicos y no básicos, el acceso a los bienes provistos públicamente (las tres reexpresables como recursos económicos cuantificables en términos monetarios), el tiempo libre y los niveles educativos y destrezas. Combina estas fuentes en el desarrollo del Método Multidimensional Integrado de Medición de la Pobreza (MMIP) (Boltvinik y Hernández Laos, 1999; Boltvinik, 2003; Damián, 2003).

METODOLOGÍA PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN INDICADOR DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL

Una vez revisados los antecedentes del estudio de la desigualdad socioeconómica en México, nos enfrentamos a las limitaciones inherentes a las fuentes de información a ser utilizadas. Dado que el objetivo era la construcción de una estratificación común a las encuestas nacionales de salud reproductiva levantadas en México en la década pasada, la primera tarea era revisar cuáles de los indica-

dores podíamos usar. Así, partimos de las fuentes de datos identificadas en un trabajo del PSRS que sirvió de base al Diagnóstico (Rojas y Lerner, 2001). Se caracterizaron los cuestionarios y bases de datos de 15 encuestas (18, incluyendo los censos de 1990 y 2000 y el Censo de 1995) que tratan en algún momento temas sobre salud reproductiva y sexual, realizadas todas ellas durante la década de los noventa.

Ante el desafío de realizar el Diagnóstico se planteó construir ciertos indicadores que sirvieran para diferenciar a los individuos y que fueran comparables entre todas las encuestas utilizadas. Uno de los acuerdos para la elaboración de este Diagnóstico era considerar tres ejes de análisis para comprender la evolución de la salud sexual y reproductiva en México: diferenciación social, por género y por generación. Esto supuso todo un reto durante la elaboración del indicador de estratificación social, puesto que la diversidad encontrada en las encuestas nos impuso un gran número de limitaciones, algunas de las cuales se detallan a continuación.

En la revisión de las encuestas orientadas a la salud reproductiva, se encontró que eran muy pocas las que se planteaban como objetivo establecer la situación socioeconómica de los individuos y por lo tanto no es posible en la mayoría de los casos analizar el grado de satisfacción de las necesidades recién descritas. Esta escasez es tal que incluso en algunas encuestas la información que aparece es prácticamente nula. Éste es el caso de varias de las encuestas que se utilizaron para el Diagnóstico, entre ellas el caso más extremo es el de la Encuesta de Salud Reproductiva en Jóvenes Indígenas (ESRJI, 2000), donde no aparece ningún tipo de información acerca de la vivienda y los ingresos y no se indaga más allá de la condición de actividad de las personas entrevistadas. En contraste, dada la amplitud temática y geográfica de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1997, la utilizamos como base para la construcción de los estratos.

Una primera decisión fue la de elegir el concepto de *estrato*, en vez del de *clase social*. Se trata de dos conceptos que se basan en marcos teóricos diferentes. La clase social está fundamentada en el concepto marxista de la apropiación del capital, donde los individuos se sitúan dependiendo en gran medida de su relación en el proceso de producción. Si hablamos de estratos, sin embargo, se trata de

posiciones definidas mediante un sistema pluridimensional de coordenadas, cuyos valores corresponden a los de las diferentes variables que lo componen. Como concepto incluye diferentes dimensiones tanto del individuo como del hogar al que pertenece. Este concepto no solamente incluye las características económicas y laborales del individuo, sino que además considera las condiciones de la vivienda, escolaridad, tamaño de la localidad e ingresos, entre otras. La ventaja de utilizar este término se debe a que de esta forma es posible acercarse a la satisfacción de las necesidades de los individuos, y por ende a las condiciones de vida, que es finalmente uno de los objetivos del Diagnóstico. Estas necesidades, según diferentes autores, son definidas básicamente por el alimento, el vestido, la vivienda, la educación, el trabajo y el acceso a la atención a la salud (incluida en este rubro la salud sexual y reproductiva).

Una segunda decisión que tuvo que tomarse fue la referente a la unidad de observación. La disyuntiva a la que nos enfrentamos era elaborar un indicador de estratificación social a través de las características del *individuo* o mediante las características de todo el *hogar* en su conjunto. En un interesante trabajo realizado por Sanderson y Burnay (1999) se aplica la misma metodología de estratificación social para hogares y para individuos. En el caso de los individuos aparece un grupo indeterminado, compuesto principalmente por amas de casa y estudiantes. Esto se debe a que se trata de dos actividades que generalmente no están asociadas a ningún tipo de ingreso directo (a excepción de las becas recibidas por una escasa minoría de estudiantes), pero que las personas que las realizaban sí contaban con puntuaciones altas en el resto de las variables utilizadas. Al realizar el mismo estudio mediante las características del jefe de hogar se le atribuyen a todos los miembros del hogar las mismas características.

La elección que hicimos fue utilizar al *hogar* como unidad de observación y análisis. Las principales razones son que en él se comparten la satisfacción de ciertas necesidades, como la vivienda y la alimentación. Aquí vale la pena anotar que, lejos de lo planteado por el enfoque conceptual de la nueva economía del hogar (*New Home Economics*), el hogar, además de ser el ámbito donde puede expresarse la solidaridad, el altruismo, etc., puede también ser el espacio donde se expresen relaciones de poder desiguales, que lle-

ven a la imposición de decisiones, más que a su adopción por consenso. De igual manera, puede darse una inequitativa repartición de tareas, recursos y satisfactores. Sin embargo, consideramos que al estarnos basando en encuestas que en su mayoría consideran a mujeres en edad fértil, debíamos evitar errores anteriores, que no cuestionan estereotipos sobre la armonía familiar que contiene el enfoque microeconómico antes aludido, especialmente el estereotipo de la familia nuclear. De acuerdo con este enfoque, se supone que el hombre está encargado de las actividades económicas al exterior del hogar y la mujer a los trabajos de la reproducción cotidiana, circunscribiéndola al ámbito doméstico y donde hay un supuesto implícito de ausencia de discriminación por género o por generación.

Por otra parte, numerosos estudios han mostrado la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral y la mayor participación económica de otros miembros del hogar (así como la conformación de hogares extensos), con lo que se puede dar el caso de un hogar en el que el jefe esté desempleado y los mayores ingresos, incluso el acceso a la seguridad social, vengan del trabajo de una hija soltera. Es importante destacar que la información sobre ingresos, ya sea del conjunto del hogar o de sus miembros, sólo está disponible en siete de las encuestas, lo que nos impidió su utilización directa.

Otro aspecto importante es que los hogares siempre están vinculados al espacio físico de la vivienda, ámbito básico de la vida cotidiana que satisface las necesidades primordiales de alojamiento y protección contra las inclemencias del medio ambiente, estrechamente relacionado con las condiciones de ingesta de alimentos, pero que también puede ser un factor de riesgo para las enfermedades transmisibles o la exposición a vectores, si las características de la misma no reúnen ciertos mínimos de calidad.

La dimensión de la vivienda

De esta manera, comenzamos por considerar la información recolectada en los cuestionarios que nos permitía construir diferentes índices sobre la calidad de la vivienda y sus servicios. Según la bi-

bliografía revisada al respecto, existe un consenso en la utilización de siete variables básicas para la construcción de índices acerca de la calidad de la vivienda (Schteingart y Solís, 1994). Aunque suelen incluirse el material de las paredes y del techo y el combustible utilizado para cocinar, no se incluyeron en este índice debido a que no aparecen en la mayoría de las encuestas que forman parte del Diagnóstico, como podemos ver en el cuadro 1.

De esta manera, para la elaboración del *índice de calidad de la vivienda* las variables utilizadas —tomadas de forma dicotómica— fueron las siguientes:

- a) Material del piso (mpi): las categorías existentes —tierra, cemento o firme, concreto, madera u otros recubrimientos— se dicotomizaron en 0 igual a piso de tierra y 1 igual a piso de cualquier otro material diferente a tierra.
- b) Cuarto de baño exclusivo de la vivienda y en el interior de la misma (ba): donde 1 corresponde a esta característica y 0 cuando no cumple con alguna de las dos condiciones (baño compartido, al exterior de la vivienda o ausencia del mismo).
- c) Cuarto exclusivo para cocinar (co): en este caso es importante que no se utilice la cocina como dormitorio. Por lo tanto, en caso de que no exista la cocina o que ésta no sea exclusiva se le otorga el valor 0, y si se cumplen las dos condiciones el valor asignado es 1.
- d) Hacinamiento (pxd): variable que da cuenta de las condiciones de hacinamiento de los individuos, siendo 1 si menos de 2.5 personas comparten dormitorio y 0 si se supera esta cantidad.
- e) Agua disponible dentro de la vivienda (ag): en caso de que la vivienda no disponga de agua o esté fuera de la vivienda se le otorga el valor 0, mientras que si la vivienda cuenta con agua entubada en su interior es igual a 1.
- f) Drenaje conectado a la calle o fosa séptica (dr): en este caso el valor es igual a 1, y si no existe drenaje o tiene otro tipo de desagüe el valor es igual a 0.
- g) Electricidad (el): si la vivienda no cuenta con este servicio se le otorga el valor 0 y en caso contrario es igual a 1.

Cuadro 1
Información disponible en las encuestas sobre características de la vivienda

	<i>Variables</i>						
	<i>Material pisos</i>	<i>Hacinamiento</i>	<i>Cocina</i>	<i>Baño</i>	<i>Agua entubada</i>	<i>Drenaje</i>	<i>Electricidad</i>
Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1992	✓	✓	✓	✓	✓ ^b	✓ ^d	✓
Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (Ensami), 1994	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Enaplaf), 1995	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar (Encoplaf), 1996	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1997	✓	×	×	✓	✓	✓ ^c	✓
Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensare), 1998	✓	✓	×	✓	✓	✓	✓
Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1999	✓	✓ ^a	✓	✓	✓	✓	✓
Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar del Área Metropolitana de la Ciudad de México (Envif), 1999	✓	✓	✓	✓	✓ ^c	✓	✓

Cuadro 1
Información disponible en las encuestas sobre características de la vivienda (continuación)

	<i>Variables</i>						
	<i>Material pisos</i>	<i>Hacinamiento</i>	<i>Cocina</i>	<i>Baño</i>	<i>Agua entubada</i>	<i>Drenaje</i>	<i>Electricidad</i>
Encuesta para el programa Gente Joven (Mexfam), 1999	✓	✓	✓	×	✓	✓	✓ ^f
Encuesta Nacional de Salud (Ensa), 2000	✓	✓	✓	✓	✓ ^b	✓	✓
Encuesta Nacional de la Juventud (Enajuv), 2000	×	✓	×	×	×	×	×

^a Cuartos en el hogar.

^b Disponibilidad de agua en vez de agua entubada.

^c Agua potable en vez de agua entubada.

^d Dónde van a dar los excrementos.

^e Aguas jabonosas y aguas sucias.

^f Es posible hacer una aproximación a la posesión de electricidad a través de la existencia de aparatos eléctricos.

La fórmula general del índice de calidad de la vivienda que se utilizó fue la siguiente:

$$\text{Índice de vivienda} = (\text{co} + \text{ba} + \text{pxd} + \text{mpi} + \text{el} + \text{dr} + \text{ag}) / 7.$$

El resultado es un índice con valores continuos que van del 0 a 1, donde:

0 = viviendas con piso de tierra que no tienen ningún servicio.

1 = viviendas con piso diferente a tierra que cuentan con todos los servicios.

En algunas de las encuestas no se cuenta con información para los siete indicadores considerados, por lo que se utilizaron los disponibles, dividiendo entre el total en cada caso: en la Enadid de 1997 falta el hacinamiento y la cocina exclusiva; en la Ensare de 1998 la cocina exclusiva, y en Mexfam de 1999 el baño exclusivo dentro de la vivienda. En el caso de la Enajuv de 2000 no existen variables sobre las características de la vivienda, por lo que hubo que modificar el cálculo de la variable, recurriendo a la posesión de bienes, tomando los cuartiles de un índice aditivo.

Al analizar la distribución del índice de vivienda se observó que ocurría un patrón similar en todas las encuestas en relación con el valor del índice en cada uno de los hogares y la existencia o no de determinadas características en el hogar. En la mayor parte de los hogares con valores bajos en el índice se observa que en su mayor parte se trata de hogares con piso de tierra. Además la existencia o no de agua entubada es otra de las variables que más varían al incrementarse el valor del índice. Por motivos de parsimonia se optó por construir una variable en la cual se lograra mayor comprensión de las condiciones de la vivienda, que fuera más fácil de analizar y que al mismo tiempo nos diera mayor información. Una de las pruebas realizadas para tomar la decisión de la agrupación de las variables del índice de vivienda fue la observación del Alfa de Cronbach. Esta prueba parte de la suposición de que los ítemes están correlacionados positivamente unos con otros, pues miden en cierto grado una entidad común. Eliminando cada una de las variables que componen el índice de vivienda se observa que la ausencia de material del

piso y el agua entubada altera el resultado del índice de vivienda más que el resto de las variables, lo que significa que son muy determinantes al hablar de las condiciones de vivienda.

Finalmente, mediante el análisis del comportamiento del índice y de cada una de las siete variables que lo componen, se construyeron cuatro categorías para dar cuenta de las condiciones de la vivienda:

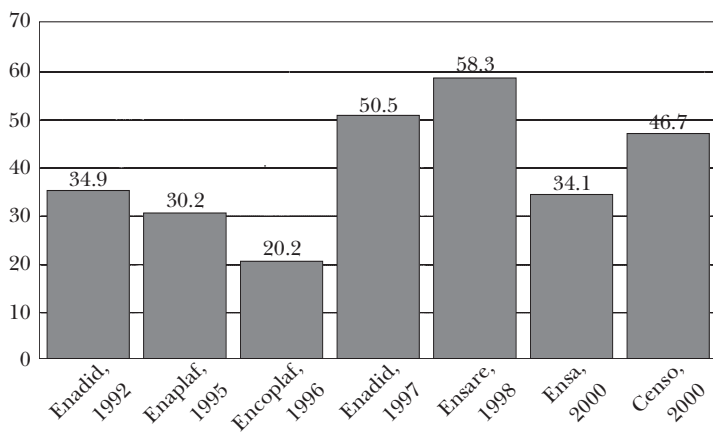
- 1) La característica más común en las viviendas con los valores más bajos del índice de vivienda era que el material del piso era de tierra. Dada su importancia y su impacto directo en las condiciones de salud, decidimos que las viviendas con esta característica constituirían un primer estrato, llamado *piso de tierra*.
- 2) Al considerar el conjunto de viviendas con piso diferente de tierra, una segunda característica que definía a aquellas con los valores más bajos era la carencia de agua entubada, las cuales forman el segundo estrato: *piso no de tierra sin agua*.
- 3) En el tercero se reunió de manera residual a las viviendas con el piso de algún material diferente a tierra y agua entubada, pero que carecen de alguno de los otros servicios (ya sea electricidad, drenaje, hacinamiento, cocina exclusiva o baño exclusivo de la vivienda y en el interior de la misma), siendo: *piso no de tierra con agua*.
- 4) Dada la alta proporción de viviendas que cuentan con todos los servicios —alrededor de 40%—, éstas constituyeron el cuarto estrato: *todos los servicios* (gráfica 1).

Cuadro 2
Distribución porcentual de los hogares según categorías
de calidad de la vivienda

Piso de tierra	14.66
Piso no de tierra sin agua	32.63
Piso no de tierra con agua	2.25
Todos los servicios	50.47
Total	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Gráfica 1
Porcentaje de hogares en viviendas con todos los servicios



La dimensión educativa

Una vez establecida la dimensión que concierne al entorno físico inmediato de los hogares, la cual tiene una mayor estabilidad en el tiempo que los ingresos, los cuales pueden sufrir variaciones estacionales o bien súbitas reducciones por episodios de desempleo, pasaremos a la siguiente de las dimensiones elegidas para establecer la estratificación: la escolaridad. Ésta incide de forma directa en la estructura social, ya sea como inversión o como ascenso o desarrollo económico, además de abrir paso a otros recursos por los cuales es posible alcanzar un determinado nivel de bienestar tanto en lo individual como en lo colectivo. Entre otros, una mayor escolaridad se relaciona en muchos casos con un incremento en el ingreso, mediante el cual es posible satisfacer gran parte de las necesidades del individuo o del hogar. Por lo anterior, en muchas investigaciones se ha utilizado al nivel de escolaridad como una variable *proxy* de la condición socioeconómica. En el ámbito de la salud reproductiva, la escolarización debería proporcionar los conocimientos para llevar una vida sexual y reproductiva con menos riesgos y por lo tanto más plena, así como un mejor cuidado de la nutrición y la atención

a la salud. Se ha demostrado su relación con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, contagio de enfermedades de transmisión sexual, además de proporcionar más elementos para decidir el número de hijos y cuándo es el momento de tenerlos.

Dado que habíamos decidido elaborar los indicadores en el ámbito del hogar, nos enfrentamos con un problema metodológico, puesto que los indicadores de nivel de escolaridad (máximo nivel aprobado) son categóricos, además de que la composición de los hogares dificulta la comparación entre hogares con miembros de diferentes edades. Se hacía necesaria entonces otra forma de medición que no fuese categórica, sino continua, para poder tomar en cuenta las experiencias educativas de todos los miembros del hogar. La solución propuesta implicó la construcción de un nuevo índice de *escolaridad relativa por sexo y edad*, el cual refleja el promedio de escolaridad acumulada para la misma generación y sexo de cada uno de los miembros en relación con una población estándar. Este índice, a pesar de ser medido en el ámbito individual, está estandarizado por edad y sexo, por lo que se puede calcular el promedio en el ámbito de los hogares. Cabe aclarar que se calculó un promedio simple, dándole igual peso a cada uno de los miembros del hogar de seis o más años de edad. Esta variable mide la diferencia en años de escolaridad acumulada entre un individuo y una población modelo o de referencia.

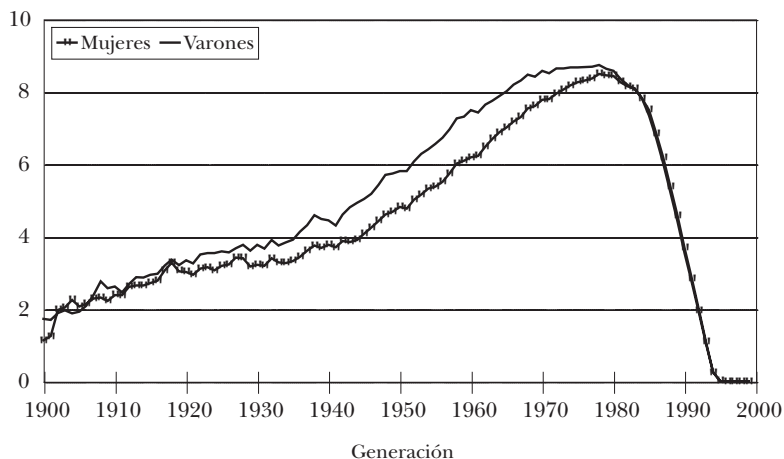
Para construir el patrón de escolaridad de la población modelo (gráfica 2) se utilizaron los datos de la población mexicana en la década de 1990, separando a la población por sexo y año de nacimiento. Se utilizaron los datos del Censo de 1990, la Enadid de 1992, el Censo de 1995, la Enadid de 1997 y el Censo de 2000 según la edad y el sexo de la población, ajustándolo mediante el método de medias móviles. Este procedimiento consiste en suavizar el promedio de la escolaridad de las generaciones observadas durante esos cinco momentos en la década de 1990. La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$\text{Escolaridad promedio a edad } n \text{ EP}_n = (\text{EP}_n^{1990} + \text{EP}_n^{1992} + \text{EP}_n^{1995} + \text{EP}_n^{1997} + \text{EP}_n^{2000}) / 5.$$

Siendo:

$$\text{EP}_n^t = \text{escolaridad promedio para el año } t \text{ a la edad } n.$$

Gráfica 2
Patrón de referencia de los años promedio de escolaridad
por cohorte y sexo



Fuentes: Censo, 1990; Enadid, 1992; Censo, 1995; Enadid, 1997, y Censo, 2000.

Para el cálculo de las medias móviles se realizó un promedio entre el valor anterior y el posterior de la escolaridad promedio. Por ejemplo, al promedio resultante de escolaridad para la edad 13 se le sumó el correspondiente a la edad anterior (12) y el de la posterior (14), y el resultado se dividió entre tres. Para clarificar esta operación se presenta la fórmula utilizada:

$$\text{Escolaridad estándar a la edad } n = (EP_{n-1} + EP_n + EP_{n+1}) / 3.$$

Donde:

EP_{n-1} = Escolaridad promedio a la edad $n-1$.

EP_n = Escolaridad promedio a la edad n .

EP_{n+1} = Escolaridad promedio a la edad $n+1$.

De esta forma se estableció la población de referencia que se aplicó a todas las encuestas para el cálculo de la escolaridad relativa de cada uno de los individuos, mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Escolaridad relativa} = (\text{escacum} - \text{base}) / \text{base}.$$

Siendo:

Escacum = escolaridad acumulada

Base = escolaridad estándar específica para el sexo y la edad del individuo considerado.

Dada esta fórmula, podemos ver que el índice no tiene un rango de 0 a 1, sino que puede ir desde -1, en el caso de que no tenga ningún año de escolaridad; 0, cuando tiene el número de años de instrucción promedio de la población correspondiente a su sexo y edad, y valores positivos cuando su escolaridad es superior al promedio de sus coetáneos. Así, un valor de 1 implica que la persona considerada estudió el doble de años que el promedio, y otro de 2, que estudió el triple. A partir de los valores obtenidos se calcularon los cuartiles correspondientes, que indican si un individuo, respecto al promedio observado en la década de los noventa para los de su misma edad y sexo, tenía una muy baja, baja, media o alta escolaridad relativa.

Finalmente, para cada hogar se calculó el promedio de los valores de esta variable de escolaridad relativa para todos sus miembros, teniendo este promedio en el ámbito de hogar la misma interpretación que el calculado en el ámbito individual; al igual que para el caso individual, se calcularon los cuartiles, pero al carecer éstos de un significado directamente aprehendible, se definió una categorización, la cual consiste en: *muy baja*: hasta 3/4 del estándar; *baja*: hasta 9/10 del estándar; *media*: hasta 1.5 veces el estándar, y *alta*: más de 1.5 veces el estándar. Para ejemplificar el sentido que pueden tomar estas categorías, el cuadro 3 muestra tres ejemplos: en el primer caso, el estándar de escolaridad es de cuatro años. En este caso, en la categoría *muy baja* estarían representados los individuos que sólo asistieron hasta el tercer año de primaria, mientras que en la *media* encontraríamos a aquellos que terminaron la pri-

maria, y en *alta* a quienes estudiaron al menos un año de secundaria. En el segundo ejemplo, cuando la escolaridad estándar es de primaria completa, la categoría *baja* agrupa a quienes estudiaron cinco años de primaria, en tanto que la *alta* a quienes completaron la secundaria o equivalente.

Cuadro 3
Años de escolaridad correspondientes a cada categoría,
según tres situaciones

<i>Categorías de escolaridad relativa promedio</i>	<i>Ejemplos de escolaridad promedio</i>		
	<i>4° de primaria</i>	<i>Primaria completa</i>	<i>Secundaria completa</i>
Muy baja: Hasta 3/4 del estándar	3	4.5	6.75
Baja: Hasta 9/10 del estándar	3.6	5.4	8.1
Media: Hasta 1.5 veces el estándar	6	9	13.5
Alta: Más de 1.5 veces el estándar			

Es importante destacar que este indicador de escolaridad relativa promedio de los miembros del hogar da cuenta no sólo de la formación de capital humano, la cual se traduce en una mayor capacidad de conseguir empleos mejor remunerados, sino que nos muestra a la vez aspectos pasados, al tomar en cuenta a los miembros adultos, y una dimensión de inversión en los miembros más jóvenes, al medir su permanencia en el sector escolar. Por otra parte, al tratarse de una medida en el ámbito del hogar, permite utilizar los niveles de escolaridad a escala individual, cuando el investigador así lo desee.

La dimensión económica

La tercera dimensión que consideramos es la actividad de los miembros del hogar, la cual resulta fundamental para conocer cuál es la situación económica del hogar. El interés por la actividad se basa en su relación con la generación de ingresos, pero también está relacionado con la protección que brinda al núcleo familiar por medio

de la seguridad social de los empleos formales. Al igual que en el caso de la escolaridad, las variables referentes a la actividad económica son atributos individuales, pudiendo haber una gran heterogeneidad en términos ocupacionales entre los miembros de un mismo hogar. Nos enfrentamos entonces al reto de cómo decidir qué categoría atribuirle al hogar. Tal como lo habíamos explicado antes, quisimos evitar asignarle al hogar las características del jefe, de tal manera que el camino que elegimos fue el de llegar a un ordenamiento de los individuos que componen un hogar y asignarle al hogar la categoría más alta encontrada entre sus miembros, independientemente de que fueran económicamente activos o inactivos, ya que nos encontramos con casos de hogares sin ningún miembro activo.

Si bien en la Enadid de 1997 disponemos de información sobre categorías ocupacionales, en el conjunto de encuestas consideradas esto resulta ser más la excepción que la regla; en cambio, la posición en el trabajo y la condición de actividad se indagan más frecuentemente, por lo que fueron las que utilizamos para elaborar el índice de estratificación socioeconómica. Es necesario mencionar que en los primeros análisis encontrábamos una importante proporción de la población mayor de 12 años inactiva pero con ingresos, e incluso hogares sin ningún miembro activo; lo anterior nos llevó a considerar a los inactivos con ingresos como una categoría relevante para la diferenciación social. Los ingresos de estos inactivos provienen principalmente de transferencias, jubilaciones y pensiones.

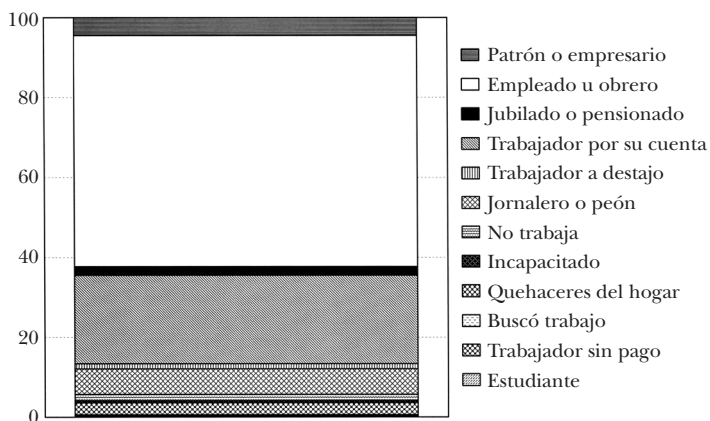
Como instrumento para conocer la composición de los estratos se agruparon las variables de posición en el trabajo y condición de actividad en una misma variable compuesta sobre *actividad*, calculando los promedios de ingreso asociados a la misma a partir de los datos de la Enadid de 1997 según categorías de esta misma variable. Posteriormente, se clasificó a todas estas categorías por orden creciente del promedio de ingresos, de acuerdo con la información de la Enadid de 1997 y verificando la jerarquización con los datos de la ENIGH de 1996.

El resultado de ordenar las categorías de la nueva variable sobre actividad según el ingreso promedio, de menores a mayores ingresos, fue el siguiente:

- 1) Buscó trabajo
- 2) Estudiante
- 3) Trabajador sin pago
- 4) Quehaceres del hogar
- 5) Incapacitado
- 6) No trabaja
- 7) Jornalero o peón
- 8) Trabajador a destajo
- 9) Empleado u obrero
- 10) Jubilado o pensionado
- 11) Trabajador por su cuenta
- 12) Patrón o empresario

De esta manera, al momento de pasar estos datos al nivel de hogar se seleccionó, de entre todos los miembros del hogar, a aquel que tuviera la categoría más alta según el orden antes indicado (gráfica 3); por ejemplo, si en un hogar hay un estudiante, un jornalero y un empleado, la categoría que quedaría seleccionada sería la de empleado.

Gráfica 3
Distribución porcentual de los hogares según la actividad
con mejor ingreso



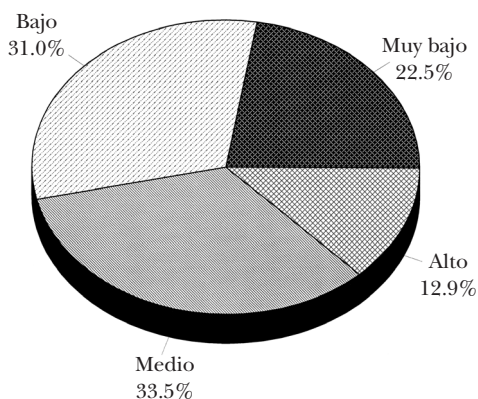
Fuente: Enadid, 1997.

Recapitulando lo dicho hasta el momento, contamos con las siguientes variables para realizar la estratificación social de los hogares:

- Condiciones de la vivienda.
- Escolaridad relativa promedio del hogar.
- Actividad asociada al mayor ingreso en el hogar.

Para la construcción de los estratos socioeconómicos se calculó con la información de la Enadid de 1997 el ingreso per cápita para cada una de todas las combinaciones posibles de las tres variables: categorías de escolaridad relativa promedio, condiciones de la vivienda y la actividad asociada al mayor ingreso en el hogar. Dado que tenemos cuatro categorías para la primera variable, cuatro para la segunda y 12 para la tercera, tenemos un total de $4 \times 4 \times 12 = 192$ categorías que se ordenaron según su valor promedio de ingresos per cápita. A partir del análisis de este ordenamiento de las tres variables se estratificó a la población en cuatro estratos, sin que sean exactamente cuartiles, ya que se trató de mantener una homogeneidad al interior de los estratos y una heterogeneidad entre ellos. Por lo tanto la formación de los estratos sería la mostrada en la gráfica 4.

Gráfica 4
Distribución de los hogares según estrato socioeconómico



Fuente: Enadid, 1997.

Un aspecto importante que hay que anotar es que para la construcción del índice no se tomaron en cuenta el personal doméstico y los no parientes (excepto en el caso de hogares de corresidentes). El motivo de su exclusión para el cálculo de la estratificación social en el hogar es que no se le puede atribuir el mismo estrato a una persona de personal doméstico que al hogar donde lo contratan, puesto que queda claro que los hogares que pueden contratarlos tienen un mayor nivel socioeconómico que las personas que trabajan como empleados domésticos. Para el caso de los no parientes, se quiso evitar incluir como miembros del hogar a posibles huéspedes que podrían estar alterando el estrato socioeconómico del hogar al tener características diferentes.

Cuadro 4
Distribución de las variables utilizadas según estrato socioeconómico

Variables	Estrato socioeconómico				Total
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	
Nivel de calidad de la vivienda					
Piso de tierra	83.1	15.8	1.1	0.0	100.0
Piso no de tierra sin agua	25.4	68.6	5.7	0.3	100.0
Piso no de tierra con agua	15.8	56.2	25.0	3.0	100.0
Todos los servicios	3.4	10.0	61.3	25.3	100.0
Total	22.5	31.0	33.6	12.9	100.0
Actividad asociada al mayor ingreso del hogar					
Estudiante	23.9	36.2	39.9	0.0	100.0
Trabajador sin pago	67.4	10.4	22.2	0.0	100.0
Buscó trabajo	76.9	23.1	0.0	0.0	100.0
Quehaceres del hogar	73.5	11.7	14.8	0.0	100.0
Incapacitado	76.1	0.9	16.0	7.0	100.0
No trabaja	86.7	0.3	13.0	0.0	100.0
Jornalero o peón	78.9	20.1	1.0	0.0	100.0
Trabajador a destajo	38.8	50.5	10.7	0.0	100.0
Trabajador por su cuenta	44.7	26.0	29.3	0.0	100.0
Jubilado o pensionado	1.7	8.1	90.4	0.0	100.0
Empleado u obrero	4.6	39.1	37.2	19.1	100.0
Patrón o empresario	1.1	1.4	56.4	41.1	100.0
Total	22.5	31.0	33.6	12.9	100.0

Cuadro 4
Distribución de las variables utilizadas según estrato socioeconómico
(continuación)

<i>Variables</i>	<i>Muy bajo</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>			<i>Total</i>
		<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Categorías de escolaridad relativa promedio					
Muy baja: Hasta 3/4 del estándar	61.5	33.5	4.9	0.1	100.0
Baja: Hasta 9/10 del estándar	10.0	49.0	40.9	0.1	100.0
Media: Hasta 1.5 veces el estándar	4.0	27.2	68.2	0.6	100.0
Alta: Más de 1.5 veces el estándar	0.4	3.4	26.1	70.1	100.0
Total	22.5	31.1	33.5	12.9	100.0

Fuente: Enadid, 1997.

Finalmente podemos observar cómo se distribuyen las categorías de las variables utilizadas en la elaboración del indicador en relación con la variable de estratificación socioeconómica. En el cuadro 4 se comprueba que las categorías más bajas de las tres variables (vivienda, actividad y escolaridad) se agrupan en el estrato más bajo, y las más altas tienden a agruparse en las categorías más altas.

Como puede observarse en el cuadro 5, las correlaciones entre las variables utilizadas para la construcción de la variable de estratificación social son muy dispares. Las variables que cuentan con una correlación más alta son las de vivienda, especialmente la de *nivel de calidad de la vivienda*. En segundo lugar están las de escolaridad; la *escolaridad relativa* es la que mayor correlación tiene con el indicador. Una correlación de 0.5 o de 0.3, como la que nos encontramos en este caso, indican que esta variable no explica por sí sola la totalidad del índice. Nos da suficiente información, pero al ser una de las tres dimensiones que comprenden a la variable de estratificación social, indica que también tiene importancia en la construcción del índice.

Cuadro 5
Correlaciones entre los estratos socioeconómicos a nivel individual
y en el ámbito del hogar y diversas variables

<i>Variables relacionadas con el indicador</i>	<i>Miembros del hogar</i>	<i>Hogar</i>
Años de escolaridad	0.470	—
Escolaridad relativa	0.574	0.709
Nivel de escolaridad	0.338	—
Índice sobre la calidad de la vivienda	0.787	0.706
Nivel de calidad de la vivienda	0.809	0.776
Actividad asociada al mayor ingreso	0.155	0.517
Condición de actividad	-0.061	—
Posición en el trabajo	-0.351	—
Grupos ocupacionales	-0.020	—
Ingresos totales	0.186	0.217
Ingreso total del hogar per cápita	0.309	—
Nivel de escolaridad del jefe	0.580	0.622
Grupos ocupacionales del jefe	-0.500	-0.530
Ingreso total mensual del jefe	0.492	0.369
Escolaridad relativa del jefe	0.633	0.644

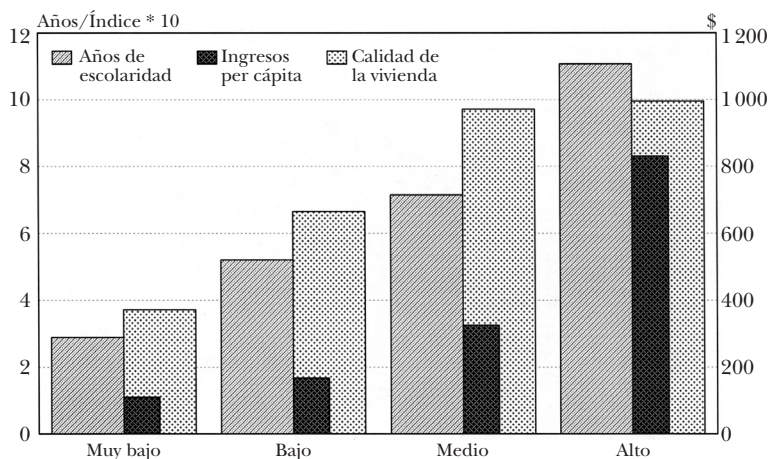
Fuente: Enadid, 1997, base de miembros del hogar.

La tercera variable considerada en la formación de los estratos, la actividad asociada al mayor ingreso, es la que presenta la menor correlación de todas las variables seleccionados al nivel de los miembros del hogar. Respecto a las variables que describen el ingreso tanto del hogar como del promedio de los miembros (ingreso per cápita) las correlaciones son bastante bajas, lo que indica que pese a estar ordenadas todas las categorías por estas variables, se discrimina el resto de dimensiones que se utilizaron para el análisis.

Por último encontramos una alta correlación con las características del jefe de hogar. Aunque no se tomó el análisis desde esta perspectiva, sino que se consideraron las características globales del hogar, se presenta una correlación alta en todas las variables, lo que muestra que finalmente si bien la jefatura de hogar puede ser utilizada, no explica en su totalidad las características de los miembros del hogar.

Por lo que toca a las características de los individuos pertenecientes a cada estrato, en la gráfica 5 podemos ver cómo va aumentando la escolaridad según pasamos a un estrato mayor, lo que indica que en el ámbito individual, y específicamente para la escolaridad, el indicador sí cumple con nuestras expectativas. Para la segunda variable considerada en dicha gráfica, ingreso per cápita, llama la atención el bajo nivel en los tres primeros estratos, pero aún así mantiene una direccionalidad ascendente. Finalmente, por lo que toca al índice de calidad de la vivienda, los estratos *medio* y *alto* tienen niveles similares. Esto se debe a la gran proporción de casos que cuentan con todos los servicios y que se reparten sobre todo entre estos últimos estratos. En resumen, esta gráfica muestra cómo la estratificación propuesta cumple nuestros objetivos de separar a la población, creando grupos homogéneos a su interior y heterogéneos entre sí, en lo que se refiere a las variables tradicionalmente usadas en la literatura.

Gráfica 5
Características de la población según estrato socioeconómico



Fuente: Enadid, 1997.

Como una manera de probar la bondad de nuestro indicador, realizamos un análisis factorial para ver cómo se agrupaban las variables sometidas al análisis y posteriormente, a través del análisis de las puntuaciones factoriales, analizar cómo se ordenaban los individuos en los factores resultantes. Este procedimiento se aplicó tanto para hogares como para individuos para finalmente comparar los resultados obtenidos.

Las variables utilizadas en el análisis fueron las mismas que se usaron en la construcción de los estratos sociales en su forma continua, es decir, sin agrupar en categorías; índice de calidad de la vivienda, escolaridad relativa, ingresos per cápita y actividad asociada al mayor ingreso. En ambos casos, miembros y hogar, el resultado es un solo factor, lo que indica que la agrupación que se realizó de las variables es correcta. En el caso de que hubieran salido más factores podría significar que las variables no están relacionadas y que por lo tanto no sirven para construir un indicador sobre estratificación social. Los estadísticos que indican la validez del modelo resultan significativos, como se muestra a continuación:

	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> (KMO)	<i>Significancia</i> <i>de Barlett</i>	<i>Varianza</i> <i>explicada</i>
Miembros del hogar	0.583	0.000	39.20%
Hogar	0.622	0.000	44.90%

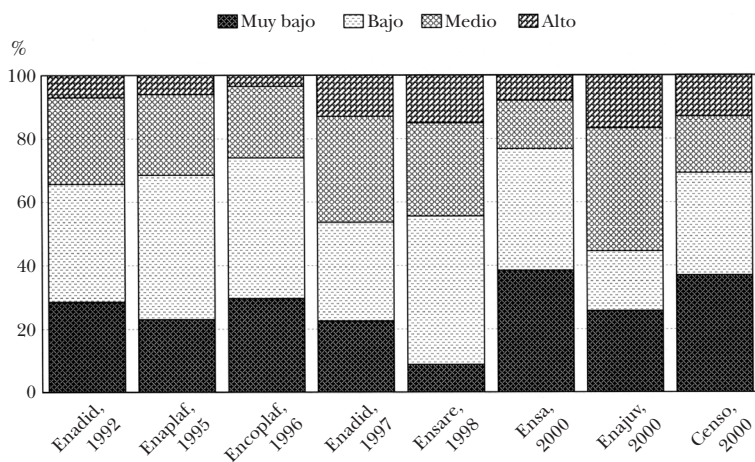
Fuente: Enadid, 1997.

Teniendo en cuenta que únicamente se realizó el análisis con cuatro variables, el resultado en el estadístico KMO nos da como un análisis satisfactorio al ser en ambos casos superior a 0.5, especialmente para la base de individuos. De la misma manera la significación de la prueba de Barlett sale significativa, de manera que sí es posible aplicar para estos datos un análisis factorial, y el factor que se obtiene es válido para nuestro análisis. Por último, el porcentaje de varianza que explica el factor que se obtiene para cada uno de los casos es de casi 45% en el ámbito de hogar y de más de 39% para individuos, lo que indica que, teniendo en cuenta que formamos un factor con cuatro variables, el porcentaje explicado es muy alto,

y que el indicador resultante mediante este procedimiento es válido para la construcción de un indicador de estratificación social.

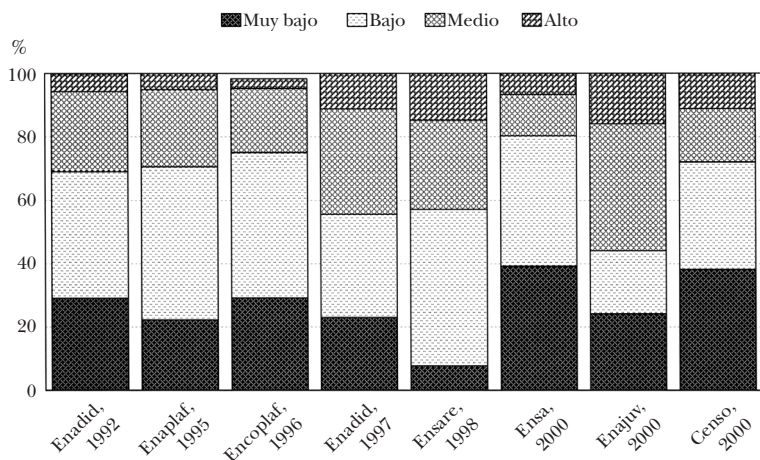
Para continuar con el proceso de comparación de indicadores se guardaron las puntuaciones factoriales del análisis y se calculó el promedio para cada una de las categorías que surgen con la combinación de las variables que forman los estratos, incluidos los cuartiles de ingreso per cápita, puesto que a través de la variable ingreso se ordenaron los hogares en los estratos. Al ordenar cada una de las categorías resultantes por su puntuación factorial promedio sucedió que, con los mismos porcentajes que arroja el índice para cada una de las bases de datos, existe una coincidencia de las categorías de 85% en el caso de los hogares y de 65% en los individuos.

Gráfica 6
Distribución de los hogares según estratos socioeconómicos



Los resultados de la aplicación de esta metodología a las encuestas consideradas en el diagnóstico se presentan en las gráficas siguientes: la gráfica 6 se refiere a los hogares, y la gráfica 7 a los individuos. Si bien en general hay una concordancia, las especificidades de algunas encuestas explican las disparidades: la Ensare de 1998 se aplicó a una población seleccionada, la derechohabiente del IMSS, lo que explica que tenga una menor proporción en el es-

Gráfica 7
Distribución de la población según estratos socioeconómicos



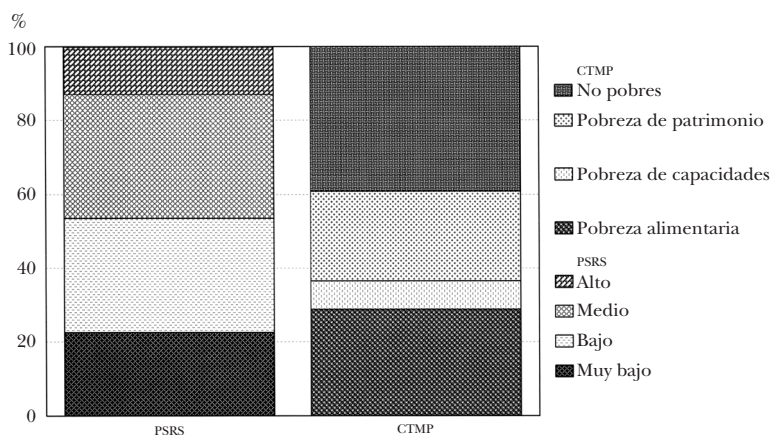
trato *muy bajo*. La Ensa de 2000 parece tener problemas, sobre todo en las características de la vivienda, lo que hace que haya pocos casos en el estrato *alto*; en tanto, la ausencia de datos sobre características de la vivienda en la Enajuv de 2000, que nos llevó a utilizar en su lugar la posesión de bienes, parece haber sesgado el cálculo de los estratos hacia un exceso de casos en el estrato *medio*.

¿Cómo se comporta esta estratificación frente a otras? Para responder esta pregunta, hicimos una comparación con tres metodologías ampliamente utilizadas: la propuesta por el Comité Técnico de Medición de la Pobreza (CTMP), que es la base de la medición oficial de la pobreza y la utilizada en la puesta en marcha de la política social; el MMIP, propuesto por Boltvinik, y finalmente el utilizado por el Comité de Niveles Socioeconómicos de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, A. C. (AMAI), es decir, el que utilizan las empresas de mercadotecnia.

La comparación con la metodología del CTMP se hizo entre la Enadid de 1997 y la ENIGH de 1996; en la gráfica 8 puede apreciarse que hay una concordancia entre los estratos *medio* y *alto* de nuestra propuesta con la categoría por encima de la línea de pobreza del

CTMP; por otra parte, resulta similar el estrato *muy bajo* con el grupo de población con *pobreza alimentaria*, lo que quiere decir que nuestra metodología, sin necesidad de utilizar información tan detallada como la que ofrece la ENIGH, llega a resultados similares, con la ventaja de ser replicable en el conjunto de encuestas nacionales sobre salud reproductiva.

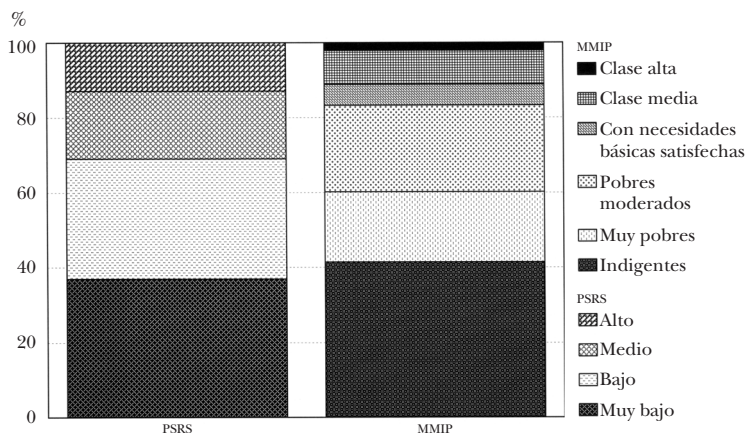
Gráfica 8
Comparación entre las estratificaciones de los hogares entre
el CTMP y la propuesta



Fuentes: Enadid, 1997 (PSRS: Programa Salud Reproductiva y Sociedad), y ENIGH, 1996 (CTMP: Comité Técnico para la Medición de la Pobreza).

Al comparar la aplicación de nuestra propuesta de estratificación a los datos de la muestra de 10% del Censo de 2000 con la del MMIP, aplicado a la misma fuente de datos, resalta la gran similitud entre el estrato *muy bajo* y la categoría de *indigentes* (gráfica 9). Por otra parte, al otro extremo del espectro, nuestro estrato *alto* es muy similar a la suma de las categorías *clase media* y *clase alta*, mientras que si juntamos los estratos *bajo* y *medio* obtenemos una proporción de hogares muy similar a la suma de las categorías *con necesidades básicas satisfechas*, *pobres moderados* y *muy pobres*.

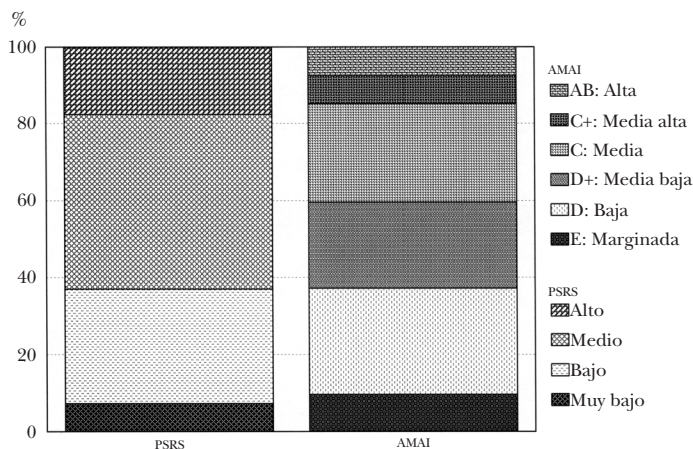
Gráfica 9
Comparación entre las estratificaciones de los hogares entre
el MMIP y la propuesta



Fuente: Censo, 2000 (PSRS: Programa Salud Reproductiva y Sociedad; MMIP: Método Multidimensional Integrado de Medición de la Pobreza).

Por lo que toca a la comparación con los niveles socioeconómicos utilizados por las empresas de investigación de mercados, ésta se hizo con datos referentes a 1997. Sin embargo, cabe aclarar que los datos de la AMAI se refieren a localidades de al menos 50 000 habitantes, por lo que seleccionamos en la Enadid a la población en localidades de 20 000 y más habitantes. Tomando en cuenta esta restricción para la plena comparabilidad, llama la atención en la gráfica 10 la correspondencia que encontramos entre los estratos *muy bajo* y *bajo* con los niveles *E: marginada* y *D: baja*, respectivamente, así como entre los estratos *medio* y *alto* con la suma de las categorías *D+: media baja* y *C: media*, por un lado, y *C+: media alta* y *AB: alta*, por otro. Podemos concluir entonces que la metodología que proponemos cumple con los objetivos de estratificar a la población de acuerdo con las variables socioeconómicas usualmente utilizadas en la literatura, y que lo hace de una manera correcta y parsimoniosa.

Gráfica 10
Comparación entre las estratificaciones de los hogares entre
la AMAI y la propuesta



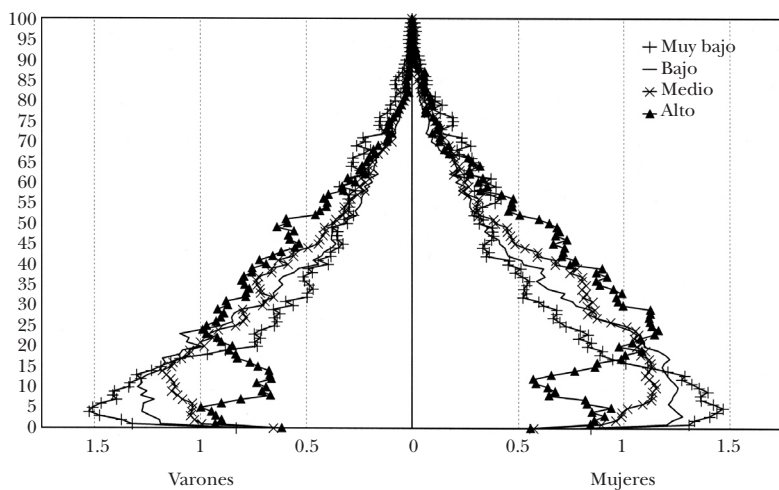
Fuentes: Enadid, 1997 (PSRS: Programa Salud Reproductiva y Sociedad) (20 000+ hab.), y AMAI (1997, Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, , A. C.) (50 000+ hab.).

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ESTRATIFICACIÓN A ALGUNOS ASPECTOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA

A continuación presentaremos cómo se comportan ciertos indicadores demográficos que influyen en la salud reproductiva, de acuerdo con la diferenciación propuesta. Lo primero que podemos ver es que la aplicación de esta estratificación, en términos de características de la población, define grupos poblacionales distintos, comenzando por su estructura, como lo muestran las pirámides poblacionales de cada estrato de la gráfica 11.

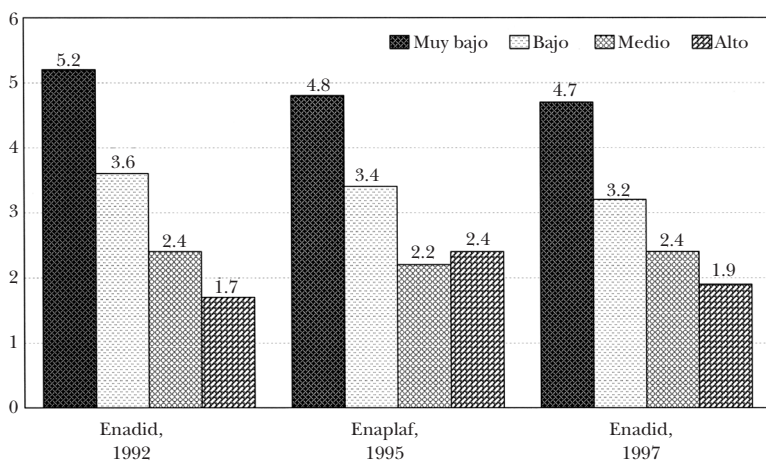
Resulta evidente en la gráfica 11 que las poblaciones definidas por los estratos son distintas tanto en tamaño, como habíamos visto antes, como en composición por edad y sexo. Esto es el resultado de comportamientos diferentes en relación con las variables demográficas básicas: fecundidad, mortalidad y migración. A continua-

Gráfica 11
Estructura de la población por edad, sexo y estrato socioeconómico



Fuente: Enadid, 1997.

Gráfica 12
Tasa global de fecundidad según estratos socioeconómicos

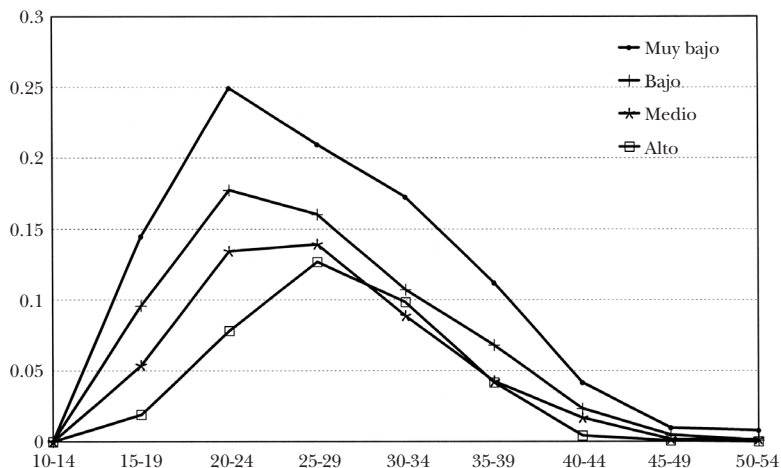


ción intentaremos arrojar luz sobre las diferencias en los comportamientos reproductivos, específicamente sobre la fecundidad y sus factores, y dejaremos para otra ocasión el análisis de las otras dos dimensiones del cambio demográfico.

Si calculamos las tasas globales de fecundidad (TGF) para las tres encuestas que cuentan con historias de embarazos, las Enadid de 1992 y 1997 y la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Enaplaf) de 1995, en la gráfica 12 podemos ver que el estrato socioeconómico introduce un gradiente muy importante en esta medida resumen de la fecundidad. La discrepancia que muestra el estrato *alto* en la Enaplaf puede adjudicarse al menor tamaño de muestra, lo cual resulta problemático para el cálculo de un indicador como el que nos ocupa, basado en la experiencia reproductiva en los últimos cinco años. La sugerencia para los usuarios de esta variable sería combinar las categorías *medio* y *alto*, para evitar varianzas muy amplias. Las diferencias halladas son impactantes: la fecundidad del estrato *alto* es de menos de la mitad de la del estrato *muy bajo* y la diferencia de éste con el *bajo* es de más de un hijo por mujer.

Gráfica 13

Tasas específicas de fecundidad según estratos socioeconómicos

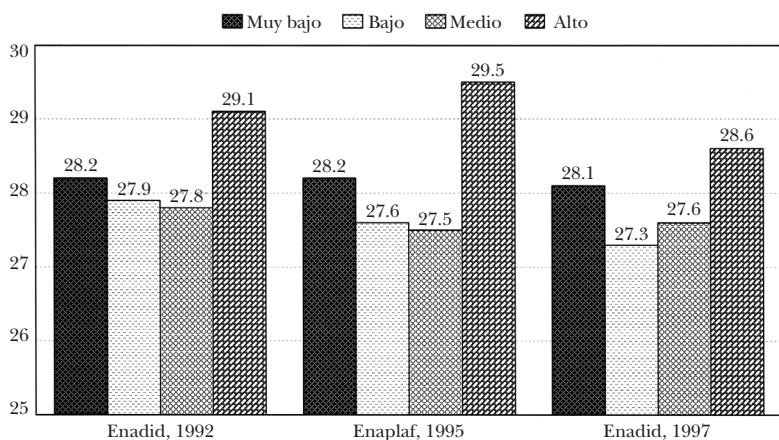


Fuente: Enadid, 1997, promedio de los últimos cinco años.

Las diferencias de comportamiento entre estratos no conciernen solamente a la intensidad del fenómeno, sino también a su calendario. Por lo que toca a la estructura por edad de la fecundidad, la gráfica 13 muestra claramente cómo las mujeres, conforme pertenecen a estratos socioeconómicos superiores, no sólo tienen menos hijos, sino que los tienen a edades más tardías. Así, mientras que en el estrato *muy bajo* tienen en promedio a su primer hijo a los 19.1 años, las del estrato *bajo* lo tienen medio año después, las del *medio* casi dos años más tarde, a los 21.4 años, y las del estrato *alto* a los 23.7 años. En el estrato *muy bajo* el lapso en que las mujeres están procreando es muy amplio —empiezan pronto y terminan tarde—, en tanto que en el *alto* éste se concentra entre los 25 y los 35 años. Esto hace que la relación entre la edad media a la maternidad y el estrato socioeconómico presente una forma de J, pero por motivos distintos: en las mujeres más pobres porque siguen teniendo hijos a edades más avanzadas, y en las de mejor posición porque están posponiendo la maternidad, como se aprecia en la gráfica 14.

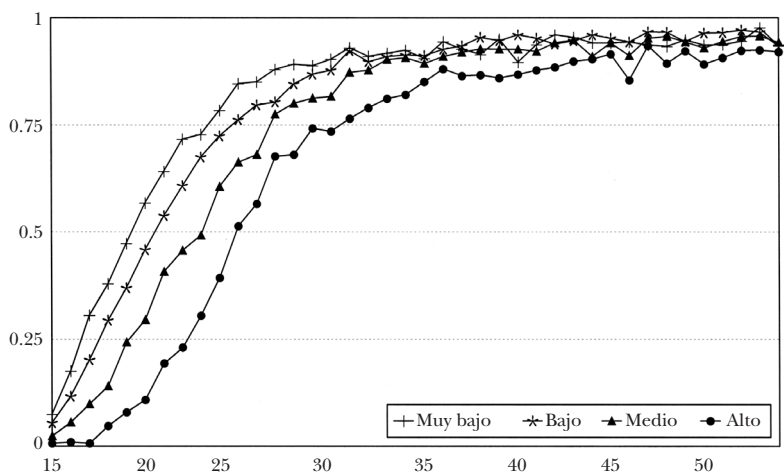
Si suponemos que las diferencias son debidas a un control de la fecundidad, podemos asociarlo a dos variables intermedias: la nupcialidad y la anticoncepción. Esperaríamos comportamientos dis-

Gráfica 14
Edades medias a la maternidad según estratos socioeconómicos



tintos en cada estrato, pero en el mismo sentido: una edad a la primera unión más tardía y una mayor prevalencia anticonceptiva en los estratos superiores. La gráfica 15 nos muestra cómo los patrones de entrada en unión difieren claramente entre los estratos, y en el sentido que esperábamos: las edades medianas a la entrada en unión (la edad a la que cada curva cruza la proporción de 50%, es decir, sin calcular mediante tablas de vida, que sería el procedimiento más adecuado) son de 19.2, 21.2, 24.1 y 25.1 para los cuatro estratos en orden ascendente, respectivamente.

Gráfica 15
Proporción de mujeres unidas según estrato socioeconómico

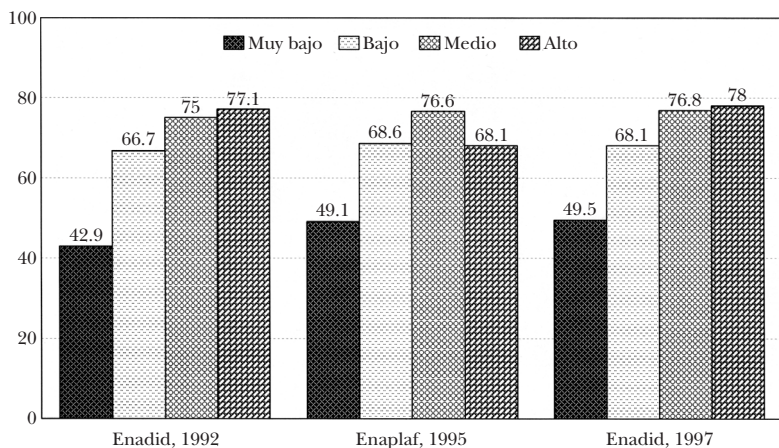


Fuente: Enadid, 1997.

La investigación sociodemográfica ha demostrado que el factor que más peso tiene sobre la fecundidad en nuestro país es la anti-concepción. Entonces resulta necesario comprobar si las mujeres de los distintos estratos recurren en diferente medida al uso de métodos anticonceptivos, qué tipo utilizan, dónde los consiguen y, en caso de que no los usen, cuáles son las razones que aducen para ello. Respecto a la primera pregunta, el porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utiliza métodos anticonceptivos, la gráfica 16

nos muestra que las mujeres del estrato *muy bajo* recurren en mucho menor medida que las demás a los métodos para controlar su fecundidad: tan sólo la mitad de ellas utiliza algún método anticonceptivo, en tanto que en los estratos *medio* y *alto* más de tres mujeres de cada cuatro lo hacen.

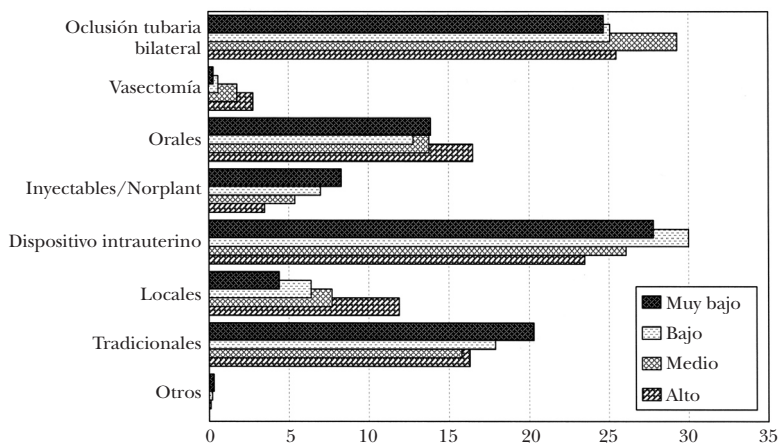
Gráfica 16
Prevalencia anticonceptiva de las mujeres en edad fértil unidas,
según estrato socioeconómico



En cuanto al tipo de método utilizado, también encontramos diferencias interesantes: la relación que encontramos con los estratos difiere en los casos de la vasectomía y los métodos locales, por un lado, y los inyectables, el DIU y los métodos tradicionales, por el otro (gráfica 17). Mientras que en los métodos en los que hay una participación del varón el uso aumenta con el estrato socioeconómico, en el segundo grupo la relación es inversa. Donde encontramos las mayores diferencias es en la vasectomía, los inyectables y los locales. Cabría preguntarse qué tanto esto se debe a diferentes elecciones que hacen las mujeres y qué tanto a que el espectro de opciones y el acceso a diferentes métodos varía según el estrato socioeconómico. Las otras dos variables que consideraremos nos pueden arrojar más luz al respecto.

Gráfica 17

Distribución porcentual de las usuarias de anticonceptivos por método usado, según estrato socioeconómico



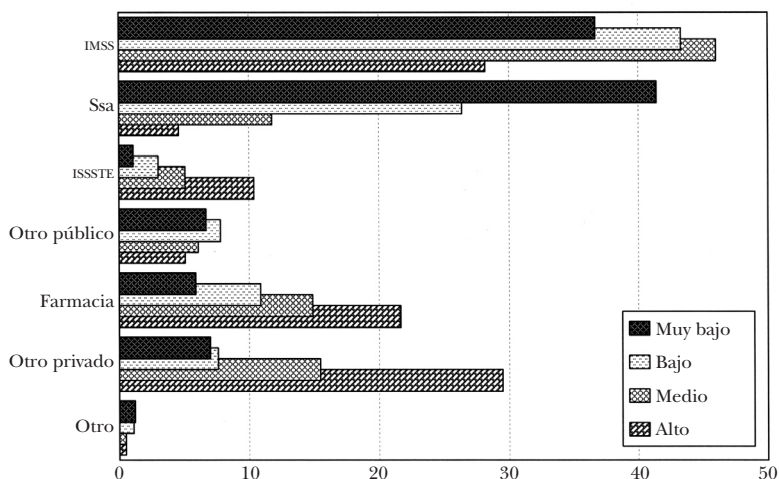
Fuente: Enadid, 1997.

La primera, la fuente de obtención, tiene una clara relación con el estrato socioeconómico: las usuarias que se abastecen en la Secretaría de Salud (Ssa) provienen fundamentalmente de los estratos más bajos, en tanto que la relación es inversa con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las farmacias y especialmente los otros proveedores privados (gráfica 18). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como fuente de obtención tiene una forma de J invertida, ya que las mujeres del estrato *alto* recurren más al ISSSTE o a proveedores privados. Podríamos pensar entonces que la limitación en las opciones de métodos ofrecidos por las instituciones públicas tiene un impacto en los métodos utilizados por las mujeres de los estratos más bajos, ya que ven limitadas sus posibilidades de elección.

Finalmente, si consideramos las razones expresadas por las mujeres para no usar anticonceptivos, en la gráfica 19 vemos que muestran diferencias muy importantes y que debieran tomarse en cuenta tanto para la investigación como para las políticas públicas. Prime-

Gráfica 18

Distribución de las usuarias de anticonceptivos por lugar de obtención, según estrato económico

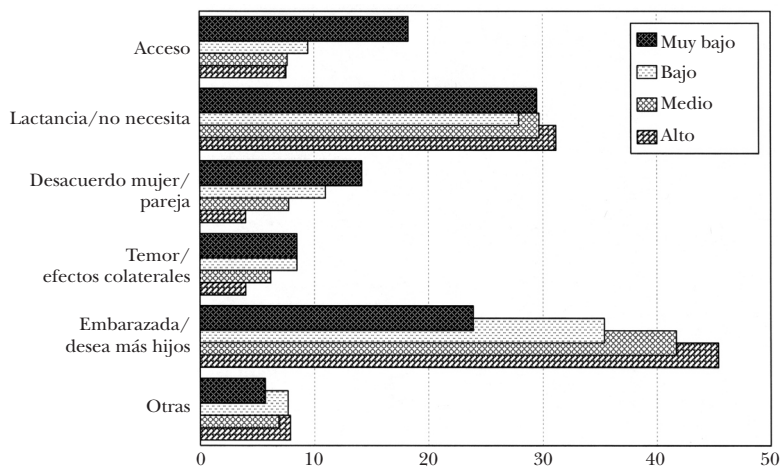


Fuente: Enadid, 1997.

ro, en el estrato *muy bajo* la importancia de las razones asociadas al acceso (no conoce métodos, no sabe cómo usarlos o no sabe dónde conseguirlos) duplican a las de los otros estratos. Por otra parte, el desacuerdo de la mujer o su pareja con el uso de métodos anticonceptivos y los efectos colaterales (sufridos o temidos) tienen una relación inversa con la estratificación socioeconómica; parecería que las mujeres de los grupos más favorecidos cuentan con mayor información y menores obstáculos para cumplir sus deseos en el ámbito de la reproducción. Finalmente, concluiríamos diciendo que las razones asociadas al ejercicio del derecho de tener los hijos que se deseen, muestran una clara relación positiva con la estratificación propuesta en este trabajo, lo que para nosotros es una muestra de la validez de esta metodología en el análisis de la salud sexual y reproductiva de la población mexicana.

Gráfica 19

Distribución porcentual de las mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos por razones de no uso, según estrato socioeconómico



Fuente: Enadid, 1997.

ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro A1

Distribución de los hogares según categorías de calidad de la vivienda,
por estratos socioeconómicos

<i>Nivel de calidad de la vivienda</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Piso de tierra	54.07	7.46	0.47	0.05	14.66
Piso no de tierra sin agua	36.83	72.18	5.52	0.77	32.63
Piso no de tierra con agua	1.57	4.07	1.68	0.53	2.25
Todos los servicios	7.53	16.29	92.33	98.65	50.47
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A2

Distribución de los hogares según categorías de escolaridad relativa
promedio, por estratos socioeconómicos

<i>Escolaridad relativa promedio</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Muy baja: Hasta 3/4 del estándar	82.85	32.83	4.4	0.15	30.34
Baja: Hasta 9/10 del estándar	12.68	45.02	34.74	0.24	28.50
Media: Hasta 1.5 veces el estándar	4.11	20.19	46.69	1.05	22.98
Alta: Más de 1.5 veces el estándar	0.35	1.96	14.17	98.56	18.19
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A3
Distribución de los hogares según actividad asociada al mayor ingreso
en el hogar, por estratos socioeconómicos

<i>Actividad asociada al mayor ingreso del hogar</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
N.E.	0.09	0.01			0.02
Estudiante	0.27	0.30	0.30		0.25
Trabajador sin pago	0.71	0.08	0.16		0.24
Buscó trabajo	0.43	0.09			0.13
Quehaceres del hogar	9.87	1.14	1.33		3.02
Incapacitado	1.57	0.01	0.22	0.25	0.46
No trabaja	6.38	0.02	0.64		1.66
Jornalero o peón	22.58	4.18	0.18		6.45
Trabajador a destajo	2.18	2.06	0.40		1.27
Trabajador por su cuenta	43.73	18.46	19.21		22.02
Jubilado o pensionado	0.16	0.55	5.81		2.15
Empleado u obrero	11.83	72.89	64.12	85.37	57.81
Patrón o empresario	0.21	0.21	7.61	14.38	4.52
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A4. Distribución de los hogares según sexo del jefe, por estratos socioeconómicos

<i>Sexo del jefe del hogar</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Hombre	79.41	82.06	81.81	81.03	81.25
Mujer	20.59	17.94	18.19	18.97	18.75
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A5
Distribución de la población según niveles de calidad de la vivienda,
por estratos socioeconómicos

<i>Nivel de calidad de la vivienda</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Piso de tierra	59.76	8.22	0.62	0.04	16.61
Piso no de tierra sin agua	33.95	73.21	4.99	0.89	33.47
Piso no de tierra con agua	1.34	4.08	1.78	0.70	2.31
Todos los servicios	4.95	14.49	92.61	98.37	47.62
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A6
Distribución de la población por categorías de escolaridad relativa,
por estratos socioeconómicos

<i>Escolaridad relativa promedio</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Muy baja: Hasta 3/4 del estándar	82.85	32.83	4.4	0.15	30.34
Baja: Hasta 9/10 del estándar	12.68	45.02	34.74	0.24	28.5
Media: Hasta 1.5 veces el estándar	4.11	20.19	46.69	1.05	22.98
Alta: Más de 1.5 veces el estándar	0.35	1.96	14.17	98.56	18.19
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A7

Distribución de la población según actividad asociada al mayor ingreso,
por estratos socioeconómicos

<i>Actividad asociada al mayor ingreso</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
N.E.	33.46	29.89	25.34	19.61	28.04
Estudiante	5.91	8.96	12.68	14.09	10.07
Trabajador sin pago	7.32	2.91	2.71	1.15	3.66
Buscó trabajo	1.13	1.09	1.09	0.81	1.07
Quehaceres del hogar	19.93	17.20	15.74	12.15	16.78
Incapacitado	0.97	0.52	0.60	0.32	0.63
No trabaja	3.16	1.56	1.64	1.24	1.91
Jornalero o peón	9.64	3.35	0.82	0.04	3.58
Trabajador a destajo	1.17	1.15	0.47	0.19	0.82
Trabajador por su cuenta	13.39	9.46	10.22	5.47	10.17
Jubilado o pensionado	0.05	0.47	2.06	1.87	1.06
Empleado u obrero	3.81	23.41	24.79	38.95	21.12
Patrón o empresario	0.05	0.05	1.85	4.10	1.10
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A8

Prevalencia anticonceptiva según estrato socioeconómico
y tamaño de la localidad

<i>Estratos socioeconómicos</i>	<i>Tamaño de la localidad</i>					<i>Total</i>
	<i>Menor a 2500 habitantes</i>	<i>2500 a 14 999 habitantes</i>	<i>15 000 a 19 999 habitantes</i>	<i>20 000 a 99 999 habitantes</i>	<i>100 000 y más habitantes</i>	
Muy bajo	45.0	50.8	58.2	58.1	67.5	49.5
Bajo	62.2	66.0	72.0	67.3	72.7	68.1
Medio	69.0	73.1	76.9	74.4	78.8	76.8
Alto	64.2	75.6	80.7	75.4	78.8	78.0
Total	53.6	64.6	73.0	70.0	76.5	68.4

Fuente: Enadid, 1997. Mujeres en edad fértil unidas.

Cuadro A9
Distribución de las usuarias de anticonceptivos por tipo de método,
por estrato socioeconómico

<i>Tipo de anticonceptivo actual</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Oclusión tubaria bilateral	24.7	25.1	29.3	25.5	26.7
Vasectomía	0.3	0.6	1.8	2.8	1.3
Orales	13.9	12.8	13.8	16.5	13.8
Inyectables/Norplant	8.3	7.0	5.4	3.5	6.1
Dispositivo intrauterino	27.8	30.0	26.1	23.5	27.4
Locales	4.4	6.4	7.7	11.9	7.3
Tradicionales	20.3	17.9	15.8	16.3	17.3
Otros	0.3	0.2	0.1	0.0	0.1
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A10
Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas usuarias
según razones de no uso de métodos anticonceptivos,
por estrato socioeconómico

	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Acceso	18.3	9.5	7.7	7.6	11.8
Lactancia/no necesita	29.5	27.9	29.7	31.2	29.1
Desacuerdo mujer/pareja	14.2	11.0	7.8	4.0	10.7
Temor/efectos colaterales	8.5	8.5	6.2	4.0	7.5
Embarazada/desea más hijos	23.9	35.4	41.7	45.4	34.0
Otras	5.7	7.7	6.9	7.9	6.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A11

Distribución porcentual de las mujeres en edad fértil unidas usuarias según lugar de obtención del método anticonceptivo usado, por estrato socioeconómico

<i>Lugar de obtención del método anticonceptivo</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
IMSS	36.7	43.3	46.0	28.2	41.4
Ssa	41.4	26.4	11.8	4.6	19.9
ISSSTE	1.1	3.0	5.1	10.4	4.5
Otro público	6.7	7.8	6.1	5.1	6.6
Farmacia	5.9	10.9	14.9	21.7	13.2
Otro privado	7.0	7.6	15.5	29.5	13.6
Otro	1.2	1.1	0.5	0.5	0.8
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A12

Edad media al primer parto, por estratos socioeconómicos

	<i>Estratos socioeconómicos</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Edad media	19.06	19.71	20.99	23.74	20.52

Fuente: Enadid, 1997.

Cuadro A13
Tasas específicas (f_x) y global de fecundidad (TGF),
por estratos socioeconómicos

<i>Grupos de edad x</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>			
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
f_{5-10}	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
f_{5-15}	0.1476	0.0872	0.0406	0.0153
f_{5-20}	0.2583	0.1993	0.1363	0.0604
f_{5-25}	0.2303	0.1812	0.1457	0.1267
f_{5-30}	0.1955	0.1219	0.0958	0.0996
f_{5-35}	0.1359	0.0826	0.0452	0.0313
f_{5-40}	0.0568	0.0314	0.0121	0.0092
f_{5-45}	0.0120	0.0050	0.0026	0.0023
f_{5-50}	0.0024	0.0024	0.0016	0.0000
TGF	5.19	3.56	2.40	1.72

Fuente: Enadid, 1992.

Cuadro A14
Tasas específicas (f_x) y global de fecundidad (TGF),
por estratos socioeconómicos

<i>Grupos de edad x</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>			
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
f_{5-10}	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
f_{5-15}	0.1182	0.0932	0.0654	0.0229
f_{5-20}	0.2384	0.1861	0.1006	0.0573
f_{5-25}	0.2531	0.1717	0.1148	0.1533
f_{5-30}	0.1772	0.1365	0.1278	0.1553
f_{5-35}	0.1059	0.0605	0.0361	0.0567
f_{5-40}	0.0640	0.0287	0.0076	0.0000
f_{5-45}	0.0073	0.0110	0.0013	0.0006
f_{5-50}	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
TGF	4.82	3.44	2.27	2.23

Fuente: Enaplaf, 1995.

Cuadro A15
Tasas específicas (f_x) y global de fecundidad (TGF),
por estratos socioeconómicos

<i>Grupos de edad x</i>	<i>Estratos socioeconómicos</i>			
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
f_{5-10}	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
f_{5-15}	0.1447	0.0957	0.0536	0.0190
f_{5-20}	0.2493	0.1774	0.1344	0.0781
f_{5-25}	0.2095	0.1604	0.1393	0.1268
f_{5-30}	0.1727	0.1072	0.0886	0.0983
f_{5-35}	0.1120	0.0679	0.0425	0.0416
f_{5-40}	0.0417	0.0234	0.0169	0.0044
f_{5-45}	0.0098	0.0049	0.0018	0.0008
f_{5-50}	0.0080	0.0010	0.0016	0.0000
TGF	4.74	3.19	2.39	1.85

Fuente: Enadid, 1997.

VARIABLES INCLUIDAS EN LAS BASES DE VIVIENDA Y HOGAR

Psrsvh01 - Estratos socioeconómicos
 Psrsvh02 - Índice sobre la calidad de la vivienda
 Psrsvh03 - Tipo de hogar
 Psrsvh04 - Ingreso total del hogar per cápita
 Psrsvh05 - Escolaridad relativa promedio del hogar
 Psrsvh07 - Sexo del jefe del hogar
 Psrsvh21 - Cuartiles de vivienda
 Psrsvh22 - Niveles de vivienda
 Psrsvh23 - Excusado dentro de la vivienda
 Psrsvh24 - Agua entubada dentro de la vivienda
 Psrsvh25 - Drenaje conectado a calle o fosa séptica
 Psrsvh26 - Electricidad
 Psrsvh27 - Material de los pisos
 Psrsvh28 - Hacinamiento
 Psrsvh29 - Cocina exclusiva para cocinar

Psrsvh31 - Tamaño de hogar
Psrsvh41 - Cuartiles de ingreso per cápita
Psrsvh42 - Ingresos totales del hogar
Psrsvh51 - Cuartiles de escolaridad relativa promedio
Psrsvh53 - Categorías escolaridad relativa promedio
Psrsvh61 - Actividad asociada al mayor ingreso del hogar
Psrsvh71 - Edad del jefe de hogar
Psrsvh72 - Nivel de escolaridad del jefe de hogar
Psrsvh73 - Grupos ocupacionales del jefe de hogar
Psrsvh74 - Ingreso mensual total del jefe de hogar
Psrsvh75 - Escolaridad relativa del jefe de hogar

VARIABLES INCLUIDAS EN LAS BASES DE MIEMBROS DEL HOGAR

Psrsmh04 - Ingresos totales
Psrsmh05 - Escolaridad relativa
Psrsmh06 - Grupos ocupacionales
Psrsmh51 - Cuartiles de escolaridad relativa
Psrsmh52 - Niveles de escolaridad
Psrsmh53 - Categorías de escolaridad relativa
Psrsmh61 - Actividad asociada al mayor ingreso

VARIABLES INCLUIDAS EN LAS BASES INDIVIDUALES

Psrsmi04 - Ingreso total individual
Psrsmi05 - Escolaridad relativa
Psrsmi06 - Grupos ocupacionales
Psrsmi51 - Cuartiles de escolaridad relativa
Psrsmi52 - Niveles de escolaridad
Psrsmi53 - Categorías de escolaridad relativa
Psrsmi61 - Actividad asociada al mayor ingreso

BIBLIOGRAFÍA

- Boltvinik, Julio, y Enrique Hernández Laos (1999), *Pobreza y distribución del ingreso en México*, México, Siglo XXI Editores.
- (2003), “Eje del florecimiento humano y medición de la pobreza”, *Papeles de población*, nueva época, año 9, núm. 38, pp. 9-26.
- Bronfman, Mario, y Rodolfo Tuirán (1984), “La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez”, en *Memorias del Congreso latinoamericano de Población y Desarrollo*, 2 vols., México, UNAM-El Colegio de México-Programa de Investigación Social sobre Población en América Latina.
- , Elsa López y Rodolfo Tuirán (1986), “Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: La experiencia reciente”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1, núm. 2, pp. 165-203.
- Consejo Nacional de Población (Conapo) (1982), Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982. Documento metodológico, México, Conapo (mimeo.).
- Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (2002), “Evolución y características de la pobreza en México en la última década del siglo xx”, *Serie Documentos de Investigación*, 2, México, Secretaría de Desarrollo Social.
- Comité de Niveles Socioeconómicos, Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, A. C. (AMAI) (2004), *Avances del Comité de Niveles Socioeconómicos*, México.
- Coplamar (1989), *Necesidades esenciales en México. 1 Alimentación*, 4ª ed., México, Siglo XXI Editores.
- Cortés, Fernando (2000), *Procesos sociales y desigualdad económica en México*, México, Siglo XXI Editores.
- (2003), “Acerca de la medición oficial de la pobreza en México en el año 2000”, *Estudios Sociológicos*, vol. xxi.
- , Daniel Hernández, Enrique Hernández, Miguel Székely y Haddad Vera (2002), “Evolución y características de la pobreza en México en la última década del siglo xx”, en Conapo, *La situación demográfica de México, 2002*, México, Consejo Nacional de Población.
- Damián, Araceli (2003), “Tendencias recientes de la pobreza con enfoque de género en América Latina”, *Papeles de población*, nueva época, año 9, núm. 38, pp. 27-76.
- García, Brígida, y Orlandina de Oliveira (1990), “Social Sectors and Reproduction in Mexico”, *Demographic and Health Surveys Further Analysis Series*, 7, The Population Council/DHS.
- Lewis, Oscar (1961), *Antropología de la pobreza. Cinco familias*, México, Fondo de Cultura Económica.

- Lomnitz, Larissa A. de (1997), *Cómo sobreviven los marginados*, 13ª ed., México, Siglo XXI Editores.
- Mier y Terán, Martha, y Cecilia Andrea Rabell (1984), "Fecundidad y grupos sociales en México", en René Jiménez y Alberto Minujin (coords.), *Los factores del cambio demográfico en México*, México, IIS-UNAM-Siglo XXI Editores.
- Oliveira, María Coleta (coord.) (2001), *Demografia da exclusão social*, Campinas, Editora da Unicamp.
- Rojas, Olga Lorena, y Susana Lerner (2001), "Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000", México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Rubin, Jane R. (1989), "Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México: Cambios y perspectivas", en Beatriz Figueroa (comp.), *La fecundidad en México. Cambios y perspectivas*, México, El Colegio de México, pp. 249-315.
- Sanderson, Jean-Paul, y Nathalie Burnay (1999), "Entre individu et ménage: À la recherche d'un indicateur de pauvreté (application à la Belgique)", en D. Tabutin, C. Gourbin, G. Masuy-Stroobant y B. Schoumaker (eds.), *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie. Chaire Quetelet 1997*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant y L'Harmattan, pp. 601-622.
- Schteingart, Martha, y Marlene Solís (1994), *Vivienda y familia en México. Un enfoque socioespacial*, México, INEGI, El Colegio de México-IIS-UNAM.
- Sen, Amartya (2003), "El enfoque de las capacidades y las realizaciones. Pobre, en términos relativos", *Comercio Exterior*, vol. 33, núm. 5.
- Stern, Claudio, y Rodolfo Tuirán (1993), "Transición demográfica y desigualdad social en México", en ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP Y SOMEDE, *IV Conferencia Latinoamericana de Población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, vol. 1, segunda parte, México, INEGI-IIS-UNAM.
- Thorbecke, Erick (2004), "Conceptual and Measurement Issues in Poverty Analysis", *WIDER Discussion Paper*, núm. 2004/04.

II. DESIGUALDADES SOCIALES Y NECESIDADES NO SATISFECHAS EN SALUD REPRODUCTIVA

NECESIDADES INSATISFECHAS EN SALUD REPRODUCTIVA: MITOS Y REALIDADES EN EL MÉXICO RURAL¹

ROSA MARÍA CAMARENA² y
SUSANA LERNER³

INTRODUCCIÓN: UBICACIÓN DEL PROBLEMA

El último cuarto del siglo xx se caracterizó por la presencia de intensos debates y confrontaciones de enfoques y cosmovisiones en torno a las acciones e intervenciones en el campo de la reproducción humana y la salud, así como en la manera de abordar la investigación en dicho campo. En ambos casos, los esfuerzos de algunos investigadores se dirigieron a redefinir, modificar y expandir los marcos programáticos y estratégicos así como los esquemas conceptuales y metodológicos utilizados, produciendo un cambio evidente. Del estrecho y hegemónico paradigma del “enfoque poblacionista” predominante en las décadas de los setenta y ochenta, centrado en la disminución del crecimiento poblacional a través, principalmente, del control de la fecundidad, se ha transitado a uno de mayor envergadura y más comprehensivo basado en la equidad de género y los derechos humanos en materia de sexualidad y salud reproductiva de la población (Balán, 1999; Cervantes, 1999; Lerner y Szasz, 2003; Mundigo, 1999; Satia, 1999).

¹ Versión revisada del texto “Rethinking the meaning and scope of women’s ‘unmet needs’: theoretical and methodological considerations and uncertainties on empirical evidence in rural Mexico”, en S. Lerner y E. Vilquin (eds.), *Reproductive Health, Unmet Needs and Poverty: Issues of Access and Quality of Services*, París, CICRED, 2005.

² Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: rcamarena@servidor.unam.mx

³ Profesora e investigadora del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México. Correo electrónico: slerner@colmex.mx

En estos paradigmas subyace una intensa y permanente tensión de las metas, necesidades, preocupaciones e intereses de carácter nacional o público en que se basa el enfoque poblacionista, frente a las de carácter individual, privado e íntimo, que emergen como premisas centrales que sustentan el enfoque de salud reproductiva. El interés por las necesidades individuales —de las mujeres o de las parejas— presente en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo en 1994, enfatizó la interacción entre los derechos y opciones reproductivas y el control y la autodeterminación de los individuos sobre su vida reproductiva, como elementos clave para lograr el bienestar físico, emocional y económico de la población. El plan de acción adoptado en esta CIPD estableció que “La salud reproductiva (SR) [...] significa que la gente es capaz de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tiene la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si lo hace, cuándo y cada cuánto tiempo” (Naciones Unidas, 1994: 7.2).

Sin embargo, es importante reconocer que el interés acerca de las necesidades de planificación familiar de las mujeres, el control de sus cuerpos y de su capacidad reproductiva, fue una de las principales banderas de los primeros movimientos de mujeres a principios del siglo xx (Gordon, 1977). Más aún, el reconocimiento de la autodeterminación reproductiva y sexual de las mujeres como parte de sus necesidades de salud reproductiva y sexual y de sus derechos humanos ha sido una de las principales demandas de los defensores de la salud y los derechos de las mujeres (Cook, 1995; Correa y Petchesky, 1994; Costa, 2000; Das y Shah, 2001; Dixon-Mueller y Germain, 1993; Sinding, 1993; Tuirán, 1988; Zurayk, 1999).

El origen y posterior desarrollo del concepto de “necesidades insatisfechas” en el campo de la demografía y los estudios de población se encuentra estrechamente relacionado con estos paradigmas, y ha sido abordado desde diversas perspectivas y con objetivos diferentes. Diversos autores se han avocado a una crítica y evaluación de su significado, importancia y alcance, señalando los supuestos, los sesgos y las limitaciones conceptuales en la manera en que las encuestas lo definen y lo miden (Casterline *et al.*, 1996; DeGraff y De Silva, 1996; Dixon-Mueller y Germain, 1992; Bongarts y Bruce, 1995; Westoff *et al.*, 1981; Westoff y Bankole, 1995 y 1996; Aparicio, 2001; Sinding *et al.*, 1994; entre muchos otros). A su vez, estudios antropo-

lógicos o de tipo cualitativo, o combinaciones de ellos con otros de corte estadístico, también han servido para argumentar acerca de esas limitaciones y sus resultados han enriquecido el análisis de esta problemática (por ejemplo, Visaria, 1997; Yinger, 1998).

Otros esfuerzos vinculados con el enfoque de SR se han dirigido a mostrar la importancia de articular este concepto a otras dimensiones tales como los derechos humanos, particularmente los derechos reproductivos de las mujeres y las inequidades y desigualdades de género, desarrollando propuestas extremadamente sugerentes y provocativas de naturaleza teórica y metodológica que reflejan las potencialidades y riqueza del concepto, y en las cuales las necesidades individuales constituyen el foco central (Dixon-Mueller, 1999; Dixon-Mueller y Germain, 1993; Visaria, 1997). La comparación entre necesidades satisfechas o insatisfechas, tal como son definidas por las propias mujeres y las identificadas por los programas y las intervenciones, pareciera ser la arena de debate y confrontación más relevante que subyace tanto a nivel teórico-metodológico, como a nivel político-ideológico. Los esquemas conceptuales desarrollados para explicar los cambios en los distintos ámbitos del comportamiento reproductivo (entre ellos el de necesidades insatisfechas), la producción de información para dar cuenta de dichos cambios y de las intervenciones gubernamentales, de organizaciones civiles o de grupos de poder específicos, no son independientes de posiciones teóricas, políticas o ideológicas y deben ser vistos como parte de una problemática previamente definida y estructurada (Lerner y Quesnel, 1986).

Se puede inferir de lo anterior que la propia historia del concepto de necesidades insatisfechas apunta a la necesidad de una crítica rigurosa de los supuestos teóricos y metodológicos utilizados en la investigación y en la definición operativa del mismo, así como del significado y alcance de las evidencias empíricas resultantes de diversas encuestas y de los propósitos instrumentales y programáticos a los que responde. Pese a que esta tarea excede los límites de este texto, su contenido busca contribuir en esa línea, y debe ser considerado como un paso preliminar y exploratorio en el camino por recorrer.

Este documento comienza con un recuento breve y esquemático de algunas reflexiones iniciales acerca de los principales cuestio-

namientos del concepto de necesidades insatisfechas a la luz de los dos paradigmas mencionados: *a)* el enfoque convencional o poblacional subyacente en la posición antinatalista, orientado fundamentalmente hacia la expansión de la cobertura anticonceptiva para regular y reducir la fecundidad, y en el cual las necesidades de la población se definen básicamente en relación con el logro de estos objetivos y de acuerdo con las percepciones, intereses y preocupaciones de las autoridades gubernamentales, de los responsables de los programas de planificación familiar (PF), de los proveedores de servicios y de algunos investigadores académicos; en otras palabras, como parte de la esfera pública, y *b)* el enfoque de salud reproductiva, que privilegia la perspectiva individual y familiar, la esfera privada, y centra la atención en los derechos reproductivos y las condiciones de desigualdad social y de género. Es decir, en este último paradigma subyace una racionalidad diferente que se desprende de las necesidades individuales, sobre todo las de las mujeres, las cuales no necesariamente coinciden con las derivadas de los intereses públicos. En este documento, ambos enfoques son interpretados desde la perspectiva de los estudios de población y de algunas de las contribuciones de la literatura feminista así como de la experiencia mexicana.

Teniendo en mente estos dos paradigmas, y utilizando la información de una encuesta realizada en 1999 en contextos rurales marginales de México, donde opera uno de los programas de salud diseñados para atender a la población marginada (Programa IMSS-Solidaridad), en la segunda sección buscamos explorar lo que podemos aprender acerca de las necesidades insatisfechas de las mujeres en relación con su salud reproductiva. Pese a las limitaciones inherentes a los datos de encuesta, particularmente como instrumento para registrar opiniones, actitudes, preferencias, intenciones y valoraciones —todas ellas dimensiones subjetivas que se construyen socialmente y que son internalizadas de manera diferencial por parte de los individuos—, el análisis de la información sobre estos aspectos ofrece resultados relevantes y sugerentes, siempre y cuando, como afirma Bourdieu (1980), se esté consciente y se adopte una actitud crítica respecto a la información utilizada.

Por lo tanto, a diferencia del análisis demográfico clásico, que busca conocer comportamientos de gran escala, utilizamos un en-

foque no convencional al analizar la base de datos de la encuesta. Utilizando la lógica de pequeños, aunque significativos, números relativos, buscamos evidencias empíricas en los intersticios de la información para ilustrar algunas de las situaciones de mayor carencia y vulnerabilidad social de las mujeres con respecto a los diferentes componentes de su salud reproductiva.⁴ Se trata de una interpretación exploratoria, en la que intentamos dilucidar las discrepancias, ambigüedades e incertidumbres dadas por la información de la encuesta con respecto a lo que convencionalmente es visto como necesidades de las mujeres. Dicha información es en ocasiones complementada con la opinión de los proveedores de servicios de salud que intervienen e influyen en la salud reproductiva de las mujeres.⁵ Dada la información disponible en las encuestas analizadas, el énfasis del documento está puesto en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Finalmente, concluimos con una serie de consideraciones que sugerimos como temas de debate, los cuales nos permitirán en un futuro abordar estrategias analíticas alternativas y complementarias para incrementar nuestra comprensión acerca de las interrelaciones entre condiciones de vida, de vulnerabilidad y de exclusión social y las necesidades satisfechas o insatisfechas de las mujeres y de los hombres en el campo de la salud reproductiva.

⁴ Dado que la mayoría de los datos de encuesta ofrecen una visión muy limitada y homogénea respecto a las necesidades y las necesidades insatisfechas de las mujeres, debido tanto a la manera en que las preguntas son formuladas como, y principalmente, a la utilización de opciones de respuesta predefinidas en las preguntas que inquieran sobre dimensiones subjetivas, hemos rescatado y analizado las respuestas abiertas dadas por las mujeres que se incluyen bajo el rubro de "Otros" y cuyo texto fue capturado en la base de datos, para intentar obtener una imagen más precisa, comprehensiva, y quizás diferente, acerca de ellas.

⁵ La información acerca de los proveedores de servicios de salud proviene de la Encuesta sobre las Instituciones de Planificación Familiar (Eninplaf) realizada por Conapo-IMSS en 1996.

EL SIGNIFICADO DE NECESIDADES INSATISFECHAS
DESDE DISTINTAS PERSPECTIVAS

A partir del supuesto de que el concepto de “necesidades insatisfechas” nació para dar respuesta a una necesidad programática y pública en el ámbito de la reproducción humana, las siguientes interrogantes nos parecen claves para abordar el significado de este concepto: ¿Necesidad para quién? ¿Necesidad de quién o según quién? ¿Necesidad para qué o en qué componente de la SR? ¿Con qué objetivos? ¿Bajo qué supuestos? ¿Quién define los principales componentes a considerar y cómo se definen? ¿Bajo qué condiciones materiales, culturales e ideológicas, sean públicas o individuales, se plantean, confrontan, resuelven o no resuelven estas necesidades? Con estas preguntas en mente veamos algunos de los diferentes significados y alcances del concepto de necesidades insatisfechas, así como de sus limitaciones y potencialidades, de acuerdo con los dos paradigmas identificados: el enfoque poblacional y el enfoque de salud reproductiva.

*El enfoque poblacional: necesidades insatisfechas
como preocupación social y pública*⁶

La perspectiva poblacional de las décadas de 1970 y 1980 se caracterizó por una orientación antinatalista tanto en el campo de la reflexión y la investigación, como en el de los debates y las intervenciones. Esta orientación formó parte del debate internacional hegemónico acerca de las relaciones causales entre población y desarrollo,⁷ en donde el primer término de este binomio, la población, se convirtió en el elemento central y prácticamente la única esfera de acción, a través

⁶ Un análisis más amplio de los dos paradigmas se encuentra en Lerner y Szasz (2003).

⁷ Nos referimos a las cuatro conferencias mundiales sobre población organizadas por las Naciones Unidas: Roma, 1954; Belgrado, 1965; Bucarest, 1974, y México, 1984. Ya desde la Conferencia de Belgrado, pero particularmente después de la de Bucarest, siempre estuvo presente el debate acerca de la necesidad de diseñar e implementar políticas de población.

de medidas dirigidas a regular la fecundidad. Algunos de los principales aspectos de este escenario inicial son:

a) *La visión controlista o antinatalista como posición hegemónica* resultante del debate internacional y nacional tanto a nivel teórico como operativo, en el cual los niveles y tasas sin precedente de crecimiento poblacional en los países en desarrollo eran vistos como un obstáculo y una amenaza para el desarrollo. Los altos niveles de fecundidad eran considerados por los países desarrollados como la causa principal del lento crecimiento económico, constituyendo además, el elevado incremento de las poblaciones del sur, una preocupación geopolítica. El razonamiento hipotético subyacente en las recomendaciones emanadas de las conferencias mundiales de población suponía que las iniciativas antinatalistas podían reducir la pobreza en los países en desarrollo, mejorando con ello las condiciones de vida de la población y reduciendo la brecha entre las naciones ricas y las naciones pobres.

b) *El carácter reduccionista y sesgado de las políticas de población*, las cuales si bien en teoría cubrían los tres componentes básicos de la dinámica poblacional —fecundidad, mortalidad y migración—, en la práctica se orientaban y limitaban, mediante el establecimiento de metas demográficas, a reducir los niveles de fecundidad. La brecha entre la retórica y la práctica de la política poblacional, así como su orientación reduccionista, se reflejaron en la concreción del concepto de planificación familiar y en el diseño y operación de los programas de planificación familiar (PPF).

c) *Los cambios en los ámbitos de influencia e intervención en el control de la fecundidad*: del ámbito privado e íntimo de la familia y de las normas religiosas, morales y culturales, que en el pasado predominaron de manera casi exclusiva, se transitó hacia una creciente intervención estatal en las últimas tres décadas. Esto fue posible gracias al diseño e implementación de políticas públicas, fundamentalmente políticas poblacionales, PPF, extensión de los servicios de salud y una amplia gama de actividades de información, educación y comunicación vinculadas con los PPF, que adquirieron diversas modalidades y fueron llevadas a cabo sobre todo por diversas instituciones públicas (Thomas y Grindle, 1994; Lerner y Quesnel, 1994).

d) *Los restringidos rasgos que caracterizaron el modus operandi inicial de los PPF*: su focalización en las mujeres en edades reproductivas

con alta paridad y el diseño e implementación de un modelo programático único; es decir, con una virtualmente total ausencia de consideraciones acerca de la diversidad de circunstancias económicas, sociales, culturales, institucionales e ideológicas y de las barreras poblacionales que pudieran limitar el acceso de las mujeres a los servicios de planificación familiar. Otro rasgo distintivo fue la exclusiva responsabilidad otorgada a las instituciones de salud y sus agentes para la implementación de estos programas, sin tomar en cuenta a otros actores y procesos sociales que intervienen e influyen en el comportamiento reproductivo, hecho que condujo a la medicalización de la procreación.

Por lo tanto, no es de extrañar que esta perspectiva haya conducido a la “segmentación de la población”, enfocando la atención en las necesidades insatisfechas de anticoncepción de ciertos grupos de mujeres, excluyendo a otros grupos en situaciones de riesgo similares, cuando no mayores. En el inicio de los PPF públicos en México, igual que en muchos de los países en desarrollo, las intervenciones se orientaron a las llamadas “mujeres meta”, esto es, a mujeres casadas o en unión libre de edades intermedias y avanzadas (35 y más años) y con una alta paridad (tres y más hijos), que no utilizaban ningún método anticonceptivo, sin importar sus preferencias reproductivas. Entre ellas, el énfasis estaba puesto en aquellas provenientes de los sectores más pobres y marginados.

Más aún, tampoco sorprende que el concepto de necesidades insatisfechas de anticoncepción (NIA) se haya convertido en un instrumento central y relevante de estrategia política para diseñar, justificar e implementar los PPF; para focalizar sus servicios en ciertos grupos de población y para evaluar el impacto de estos programas en la dinámica poblacional, particularmente en los cambios en la fecundidad. Tampoco es de extrañar que este concepto se haya definido e interpretado a partir de las mujeres que declaran no estar practicando la anticoncepción y que al mismo tiempo expresan su deseo de terminar o espaciar su descendencia, las cuales son identificadas y definidas como aquellas que corren el riesgo de embarazarse sin desearlo.⁸ Como acertadamente señalan Dixon-Mueller y Germain

⁸ Este concepto tiene su origen en los marcos teóricos clásicos implementados durante las primeras encuestas de fecundidad llevadas a cabo en la década de 1960

(1992), se trata de un concepto que no es definido por las propias mujeres sino que es uno imputado o atribuido a ellas por parte de los investigadores y los responsables de los PPF, quienes lo infieren a partir de la aparente inconsistencia entre las prácticas anticonceptivas y las preferencias en el tamaño de familia expresadas por aquéllas.

Esto explica la naturaleza programática y operativa del concepto de NIA y su rasgo doblemente restrictivo. En primer lugar, como lo sugiere su nombre: *necesidades insatisfechas (solamente) en anticoncepción*,⁹ es el resultado de comparar la demanda con la oferta de servicios de PF (número de usuarias potenciales de anticoncepción *vis à vis* las mujeres que son actualmente usuarias de los mismos), y forma parte de los componentes para estimar los recursos materiales y humanos requeridos para proveer estos servicios. Su lógica o racionalidad responde a las preocupaciones políticas y de diversos sectores académicos y sociales que priorizan las políticas y acciones tendientes a incrementar el uso y efectividad de métodos anticonceptivos modernos para regular y controlar la fecundidad, así como para mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de anticoncepción. En consecuencia, su justificación, en tanto necesidad pública, reside en el supuesto de considerar a la práctica anticonceptiva

(por ejemplo, las encuestas sobre fecundidad rural y urbana realizadas en México y otros países de América Latina). En ellas se comparaba la inconsistencia entre las respuestas de las mujeres acerca de cuáles eran sus ideales y preferencias de tamaño de familia, sus visiones acerca de las ventajas y desventajas de tener una familia grande o pequeña o se indagaba acerca del llamado *KAP-Gap* (brecha entre conocimientos, actitudes y prácticas) en relación con el control de los nacimientos. Sus resultados fueron vistos e interpretados como indicativos de las necesidades insatisfechas de las mujeres en términos de anticoncepción, pese a que surgieron dudas acerca de la ambigüedad de su significado (Berelson, 1966; Berquó, 1979; Conning y De Jong, 1976; Patarra y De Oliveira, 1974; Westoff, 1988).

⁹ Los términos “necesidades insatisfechas en anticoncepción” y “necesidades insatisfechas en planificación familiar” tienden a utilizarse de manera indistinta en la literatura, lo que se justifica en la medida en que los PPF estuvieron virtualmente reducidos a acciones encaminadas a alcanzar un mayor uso de anticonceptivos. Sin embargo, el concepto original de planificación familiar incluye otros aspectos. A nivel discursivo y teórico, se refiere a la decisión libre e informada de las parejas para limitar el número de hijos y para optar por la utilización de métodos anticonceptivos, incluyendo el derecho a practicar voluntariamente la PF. En la práctica, sin embargo, estas iniciativas se redujeron a ampliar la cobertura anticonceptiva de las mujeres bajo la responsabilidad de los proveedores del servicio de salud.

(universal) como el mecanismo fundamental (y frecuentemente el único) para reducir los niveles de fecundidad, para contrarrestar las implicaciones del alto crecimiento poblacional y para obtener así un mayor bienestar común (Sinding, 1993; Bongaarts y Bruce, 1995; Westoff y Bankole, 1996).

De acuerdo con esta interpretación, algunos autores vinculan el significado de NIA a los menores o mayores costos —no sólo materiales, sino también sociales, psicológicos y de salud—, asociados con el conocimiento, la actitud favorable, y la utilización de anticonceptivos, como opuestos a la falta de conocimiento, la actitud desfavorable, y la no utilización de ellos. Las conclusiones al respecto son obvias: los beneficios de la anticoncepción para las mujeres —que generalmente se limitan a la prevención de embarazos— son supuestamente mayores que los costos (y consecuencias) del uso de métodos anticonceptivos, sobre todo los modernos, incluyendo la esterilización. Lo contrario es cierto para las mujeres con necesidades insatisfechas que están obligadas a cargar con costos extremadamente altos (Easterlin, 1975; Bongaarts y Bruce, 1995). Este esquema analítico también puede relacionarse con las interpretaciones de otros autores que buscan describir los riesgos derivados del comportamiento reproductivo, aunque la mayoría de ellos continúa adoptando una noción estrecha y simplista de riesgo, que se circunscribe a la posibilidad de un embarazo no planeado para las usuarias de métodos anticonceptivos. Los estudios que muestran los efectos positivos o perjudiciales, así como las ventajas o desventajas de ciertas prácticas e intervenciones en el plano de la anticoncepción, los eventos procreativos y otras cuestiones reproductivas, sobre las condiciones de salud física, emocional y de bienestar de hombres y mujeres, proporcionan un panorama distinto y más complejo del significado de riesgo (Koblinsky y Nachbar, 1999). Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer en esta dirección, considerando los riesgos del comportamiento reproductivo como resultado de las innovaciones tecnológicas modernas, de las relaciones de poder y de los controles sociales que influyen sobre dicho comportamiento, es decir, bajo una perspectiva conceptual más amplia de riesgo como la desarrollada, por ejemplo, por Beck (1992).

Los resultados de las encuestas llevadas a cabo en México en la década de los setenta ya mostraban la existencia de una necesidad

que era sentida y expresada por las mujeres con alta paridad que no conocían ningún método para espaciar o limitar sus embarazos. La existencia de esa demanda explica en gran medida la efectividad de la respuesta pública a través de los primeros PPF¹⁰ (Lerner y Quesnel, 1994), pero también sugiere que las arraigadas tensiones entre los intereses y necesidades sociales o públicos *versus* los privados e individuales, eran bastante parecidas, al menos al nivel discursivo y retórico. Sin embargo, a nivel operativo, como se verá posteriormente, los mecanismos, lógicas, racionalidades y prácticas puestos en marcha por los servicios de salud no siempre respondieron a los intereses, preferencias y necesidades individuales, no sólo en lo concerniente al uso de métodos anticonceptivos, sino también en relación con el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad.

El enfoque de salud reproductiva: necesidades insatisfechas como preocupación en el ámbito personal y privado

El antecedente de esta perspectiva, que dio origen al surgimiento del concepto de SR,¹¹ radica en la extendida y creciente participación, tanto a nivel nacional como internacional, de mujeres de la sociedad civil que impugnaron la orientación, justificación y legitimidad de las políticas poblacionales y de los PPF, cuestiones que han sido ampliamente documentadas en la literatura (véase, por ejemplo, Sen *et al.*, 1994; Mundigo, 1999; Berquó, 1999). También puede encontrarse en el trabajo de distintos investigadores que advirtieron acerca de las incertidumbres en torno a los logros obtenidos

¹⁰ En 1974 el gobierno mexicano promulgó una nueva ley de población que definió la orientación de la actual política de población. En 1977 inició el primer PPF a nivel nacional. Con anterioridad a estas iniciativas, esto es, en 1973, se estima que alrededor de 23% del total de mujeres casadas utilizaba métodos anticonceptivos modernos, cifra que creció a 32% en 1979, a 41% en 1982 y a 45% en 1987, como resultado de los cambios de la legislación, del impacto de los PPF y de las modificaciones sociales, económicas y culturales de la población. Se estima que hacia 1997 la utilización de anticonceptivos subió hasta 73% en las áreas urbanas y 54% en las rurales (Camarena, 1991; Conapo, 2000).

¹¹ Concepto inicialmente definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y adoptado por la CPD llevada a cabo en El Cairo en 1994.

por esos programas, dados los efectos perversos —intencionales y previstos o no— que se observaron (por ejemplo, Faria, 1988; Lerner y Quesnel, 1994). Aún más, algunos estudios subrayaron la necesidad de analizar las consecuencias de la implementación de políticas económicas y sociales desfavorables, como las neoliberales, que resultaron en un empobrecimiento dramático y creciente de la población y de sus condiciones de salud reproductiva, como un elemento clave de este enfoque (Lerner y Szasz, 2003).

Sin subestimar los logros de los PPF —es decir, la rápida disminución en la fecundidad y la subsecuente reducción en las tasas de mortalidad materna e infantil—,¹² resulta importante reconocer el simplismo y falacia subyacentes en la justificación y legitimación de la lógica inherente a estas intervenciones, que se visualizaron como el mecanismo central para la reducción de las condiciones de pobreza de la mayoría de la población. Las evidencias empíricas sugieren lo contrario, confirmando uno de los argumentos expuestos por diversos críticos de la posición antinatalista: sin políticas adecuadas de desarrollo económico y social y sin considerar las condiciones de vida y las necesidades sentidas por la población, las intervenciones exitosas en la dinámica demográfica no resultarán en un mayor bienestar de la población (Lerner y Quesnel, 2002; Sen *et al.*, 1994; Welti, 1998; Szasz y Lerner, 2002).

Como parte de los debates y la confrontación de enfoques relativos tanto a las intervenciones del Estado para regular la fecundidad como del propio significado y alcance del concepto de necesidades no satisfechas, deben considerarse las siguientes cuestiones críticas y efectos perversos, intencionales o no:

a) *La visión parcial y cuestionable de las intervenciones en PPF y en programas de salud materna e infantil*, cuyos servicios se concentran casi por completo en los eventos reproductivos más directamente vinculados a la procreación, tales como la atención a los embarazos y partos y, en mucho menor medida, en los relacionados con el periodo posparto. Más aún, e independientemente de sus efectos positivos, estos eventos —sobre todo la atención del parto y la aten-

¹² A pesar de lo cual continúan persistiendo importantes diferenciales en esas variables que se expresan en niveles más elevados entre los grupos sociales más vulnerables y marginados.

ción materno-infantil— se constituyeron en espacios de intensa influencia estatal, en algunos (o muchos) casos de carácter coercitivo, para la introducción de prácticas modernas de anticoncepción, particularmente las irreversibles, con objeto de controlar y reducir los niveles de fecundidad.

b) La exclusión inicial de los servicios de atención de salud reproductiva de amplios grupos de la población, tales como adolescentes, madres solteras, mujeres solteras, viudas, separadas y divorciadas, mujeres estériles o aquellas que fueron esterilizadas, mujeres en etapa menopáusica y varones en todas las edades reproductivas. Este hecho se vio agravado por la escasa atención prestada a los problemas de salud reproductiva distintos a los anteriormente mencionados.

c) Las cuestionables y desfavorables condiciones y prácticas relacionadas con el acceso a servicios de planificación familiar de calidad. Al respecto deben señalarse al menos tres cuestiones que han sido ampliamente documentadas y debatidas en la literatura:

- El limitado repertorio de métodos anticonceptivos reversibles ofrecidos a las mujeres y, sobre todo, su falta de adecuación apropiada a las condiciones físicas y emocionales de las mujeres y el momento del ciclo de vida reproductiva en que se encuentran.¹³ Lo anterior se tradujo en una extensa y casi exclusiva oferta de métodos considerados seguros, como el dispositivo intrauterino (DIU) y, sobre todo, irreversibles y permanentes, como la esterilización femenina,¹⁴ presentándose con frecuen-

¹³ A partir de datos de la Eninplaf de 1996, es posible estimar que de las ocho opciones de métodos tradicionales y modernos utilizados por las instituciones oficiales de salud, incluyendo la esterilización, sólo se dispone en ellas de un promedio de 3.7 métodos.

¹⁴ El tipo de método utilizado por las mujeres en México para regular su fecundidad cambió radicalmente en los últimos 25 años. Durante el estadio inicial de los PPF oficiales (1977), 36% de las mujeres casadas en edad fértil usaban píldoras anticonceptivas, 23% utilizaba métodos tradicionales y a 19% se les había colocado un DIU. Hacia 1997, la utilización de la píldora cayó un tercio, mientras que el uso de métodos tradicionales se redujo a la mitad. Por el contrario, la operación femenina (ligamiento de trompas), que representaba 8.9% en 1976, se quintuplicó al llegar a 45%, convirtiéndose en el método más utilizado, seguido por el DIU en segundo lugar con 21% (Dirección General de Planificación Familiar, 1989; Conapo/IMSS, 1999).

cia casos de mal manejo y prácticas nocivas en la aplicación de los mismos por parte de los proveedores de servicios de PF.

- La elevada frecuencia de esterilizaciones femeninas y de cesáreas, siendo esta última una práctica que no sólo precede a la oclusión tubaria, sino que es altamente indicativa de la lógica prevaleciente en las instituciones de salud y no es ajena a los mecanismos utilizados para reducir los niveles de fecundidad.¹⁵ Esta práctica puede ser no sólo reflejo de negligencia y abuso profesional y de las condiciones de pobreza material, social y cultural de las instituciones de salud, sino también de la situación de vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres, principalmente las de los estratos socioeconómicos más pobres, dada la inadecuada, insuficiente y restringida estructura de opciones disponible para ellas en el ámbito de la salud reproductiva, lo cual no está desvinculado de las condiciones prevalecientes en otros ámbitos como la educación, la alimentación y el trabajo.
- Las propias condiciones sociales, económicas, culturales y laborales de las instituciones de salud y sus agentes, así como la estructura vertical en el proceso de toma de decisiones prevaleciente en ellas, que repercuten en un desfavorable ambiente para la interacción entre los proveedores y las mujeres usuarias de los servicios de salud reproductiva. Entre esas condiciones cabe mencionar la imposición de alcanzar las metas de PF, sobre todo respecto a la utilización de métodos irreversibles, el poco tiempo disponible para las consultas, la excesiva carga de trabajo acompañada de bajos niveles salariales de los proveedores del servicio y el frecuente desabasto tanto de métodos anticonceptivos como de instrumental médico. Asimismo, las desiguales relaciones de poder entre los usuarios y los proveedores, caracterizadas por la imposición del saber técnico de los

¹⁵ Según estimaciones basadas en datos de encuesta, la tasa de cesáreas en las áreas urbanas de México era de 29% en 1995, con un rango de variación entre 20 y 42% (Cárdenas, 2000). A nivel nacional, la prevalencia de esta práctica en el sector público se estima en 24%, cifra que varía entre 21 y 46% según información proporcionada por distintas instituciones de salud (Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, 1999). La norma internacional al respecto indica que la proporción de cesáreas no debe ser mayor al 15 por ciento.

profesionales de la salud, así como la homogeneidad de los programas e intervenciones y su falta de adecuación a las demandas específicas de los diversos grupos poblacionales, son otros de los factores en juego que afectan la interacción entre estos actores (Camarena, 1991; Cervantes, 1999; Gautier y Quesnel, 1993; Jasis, 2000; Lerner y Quesnel, 1994 y 2002).

d) *La ausencia de un enfoque de género y la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*, así como el no reparar en las percepciones, necesidades y prioridades de las mujeres (y de los hombres) en el ámbito de la salud, la reproducción y la sexualidad, son algunas de las cuestiones clave documentadas en la literatura. A ello se agregan las condiciones de desigualdad social, que exacerbaban las ya de por sí adversas condiciones de vulnerabilidad de la gran mayoría de las mujeres (Dumbl, 1999; Figueroa, 1999; Kabeer, 1998; Petchesky, 1995; Sen *et al.*, 1994).

Este escenario de intensas críticas fue indudablemente uno de los factores cruciales que condujeron a la institucionalización y legitimación del enfoque de SR a raíz de la Conferencia de El Cairo. De hecho, este enfoque se convirtió en el campo de referencia más amplio para la investigación sociodemográfica, así como para la definición de acciones en los niveles nacional e internacional. Ello significó incluir una visión más abarcadora de los servicios requeridos en los diversos componentes de la sexualidad y la reproducción, en especial con respecto a las prácticas y situaciones de riesgo —enfermedades de transmisión sexual (ETS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH/sida)— a las que están expuestos los diversos grupos de la población, e incorporar elementos de los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones, y de la perspectiva de género. En este sentido, se busca romper con la conceptualización jerárquica de los anteriores PPF, reconociendo la autodeterminación y capacidad de las mujeres para controlar su vida reproductiva y dejar de ser sujetos dominados por la influencia de la familia, de los profesionales médicos o de otros actores sociales que frecuentemente influían y decidían por ellas. A ello se añade la importancia de la participación y responsabilidad de los varones tanto en el ámbito de su propia reproducción como en el de las mujeres.

Dentro de esta perspectiva, nos interesa destacar tres aspectos vinculados con el significado y alcance del concepto de necesidades insatisfechas, a la luz de las potencialidades ofrecidas por el enfoque de salud reproductiva. El propósito de este ejercicio es identificar líneas de investigación que permitan un mayor y más adecuado acercamiento al conocimiento de las necesidades de las mujeres, no sólo en lo que hace a información y servicios de anticoncepción, sino en otros componentes de la salud vinculados con sus vidas reproductivas.

Como antes se mencionó, un aspecto inicial se refiere a la prevalencia generalizada de una orientación segmentada, que se traduce en la exclusión de las percepciones, necesidades y demandas de grandes grupos de mujeres (y de hombres) de los servicios de PF y de SR. ¿Necesidades para quién? ¿Necesidades de quién o según quién? Bajo el enfoque de SR, los grupos a los que se dirigen las acciones y servicios de PF y SR deberían incluir a madres y mujeres adolescentes, solteras, separadas, divorciadas o viudas, a las que viven en uniones no formales, a las vinculadas al comercio sexual y, obviamente, a los hombres en las diferentes etapas de sus vidas. Pero también hay otras mujeres con necesidades insatisfechas, o que son usuarias insatisfechas, mujeres amenorreicas, esterilizadas o estériles, así como las que se encuentran en la menopausia. Aun cuando los niveles de necesidades anticonceptivas de estos grupos excluidos son presuntamente más bajos, incluyen a grandes grupos de población¹⁶ que están también en situación de vulnerabilidad (quizás incluso mayor) respecto a su salud reproductiva. Asimismo, para disminuir la tensión entre los intereses, preocupaciones y necesidades sociales, nacionales y públicos, frente a los individuales, privados e íntimos, es esencial considerar que deben ser los propios hombres y mujeres quienes definan sus necesidades y no solamente

¹⁶ A pesar de las limitaciones de las encuestas para registrar las necesidades insatisfechas de estos grupos, las escasas estimaciones disponibles para algunos de ellos ilustran la gran proporción de mujeres que se encuentran en esta situación. Por ejemplo, en el caso de Perú, si se considera a las mujeres no unidas (42%) más las mujeres unidas que son usuarias (46%), se estima que cerca de dos tercios de las mujeres en edad fértil están excluidas de la consideración de sus necesidades insatisfechas (citado por Dixon-Muller y Germain, 1992, p. 332).

los investigadores, los proveedores de servicios, los tomadores de decisiones en materia de políticas o los grupos conservadores.

Aunado a lo anterior, una segunda consideración tiene que ver con la intencionalidad y la manera de identificar y delimitar las necesidades reproductivas de los distintos grupos poblacionales. En otras palabras, ¿necesidades para qué? Aun si nos restringimos solamente a las necesidades anticonceptivas, obviamente éstas no son necesariamente las mismas para todos los grupos poblacionales, sino que varían de acuerdo a sus condiciones de vida, cosmovisiones y la etapa de la vida reproductiva en que se encuentran. Entre las mujeres clasificadas (por una tercera persona) con necesidades insatisfechas, ¿todas ellas necesitan realmente servicios anticonceptivos? ¿Les interesa o desean realmente espaciar o limitar su descendencia? O, mejor aún, ¿qué tipo de método anticonceptivo o de servicio de PF necesitan realmente? ¿Cuáles son las necesidades insatisfechas de las actuales usuarias? ¿Son todas usuarias del método correcto, adecuado, que las satisface o, por el contrario, algunas o la mayoría de ellas son usuarias de un método incorrecto, inadecuado y que no las satisface? ¿Cuáles son las necesidades específicas en este ámbito para las adolescentes, las mujeres solteras o las que tuvieron abortos voluntarios o provocados? (Germain, 1993). Más aún, ¿cuáles son las necesidades insatisfechas de estos grupos de mujeres en relación con otros componentes de salud reproductiva, tales como la prevención y el tratamiento de la esterilidad, las infecciones del tracto reproductivo (ITR), VIH/sida, cáncer de mama o cérvico-uterino?

Como señalan Dixon-Muller y Germain (1993), si el desafío es satisfacer las necesidades reproductivas de hombres y mujeres, existe una necesidad urgente de ampliar el alcance de las necesidades insatisfechas considerando las demandas y condiciones específicas de los distintos grupos poblacionales: "i) las necesidades de cualquier método anticonceptivo entre las no usuarias que están en riesgo de un embarazo no deseado o no previsto [...]; ii) la necesidad entre ciertos usuarios de un método más efectivo, satisfactorio o seguro [...]; iii) la necesidad entre usuarios y no usuarios de atender las fallas o el fracaso en el uso de anticonceptivos; en otras palabras, la disponibilidad y el acceso a servicios de salud donde se practiquen abortos seguros y accesibles para terminar con embarazos

no previstos o no deseados, y iv) la necesidad de servicios en otros componentes de la salud reproductiva..." (p. 13).

Un tercer y último aspecto se refiere a las circunstancias estructurales, institucionales, intersubjetivas o personales requeridas para responder a las necesidades y demandas de los individuos en los componentes básicos de su salud y vida reproductivas. De acuerdo con el enfoque adoptado en El Cairo, la salud reproductiva implica considerar los siguientes aspectos: *i)* que la gente sea *capaz* de tener una vida sexual satisfactoria y *segura* (lo que implica que los individuos pueden tener relaciones sexuales *libres del miedo* a embarazos no deseados o de ETS); *ii)* que tengan la *capacidad* de reproducirse y la *libertad* de decidir si lo hacen, cuándo y con qué frecuencia (lo que implica que los hombres y las mujeres tienen el derecho a estar *informados* y a tener *acceso a métodos seguros, efectivos, costeables y aceptables* de planificación familiar *de su elección* para la regulación de su fecundidad, y que no están *en contra de la ley*); *iii)* que las mujeres tengan embarazos y partos *seguros*, y *iv)* que los resultados de sus embarazos sean exitosos para la supervivencia y el bienestar de la madre y el niño (en estas dos condiciones está implícito el *derecho al acceso a servicios de atención a la salud apropiados y de calidad*) (Barzelatto, 1994 y 1998; Fathalla, 1992; Fundación Ford, 1991; Sai y Nas-sim, 1989; Salles y Tuirán, 1995; Naciones Unidas, 1994).¹⁷

Aun cuando este enfoque ofrece una visión más adecuada y realista de las necesidades y demandas individuales en los componentes básicos de la vida reproductiva, tiene también implicaciones significativas y plantea importantes y complejos desafíos para satisfacer esas necesidades, tanto en lo que hace a las estrategias de investigación de carácter teórico-metodológico a ser consideradas, como, y sobre todo, en cuanto a la traducción de sus resultados para lograr mejores intervenciones públicas en este campo. A partir del concepto de sr señalado surgen algunas preguntas de investigación y de estrategia operativa: ¿Cuáles son las principales barreras

¹⁷ Pese a su significado aparentemente simple, las palabras puestas en cursivas son de gran importancia y ameritan una interpretación más explícita y sólida, en tanto que dan cuenta de las condiciones requeridas para el logro de la salud reproductiva, según las circunstancias específicas de cada sociedad, tales como las desigualdades sociales y de género, las relaciones de poder, etcétera.

sociales, económicas, culturales y políticas que afectan la habilidad o capacidad de las mujeres y los individuos para optar de manera libre y segura por una vida sexual y reproductiva exenta de embarazos no deseados y de ETS? ¿Cuáles son las circunstancias personales de las mujeres en sus contextos de pareja o familiares, en su situación económica, en las restricciones impuestas por el Estado y por ciertas instituciones o grupos de poder, que obstaculizan o facilitan la libertad de las mujeres para decidir y ejercer sus derechos reproductivos? ¿Cuáles son las condiciones, obstáculos y lógicas de las instituciones de salud y de los proveedores de servicios que dificultan o posibilitan a los individuos el acceso a métodos de PF seguros, efectivos, costeables y satisfactorios, y a hacer efectivos sus derechos de elección y de acceso a servicios de salud de calidad? ¿Cuál es la disponibilidad y calidad de los servicios de salud y de PF para ofrecer una amplia y adecuada gama de servicios anticonceptivos, más que sugerir o imponer sólo aquellos que se tienen y/o que se consideran como los más seguros y efectivos? Finalmente, ¿cuál es el papel del Estado y de las instituciones de salud en la agenda de la SR orientada a lograr una disminución de las situaciones adversas de los individuos en este terreno? ¿Podrá el modelo hegemónico —dominado por las fuerzas del mercado y que ha conducido a reiterados intentos de delegar la responsabilidad de la prevención y atención de la salud sobre los propios individuos— reducir, o al menos mantener, las condiciones de desigualdad social en materia de salud y en el acceso a los servicios correspondientes, o dicho modelo llevará a su incremento? ¿Cuál es el papel de otras instituciones públicas (educativas, legislativas, de impartición de justicia, etc.) y de las organizaciones de la sociedad civil, la academia y los organismos internacionales en este nuevo escenario?

Es dentro de este escenario crítico, repleto de preguntas sin respuesta, de diferentes enfoques conceptuales y matices, de intereses y objetivos diversos, que sentimos deben orientarse los futuros esfuerzos teóricos y metodológicos de investigación, a fin de tener un panorama más comprensivo y preciso de las necesidades insatisfechas de los hombres y las mujeres. Por el momento, y a pesar de todas las limitaciones de la información procedente de encuestas, nuestra intención es ilustrar, bajo este escenario, lo que puede aprenderse acerca de las necesidades insatisfechas de las mujeres

en algunos aspectos de su SR, basándonos para ello en una encuesta realizada en las poblaciones más marginadas y vulnerables del México rural. Adicionalmente, se incorpora alguna evidencia sobre las opiniones de los proveedores de servicios de salud respecto a las intervenciones que realizan, con el objeto de proporcionar algunos elementos sobre la influencia que ejercen y la racionalidad que siguen en la definición de las necesidades de las mujeres.

EL SIGNIFICADO Y ALCANCE DE LAS NECESIDADES INSATISFECHAS A LA LUZ DE LA EVIDENCIA EMPÍRICA EN CONTEXTOS MARGINALES DE MÉXICO

El panorama que presentamos corresponde al México actual, el cual ha experimentado una serie de importantes transformaciones políticas, sociales, económicas, culturales y demográficas. Baste señalar los exitosos PPF iniciados hace 30 años, que se vieron acompañados por el desarrollo de una amplia infraestructura médica desde mediados del siglo xx, por una creciente participación femenina en el mercado laboral, y por la socialización y legitimación de nuevos valores, actitudes y prácticas en diversas esferas de la vida social, familiar e individual, todo lo cual produjo cambios significativos en los patrones reproductivos (Conapo, 1999, 2000a, 2001 y 2002). Lo anterior tuvo lugar en un contexto de profundas y recurrentes crisis económicas en el país ocasionadas por el modelo de ajuste estructural adoptado, que ha generado, entre otras cosas, un incremento y agudización de las desigualdades sociales, con la consiguiente marginalización de amplios sectores de la población.

Nuestro interés principal en esta segunda parte es mostrar cómo, en un país que ha implementado un exitoso programa de PF, que ha respondido con una oferta masiva a las demandas anticonceptivas de las mujeres, que ha alcanzado una elevada cobertura anticonceptiva y una importante reducción de los niveles de fecundidad, las mujeres aún enfrentan necesidades insatisfechas en materia de SR. Centrando la atención en un grupo de mujeres residentes en algunas zonas rurales de extrema pobreza y marginación de México en 1999, intentamos buscar evidencias empíricas que muestren quiénes son las mujeres con necesidades insatisfechas, cuáles son sus necesidades en materia de SR, y cuáles son algunos de los

obstáculos y barreras, tanto públicos como privados, que ponen en riesgo la satisfacción de sus necesidades en este ámbito. Se trata de una exploración preliminar basada en datos de encuesta que, a pesar de las limitaciones conceptuales y metodológicas que los caracterizan, permiten ilustrar y responder de manera parcial a las preguntas anteriores, en ocasiones a través de las incertidumbres que surgen de los hechos y evidencias empíricas con que contamos en torno a algunos componentes de SR.

Características sociodemográficas de la población rural-marginal

La Encuesta de Salud Reproductiva se realizó en 1999 (Conapo/IMSS, 1999) con objeto de conocer el impacto de las acciones llevadas a cabo por el programa IMSS-Solidaridad puesto en operación cinco años antes de la encuesta. La población bajo estudio incluye 2733 mujeres de 15 a 49 años de edad que viven en 160 comunidades rurales de ocho de las 32 entidades federativas del país. Las mujeres entrevistadas viven en localidades en las que operan unidades médicas rurales de IMSS-Solidaridad, o bien en localidades que son objeto de acción intensiva por dicho programa a través de unidades médicas móviles y agentes de salud itinerantes que periódicamente visitan y prestan servicio a esas comunidades (51 y 49%, respectivamente; 60% de las segundas reciben servicio una vez al mes). La mayor parte de la población entrevistada es no indígena (81%) y el resto es indígena (definida a partir de la lengua hablada). Ambos grupos se distribuyen de manera similar entre las localidades que cuentan con unidades médicas y las de acción intensiva, teniendo 74% de estas últimas localidades menos de 1000 habitantes, frente a 36% de las primeras (véase el cuadro 1). La condición de marginalidad de esta población se hace patente también por su bajo nivel de escolaridad: la mitad de las mujeres no completaron la educación primaria o carecen por completo de escolaridad, aunque el nivel de escolaridad es mayor entre las generaciones más jóvenes. Las desigualdades educativas más grandes se observan entre las mujeres indígenas y las no indígenas, 75 y 44% de las cuales no completaron la escuela primaria.

Respecto a su comportamiento reproductivo destaca lo siguiente: a) la práctica casi universal de la unión marital entre las entrevi-

tadas, así como la persistencia de una edad temprana a la unión: 96% de las mujeres de 35 a 49 años y 46% de las de 15 a 24 años estaban, o habían estado, unidas al momento de la entrevista. La edad media a la primera unión es de 18.8 años, con un ligero incremento de cerca de un año en la cohorte más joven y entre las no indígenas respecto a la cohorte más vieja y las indígenas, respectivamente, y de tres años entre las más educadas respecto a las carentes de escolaridad; *b*) las diferencias en la conducta reproductiva de las mujeres según su estatus étnico, con una mayor proporción de mujeres indígenas de alta paridad (37% de las mujeres indígenas y 23% de las no indígenas tenían cinco hijos o más). Este hecho puede ser resultado de una combinación de diversos factores, tales como el distinto calendario de la fecundidad, el impacto diferencial de las acciones de planificación familiar entre las mujeres indígenas y las no indígenas y la permanencia de una alta valoración de la maternidad, sobre todo entre las primeras;¹⁸ *c*) la persistencia de un patrón temprano en la edad al nacimiento del primer hijo en las distintas cohortes (con una edad media de 20.2 años). En promedio, la mitad de las mujeres entrevistadas tuvieron a su primer hijo 1.4 años después de la primera unión, y *d*) las evidencias acerca de la sobrevivencia de los hijos, las cuales sugieren niveles de mortalidad infantil y general mucho más altos en las áreas rurales marginales consideradas en comparación con el resto del país.¹⁹ Cerca de una de cada cinco mujeres en edad reproductiva con hijos nacidos vivos había experimentado la muerte de al menos un hijo, variando entre 7% de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años y 29% de las de 35 a 49 años (cuadro 4).

¹⁸ Como punto de comparación del nivel de fecundidad en las áreas rurales marginales, se tiene que en 1996 la tasa global de fecundidad del conjunto de todas las áreas rurales de México era de 3.5 hijos por mujer, frente a 2.3 en las áreas urbanas (Conapo, 2001). La cifra para las mujeres marginadas bajo estudio es de 3.9 hijos.

¹⁹ En 1997, un promedio de 9.1% de las mujeres en edad reproductiva a nivel nacional con hijos nacidos vivos había experimentado la muerte de al menos un hijo, elevándose la cifra a 15.1% para las mujeres rurales (estimaciones realizadas a partir de la Enadid de 1997). La cifra correspondiente para las mujeres de áreas rurales marginadas es de 19.6% en 1996 (véase el cuadro 4).

Cuadro 1
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

	<i>Total</i>	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Tamaño de localidad</i>		<i>Edad</i>			<i>Paridad</i>				<i>Tipo de localidad</i>	
			<i>No</i>	<i>Sin</i>	<i>Primaria</i>	<i>completa</i>	<i>< 1 000</i>	<i>1 000</i>								<i>Con</i>		
		<i>Indígenas</i>	<i>indígenas</i>	<i>escolaridad</i>	<i>incompleta</i>	<i>o más</i>	<i>habs.</i>	<i>habs.</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>Cero</i>	<i>1-2</i>	<i>3-4</i>	<i>5 o más</i>	<i>clínica</i>	<i>Acción</i>	
																<i>médica</i>	<i>intensiva</i>	
Etnicidad (%)																		
Indígena	18.8			50.9	16.1	9.5	17.2	21.3	14.4	20.4	22.6	11.4	16.7	20.4	27.3	18.4	19.2	
No indígena	81.2			49.1	83.9	90.5	82.8	78.7	85.6	79.6	77.4	88.6	83.3	79.6	72.7	81.6	80.8	
Tipo de localidad (%)																		
Con clínica médica	51.4	51.2	52.4	51.2	48.3	56.1	35.3	73.0	52.6	51.4	52.5	54.3	53.4	52.0	49.1			
De acción intensiva	48.6	48.8	47.6	48.8	51.7	43.9	64.7	27.0	47.4	48.6	47.5	45.7	46.6	48.0	50.9			
Tamaño de localidad (%)																		
Menos de 1 000 habitantes	54.2	48.9	55.5	50.6	59.8	51.8			55.5	55.3	51.6	54.6	52.0	53.3	56.6	36.4	74.0	
1 000-5 000 habitantes	45.8	51.1	44.5	49.4	40.2	48.2			44.5	44.7	48.4	45.4	48.0	46.7	43.4	63.6	26.0	
Escolaridad (%)																		
Sin escolaridad	17.4	47.1	10.5				16.4	19.0	8.6	17.1	28.4	6.7	11.3	18.2	34.0	17.2	17.6	
Primaria incompleta	32.2	27.5	33.3				35.7	28.4	21.0	32.2	45.9	18.7	27.7	36.4	47.3	28.6	36.1	
Primaria completa o más	50.4	25.4	56.2				47.9	52.6	70.4	50.7	25.7	74.6	61.0	45.4	18.7	54.2	46.3	
Edad (%)																		
15-24	38.0	29.2	40.1	18.7	24.8	53.1	38.9	37.0				83.4	49.3	12.9	0.4	38.3	37.7	
25-34	30.9	33.5	30.3	30.5	31.0	31.1	31.5	30.2				10.8	35.1	54.0	28.4	30.4	31.5	
35-49	31.1	37.3	29.6	50.8	44.2	15.8	29.6	32.8				5.8	15.6	33.1	71.2	31.3	30.8	
Edad media	29.1	30.8	28.7	33.9	32.3	25.3	28.9	29.3	19.2	29.4	40.8	20.5	26.6	32.0	38.2	29.1	29.0	

Cuadro 1
Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas (continuación)

	Total	Etnicidad		Escolaridad		Tamaño de localidad			Edad			Paridad				Tipo de localidad	
						1 000 y más		Con clínica médica								Acción intensiva	
		Primaria completa o más	< 1 000	habs.	habs.												
		Indígenas	indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	habs.	habs.		15-24	25-34	35-49	Cero	1-2	3-4	5 o más		
Condición marital (%)																	
Unión consensual	19.1	32.2	16.1	33.3	20.5	13.4	19.6	18.9	18.0	22.0	17.7	6.7	27.5	24.0	20.6	19.5	18.8
Casadas	51.1	48.3	51.7	52.9	59.5	45.0	50.4	51.9	25.5	63.7	69.9	9.1	58.3	70.2	73.1	49.8	52.5
Viudas	1.8	3.1	1.6	4.1	2.3	0.8	1.8	1.8	0.1	1.6	4.2	0.1	1.4	2.5	3.6	1.7	2.0
Divorciadas	0.3		0.4		0.5	0.3	0.2	0.4	0.3	0.3	0.3	0.1	0.5	0.5	0.2	0.1	0.5
Separadas	3.3	2.0	3.6	2.1	4.0	3.3	3.5	3.1	2.3	3.9	3.9	0.4	8.4	2.7	2.4	3.3	3.2
Solteras	24.4	14.4	26.6	7.6	13.2	37.2	24.5	23.9	53.8	8.5	4.0	83.6	3.9	0.1	0.1	25.6	23.0
Edad media a la primera unión	18.8	17.8	19.0	16.9	18.3	20.0	18.7	18.8	19.4	18.6	18.5		18.8	18.1	17.3	18.8	18.7
Paridad (%)																	
Cero	28.0	16.9	30.5	10.8	16.2	41.4	28.1	27.6	61.3	9.7	5.2					29.1	26.8
1-2	23.5	21.0	24.2	15.3	20.4	28.5	22.6	24.7	30.6	26.7	11.8					24.1	23.0
3-4	23.0	25.0	22.5	24.1	26.0	20.7	22.6	23.4	7.8	40.2	24.6					22.8	23.1
5 o más	25.5	37.1	22.8	49.8	37.4	9.4	26.7	24.3	0.3	23.4	58.4					24.0	27.1

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

Aunque estamos conscientes de los riesgos involucrados en la estrategia analítica de los “números pequeños” que hemos adoptado y de la posible falta de significatividad estadística de algunas de las inferencias que hacemos, debemos reiterar nuevamente nuestra intención de destacar la existencia de casos que se alejan del promedio o de los comportamientos y situaciones aparentemente comunes, así como las discrepancias, ambigüedades e incertidumbres arrojadas por los datos de encuesta a fin de mostrar algunas de las necesidades —satisfechas o no— en SR que ameritan una mayor y especial atención tanto al nivel de la investigación como del campo de la programación y la intervención. Aún más, como se señala más adelante, no debemos subestimar el hecho de que cifras relativas pequeñas pueden representar números absolutos grandes al considerar la población total del país que tiene condiciones de vida similares o aún peores (véase la nota 21).

La versatilidad de los estimadores de necesidades no satisfechas en anticoncepción: ¿Necesidades de quién? ¿Necesidades para quién? ¿Necesidades según quién?

Una primera cuestión obligada se refiere a la propia definición de las necesidades anticonceptivas de las mujeres: ¿Necesidades de quién? ¿Necesidades para quién? ¿Necesidades según quién? Los criterios usados para definir las han variado a través del tiempo, y especialmente de acuerdo a los actores sociales que deciden qué es una necesidad anticonceptiva, qué mujeres son vistas como sujetos que pueden tener esa necesidad y las circunstancias bajo las cuales dicha necesidad es considerada como no satisfecha, todo lo cual está estrechamente relacionado con las cosmovisiones de los actores y con los objetivos, preocupaciones e intereses subyacentes en la definición.

En consecuencia, los estimadores de las necesidades anticonceptivas y de las necesidades insatisfechas pueden variar enormemente, dependiendo de los criterios adoptados: algunos son más restrictivos, y excluyen a diversos segmentos de mujeres, mientras que otros son más comprehensivos e incluyen a algunos de esos segmentos. En ambos casos, ya sea que se trate de las definiciones más burdas y convencionales o de las más refinadas, se busca distinguir

a las mujeres que supuestamente están expuestas al riesgo de tener un embarazo no deseado, tomando como punto de partida (y de llegada) el deseo o no de tener hijos, y la práctica anticonceptiva. En algunos casos se consideran las condiciones de preñez, infertilidad, estado marital y lactancia de las mujeres; en otros se diferencian las necesidades de acuerdo a las preferencias para espaciar los embarazos o limitarlos definitivamente. El propósito fundamental de las diversas estimaciones es conocer la demanda potencial de métodos anticonceptivos, y dentro de ello la parte de esa demanda cuyas necesidades no están siendo satisfechas, como elementos centrales para fines programáticos, para establecer las metas de cobertura de los PPF, para focalizar las acciones hacia determinados grupos de población y para la estimación de los recursos económicos y humanos que se requieren para implementar esas acciones.

Con el propósito de ilustrar el impacto que los diversos criterios usados pueden tener en la estimación, hemos calculado las NIA para las mujeres mexicanas en edad reproductiva (15 a 49 años) de áreas rurales marginadas, de acuerdo a diferentes criterios. Para las diversas estimaciones seguimos, en principio, la práctica usual cuando se trabaja con datos de encuesta, es decir, la consideración de que una mujer tiene necesidades anticonceptivas insatisfechas cuando estando supuestamente en riesgo de embarazarse declara no desear tener un hijo y no practica ninguna forma de anticoncepción. Las variaciones en las estimaciones que realizamos dependen de las características consideradas en cada caso para identificar, a partir de la información disponible, a las mujeres que están expuestas al riesgo de un embarazo (por ejemplo, embarazadas, infértiles, menopáusicas, sexualmente activas, etc.), de las razones dadas por ellas para no usar anticonceptivos y de sus preferencias reproductivas, ya sea que deseen espaciar o limitar el nacimiento de los hijos. El cuadro 2 muestra las cuatro estimaciones realizadas. El panel superior se refiere sólo a las mujeres actualmente unidas, mientras que el inferior incluye tanto a éstas como a las no unidas actualmente que alguna vez lo estuvieron, así como a las que han tenido al menos un hijo, han sido usuarias de anticonceptivos en el pasado o son sexualmente activas.

Al centrar la atención en el panel superior, el primer estimador (NIA1) corresponde a la definición más burda y convencional. Inclu-

ye sólo a las mujeres actualmente unidas en edad reproductiva que a pesar de manifestar no querer tener más hijos, no practican la anticoncepción. Bajo este criterio tenemos que 22.5% de las mujeres unidas tienen necesidades anticonceptivas insatisfechas (lo cual representa casi 17% del número total de mujeres, unidas y no unidas, en edad reproductiva). Sin embargo, se trata de una medición que, por un lado, tiende a sobrestimar la magnitud de las NIA, ya que no considera la posibilidad de que algunas de esas mujeres no estén realmente expuestas al riesgo de embarazarse, como es el caso de las actualmente embarazadas, infértiles, menopáusicas, amenorricas, o que no tienen vida sexual activa. Pero al mismo tiempo, por otro lado, subestima dichas necesidades al no incluir a las mujeres que, queriendo tener más hijos, desean espaciar los nacimientos.

La segunda estimación (NIA2) muestra cuán errado puede ser el considerar indiscriminadamente el total de mujeres que no desean tener más hijos y no recurren a la anticoncepción, como posibles demandantes de ésta. Al incluir solamente a las mujeres que no desean tener hijos, no usan anticonceptivos y están potencialmente expuestas al riesgo de un embarazo (es decir, que no están embarazadas ni son infértiles ni menopáusicas), la cifra de necesidades insatisfechas es 42% menor a la de la estimación anterior, con 13% de las mujeres unidas teniendo dichas necesidades (9% del total de mujeres).

Aún más, al considerar algunas de las razones dadas para no usar anticonceptivos, existe un pequeño grupo de mujeres que a pesar de estar unidas no tienen relaciones sexuales con sus parejas. En este caso están las mujeres cuyos maridos están temporalmente ausentes, principalmente a causa de la migración, la cual es relativamente frecuente en algunas regiones del país y sobre todo en las de mayor pobreza. Otras más, por diversas razones de índole moral, cultural, personal o por alguna enfermedad, no mantienen relaciones sexuales con su pareja. Al excluir a este grupo de mujeres (NIA3) obviamente la estimación de las NIA se reduce y es la más baja entre las cuatro consideradas: disminuye a menos de la mitad de la primera estimación y es 17% menor que la segunda. Bajo este criterio, las mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas representan 11% de las mujeres unidas (menos de 8% del total de mujeres). Sin embargo, es preciso señalar que esta estimación puede ser cuestio-

nable al ignorar el riesgo de un embarazo al que pueden estar expuestas las mujeres que de manera circunstancial, temporal y transitoria no tienen vida sexual activa, pero que pueden reanudarla en cualquier momento, aun de manera inesperada. A pesar de ello, retoma y refleja algunas de las razones que dan las mujeres como argumento para no practicar la anticoncepción.

La cuarta y última estimación (NIA4) incluye no solamente las necesidades anticonceptivas del momento, sino también aquellas que son previsibles en el corto plazo. Incluye a las no usuarias fértiles y sexualmente activas que no desean tener más hijos, pero también a las que estando o no embarazadas desean esperar al menos dos años para tener un hijo (espaciamiento). De las estimaciones presentadas, ésta es la más completa y, por consiguiente, la más elevada: una de cada cuatro mujeres unidas (25%) tiene necesidades anticonceptivas insatisfechas (17% del total de mujeres en edad reproductiva).²⁰

A pesar del hecho de que todas las mujeres estudiadas viven en áreas marginadas, las condiciones de vida de algunas son peores que las de otras, lo cual se manifiesta en diferentes niveles de necesidades insatisfechas al considerar las características sociodemográficas de las mujeres. Dichos niveles reflejan el grado de correspondencia entre las preferencias reproductivas y las prácticas anticonceptivas, las cuales pueden estar condicionadas por factores culturales, por la ausencia o falta de adecuación de los PPF, por las posibles experiencias adversas en el uso previo de métodos y/o por el temor a los mismos. Así, las proporciones de mujeres unidas indígenas y las carentes de escolaridad con necesidades insatisfechas son siempre mayores que entre las unidas no indígenas y más educadas, independientemente del criterio adoptado para estimar sus necesidades. El porcentaje de indígenas con necesidades insatisfechas es más del doble del de las no indígenas. Las NIA de las unidas sin escolaridad llegan a ser hasta cuatro veces las de aquellas que

²⁰ Esta última cifra es ligeramente mayor a la que reportan las cifras oficiales para 1997, de la cual desconocemos la forma en que fue calculada. Según éstas, la demanda insatisfecha de las mujeres unidas en las áreas rurales del país llegaba a 22.2%, de la cual 12.8% era para espaciar y 9.4% para limitar. A nivel nacional la demanda insatisfecha se ubicaba en 12.1%, correspondiendo 6.9% para espaciar y 5.2% para limitar (Conapo, 2001).

Cuadro 2
Necesidades insatisfechas en anticoncepción (NIA). Proporción de mujeres unidas y de unidas-no unidas de 15 a 49 años
con necesidades insatisfechas

	Total		Etnicidad		Escolaridad		Edad			Paridad				
	% del total de mujeres en edad reprod.	% del total de mujeres unidas	No Indígenas	Sin indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	15-24	25-34	35-49	Cero	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más
	Porcentajes del total de mujeres en edad reproductiva de cada categoría. (Entre paréntesis: porcentajes respecto a las mujeres unidas de la categoría respectiva)													
Unidas														
% de mujeres unidas	70.2	100.0	80.5	67.8	86.3	80.0	58.4	43.5	85.7	87.6	15.8	85.8	94.3	93.8
NIA1	15.8	22.5	29.7 (36.9)	12.6 (18.6)	33.7 (39.1)	19.1 (23.8)	7.6 (13.0)	7.7 (17.7)	15.7 (18.3)	25.9 (29.5)	1.5 (9.6)	13.5 (15.8)	21.3 (22.6)	28.7 (30.6)
NIA2	9.2	13.1	19.0 (23.6)	6.9 (10.2)	18.4 (21.3)	12.6 (15.7)	3.8 (6.6)	4.4 (10.1)	10.0 (11.7)	14.2 (16.2)	0.8 (4.8)	6.0 (7.0)	12.0 (12.8)	18.8 (20.0)
NIA3	7.6	10.8	17.3 (21.5)	5.3 (7.9)	17.1 (19.8)	9.8 (12.3)	2.9 (4.9)	3.6 (8.3)	8.0 (9.4)	12.0 (13.7)	0.6 (3.9)	4.5 (5.3)	8.5 (9.0)	17.2 (18.4)
NIA4	17.1	25.3	30.0 (37.1)	14.1 (20.8)	29.4 (34.0)	18.5 (23.1)	12.0 (20.5)	17.0 (39.2)	19.1 (22.4)	15.0 (17.1)	7.1 (44.8)	20.8 (24.3)	20.1 (21.3)	21.9 (23.5)
Unidas y no unidas con NIA														
NIA1	16.5		30.7	13.2	35.2	19.8	7.9	8.2	15.9	27.1	1.8	14.7	21.4	29.7
NIA2	9.6		19.2	7.3	19.4	12.9	4.1	4.7	10.3	14.9	1.0	6.6	12.1	19.5
NIA3	7.9		17.6	5.6	18.0	10.1	3.0	3.8	8.3	12.5	0.7	5.1	8.5	17.8
NIA4	17.5		30.4	14.5	30.5	19.0	12.2	17.5	19.4	15.5	7.4	21.7	20.1	22.5

NIA1: Estimación burda de necesidades anticonceptivas insatisfechas= No usuarias y no desean un/otro hijo.

NIA2: No usuarias, no embarazadas, no infértiles ni menopáusicas, no desean un/otro hijo.

NIA3: No usuarias, no embarazadas, no infértiles ni menopáusicas, sexualmente activas, no desean un/otro hijo.

NIA4: No usuarias, no infértiles ni menopáusicas, sexualmente activas, no desean un/otro hijo o desean tener uno dentro de dos años o después.

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

concluyeron al menos la escuela primaria. Algo similar sucede con las mujeres de mayor edad y paridad bajo los tres primeros criterios: los porcentajes de unidas de mayor edad (35 a 49 años) con NIA son más de 60% mayores que los de las unidas más jóvenes (15 a 24), y los de las unidas de mayor paridad representan de dos a cuatro veces los de las mujeres con uno o dos hijos. Por el contrario, el mayor deseo de las unidas de menor edad y paridad por espaciar el nacimiento de sus hijos en comparación con el de las de más alta edad y paridad, se refleja en la estimación que, además de la limitación del número de hijos, toma en cuenta el deseo de espaciarlos (NIA4), bajo la cual las unidas de menor edad tienen el doble de NIA que las unidas de mayor edad, mientras que los porcentajes de unidas de baja y alta paridad con NIA son muy similares, aunque con objetivos distintos.

La exclusión de las mujeres embarazadas y de las unidas infértiles o menopáusicas (NIA2), así como de las mujeres sin relaciones sexuales con su pareja (NIA3), tiene efectos diversos para las mujeres con distintas características. Las diferencias relativas entre las mujeres indígenas y no indígenas con necesidades insatisfechas se amplían con respecto a la primera estimación, así como entre las carentes de instrucción y las más educadas y entre las que tienen menor y mayor paridad. Hay también una ligera reducción en las diferencias entre las mujeres de edades intermedias y mayores (25 a 34 y 35 a 49 años) en comparación con las más jóvenes. No obstante, en lo concerniente a las necesidades insatisfechas ya sea para limitar o espaciar la descendencia (NIA4), las diferencias relativas se reducen e incluso se invierten, siendo esta estimación la que proporciona los niveles más altos de necesidades insatisfechas para las más jóvenes (17% del total de mujeres de 15 a 24 años y 39% de las unidas de esa edad), más educadas (12% del total con al menos primaria completa y 21% de las unidas con esa escolaridad) y con menor paridad (7 y 21% de los totales de nulíparas y de las que tienen uno o dos hijos, y 45 y 24% respecto a las unidas con esas características, respectivamente) (véase el cuadro 2).

Si consideramos a las mujeres unidas y no unidas (viudas, divorciadas, separadas, madres solteras y solteras con vida sexual activa), la primera columna del panel inferior del cuadro 2 muestra que la proporción total de mujeres con necesidades insatisfechas se

eleva de 0.3 a 0.7 puntos porcentuales respecto a las unidas en las distintas estimaciones. Aunque esta diferencia relativa puede parecer muy pequeña, está lejos de ser insignificante en números absolutos.²¹ Si bien lo pequeño de la diferencia puede obedecer al patrón casi universal del matrimonio en el país, también puede deberse a las limitaciones de las preguntas de la encuesta en las que se basa la estimación, las cuales no dan cuenta de los riesgos a los que realmente están expuestas las mujeres. Las diferencias según las características de las mujeres muestra un patrón muy similar al observado para las mujeres unidas, siendo mayores para la primera estimación (NIA1), especialmente entre las no escolarizadas, indígenas y de mayor edad y paridad, grupos para los cuales los porcentajes de mujeres con necesidades insatisfechas aumentan entre 1 y 1.5 puntos porcentuales al incluir a las no unidas.

¿Qué nos ofrece y cómo interpretar este panorama? Independientemente de los criterios utilizados en cada estimación, recordemos que se trata de definiciones imputadas a las mujeres; es decir, que no se derivan de preguntas directas a ellas acerca de sus propias y específicas necesidades. Esa imputación, como antes se señaló, responde a la lógica, intereses y objetivos de diversos actores a fin de legitimar y justificar los PPF, sus metas de cobertura y orientación focalizada, así como los recursos necesarios para implementar sus intervenciones, todo lo cual ha llevado a una mayor segmentación y exclusión de las necesidades anticonceptivas de determinados grupos poblacionales, tales como las mujeres no unidas, embarazadas, o que se presumen sexualmente inactivas. Aún más, estas distintas definiciones y estimaciones reflejan sin duda la elevada variación de la intensidad de las aparentes necesidades anticonceptivas insatisfechas, mostrando las condiciones de mayor vulnerabilidad de ciertos grupos, tales como las mujeres indígenas, las que tienen pocas oportunidades de acceso a la educación, y aquellas que viven en

²¹ Tan sólo para tener una idea aproximada de lo que ese pequeño porcentaje representa dentro de la magnitud de la población del país, conviene mencionar que según datos censales, el número de mujeres en edad reproductiva residentes en localidades menores de 2 500 habitantes ascendía a 5.6 millones en el año 2000. Una estimación burda del significado numérico de 0.7% adicional de mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas sería de una cifra cercana a 36 000 mujeres.

un contexto de ausencia o debilidad de PPF, o en uno en que estos programas no han conseguido ser todavía socialmente legitimados.

En esta sección hemos considerado exclusivamente un aspecto de la satisfacción de las necesidades anticonceptivas, el relacionado con el nivel de cobertura. Sin negar la importancia del mismo, y a pesar de las cuestiones señaladas anteriormente, es necesario reconocer que dicho aspecto está lejos de agotar las necesidades que en materia de anticoncepción tienen las mujeres, especialmente por lo que se refiere al tipo de métodos que requieren en razón de sus circunstancias específicas de vida y, sobre todo, de la amplia gama de necesidades que emergen del enfoque de salud reproductiva. En las secciones siguientes se apuntan algunas de ellas.

Necesidades insatisfechas relacionadas con las metas reproductivas de las mujeres

Los deseos y preferencias por tener o no un hijo fue el concepto clave original para estimar las necesidades anticonceptivas insatisfechas. Desde el inicio de los programas de planificación familiar y desde la perspectiva tradicional de NIA, la preocupación sobre la descendencia de las mujeres se ha centrado en las que tienen un elevado número de hijos, aquellas que en un momento dado (el de la entrevista) o etapa específica de sus vidas declaran no desear tener un/otro hijo o desean esperar para tenerlo, y aquellas que declaran que han excedido sus metas reproductivas. Es decir, se ha enfocado en las mujeres que desean espaciar o limitar el nacimiento de sus hijos, considerándolas como necesitadas de anticoncepción y tomando su magnitud como sintomática del grado de necesidad de expandir los servicios anticonceptivos.

No obstante, desde el punto de vista de la perspectiva de salud reproductiva, y particularmente del derecho que tiene cada individuo para tener el número de hijos deseado, las necesidades insatisfechas relacionadas con el número de hijos deseado no debe circunscribirse a la capacidad de prevenir los nacimientos no deseados o retrasar su ocurrencia. Tener menos hijos que el número deseado, tener dificultades para tener un hijo o para lograr el número de hijos deseado, pueden ser también importantes fuentes de insatis-

facción. A pesar de ello, es un aspecto al que se le ha prestado escasa atención en la provisión de servicios de PF, siendo ignorado u ocupando un lugar muy secundario en comparación con la atención que ha recibido la problemática de tener un número de hijos mayor al deseado. Dicha insatisfacción ha sido también dejada de lado en la investigación, siendo muy poco lo que se conoce acerca de su intensidad y características. Aun con los limitados datos con los que contamos, es posible trazar algunos rasgos de este hecho.

Los datos del cuadro 3 muestran que las mujeres de áreas rurales marginadas que han estado alguna vez embarazadas declaran un promedio de hijos nacidos vivos muy similar al número ideal o deseado de ellos (3.9 y 3.8 hijos, respectivamente). Sin embargo, al considerar a las mujeres de acuerdo a algunos indicadores de desigualdad social, el panorama es muy diferente y más significativo. En efecto, se aprecia que las mujeres indígenas, las que carecen de escolaridad o no terminaron la primaria, las de mayor edad y las de mayor paridad, han tenido, en promedio, entre 0.3 y 1.9 hijos más de los que les hubiera gustado tener. Este grupo incluye un gran número de mujeres cuyos años procreativos transcurrieron en un contexto en el que la planificación familiar no estaba aún socialmente legitimada y, por tanto, el acceso a servicios de PF era casi inexistente. Sin embargo, las mujeres que concluyeron la educación primaria, las que pertenecen a una generación o contexto social en donde estos programas ya estaban establecidos (mujeres menores de 35 años) y las de baja paridad, tienen entre 0.2 y 1.5 hijos menos que los que desearían tener. Obviamente, una parte de estas mujeres está formada por algunas que no han completado su vida reproductiva, pero también existe una considerable fracción con edades cercanas al final de su vida fértil, y de mujeres esterilizadas, que muestran un déficit de hijos respecto al número que les hubiera gustado tener. Cerca de 26% de las mujeres de 40 a 49 años y 36% de las que han sido esterilizadas han alcanzado su ideal reproductivo, mientras que otro 25 y 18% tienen un número de hijos menor al deseado. Por el contrario, 44% en ambos casos tuvieron un número de hijos mayor a su ideal.²²

²² Es de señalar que cerca de 5% de las mujeres no proporcionan un dato preciso de su número ideal de hijos, y ante la pregunta acerca del número total de hijos

Aun cuando la brecha entre lo deseado y lo alcanzado puede deberse en parte a diversos factores socioculturales que van más allá de los confines de la PF, tales como la situación marital de la mujer, la valoración de los hijos, las relaciones de género y de poder, los procesos de negociación y las decisiones personales dentro de la pareja, esa brecha puede ser atribuida también, en alguna medida, a factores relacionados con las instituciones de salud. Encontramos, por ejemplo, problemas de infertilidad de las mujeres o de sus parejas; mujeres que tienen dificultad para lograr embarazos a término o de lograr la sobrevivencia de sus hijos nacidos vivos; mujeres que han tenido experiencias personales favorables o desfavorables relacionadas con el uso de anticonceptivos y los servicios médicos, así como mujeres con posibilidad de tener prácticas sexuales exentas de riesgos. La debida prevención y atención a los problemas de infertilidad, del embarazo, parto y puerperio, y de la salud de los hijos, así como el acceso a servicios de anticoncepción de calidad y a programas de educación sexual, son factores que tienen que ver no solamente con la toma de conciencia y los comportamientos a nivel individual, sino que son en gran medida responsabilidad de los sistemas de salud.

Así, por ejemplo, la infertilidad se debe no sólo a causas congénitas y algunas relacionadas con la edad, sino que puede ser también una condición adquirida, resultante de infecciones y padecimientos del tracto reproductivo no atendidos, del incorrecto uso de métodos anticonceptivos, de la negligencia y deficiente atención del embarazo, el parto u otros eventos reproductivos. En el caso de las mujeres de áreas rurales marginadas, 24% son infértiles, 19% debido a que fueron esterilizadas y el resto por tener dificultades para embarazarse, estar en la menopausia o debido a otros factores relacionados con la esterilidad. Entre ellas existen algunos casos de insatisfacción. Una de cada 18 mujeres esterilizadas, dos de cada cinco que tienen dificultades para concebir y cerca de dos de cada tres mujeres estériles expresan su deseo de tener un/otro hijo, lo mismo

que les gustaría o hubiera gustado tener; algunas todavía responden “los que Dios me dé” o “no sé”. La falta de definición del número de hijos y este tipo de respuestas es particularmente común entre las mujeres indígenas de mayor edad y las carentes de escolaridad (11-13%).

que 2% de las mujeres menopáusicas. Es importante subrayar que aunque la etnicidad pareciera no tener efectos importantes en la proporción de mujeres no fértiles, las causas que subyacen a la infertilidad difieren entre las mujeres indígenas y no indígenas. De los datos del cuadro 3 baste mencionar que 58% de los casos de infertilidad de las mujeres indígenas son atribuibles a la esterilización, frente a 83% de los casos de las no indígenas.²³ Vale la pena mencionar también que las mujeres infértiles que desean tener un/otro hijo representan 2.5% del total de mujeres en edad reproductiva de áreas rurales marginadas, elevándose el porcentaje a 3.6 entre las que tienen 25 a 34 años de edad y aquellas con uno o dos hijos.

Adicionalmente, la prevalencia de elevados niveles de mortalidad infantil entre la población rural, particularmente entre la población indígena, así como la incidencia de hijos nacidos muertos entre ésta, son factores relacionados con el deseo de tener más hijos y no pueden ser vistos de manera independiente de las condiciones de acceso y la calidad de la atención prevalecientes, así como de las condiciones socioeconómicas generales y las de “pobreza social y cultural”²⁴ que caracterizan a estas áreas marginales.

Al analizar el impacto de la mortalidad infantil y al comparar el promedio ideal de hijos con el promedio de hijos sobrevivientes, encontramos una alta correspondencia entre ellos. Sin embargo, debe notarse (cuadro 3) que las mujeres indígenas, las que no completaron la escuela primaria, las de mayor edad y de mayor paridad, han tenido en promedio de 0.4 a 0.6 hijos nacidos vivos que han fallecido. Como se muestra en el cuadro 4, la quinta parte de las mujeres con hijos nacidos vivos han experimentado la muerte de un hijo. La

²³ Diecinueve por ciento de las mujeres indígenas y 17% de las no indígenas tienen entre 35 y 49 años de edad. De ellas, 19 y 10% reportan estar en la menopausia (8 y 7% de las mujeres tienen entre 45 y 49 años de edad, de las cuales 26 y 17% están en la menopausia). Esto sugiere una temprana terminación (ya sea real o imaginaria) de las funciones reproductivas entre la población indígena. Aún más, la proporción de mujeres estériles y de las que tienen dificultades para concebir, es relativamente mayor entre las mujeres indígenas en todos los grupos de edad.

²⁴ El utilizar el término de “pobreza social y cultural” tiene la intención de subrayar el carácter multidimensional del concepto de pobreza, y sobre todo enfatizar los rezagos en las prácticas sociales y culturales (actitudes, valoraciones, representaciones, normas, costumbres, etc.) entre distintos contextos y grupos de población.

Cuadro 3
Insatisfacción con el número de hijos nacidos vivos (HNV)

	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>			<i>Paridad</i>			
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>Cero</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
Promedio de HNV	3.9	4.5	3.8	5.2	4.5	2.9	1.8	3.6	5.5		1.5	3.5	6.7
Número ideal de hijos	3.8	4.2	3.7	4.6	3.9	3.4	3.0	3.8	4.4	3.5	3.0	3.7	4.8
Promedio de hijos sobrevivientes	3.7	4.1	3.6	4.6	4.1	2.8	1.7	3.4	5.0		1.5	3.3	6.1
Distribución de las mujeres según satisfacción con el número de HNV													
<i>Mujeres de 40 a 49 años</i>													
Menos HNV que los deseados	25.0	18.1	26.7	20.7	23.1	35.0			25.0	52.8	77.5	31.1	11.3
Los deseados	25.8	24.9	26.1	18.3	27.4	32.4			25.8	26.9	18.5	44.5	20.4
Más HNV que los deseados	43.7	44.1	43.6	50.3	45.6	30.5			43.7			23.7	61.7
No definido/No respuesta	5.5	12.9	3.6	10.7	3.9	2.1			5.6	20.3	4.0	0.7	6.6
<i>Mujeres esterilizadas</i>													
Menos HNV que los deseados	17.6	7.5	19.2	11.6	16.3	21.7	13.7	20.8	16.2		44.9	19.9	10.9
Los deseados	35.6	38.3	35.1	19.1	34.7	43.9	61.3	39.9	31.4		51.3	54.0	18.8
Más HNV que los deseados	43.7	44.8	43.5	60.9	46.1	33.4	25.0	35.4	49.5		3.8	25.1	65.0
No definido/No respuesta	3.1	9.4	2.2	8.4	2.9	1.0		3.9	2.9			1.0	5.3
Mujeres no fértiles													
% del total de mujeres	23.7	22.8	23.8	30.9	31.0	16.5	2.9	23.6	49.0	3.2	13.1	35.6	45.0
Esterilización femenina	18.6	13.2	19.8	18.3	25.3	14.4	2.2	20.1	37.0	0.1	7.4	31.4	37.5
Dificultad para embarazarse	1.9	3.6	1.5	4.2	1.6	1.2	0.4	2.5	3.1	0.8	2.9	2.1	2.0
Menopausia	2.1	4.3	1.6	6.4	2.8	0.3		0.2	6.7	0.0	1.7	1.8	5.1
Otras causas esterilidad	1.1	1.7	0.9	2.0	1.3	0.6	0.3	0.8	2.2	2.3	1.1	0.3	0.4

Distribución de las mujeres no fértiles según satisfacción con el número de HNV

Menos HNV que los deseados	21.9	14.5	23.5	18.7	20.0	26.3	14.8	25.5	20.6		63.9	22.3	10.4
Los deseados	33.4	38.4	32.4	21.0	33.8	40.9	60.5	39.9	28.7		33.2	53.5	19.2
Más HNV que los deseados	41.4	37.8	42.2	52.2	43.5	31.9	24.7	31.2	47.3		2.2	23.4	64.8
No definido/No respuesta	3.3	9.3	1.9	8.1	2.7	0.9	0.0	3.4	3.4		0.7	0.8	5.6

% de mujeres infértiles que desean un hijo

Total	10.5	6.9	11.2	5.0	9.3	15.4	32.8	15.4	6.4	77.1	27.4	6.8	3.4
<i>Tipo de infertilidad</i>													
Esterilización femenina	5.6	1.8	6.1	1.8	5.1	7.7	10.8	7.7	4.0		14.5	6.4	3.3
Dificultad para embarazarse	38.4	11.4	53.5		43.0	79.6	93.0	62.1	10.2	87.8	63.9	19.6	2.2
Menopausia	1.7		2.7	2.3	1.1				1.7		2.5		2.0
Otras causas esterilidad	63.6	55.2	67.2	53.2	64.6	74.2	100.0	65.9	55.8	78.6	58.8		28.4

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

proporción de mujeres que han vivido esa experiencia aumenta a más de una de cada cuatro entre las mujeres indígenas y las de 35 a 49 años de edad, a casi una de cada tres mujeres sin escolaridad y a cerca de dos de cada cinco mujeres de alta paridad. Los efectos de la mortalidad se reflejan también en el hecho de que las mujeres cuyo número de hijos sobrevivientes es menor al número de hijos deseado constituye casi la tercera parte de las mujeres de 35 a 49 años y 23% de las mujeres esterilizadas. También es interesante observar que 7% de las mujeres alguna vez embarazadas ha tenido al menos un hijo nacido muerto y que ello ocurre no solamente entre las mujeres de mayor edad y paridad, y menor escolaridad, sino también, aunque en menor medida, entre las más jóvenes, más educadas y de menor paridad. Finalmente, otro elemento clave es la elevada incidencia del aborto, especialmente entre las mujeres de mayor edad, las no indígenas y las de alta paridad (17% del total de mujeres alguna vez embarazadas ha tenido al menos un aborto).

Llegados a este punto podemos preguntarnos: ¿Es la evidencia presentada claramente indicativa de la prevalencia de problemas de salud reproductiva? ¿Apunta ella a la existencia de otro tipo de necesidades insatisfechas relacionadas con el tamaño de la descendencia deseado, tanto entre las mujeres y las parejas que tienen más hijos que los que hubieran querido tener, como entre las que tienen menos de los que se plantean como ideal? La persistencia de una elevada incidencia de abortos, así como de esterilizaciones, particularmente entre las mujeres más jóvenes, lo mismo que la prevalencia de elevados niveles de mortalidad infantil, en la niñez y/o juvenil, permanecen como importantes problemas de salud reproductiva y de necesidades insatisfechas que ameritan atención por sí mismas, sobre todo entre los segmentos más pobres de las mujeres, esto es, entre las indígenas y las carentes de escolaridad, entre quienes dicha incidencia se exacerba.

¿Cómo debemos interpretar el significado de las necesidades insatisfechas de las mujeres en relación con sus metas reproductivas? Hoy día la tensión entre las metas, intereses, preocupaciones y necesidades nacionales o a nivel de la sociedad, y las del ámbito individual, íntimo y privado, requiere ser vista no sólo en relación con la preocupación social o el deseo individual de prevenir el nacimiento de hijos no deseados o de retrasar dicho nacimiento, sino

también en relación con las necesidades insatisfechas para lograr la capacidad de reproducirse y de decidir libremente el tener hijos o no, así como cuándo y qué tan frecuentemente hacerlo.

Necesidades para qué o en qué componentes de SR relacionados con PF (anticoncepción)

En esta sección consideramos los tradicionales y bien conocidos indicadores KAP (CAP: conocimiento-actitudes-prácticas) relacionados con la PF y con el concepto de necesidades de anticoncepción insatisfechas (KAP-Gap, o la brecha CAP). Pero en lugar de trabajar con el concepto de actitudes (cuya captación a través de datos de encuesta es generalmente pobre e insuficiente) preferimos hablar de las opciones que tienen las mujeres, ya que este concepto refleja más claramente las razones y circunstancias que las llevan a optar por un método específico. Para abordar estos aspectos debemos tener presente que el conocimiento, las opciones y la práctica anticonceptiva para prevenir embarazos e ITR entre los diversos grupos de población no pueden ser atribuidos únicamente a los logros y resultados de las acciones e intervenciones realizadas, principalmente, a nivel político e institucional. También obedecen a los cambios en las esferas de lo social, económico, cultural, ideológico y tecnológico de la sociedad, que a su vez generan cambios en las percepciones, actitudes, necesidades y demandas respecto a las opciones anticonceptivas y, sobre todo, a la socialización, legitimación y aceptación de los PPF y SR entre los diferentes sectores poblacionales.

Necesidades insatisfechas en el conocimiento anticonceptivo

Una práctica común en la mayoría de las encuestas es el suponer que el hecho de haber oído hablar de un cierto método anticonceptivo significa que se le conoce. Sin embargo, es altamente cuestionable suponer que el solo hecho de saber o tener información de la existencia de un método necesariamente signifique que la mujer conoce los beneficios e implicaciones de su uso y el cómo usarlo, lo cual constituye un mínimo indispensable para poder de-

Cuadro 4
Otros aspectos relacionados con la insatisfacción reproductiva de las mujeres

	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>			<i>Paridad</i>			
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>Cero</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
Distribución de las mujeres según satisfacción con el número de hijos sobrevivientes (HS)													
<i>Mujeres de 40 a 49 años</i>													
Menos HS que los deseados	33.2	32.7	33.4	34.1	30.3	39.2			33.2	52.8	77.5	35.8	24.0
Los deseados	21.6	17.8	22.6	14.2	21.7	32.2			21.6	26.9	18.6	39.9	15.7
Más HS que los deseados	40.3	36.7	41.1	40.7	44.6	28.6			40.3			23.6	53.7
No definido/No respuesta	4.9	12.8	2.9	11.0	3.4				4.9	20.3	3.9	0.7	6.6
<i>Mujeres esterilizadas</i>													
Menos HS que los deseados	22.5	17.9	23.2	17.8	21.9	25.3	13.7	22.3	23.3		44.9	23.4	17.7
Los deseados	34.6	31.9	35.0	17.8	32.8	44.0	61.2	39.8	29.9		51.3	52.9	17.7
Más HS que los deseados	39.8	40.8	39.6	56.0	42.4	29.7	25.1	34.0	43.9		3.8	22.7	59.3
No definido/No respuesta	3.1	9.4	2.2	8.4	2.9	1.0		3.9	2.9			1.0	5.3
% mujeres con hijos nacidos vivos (HNV)	72.0	83.1	69.5	89.2	83.7	58.6	38.7	90.2	94.8		100.0	100.0	100.0
% mujeres con HNV, al menos uno de los cuales murió	19.6	27.4	17.5	30.9	23.4	10.3	7.2	16.6	28.8		4.5	15.3	37.6
% alguna vez embarazadas con algún hijo nacido muerto	6.9	7.4	6.8	7.7	8.3	5.3	4.5	7.0	8.2	7.4	3.1	5.8	11.4
% alguna vez embarazadas con al menos un aborto	16.6	9.3	18.6	13.1	19.9	15.4	6.8	15.0	23.4	26.2	10.7	14.6	23.3

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

cir que se conoce un método. De ahí que la información provista por estas fuentes de datos es muy limitada y puede ser errónea o engañosamente interpretada para analizar cuáles son las necesidades insatisfechas de las mujeres en materia de información y conocimiento de métodos anticonceptivos. A pesar de ello, los datos de la Encuesta de Salud Reproductiva de 1999 ofrecen algunos insu-
mos interesantes al respecto.

Como muestra el cuadro 5, 89% de las mujeres unidas de las áreas rurales marginadas han oído hablar de, por lo menos, un método anticonceptivo.²⁵ Sin embargo, las mayores condiciones de rezago social y pobreza en que se desenvuelve la vida de las mujeres indígenas, aun dentro de las ya de por sí precarias condiciones de vida prevalecientes en las áreas rurales marginadas, y lo inadecuado de los servicios de salud que se proveen en estas áreas para las mujeres indígenas, se refleja en el hecho de que apenas 69% de éstas sea capaz de mencionar espontáneamente algún método anticonceptivo, frente a 94% de sus pares no indígenas. Similarmente, sólo 72% de las mujeres sin escolaridad identifican alguna forma de anticoncepción y, entre las mujeres unidas que nunca han practicado la anticoncepción, sólo 67% dice haber oído de algún método.

El conocimiento de métodos modernos específicos para prevenir embarazos es en parte resultado de programas educativos y preventivos y, sobre todo, de la información y los servicios anticonceptivos provistos por los prestadores de servicios. De ahí que no sea sorpresa que los métodos anticonceptivos ofrecidos comúnmente por ellos y los que son mayormente usados por las mujeres sean los más conocidos por ellas: las pastillas anticonceptivas y el DIU se ubican como los métodos más frecuentemente mencionados (83 y 75%), seguidos por los inyectables (71%), mientras que la esterilización femenina es familiar para sólo cerca de la mitad de las mujeres unidas (54%), siendo las usuarias actuales de cualquier método las que más han oído de ella (67%). El conocimiento de la esterilización masculina es mencionado sólo por 30% de las mujeres uni-

²⁵ Este porcentaje y los que se presentan a continuación corresponden a las mujeres que espontáneamente mencionaron algún método para prevenir embarazos. Con objeto de no sobreestimar el conocimiento de metodología anticonceptiva, no se incluyen los casos en que después de que el entrevistador mencionó algún método las mujeres declararon haber oído de él.

das, lo cual reafirma la tradicional delegación de las responsabilidades reproductivas sobre las mujeres así como la orientación dominante de los PPF hacia ellas. Las mujeres indígenas y las carentes de escolaridad son las que tienen un menor conocimiento de todos los métodos enlistados en la encuesta.

Mención especial merece el condón, tanto como medio anti-conceptivo como por su papel en la prevención de ETS y el VIH/sida. Si bien es conocido como anticonceptivo por cerca de la mitad del total de mujeres unidas (49%), es mencionado como tal por sólo una de cada seis mujeres indígenas, una de cada cinco de las que carecen de escolaridad y la cuarta parte de las nunca usuarias, lo que contrasta con las cerca de tres de cada cinco no indígenas, de las más educadas y de las usuarias actuales que lo identifican como anticonceptivo. A su vez, el ritmo y los métodos locales (espermicidas, óvulos, diafragma) son conocidos por cerca de una de cada ocho mujeres unidas, mientras que métodos como el retiro, el Norplant y otros métodos (sobre todo hierbas preparadas como té) son conocidos por 6% o menos de las unidas, siendo en todos los casos más conocidos por las mujeres no indígenas, las más educadas y las usuarias actuales de anticonceptivos.

Finalmente, el menor conocimiento anticonceptivo de las mujeres no unidas puede estar relacionado con la falta de respuesta a necesidades potenciales. Aun cuando, erróneamente, se supone que estas mujeres no están expuestas al riesgo de concebir, pueden comenzar a estarlo en cualquier momento. De ahí que sea plausible considerar que el 25% de ellas que no ha oído hablar de anticonceptivos está potencialmente expuesta al riesgo de un embarazo no deseado al ignorar la existencia de formas de prevenirlo. Esta situación de riesgo es nuevamente mayor entre las mujeres indígenas y las menos educadas, especialmente entre las solteras: dos de cada tres solteras sin escolaridad (67%) y poco menos de tres de cada cinco indígenas (57%) no identifican ningún método, en fuerte contraste con el 23-24% de las mujeres que concluyeron la escuela primaria y de las no indígenas que tampoco lo hacen²⁶ (véase el cuadro 5).

²⁶ Las cifras para las mujeres no unidas son 52% de las indígenas y sin escolaridad y de 21% entre las no indígenas y las más educadas. El conocimiento de los distintos métodos es similar al de las mujeres unidas.

Cuadro 5
Conocimiento de métodos anticonceptivos

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			Práctica anticonceptiva			
	Total	Indígenas	No	Sin	Primaria	Primaria	15-24	25-34	35-49	Cero	1-2	3-4	5 hijos	Nunca usuaria	Ex	Usuaria
			indígenas	escolaridad	incompleta	completa o más					hijos	hijos	o más		usuaria actual	
Porcentaje de mujeres unidas que han oído acerca de:																
al menos un método*	88.8	68.6	94.4	72.2	91.4	95.0	88.0	89.5	88.6	74.7	91.3	92.3	86.2	67.0	100.0	100.0
Pastillas	82.8	61.3	88.7	62.4	86.3	90.1	80.5	84.5	82.6	66.2	85.9	85.4	80.9	60.7	92.5	90.5
DIU	75.2	47.7	82.7	54.2	76.0	85.1	77.3	79.6	69.6	57.7	81.2	80.3	68.7	53.7	79.0	84.3
Inyecciones	71.2	48.1	77.6	54.2	72.4	78.9	69.6	74.1	69.4	48.6	76.0	74.6	68.3	49.3	82.4	78.5
Esterilización femenina	54.0	38.2	58.3	44.9	55.9	56.9	42.0	54.8	60.5	28.7	46.9	60.6	58.6	31.6	46.3	66.8
Condón	48.6	15.8	57.7	20.7	49.6	62.0	49.6	51.2	45.5	37.9	57.2	52.1	40.3	25.0	48.9	59.8
Esterilización masculina	30.5	14.8	34.9	16.1	30.3	38.1	29.9	31.5	30.0	17.0	33.7	33.8	27.4	19.3	27.1	36.9
Ritmo, abstinencia	13.1	5.0	15.4	5.5	12.0	18.0	9.7	14.3	14.1	10.4	13.7	15.7	10.8	6.2	13.2	16.4
Métodos locales	11.0	0.6	13.8	2.5	10.4	15.7	8.1	12.0	11.7	2.0	12.2	14.0	8.8	2.0	10.8	15.3
Retiro	6.0	1.0	7.4	1.4	5.8	8.6	3.4	7.8	5.8	7.5	5.9	7.3	4.7	2.7	5.8	7.7
Norplant	2.3	0.2	2.9	0.2	2.5	3.2	1.1	3.2	2.2	1.0	2.0	3.0	2.2	0.2	2.7	3.2
Otros métodos	1.0	1.1	1.0	0.9	1.0	1.1	0.5	0.7	1.6	0.0	0.7	1.2	1.3	0.5	1.0	1.3
Núm. promedio de métodos mencionados**	4.5	3.3	4.6	3.5	4.3	4.7	4.2	4.6	4.4	4.1	4.5	4.6	4.3	4.0	4.4	4.7
Porcentaje de mujeres no unidas que han oído acerca de:																
al menos un método*	74.9	48.5	78.6	47.9	73.0	78.5	73.1	79.0	79.9	71.6	82.3	92.1	90.7	72.1	100.0	100.0
Pastillas	69.1	41.9	72.9	40.0	64.5	73.8	68.0	72.6	71.4	65.7	81.1	88.9	77.7	66.3	94.9	90.0
DIU	53.8	28.0	57.4	25.1	49.4	58.4	51.5	62.5	56.3	49.6	69.8	70.1	67.9	50.5	83.1	79.0
Inyecciones	53.5	31.2	56.6	22.0	50.5	58.0	52.0	57.0	58.1	49.8	65.4	63.6	75.5	50.4	87.5	71.4

Cuadro 5
Conocimiento de métodos anticonceptivos (continuación)

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			Práctica anticonceptiva			
	Total	Indígenas	No	Sin	Primaria	Primaria	15-24	25-34	35-49	Cero	1-2	3-4	5 hijos	Nunca	Ex	Usuaría
			indígenas	escolaridad	incompleta	completa					hijos	hijos	o más			
Esterilización femenina	34.9	15.9	37.6	16.0	34.1	37.4	31.7	44.9	41.6	31.8	38.4	52.6	59.7	32.0	51.0	67.1
Condón	44.7	13.2	49.1	8.6	35.8	51.5	46.3	47.0	33.4	45.4	44.1	51.1	31.0	43.2	60.2	53.2
Esterilización masculina	26.6	7.7	29.2	8.3	18.5	31.1	25.9	27.4	29.3	25.9	27.2	40.3	24.4	25.3	41.9	31.3
Ritmo, abstinencia	13.2	2.2	14.7	2.2	4.2	17.1	12.5	17.3	11.9	13.6	15.0	9.5	6.5	12.8	20.2	11.2
Métodos locales	11.2	0.4	12.7		7.3	13.7	10.3	16.2	10.3	11.1	12.8	12.8	8.2	10.6	16.3	15.0
Retiro	6.1		6.9		1.5	8.2	6.0	8.3	4.1	6.3	6.1	8.4	0.7	6.1	9.5	2.5
Norplant	3.3	0.4	3.7		0.6	4.5	3.1	5.6	1.3	3.5	3.8	1.0		3.1	8.1	1.5
Otros métodos	0.6		0.7		0.2	0.8	0.6		1.1	0.6	0.8		0.9	0.5	1.6	0.9
Núm. promedio de métodos mencionados**	4.2	2.9	4.4	2.5	3.7	4.5	4.2	4.5	4.0	4.2	4.4	4.3	3.9	4.2	4.8	4.4
Porcentaje de solteras que no han oído de ningún método																
	28.0	57.0	24.3	67.1	37.5	23.1	27.7	28.5	30.9	28.3	19.8	44.4		28.3		

* Se refiere a mujeres que espontáneamente mencionan al menos un método al preguntarles si han oído acerca de métodos para no tener hijos o para espaciarlos.

** Se refiere solamente a mujeres que han oído acerca de un método por lo menos. Excluye a las que no conocen ningún método.

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

Para concluir, es importante insistir en la necesidad de contar con mejores herramientas conceptuales y metodológicas que permitan obtener datos más precisos acerca del conocimiento que mujeres y hombres tienen sobre la anticoncepción, así como para conocer qué tipo de información es ofrecida a unas y a otros por los proveedores de servicios y los programas de educación. Sin lugar a dudas, el contenido y la comprensión de la información proporcionada por los proveedores de servicios sobre el uso de métodos anticonceptivos y sobre los beneficios y consecuencias de su uso son aspectos clave al abordar el tema del conocimiento anticonceptivo.

Práctica anticonceptiva

El conocimiento de la existencia de métodos para prevenir embarazos constituye un factor que, en teoría, precede al uso de aquéllos. Pero el hecho de saber de ellos no significa que sean usados, así como tampoco que sea de entre los métodos conocidos de donde se elige el método que se emplea. El nivel de uso de anticonceptivos por parte de las mujeres unidas de las áreas rurales marginadas (57%) se situó en 1999 un poco por arriba del observado para el total de las áreas rurales del país en 1997 (54%), el cual fue 25% mayor al registrado en 1992.

Este incremento obedece sin duda al fortalecimiento y expansión de los programas orientados a proveer de servicios de salud a las localidades rurales más pobres, dispersas y aisladas, carentes de servicios médicos permanentes, pero también a las necesidades sentidas y a las demandas por parte de la población para espaciar, reducir y controlar su fecundidad, resultantes de las transformaciones de su contexto material y no material. Entre los factores institucionales que han contribuido a la expansión de la práctica anticonceptiva pueden mencionarse los siguientes: la implementación de programas basados en brigadas móviles que periódicamente visitan las localidades rurales y proporcionan servicios básicos de salud, entre ellos los relacionados con la anticoncepción; la vinculación de los programas oficiales con los agentes de salud tradicionales, en particular las parteras, y el entrenamiento de éstas como estrategia para la difusión de la práctica anticonceptiva, y el creciente acceso

de la población de las localidades marginadas a las clínicas ubicadas en localidades aledañas para la atención de problemas de salud más complejos o para la atención de sus partos.

A pesar de todas estas iniciativas, en las que la oferta institucional parece responder a la demanda de anticoncepción de las mujeres, al interior de las áreas marginadas persisten fuertes diferencias en el nivel de uso de anticonceptivos por parte de los distintos segmentos de mujeres. Ya sea por barreras impuestas por las instituciones de salud a través de la cantidad, calidad y características de los servicios que ofrecen, o por barreras derivadas de factores socioeconómicos, culturales, familiares y personales que limitan el acceso de las mujeres a la anticoncepción, el nivel de uso anticonceptivo de las mujeres unidas indígenas y de las carentes de escolaridad representa cerca de 60% del respectivo nivel de uso de las mujeres no indígenas o que han logrado terminar la escuela primaria (véase el cuadro 6).

La alta valoración de la maternidad que aún prevalece en el país, su identificación como expresión básica y cristalización de la identidad femenina y del ser y quehacer de las mujeres, y la consiguiente necesidad de probar su fertilidad, pueden ser parte de los elementos centrales que explican que la práctica anticonceptiva ocurra principalmente cuando ya se ha tenido al menos un hijo y en las edades más avanzadas. Sólo 9% de las mujeres unidas nulíparas²⁷ y 44% de las de 15 a 24 años usan anticonceptivos, para aumentar sustancialmente su uso a 55% de las mujeres con uno o dos hijos, y a casi tres de cada cinco entre las mayores de 25 años. La última proporción puede estar relacionada con los cambios económicos y culturales que han tenido lugar y que han contribuido a reducir el valor social de las familias de gran tamaño, así como con la lógica de los PPF que, hasta muy recientemente, tendieron a enfocarse principalmente en las mujeres con al menos tres hijos.

²⁷ Es preciso señalar que las mujeres unidas que no han tenido hijos representan una pequeña fracción del total de mujeres unidas, 6%, y que más de la mitad de ellas, 56%, tienen menos de dos años de haberse unido. De 91% que no usaba anticonceptivos, la mayor parte, 38%, estaba embarazada y 15% deseaba estarlo, en tanto que otro 20% manifestó tener dificultades para embarazarse. El 18% restante no usaba método alguno por estar, ella o su pareja, en desacuerdo con el uso de métodos, por temor a efectos colaterales, ausencia temporal de la pareja, u otras razones.

Cuadro 6
Uso de anticonceptivos

	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>			<i>Paridad</i>			
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>Cero</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
Unidas													
% de usuarias	56.7	35.3	62.5	38.5	59.1	63.8	44.2	59.3	61.7	9.0	55.3	63.4	60.6
Distribución según método usado													
Esterilización femenina	44.8	43.1	45.0	53.8	50.6	37.2	11.6	39.0	64.8	7.8	14.0	50.6	64.0
DIU	29.9	29.3	30.0	26.3	24.5	35.5	60.6	30.9	15.6	9.2	55.0	24.6	16.1
Ritmo	6.7	8.1	6.5	6.9	6.5	6.8	4.7	8.0	6.3	49.8	7.2	4.6	7.1
Pastillas	6.3	4.9	6.6	3.0	7.5	6.4	8.1	7.3	4.7	7.4	10.0	5.5	4.3
Inyecciones	4.2	8.3	3.6	3.1	4.5	4.4	7.3	4.5	2.7	14.2	5.2	3.6	3.9
Retiro	3.9	5.4	3.7	3.7	3.9	3.9	2.8	3.8	4.4		3.9	5.8	2.2
Condón	3.6	0.5	4.1	2.1	2.2	5.2	3.9	6.1	1.1	11.6	3.8	5.2	1.7
Esterilización masculina	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.6	1.0	0.2	0.4		0.9		0.5
Otro*	0.2		0.1	0.7				0.2				0.1	0.2
No unidas													
% de usuarias	5.2	4.6	5.3	2.7	11.5	3.6	1.8	8.6	20.5	0.3	19.1	31.9	26.9
Distribución según método usado													
Esterilización femenina	50.0	100.0	44.0	100.0	59.5	36.6		33.4	82.8		28.9	71.9	69.2
DIU	33.6		37.7		32.4	37.8	80.3	26.4	14.3		57.1	7.2	30.8
Inyecciones	6.1		6.7			12.5	3.6	21.0		18.3	10.4	3.4	
Retiro	2.4		2.7		5.0		9.5			48.1			
Condón	1.7		1.9			3.4	6.6			33.6			
Esterilización masculina	4.7		5.3			9.7		19.2				17.5	
Otro*	1.5		1.7		3.1				2.9		3.6		

* Incluye métodos locales, abstinencia y Norplant.

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, mss-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

La lógica y orientación de los PPF, que privilegian la oferta de los métodos más seguros y definitivos por sobre los hormonales y los de menor efectividad, hecho que también se relaciona con los efectos secundarios de estos últimos y el deseo de las mujeres por optar por métodos más confiables y seguros, se refleja en el hecho de que la esterilización femenina y el DIU sean, por mucho, los métodos mayormente utilizados (45 y 30%, respectivamente), frente al menor uso de las pastillas anticonceptivas y de otros métodos como los inyectables, el ritmo, retiro y los métodos locales, cada uno de los cuales es empleado por 7% de las usuarias o menos.

Si bien la elevada frecuencia de la esterilización femenina es un patrón característico de muchos países en desarrollo, no deja de ser preocupante, particularmente cuando involucra a mujeres relativamente jóvenes. Como muestra el cuadro 6, una de cada nueve usuarias unidas de 15 a 24 años, dos de cada cinco de 25 a 34 años y cerca de dos de cada tres de las de 35 a 49 años han sido esterilizadas. Aún más inquietante y cuestionable es la existencia de una pequeña fracción —pero no por ello despreciable— de mujeres de 15 a 19 años en esta situación (que representan 5% de las usuarias de anticonceptivos y 1.7% de las mujeres unidas de ese grupo de edad). Al considerar la edad a la que el conjunto de mujeres esterilizadas fueron operadas, se observa que una de cada ocho fue operada antes de los 25 años (0.8% lo hizo a los 17-19 años y otro 12% a los 20-24 años) (cuadro 7).

Al mismo tiempo, existe una relación inversa entre el porcentaje de mujeres que han recurrido a la operación femenina y la escolaridad alcanzada, lo que resulta en parte explicable por la mayor edad de las usuarias con menor escolaridad, y viceversa, aunque es posible también que las mujeres con menor escolaridad estén en una posición de mayor vulnerabilidad durante el proceso de negociación y adopción de este método: 54% de las usuarias sin escolaridad y la mitad de las que cursaron algún grado de educación primaria, sin terminarla, han sido operadas, porcentaje que disminuye a 37 puntos entre las usuarias con primaria completa o estudios posprimarios. Asimismo, es el método más usado por las usuarias de mayor paridad (64% de las usuarias con cinco hijos o más) y por la mitad de las que tienen tres o cuatro hijos, aunque también por una de cada siete (14%) de las que tienen uno o dos hijos y, sor-

Cuadro 7
Distribución porcentual de las mujeres esterilizadas y promedio de hijos nacidos vivos según edad a la esterilización

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			
	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	15-24	25-34	35-49	Cero	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más
Edad a la esterilización	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
15-19	0.8	3.3	0.4		1.3	0.7	12.6	0.8			6.2	0.7	
20-24	11.9	9.0	12.3	3.2	9.6	18.0	87.4	18.4	2.8		28.3	21.5	1.5
25-29	30.5	24.0	31.5	21.4	34.4	30.2		56.4	18.8		39.5	46.0	17.1
30-34	29.6	38.8	28.2	30.8	28.1	30.9		24.4	34.6		15.4	18.6	40.5
35-49	27.2	24.9	27.6	44.6	26.6	20.2			43.8		10.6	13.2	40.9
Promedio de hijos nacidos vivos según edad a la esterilización													
15-19	2.3	2.0	2.7		2.0	3.0	2.0	3.0			2.0	3.0	
20-24	3.2	3.5	3.1	3.9	3.4	3.0	2.8	3.4	3.3		2.0	3.3	5.5
25-29	3.9	4.0	3.9	4.6	4.0	3.6		3.7	4.2		2.0	3.4	5.7
30-34	5.5	6.2	5.4	6.4	6.0	4.7		5.2	5.7		2.0	3.5	6.5
35-49	6.4	7.0	6.4	7.2	6.8	5.2			6.4		1.4	3.7	7.3

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

prendentemente, por una fracción de las que no han tenido hijos (8%). Es interesante destacar que la intensidad de esta práctica es muy similar entre las mujeres indígenas y las no indígenas, siendo posible suponer que esta similitud refleje la influencia, o posible imposición, de este método por parte de los proveedores de servicios, además de advertir que se trata de uno de los pocos comportamientos en que no se observan diferencias entre estos grupos de mujeres.

El incumplimiento de las normas médicas institucionales respecto a la aplicación de métodos definitivos, así como la posible tensión existente entre dichas normas y la lógica dominante de PF impuesta (por ejemplo, las metas anticonceptivas) pueden hacerse evidentes al tomar en cuenta las opiniones de los propios médicos respecto a los criterios que emplean para decidir la esterilización de una mujer. De acuerdo a datos de la Encuesta de Instituciones de Planificación Familiar (Eninplaf) de 1996, sólo 54% de los médicos considera que debe haber una edad mínima para prescribir un método definitivo, siendo esa edad de 28.6 años en promedio, con un muy amplio rango de variación de institución a institución que va de un mínimo de 24.9 años a un máximo de 30.3 años en promedio; aun más, 18% de los médicos piensa que la operación puede llevarse a cabo a los 20 años o incluso antes. Asimismo, la mitad de los médicos considera que debe haber una paridad mínima para prescribir un método definitivo, siendo la paridad mínima recomendada de 1.7 hijos en promedio, cifra que varía entre 1.3 y 2.9 hijos entre los médicos de las distintas instituciones.

Desde el punto de vista de las mujeres, ¿cuáles son o podrían ser las implicaciones de ser esterilizadas? ¿Cuáles son los costos y beneficios de eliminar la posibilidad de tener un hijo, tanto en términos de las aspiraciones reproductivas actuales y futuras de ellas y de sus parejas, como en relación con el momento de la vida familiar en que se encuentran y de su condición de salud? ¿Cuáles son los riesgos asociados a la exposición a una operación quirúrgica? ¿Cuáles son los cambios en la vida física y emocional que las mujeres experimentan después de ser esterilizadas? ¿Cuáles son las tensiones y conflictos experimentados por las mujeres que han decidido operarse en términos de su participación en la toma de dicha decisión, las circunstancias en las que ésta es tomada y las presiones a las

que puede verse sometida para ello? A partir de los datos de la encuesta que analizamos, solamente es posible abordar una parte de la última pregunta, lo cual se realiza en la siguiente sección. Por ahora, baste recordar, como se señaló antes, que 18% de las mujeres operadas han tenido menos hijos de los deseados; que 23% de las mujeres operadas tienen menos hijos sobrevivientes de los que quisieran tener, y que 1% del total de mujeres estudiadas quisieran tener un hijo, pero ya han sido esterilizadas.

Un último aspecto que nos parece relevante señalar, se refiere a las necesidades anticonceptivas de las mujeres no unidas. Si bien la encuesta que utilizamos, como muchas otras, no pregunta directamente a las mujeres acerca de sus necesidades anticonceptivas ni, al menos en nuestro caso, si son o no sexualmente activas, independientemente de su situación marital, resulta sugerente que 5% de las mujeres no unidas, es decir, solteras, viudas, divorciadas o separadas, manifiesten usar algún método anticonceptivo (véase el cuadro 6). Aun cuando la mitad de esas mujeres usa un método definitivo —quizás como reflejo de sus necesidades del pasado y de las opciones que en su momento les fueron ofrecidas—, el hecho de que la mitad restante utilice un método que en cualquier momento puede dejar de usar, puede ser indicativo de que al menos una parte de ellas mantiene una vida sexual activa en el presente y tiene, por consiguiente, necesidades anticonceptivas. ¿Cuáles son las necesidades anticonceptivas de las mujeres no unidas? ¿Enfrentan las mujeres no unidas con vida sexual activa mayores barreras morales, sociales e institucionales para adoptar un método anticonceptivo, en comparación con sus pares unidas? Ninguno de estos aspectos ha recibido suficiente atención por parte de los PPF y de los investigadores.²⁸

²⁸ Hallazgos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987 muestran que 6% del total de mujeres viudas y 10% de las divorciadas y separadas tuvieron relaciones sexuales durante el mes anterior al levantamiento de la encuesta, y que cerca de 6% de las mujeres solteras en edad reproductiva habían tenido alguna relación sexual a lo largo de su vida. Asimismo, 13% del total de mujeres no unidas del país, generalmente consideradas como no expuestas al riesgo de concebir, mantenían una vida sexual activa, de las cuales por lo menos la tercera parte no empleaba ninguna forma de anticoncepción (Camarena *et al.*, 1994).

Circunstancias y hechos que rodean la elección del método anticonceptivo

La elección del método anticonceptivo es uno de los aspectos fundamentales del enfoque de salud reproductiva, ya que entraña el derecho a la elección libre e informada por parte de las mujeres; refleja en alguna medida la condición de subordinación de la mujer y está íntimamente relacionado con la calidad de los servicios de salud. También se ha constituido en uno de los temas más debatidos en torno al proceso de toma de decisiones y a la estructura de opciones y condiciones con que cuentan las/los usuarias(os) de métodos anticonceptivos para llevar cabo una elección libre e informada. La adopción de un método específico puede obedecer a muy diversas razones, que van desde las influencias, recomendaciones y la imposición directa o indirecta de otras personas o actores sociales, tales como los prestadores de servicios, la pareja, compañeros, miembros de la familia, sacerdotes, etc., hasta las convicciones y creencias de las propias mujeres y sus percepciones acerca de cuestiones más prácticas, tales como el costo de adquisición de un cierto método, la disponibilidad y posibilidades de acceso a él, la facilidad o dificultad de su uso y la calidad del servicio ofrecido al adoptarlo.

De acuerdo con los datos arrojados por la encuesta, las principales razones que llevaron a las mujeres a adoptar el método que usan se concentran en dos rubros principales (ver cuadro 8): el deseo de un método efectivo para no tener hijos (37%) y la recomendación del prestador de servicios (33%). Otras razones de menor peso son el temor a los efectos colaterales de otros métodos (12%), la forma de uso y la facilidad para obtenerlo (7%) y la preferencia de su pareja (6%). Conviene destacar que a 0.8% de las usuarias el método les fue aplicado sin su consentimiento. La búsqueda de efectividad y la influencia de los prestadores de servicios son especialmente acentuadas entre las mujeres esterilizadas y las usuarias de DIU.²⁹ Por el contrario, el temor a los efectos colate-

²⁹ Cerca de la mitad de las que adoptaron el método por recomendación del prestador de servicios son mujeres esterilizadas y una de cada tres son usuarias de DIU, lo mismo que 66 y 30% de las que eligieron el método por su efectividad, respectivamente.

Cuadro 8
Distribución de las usuarias por razón principal para elegir método que usan, según tipo de método

	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>				<i>Paridad</i>		
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>Cero</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
TOTAL													
Efectividad del método	36.9	31.1	37.8	41.3	37.0	35.5	32.2	33.8	41.8	18.2	29.2	37.5	43.1
Prescripción médica	32.7	42.1	31.2	33.8	33.7	31.4	32.4	29.0	36.1	12.4	33.0	30.0	35.4
Temor a efectos colaterales	11.6	8.3	12.1	6.7	11.0	13.6	9.0	15.2	9.5	9.7	12.6	14.0	8.7
Facilidad de uso, disponibilidad	7.0	4.0	7.5	2.3	4.2	10.7	14.3	8.4	2.6	36.7	12.8	5.5	3.0
Preferencia de la pareja	5.9	9.1	5.4	9.7	7.3	3.6	4.9	7.1	5.2	9.1	6.1	6.7	4.8
Sin consentimiento	0.8		0.9		1.5	0.5		0.1	1.7		0.1	0.6	1.5
Otra	5.1	5.4	5.1	6.2	5.3	4.7	7.2	6.4	3.1	13.9	6.2	5.7	3.5
Esterilización femenina													
Efectividad del método	54.2	45.1	55.6	56.5	54.5	52.8	66.0	51.0	55.1	100.0	40.5	52.4	58.0
Prescripción médica	34.5	42.1	33.4	34.4	33.8	35.5	16.1	34.6	35.7		42.5	34.5	33.0
Temor a efectos colaterales	3.3	1.0	3.6	1.9	1.2	6.2	5.8	6.0	1.6		1.3	4.6	2.5
Facilidad de uso, disponibilidad	0.9	2.3	0.7		0.1	2.2		1.1	0.9		4.8	1.2	
Preferencia de la pareja	3.9	5.7	3.6	5.6	5.7	1.1	2.4	4.7	3.6		5.5	4.0	3.6
Sin consentimiento	0.8		0.9		0.9	1.0			1.3				1.6
Otra	2.4	3.8	2.2	1.6	3.8	1.2	9.7	2.6	1.8		5.4	3.3	1.3
DIU													
Efectividad del método	36.4	31.8	37.0	39.1	29.2	39.9	37.3	39.0	30.1		38.4	34.8	33.9
Prescripción médica	38.1	55.8	35.6	42.7	40.3	36.1	41.5	30.1	47.3	55.4	36.2	38.2	43.1
Temor a efectos colaterales	7.7	2.0	8.5	2.5	10.1	7.4	5.5	9.2	8.7		6.6	10.0	7.3
Facilidad de uso, disponibilidad	9.0	4.3	9.7	5.9	5.9	11.4	8.3	11.7	5.1		12.3	4.7	6.4
Preferencia de la pareja	2.8	4.4	2.6	1.8	5.7	1.4	3.3	3.3	1.0		3.3	3.9	
Sin consentimiento	1.4		1.6		4.0	0.2		0.3	5.8		0.3	2.4	3.0
Otra	4.6	1.7	5.0	8.0	4.8	3.6	4.1	6.4	2.0	44.6	2.9	6.0	6.3

Cuadro 8
Distribución de las usuarias por razón principal para elegir método que usan, según tipo de método (continuación)

	Etnicidad			Escolaridad		Primaria completa o más	Edad			Paridad			
	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta		15-24	25-34	35-49	Cero	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más
Pastillas													
Efectividad del método	11.2	21.7	10.0		18.3	6.1	7.0	11.8	13.4	61.4	6.6	25.3	
Prescripción médica	30.6	15.8	32.3	70.8	37.1	18.7	18.8	26.3	45.5	38.6	21.7	17.1	62.5
Temor a efectos colaterales	19.7	28.2	18.8		24.0	18.6	14.9	28.7	10.6		23.1	20.2	14.2
Facilidad de uso, disponibilidad	24.3	26.5	24.0	4.8	18.5	32.6	37.5	21.9	17.9		31.2	24.7	12.5
Preferencia de la pareja	1.7		1.9			3.5	7.2				3.8		
Otra	12.5	7.8	13.0	24.4	2.1	20.5	14.6	11.3	12.6		13.6	12.7	10.8
Inyectables													
Efectividad del método	8.4		11.2		4.8	12.8	14.9	8.7			23.0		
Prescripción médica	38.3	60.0	31.0	62.0	55.9	20.4	34.3	30.3	56.6	38.4	25.4	21.0	68.4
Temor a efectos colaterales	20.2	29.3	17.3	11.6	13.9	26.7	15.0	24.3	19.7		24.6	22.9	15.4
Facilidad de uso, disponibilidad	15.5		20.7		1.5	29.0	24.2	15.1	5.9		19.6	27.9	1.8
Preferencia de la pareja	9.5	10.7	9.1	26.4	11.5	4.7	11.6	6.8	11.6	61.6	3.1	10.6	9.4
Otra	8.1		10.7		12.4	6.4		14.8	6.2		4.3	17.6	5.0
Condón													
Efectividad del método	2.7		2.8			3.9		4.1				5.6	
Prescripción médica	10.7		10.9		8.5	12.7	6.5	14.1			29.7		11.5
Temor a efectos colaterales	35.2		35.9	40.1	42.0	32.3	39.4	31.0	49.7	64.1	32.1	38.8	21.5
Facilidad de uso, disponibilidad	22.2		22.6		13.1	27.9	43.3	19.6		35.9	25.5	20.3	17.8
Preferencia de la pareja	19.1		19.5	36.5	21.8	16.2	10.8	21.0	23.8		7.9	28.3	17.8
Otra	10.1	100.0	8.3	23.4	14.6	7.0		10.2	26.5		4.8	7.0	31.3
Ritmo, retiro, abstinencia													
Efectividad del método	1.5	3.4	1.1		3.8		6.4		1.4	15.8			1.8
Prescripción médica	12.7	13.0	12.6		10.6	18.9		14.8	14.6		15.1	7.5	17.6
Temor a efectos colaterales	43.4	27.9	46.6	34.1	43.7	46.3	15.2	42.6	53.6		35.9	57.3	44.3
Facilidad de uso, disponibilidad	9.6	3.7	10.9	5.9	10.4	10.3	35.1	8.4	2.5	63.1	3.9	4.2	10.9
Preferencia de la pareja	20.7	34.4	17.9	41.5	20.0	14.2	10.6	23.1	21.6		25.2	21.0	19.9
Otra	12.1	17.6	10.9	18.5	11.5	10.3	32.7	11.1	6.3	21.1	19.9	10.0	5.5

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, mss-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

rales es la principal razón que lleva a las mujeres a optar por el condón y por los métodos tradicionales y locales, tales como el ritmo, el retiro y la abstinencia, entre otros.

Sin embargo, la forma de plantear la pregunta en la encuesta y, sobre todo, su circunscripción a una cierta batería de respuestas predefinidas, plantean una serie de interrogantes en torno al significado de éstas y a la forma de interpretar los hallazgos obtenidos.³⁰ Así, surgen preguntas tales como: ¿Qué entienden las mujeres por un método efectivo? ¿Están conscientes de que la efectividad de un método depende en parte de su propia responsabilidad? ¿Fueron las mujeres informadas y comprendieron la forma de uso del método? ¿En qué medida la elección del método fue resultado de una recomendación del prestador de servicios más que de una imposición? ¿Fueron las mujeres informadas sobre otros métodos, sus beneficios y efectos colaterales? ¿En qué medida entendieron las explicaciones que les dieron? ¿Tuvieron la posibilidad de decidir libremente en presencia de los proveedores de servicios?

Aun cuando el contenido de la encuesta no permite responder a preguntas como las anteriores con gran detalle, algunos de los siguientes hallazgos proporcionan indicios de las circunstancias y hechos que rodean la adopción de un método específico. A una quinta parte de las usuarias que adoptaron el método por recomendación del prestador de servicios (21%) y a un porcentaje similar de las que lo hicieron por querer un método efectivo no les fue proporcionada información sobre la existencia y características de otros métodos al momento de decidirse por aquél. La cifra se eleva significativamente a 26% entre aquellas que fueron esterilizadas (véanse los cuadros 9a y 9b). Asimismo, a 21% de las usuarias no les fueron explicados los efectos colaterales y las consecuencias que podían tener con el uso del método, un porcentaje similar no entendió las explicaciones que el prestador de servicios le dio (19%) o consideró que no le dieron tiempo suficiente para informarla (20%). Estas situaciones adversas son reportadas para los distintos métodos, pero son más acentuadas entre las mujeres esterilizadas.

³⁰ De hecho, la cifra de mujeres a las que se les aplicó el método sin su consentimiento fue obtenida a partir de la respuesta textual abierta que acompaña a las respuestas incluidas bajo el código de "Otras" en la pregunta respectiva y en otras preguntas relacionadas.

Además de lo anterior, los resultados de la Eninplaf de 1996 proporcionan evidencias extremadamente relevantes acerca de los puntos de vista de los médicos y de sus prácticas en el proceso de adopción de un método anticonceptivo. Así, 42% de los médicos declaran que son ellos quienes ofrecen el método al paciente; otro 23% dice que es la paciente quien solicita un método específico, y el restante 35% señala que en forma indistinta la paciente solicita el método o el médico se lo ofrece. Sin embargo, al preguntar a los médicos que atienden partos o abortos acerca de sus responsabilidades en planificación familiar en el periodo posparto y posaborto, 42% refiere tener como tarea ofrecer consejería, orientación o información en PF, otro 24% señala como responsabilidad asegurar que la paciente salga de la clínica u hospital con un método y otro 10% tiene como tarea convencer a las mujeres para que usen un método específico.

Pero además, contraviniendo las disposiciones de la normatividad vigente, que establece que no se debe inducir la adopción de un método anticonceptivo en especial, otra décima parte de los médicos tiene como tarea la promoción y/o aplicación de un método específico, el DIU, y cuatro de cada 10 de esos médicos dice tener la responsabilidad específica de colocar el dispositivo a todas las pacientes. Aún más inquietante y cuestionable es el hecho de que 29% de los médicos que atienden partos o abortos opinen que la inserción del DIU en el posparto es una decisión que sólo compete al médico tomar, dejando de lado la facultad de elección y decisión de la mujer. A lo anterior hay que agregar la existencia de una pequeña fracción de las usuarias a quienes, transgrediendo sus derechos reproductivos, les fue aplicado un método sin su consentimiento, lo cual resulta todavía más grave al considerar que en la mitad de estos casos el método aplicado es la esterilización. Las mujeres que refieren haber vivido esta situación son todas no indígenas, la mayoría con estudios de primaria incompleta (cuadro 8).

Otro aspecto clave y crítico es el momento que los médicos consideran más apropiado para ofrecer y adoptar un método definitivo. La cuarta parte de los médicos señala no tener inconveniente en ofrecer dicho método durante el trabajo de parto, en franca oposición a la normatividad vigente que claramente señala que la consejería sobre anticoncepción no debe de efectuarse bajo situaciones

Cuadro 9a
Proporción de usuarias deficientemente atendidas al adoptar el método, según tipo de deficiencia
y razones para elegir el método

<i>Tipo de deficiencia</i>	<i>Razones de elección del método</i>						
	<i>Prescripción del médico</i>	<i>Temor a efectos colaterales</i>	<i>Facilidad de uso, disponibilidad del método</i>	<i>Preferencia de la pareja</i>	<i>Efectividad del método</i>	<i>Otra</i>	<i>Sin consentimiento</i>
No le informaron sobre otros métodos	20.5	13.9	18.7	23.6	19.6	31.3	27.4
No le explicaron efectos colaterales del método	21.2	21.9	18.3	35.2	21.7	27.2	51.2
No comprendió las explicaciones	19.0	14.6	17.5	25.2	18.8	34.8	51.2
No le dijeron regresar en caso de molestias	14.2	11.8	6.0	18.4	15.2	29.8	27.4
No le dieron tiempo suficiente para informarla	20.0	17.4	12.7	29.4	20.5	28.4	27.4
No sintió confianza para aclarar dudas	13.2	11.9	8.3	19.4	14.2	20.0	27.4
No tuvo suficiente privacidad	6.0	3.4	8.4	11.3	8.6	14.8	17.3
No fue tratada con respeto	0.9	1.2	2.5	3.6	3.4		17.3
No quedó satisfecha con la atención recibida	1.9	2.7	2.9	7.0	4.3	1.7	41.1

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

de presión. La información proporcionada por los prestadores de servicios indica que 55% de las operaciones femeninas se realizan enseguida del parto o de una cesárea, otro 5% después de un aborto y el 40% restante en un momento distinto a dichos eventos.

La carencia de información y de explicaciones claras y comprensivas dadas a las mujeres es resultado de diversos factores que prevalecen por el lado de la oferta, es decir, por parte de los proveedores de servicios y de las instituciones de salud, lo cual se agudiza en las áreas pobres y marginales. La limitada evidencia procedente de los datos de la encuesta ilustra la existencia de algunas actitudes desfavorables de los prestadores de servicios hacia sus pacientes, como por ejemplo, la percepción que tienen de la falta de capacidad de las mujeres para comprender la forma en que actúan los métodos anticonceptivos,³¹ o su reticencia a aclarar las dudas de sus pacientes o de proporcionarles indicaciones sobre qué hacer en caso de molestias o problemas resultantes de la práctica anticonceptiva. Existen otros factores relacionados con las condiciones laborales que inciden en la calidad de la atención y son mencionados por los prestadores de servicios, tales como la insuficiencia de tiempo disponible durante la consulta para proporcionar a las pacientes la información básica sobre los beneficios y consecuencias del método adoptado,³² así como la limitada variedad de métodos reversibles que pueden ofrecer y la falta de abasto de los mismos, lo cual impone restricciones adicionales a las opciones de elección disponibles para las mujeres.³³

Los hallazgos anteriores hablan por sí mismos y constituyen tan sólo una ilustración limitada, vaga e incierta del nivel de libertad y de

³¹ Aun cuando la mayoría de los médicos señalan la importancia de que las pacientes comprendan la forma como funcionan los métodos anticonceptivos, la mitad de ellos estiman que apenas 20% de sus pacientes tienen capacidad para hacerlo.

³² Veinte por ciento de las usuarias mencionan la insuficiencia de tiempo durante la consulta; 13-14% señalan la falta de confianza con el médico para aclarar sus dudas y la ausencia de indicaciones sobre qué hacer en caso de molestias (véase el cuadro 9a).

³³ Si bien las instituciones de salud manejan un promedio de 3.7 métodos anticonceptivos, en un rango que va de 3.1 a 5 métodos, durante los tres meses previos a la encuesta de 1996, 32% de las unidades médicas padecieron desabasto o carencia de recursos para aplicar al menos uno de los métodos que ofrecen.

Cuadro 9b
Proporción de usuarias deficientemente atendidas al adoptar el método, por tipo de deficiencia y método

<i>Tipo de deficiencia</i>	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>				<i>Paridad</i>		
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>Cero*</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
Total (todos los métodos)													
Información de otros métodos	20.1	16.2	20.7	18.5	22.0	19.0	19.6	19.1	21.2	20.0	21.6	21.9	17.1
Explicación de efectos colaterales	22.3	23.7	22.0	14.5	22.4	24.4	18.9	19.4	26.4	20.0	17.5	26.2	22.2
No comprendió las explicaciones	19.6	21.0	19.3	17.5	18.6	20.9	18.4	16.5	22.8	13.3	18.3	22.5	17.7
No le indicaron en caso de molestias	14.7	15.5	14.6	9.6	14.5	16.4	9.6	13.3	18.3	13.3	9.4	19.3	14.4
Tiempo insuficiente para informarla	20.2	19.3	20.3	16.2	18.6	22.7	16.2	18.6	23.5	20.0	16.3	24.0	19.4
Falta de confianza para aclarar dudas	13.8	12.8	13.9	13.7	13.2	14.3	11.5	11.2	17.1	6.7	12.4	14.2	14.6
Insuficiente privacidad	7.7	4.5	8.1	4.2	7.2	9.1	4.6	7.6	9.1	13.3	7.8	9.0	6.3
Trato no respetuoso	2.3	2.6	2.2	2.7	1.7	2.6	2.3	0.9	3.5	8.3	2.8	2.1	1.9
Insatisfecha con la atención	3.6	3.9	3.5	4.6	3.3	3.4	2.6	2.2	5.2	8.3	3.0	3.2	4.2
Esterilización femenina													
Información de otros métodos	25.8	21.6	26.5	21.0	26.1	27.6	18.4	26.2	26.1		35.2	31.3	19.7
Explicación de efectos colaterales	30.3	31.5	30.1	14.5	29.8	37.7	27.5	27.2	32.2		33.9	33.3	27.5
No comprendió las explicaciones	26.6	29.9	26.1	16.1	26.4	31.5	17.3	24.7	28.4		32.0	30.5	22.8
No le indicaron en caso de molestias	22.6	18.8	23.1	11.2	21.7	28.5	27.6	21.3	22.9		26.4	27.0	18.3
Tiempo insuficiente para informarla	28.3	28.0	28.4	18.9	26.9	34.1	17.3	27.0	29.8		34.4	30.7	25.1
Falta de confianza para aclarar dudas	20.1	17.9	20.5	14.3	20.3	22.5	17.3	18.1	21.4		26.1	20.9	18.5
Insuficiente privacidad	10.3	7.5	10.8	3.5	10.1	13.6	8.7	10.4	10.4		19.7	12.5	7.0

Cuadro 9b
Proporción de usuarias deficientemente atendidas al adoptar el método, por tipo de deficiencia y método (continuación)

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			
Tipo de deficiencia	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	15-24	25-34	35-49	Cero*	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más
Trato no respetuoso	3.3	4.2	3.1	2.4	2.5	4.5	8.7	1.1	4.0		6.7	3.4	2.5
Insatisfecha con la atención	4.8	5.5	4.7	4.4	5.3	4.5		3.3	6.0		2.5	4.7	5.4
DIU													
Información de otros métodos	15.2	10.0	15.9	16.3	20.3	12.1	21.5	13.9	6.3		20.7	7.5	10.1
Explicación de efectos colaterales	10.3	6.9	10.8	11.7	6.7	12.0	12.5	9.7	7.6		11.8	10.5	6.1
No comprendió las explicaciones	10.2	10.5	10.2	20.1	5.4	10.8	15.8	7.2	5.8		13.6	8.6	3.3
No le indicaron en caso de molestias	3.3	8.5	2.5	5.1	0.4	4.5	4.2	2.9	2.4		3.0	5.3	1.0
Tiempo insuficiente para informarla	11.5	13.1	11.2	15.4	7.6	12.7	14.0	12.1	5.8		11.7	16.2	4.4
Falta de confianza para aclarar dudas	5.8	8.0	5.5	11.2	2.7	6.5	9.8	3.3	3.4		8.4	3.5	2.2
Insuficiente privacidad	3.3	1.8	3.5	4.3	2.2	3.7	2.2	3.5	4.7		3.2	3.0	4.0
Trato no respetuoso	0.9	1.1	0.8	4.3		0.6	0.6	0.3	2.4		1.6		
Insatisfecha con la atención	1.5	1.8	1.5	5.4		1.6	1.1	1.5	2.4		2.0	1.4	0.5
Pastillas													
Información de otros métodos	8.5		9.5		7.7	10.5	10.3	10.8	3.5		8.4	13.8	2.0
Explicación de efectos colaterales	10.9	36.0	8.0		8.9	14.3	23.2	8.1	5.5		20.1	5.0	1.8
No comprendió las explicaciones	9.4	7.8	9.6	11.6	2.4	15.7	26.2	4.5	4.0		16.8	2.5	5.1
No le indicaron en caso de molestias	9.7	10.7	9.6		6.1	14.5	19.0	9.4	3.2		15.1	8.6	1.8
Tiempo insuficiente para informarla	12.0		13.4		2.4	22.8	32.0	9.0	1.4		21.1	7.4	1.8

Falta de confianza para aclarar dudas	6.3	7.8	6.1	11.6	2.4	9.2	16.8	2.5	4.0	11.4		5.1
Insuficiente privacidad	3.9		4.4			8.2	4.6	5.3	1.4	4.1	5.6	1.8
Trato no respetuoso	1.0		1.1			2.1		1.2	1.4	1.3		1.8
Insatisfecha con la atención	1.9		2.1			3.9	3.6	1.2	1.4	3.2		1.8
Inyectables												
Información de otros métodos	15.3	18.3	14.3		13.9	19.3	13.8	14.8	17.8	21.9	4.4	18.8
Explicación de efectos colaterales	27.1	34.0	24.7	11.6	38.6	21.9	41.0	15.9	28.7	18.3	42.5	19.9
No comprendió las explicaciones	23.1	17.6	24.7	37.9	19.5	22.5	21.7	22.7	25.6	22.0	27.5	15.0
No le indicaron en caso de molestias	18.9	18.8	18.9	15.1	27.4	13.5	13.8	17.5	27.3	16.0	22.0	22.0
Tiempo insuficiente para informarla	13.8	5.5	16.6		14.3	16.1	17.5	14.9	7.7	9.5	16.3	10.6
Falta de confianza para aclarar dudas	12.2	4.6	14.8	11.3	10.2	13.8	9.0	11.6	17.1	17.8	4.4	13.8
Insuficiente privacidad	13.4		17.9		13.9	15.6	9.0	21.4	5.4	20.5	16.3	4.4
Trato no respetuoso	0.6		0.8		1.6			1.4			2.2	
Insatisfecha con la atención	4.6	4.6	4.5	11.3	1.6	5.4	9.0	1.4	4.5	7.6	2.2	3.6

* El número de casos es insuficiente para desagregar por tipo de método.

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

las opciones que tienen las mujeres para elegir un método, así como de las prácticas cuestionables que prevalecen para hacer una elección informada y de las deficiencias de la calidad de la atención recibida por las mujeres al elegir el método anticonceptivo. Éstos son aspectos que requieren de mayor investigación a fin de tener un panorama más amplio y preciso de las necesidades insatisfechas respecto a las circunstancias que rodean y a los actores que participan e influyen en las opciones anticonceptivas con que cuentan las mujeres.

Otra forma de aproximación analítica para dar cuenta de las necesidades insatisfechas en la práctica anticonceptiva es la consideración de las razones de no uso de anticonceptivos. Del conjunto de mujeres en edad reproductiva, 59% no emplean ningún método para prevenir un embarazo. De ellas, 46% nunca han usado un método y el 13% restante los usó alguna vez en el pasado. Las mujeres indígenas son las que se encuentran en condiciones más vulnerables en la medida en que la gran mayoría no son usuarias actuales (71%). Entre las razones para no emplear un método anticonceptivo podemos distinguir cinco grupos de situaciones, en los cuales existen diferencias importantes entre las mujeres indígenas y no indígenas (véase el cuadro 10). Un primer grupo se refiere al desacuerdo propio, del esposo, o de la religión con el uso de anticonceptivos (6% de las no indígenas y 18% de las indígenas).³⁴ Un segundo grupo apunta a razones más específicamente relacionadas con necesidades insatisfechas, tales como el temor a los efectos colaterales de los métodos y la falta de conocimiento respecto a éstos (5 y 12% de no indígenas e indígenas, respectivamente). Un tercer grupo incluye mujeres que declararon no tener relaciones sexuales, entre las que se encuentran mujeres solteras (la mayoría adolescentes y mujeres jóvenes), viudas, divorciadas y separadas, así como mujeres unidas cuya pareja está temporalmente ausente o que señalan no tener vida sexual activa (59% de las no indígenas y 28% de las indígenas). El cuarto grupo está integrado por mujeres lactantes (5 y 10%, respectivamente); dado el carácter excluyente y la orientación segmentada de los PPF, no consideran que estas mujeres tienen necesidades insatisfechas específicas en su práctica anticoncep-

³⁴ Desafortunadamente, la encuesta no indagó acerca de lo que significa la desaprobación por parte de la mujer o de su pareja.

Cuadro 10
Distribución de las mujeres según condición de uso de anticonceptivos y razones de no uso de las no-usuarias

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			Práctica anticonceptiva		
	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	15-24	25-34	35-49	Cero	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más	No usuarias	Usuarias
Condición de uso															
Nunca usuarias	45.5	58.4	42.6	52.5	35.1	49.8	71.5	29.8	29.5	96.6	28.1	20.4	28.3	77.6	
Ex usuarias	13.1	12.2	13.3	13.9	15.3	11.4	8.3	18.2	14.0	1.7	21.7	18.0	13.2	22.4	
Usuarias actuales	41.4	29.4	44.1	33.6	49.6	38.8	20.2	52.1	56.6	1.7	50.2	61.6	58.5		100.0
Distribución de las no usuarias por razones de no uso*															
Desacuerdo de ella o la pareja	8.9	17.5	6.3	19.9	9.5	4.3	3.7	13.7	15.0	5.2	6.9	15.7	25.9	9.6	5.7
No conoce métodos	2.4	7.5	0.9	5.7	2.5	1.0	1.4	3.7	2.9		1.9	5.0	4.9	3.0	
Temor a efectos colaterales	4.4	4.6	4.3	4.3	8.2	2.4	1.4	6.2	9.3	1.4	3.8	10.4	10.8	2.7	10.2
No está unida	46.5	24.6	52.9	17.7	32.4	64.8	68.4	26.0	19.9	5.4	20.4	10.2	8	57.1	10.6
Pareja temporalmente ausente	3.9	1.3	4.7	1.6	5.9	3.9	2.5	7.1	3.9	2.4	10.9	7.6	2.6	1.9	11.2
Unida sin relaciones sexuales	1.5	2.0	1.4	1.4	2.3	1.2	0.9	1.1	3.4	0.9	1.5	4.2	2.1	0.9	3.5
Está amamantando	6.0	10.1	4.8	10.0	8.9	3.0	5.1	8.7	4.9		12.6	9.2	10.9	5.1	9.1
No fértil/menopáusica	9.2	14.5	7.6	20.7	11.8	3.4	1.0	7.5	29.4	22.2	11.5	11.6	20.0	8.1	12.9
Embarazada	10.7	8.4	11.4	8.8	11.1	11.2	11.2	15.5	4.4	40.8	19.0	17.5	7.1	6.4	25.6
Desea tener un hijo	4.4	6.6	3.8	6.3	5.1	3.4	2.7	7.9	4.5	15.8	8.4	6.9	3.2	3.7	7.0
Otra	2.1	2.9	1.9	3.6	2.3	1.4	1.7	2.6	2.4	5.9	3.1	1.7	4.5	1.5	4.2

* Se refiere sólo a mujeres alguna vez unidas o alguna vez embarazadas.

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

tiva. El quinto y último grupo incluye a mujeres embarazadas (11 y 8%, respectivamente) y a aquellas que desean embarazarse (4% no indígenas y 7% indígenas).

Al mismo tiempo, las razones de no uso de anticonceptivos varían con otras características de las mujeres. Por ejemplo, el temor por los métodos aumenta con la edad y la paridad, y es mayor entre las ex usuarias que entre las nunca usuarias, lo cual puede deberse a una mayor conciencia e información por parte de las mujeres que los han empleado, pero también a haber tenido experiencias negativas cuando los usaron.

Aun con las reservas que puede tener el considerar las expectativas declaradas por las mujeres para usar un método anticonceptivo en el futuro, resulta interesante observar que más de la mitad (56%) de las no usuarias al momento de la encuesta, pensaban hacerlo más adelante. No obstante, existen fuertes variaciones entre los distintos grupos de mujeres. Mientras 61% de las no usuarias no indígenas pensaban incorporarse más adelante a la anticoncepción, el porcentaje de las indígenas con igual proyecto llega a apenas 38 puntos. Los diversos escenarios de uso futuro se encuentran ligados al momento de la etapa de vida en que se encuentran las no usuarias: las de mayor edad, paridad y sin escolaridad comparten en menor medida este proyecto (26 a 41%). En cambio, dos terceras partes o más de las no usuarias más educadas y más jóvenes, lo mismo que de las ex usuarias, pensaban usar anticonceptivos más adelante (cuadro 11).

Finalmente, las razones que dan las mujeres para pensar que no usarán anticonceptivos en el futuro responden en parte a sus circunstancias actuales, mostrando también los obstáculos y barreras que enfrentan para satisfacer sus necesidades reproductivas y anticonceptivas. Una quinta parte de las mujeres no piensa usarlos porque actualmente no tiene pareja o actividad sexual. Otra quinta parte supone la persistencia de valores y actitudes actuales, tales como la oposición de ella o de su pareja al uso de la anticoncepción, lo cual es más frecuente entre las indígenas, las carentes de escolaridad, las de mayor paridad y, sorprendentemente, las más jóvenes, así como las ex usuarias. Resulta preocupante, aunque no sorprendente, que el temor a los métodos ocupe el tercer lugar entre las razones de no uso a futuro, especialmente entre las más jóvenes y las que no terminaron la escuela primaria (22 y 23%, respectivamente).

Cuadro 11
Mujeres no usuarias actuales de anticonceptivos e intención de uso futuro

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			Condición de uso		
	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	15-24	25-34	35-49	Cero hijos	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más	Nunca usuarias	Ex usuarias
% de no usuarias	58.6	70.6	55.9	66.4	50.4	61.3	79.8	47.9	43.6	98.3	49.8	38.7	41.5	100.0	100.0
Piensa usarlos a futuro	33.0	26.5	34.3	24.8	23.7	41.0	55.2	24.9	11.4	60.1	30.0	18.3	17.1	53.2	66.5
No piensa usarlos	15.9	26.1	13.6	28.6	19.1	10.1	8.9	15.6	27.7	14.9	13.4	16.5	19.7	27.1	27.1
Indecisa	9.7	18.0	8.0	13.0	7.6	10.2	15.7	7.4	4.5	23.3	6.4	3.9	4.7	19.7	6.4
Distribución de las no usuarias que no piensan usar anticonceptivos en el futuro, según razón para no usarlos															
Desacuerdo de ella/pareja	19.3	24.8	16.9	24.0	15.4	19.2	24.4	25.4	12.7	17.1	12.4	19.0	26.0	16.5	21.5
Desea un hijo	11.7	16.5	9.8	15.0	8.4	12.6	6.6	21.2	7.9	7.0	18.1	20.3	4.5	10.1	13.0
Temor a efectos colaterales	16.2	9.0	19.2	3.6	23.2	19.3	22.1	14.2	14.9	13.1	18.7	16.1	17.6	16.3	16.3
Sin pareja o relaciones sexuales	21.0	13.0	24.3	13.8	27.4	19.8	20.7	14.1	25.6	24.4	29.0	17.2	15.5	25.8	16.8
Infertilidad o dificultad para embarazarse	8.5	4.3	10.3	10.7	7.9	7.4		3.8	15.6	7.0	11.6	5.6	10.2	10.0	7.3
No piensa unirse o tener relaciones sexuales	8.9	12.4	7.4	11.1	5.4	11.3	7.4	7.4	10.6	15.7	4.5	8.6	5.8	7.2	10.4
Otra	14.4	20.0	12.1	21.8	12.3	10.4	18.8	13.9	12.7	15.7	5.7	13.2	20.4	14.1	14.7

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

Necesidades insatisfechas respecto al acceso y calidad de la atención de los eventos reproductivos: ¿Bajo qué condiciones?

Como fue reiterado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994, el acceso y la calidad de los servicios recibidos por las mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal constituyen aspectos clave de la salud reproductiva. Aun cuando las instituciones mexicanas de salud pública tienen ya un largo historial en la provisión de servicios de salud a la gran mayoría de la población —desde la década de los años cuarenta—, no fue sino hasta la implementación de los PPF en los años setenta que se delegó en ellas y en sus prestadores de servicios la principal responsabilidad en la provisión de servicios relacionados con los eventos reproductivos y el control de la fecundidad. Esto ha llevado a una medicalización de la procreación, proceso en el cual estos eventos se convierten en esferas de intensa influencia en los que la lógica y las prácticas médicas se imponen. Sin embargo, a pesar de la expansión y masificación de la cobertura institucional de PF hacia la mayoría de los grupos socioeconómicos de población, persisten aún importantes barreras institucionales, económicas, sociales, culturales e, incluso, familiares y personales, que impiden que muchas mujeres tengan realmente acceso a servicios de salud de calidad que les permitan tener embarazos y partos seguros. En este apartado se abordan algunos aspectos de las condiciones de la atención recibida por las mujeres durante el embarazo y el parto, pudiendo ser vistas dichas condiciones como parte de las prácticas seguidas por los proveedores de servicios. La información se refiere exclusivamente a las mujeres cuyo último hijo nacido vivo nació entre 1994 y 1999.

Atención prenatal

La atención prenatal es un factor crucial para garantizar que las mujeres puedan cursar embarazos y partos seguros y que el resultado de su embarazo sea exitoso en relación con la sobrevivencia, salud y bienestar de la madre y el hijo. En términos generales, la provisión de este tipo de atención se orienta fundamentalmente a

detectar y atender situaciones de riesgo, canalizar a las mujeres con riesgos específicos a servicios de salud especializados y a proveer atención y tratamiento oportuno y seguro a padecimientos que se presenten durante el embarazo. De ahí que en la atención prenatal resulta importante no sólo el hecho de recibirla, sino también el momento del embarazo en el que esa atención comienza a recibirse, la frecuencia con la que se recibe y la calidad de la misma. Como antes se señaló, éste es también un periodo en el que los proveedores de servicios promueven y estimulan la adopción de métodos anticonceptivos.

Aun cuando la atención prenatal es hoy día una práctica más universal y caracterizada por un creciente proceso de medicalización,³⁵ existen todavía considerables sectores de mujeres embarazadas que no reciben atención médica, que la reciben tardíamente o con una frecuencia menor a la recomendable, o bien, que reciben una atención médica de baja calidad. Los datos del cuadro 12 muestran que si bien la gran mayoría de las mujeres de áreas rurales marginadas fue atendida por un agente de salud durante su último embarazo, existe un 5% que no tuvo atención alguna, y ese porcentaje se eleva a 11% entre las mujeres indígenas y las carentes de escolaridad.

Similarmente, la intensa medicalización en la atención prenatal se hace evidente por el hecho de que cuatro de cada cinco embarazos fue revisado, al menos una vez, por un médico (sólo por él o en combinación con otros agentes de salud) y otro 3% por personal paramédico (enfermera, auxiliar de salud, promotor comunitario). Sin embargo, una parte importante de las embarazadas indígenas y sin escolaridad ha permanecido excluida de la atención prenatal medicalizada: sólo 59% de los últimos embarazos de ambos tipos de mujeres tuvieron atención de un médico y otro 6 y 3%, respectivamente, de un paramédico. Es decir, solamente 65 y 62% de los embarazos de indígenas y de mujeres sin escolaridad recibieron atención de la medicina moderna. La persistencia e importancia de la atención prenatal brindada por las parteras, ya sea como único agente o en combinación con personal médico, es un hecho

³⁵ Durante 1974-1976, 67% de los embarazos fueron atendidos por un agente de salud, elevándose el porcentaje a 92 puntos en 1994-1997 (Conapo, 2001).

Cuadro 12
Atención del último embarazo. Mujeres con hijo nacido vivo durante 1994-1999

	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>			<i>Paridad</i>		
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
% de mujeres con atención prenatal durante el último embarazo	95.0	89.4	96.8	89.4	96.4	96.6	94.7	95.9	93.6	96.2	96.3	92.3
Distribución de las mujeres según tipo de proveedor de la atención prenatal (%)												
Médico	55.8	32.3	63.1	30.1	55.5	68.2	55.7	54.3	58.5	62.0	53.5	50.7
Médico y otro agente institucional	12.2	10.0	12.8	9.5	12.3	13.0	14.1	12.2	9.6	14.3	12.6	9.3
Médico y partera	11.9	16.4	10.6	19.7	11.4	9.0	12.8	11.9	11.0	10.6	12.8	12.5
Otro agente institucional de salud	2.4	4.8	1.6	2.0	2.7	2.3	2.3	3.1	1.2	2.6	2.2	2.3
Partera y otro agente institucional de salud	0.9	1.5	0.8	0.6	1.5	0.6	1.3	0.9	0.5	0.8	0.8	1.3
Partera	11.8	24.4	7.9	27.5	13.0	3.5	8.5	13.5	12.8	5.9	14.4	16.2
<i>Sin atención prenatal</i>	5.0	10.6	3.2	10.6	3.6	3.4	5.3	4.1	6.4	3.8	3.7	7.7
Distribución de las mujeres según momento de la primera revisión (%)												
Primer trimestre	62.8	50.2	66.4	41.3	62.8	72.1	66.0	65.8	52.7	72.0	62.7	51.1
Segundo trimestre	32.5	39.8	30.4	45.2	33.2	26.5	30.5	29.7	40.7	24.6	34.6	40.4
Tercer trimestre	4.7	10.0	3.2	13.5	4.0	1.4	3.5	4.5	6.6	3.4	2.7	8.5
<i>Mes promedio de la primera revisión</i>	3.6	4.0	3.2	4.2	3.3	3.0	3.2	3.3	3.6	3.1	3.2	3.8
Distribución de las mujeres según número de revisiones durante el último embarazo (%)												
1-2 veces	6.0	13.1	3.9	12.8	4.3	4.3	6.0	4.9	7.9	5.8	3.9	8.4
3-4 veces	19.8	21.4	19.4	29.5	21.7	14.3	17.5	18.5	25.6	14.4	17.8	29.1
5 veces o más	74.2	65.5	76.7	57.7	74.0	81.4	76.5	76.6	66.5	79.8	78.3	62.5
<i>Promedio de veces</i>	6.3	5.7	6.5	5.2	6.2	6.9	6.5	6.5	5.9	6.7	6.5	5.7

% de embarazadas con atención**prenatal acorde a la norma****mexicana***

50.4	33.5	55.7	25.3	50.6	62.1	53.7	54.4	39.0	61.3	52.5	35.1
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Calidad de la atención. Porcentaje de mujeres a las que:

Les tomaban la presión	86.7	70.9	91.3	68.3	85.4	95.8	91.2	85.2	84.0	94.4	84.4	79.4
Pesaban	85.2	68.4	90.1	64.9	84.7	94.6	90.6	84.5	79.8	93.4	83.3	77.0
Vacunaron contra el tétanos	89.6	81.6	92.0	76.4	90.4	94.9	93.3	87.5	89.2	93.9	85.2	88.9

* Se refiere a mujeres que tuvieron su primera revisión durante el primer trimestre de embarazo y al menos cinco revisiones a lo largo de éste.

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

relevante, principalmente entre las mujeres indígenas y las que carecen de escolaridad. La mayor confianza que las mujeres tienen en las parteras, la mayor calidez de la atención provista por ellas —que se relaciona también con los hábitos y cosmovisiones de las mujeres—, las dificultades y costos para acceder a la atención de un médico, así como la insatisfactoria experiencia previa de haber sido atendida por personal médico, son algunas de las razones que subyacen al hecho de que las parteras intervengan en el cuidado de la cuarta parte del total de embarazos (42% de los de las mujeres indígenas y 48% de los de las que no tienen escolaridad), siendo el único agente que atiende 12% del total de embarazos (24 y 28%, respectivamente), y el resto en combinación con otros agentes.

Otros elementos convencionales para evaluar la calidad de los servicios durante el embarazo están dados por el momento gestacional en que se inicia la atención prenatal, la frecuencia de las revisiones y los exámenes y acciones practicadas a las mujeres. Los datos permiten trazar una imagen general de las heterogéneas condiciones prevalecientes entre las mujeres de las áreas rurales marginadas: sólo 63% del total de embarazadas con atención prenatal comenzó a recibirla durante el primer trimestre, una tercera parte fue atendida por primera vez en el segundo trimestre y 5% hasta el tercero. A pesar del hecho de que las mujeres con atención prenatal recibieron un promedio de 6.3 revisiones durante su último embarazo, 6% de ellas tuvo solamente una o dos revisiones y 20% tres o cuatro revisiones a lo largo de todo el embarazo. No obstante, la mayoría de las mujeres (85-89%) declara que se le practicó algún tipo de examen o acción durante el periodo prenatal (medición de la presión arterial, control de peso, vacunación antitetánica).

Nuevamente, las peores condiciones de acceso a servicios prenatales de calidad se presentan entre las mujeres sin escolaridad, las indígenas, las de mayor paridad y las mayores de 35 años (véase el cuadro 12). Baste señalar que al considerar la proporción de mujeres que tuvieron atención prenatal durante su último embarazo, así como el momento de inicio de la atención y el número de revisiones recibidas, la mayoría de las mujeres sin escolaridad, indígenas y de mayor paridad y edad, no recibieron la atención mínima establecida por la Norma Oficial Mexicana (75, 67, 65 y 61%, respectiva-

mente, frente a 50% como promedio para todas las mujeres).³⁶ Adicionalmente, cerca de una tercera parte de las mujeres indígenas y de las carentes de escolaridad (30 y 35%, respectivamente) nunca fueron pesadas ni les fue tomada la presión, y a 18 y 24%, respectivamente, no se les aplicó la vacuna contra el tétanos.

Dados los hallazgos anteriores, ¿podemos decir que las necesidades de atención prenatal de las mujeres de las áreas rurales marginadas están satisfechas? Lo inicialmente planteado, respecto a que un elevado 95% de los últimos embarazos de estas mujeres tuvieron atención prenatal, resulta a todas luces engañoso. Tanto al considerar algunas particularidades de la atención recibida como al desagregar según las características sociodemográficas de las mujeres, es posible advertir la existencia de necesidades aún insatisfechas en este renglón.

Atención del parto

Los servicios de atención del parto juegan un papel indudablemente crucial para la salud, sobrevivencia y bienestar de las madres y sus hijos. Ha sido uno de los aspectos mayormente debatidos no sólo en lo relacionado con el acceso y calidad de los servicios, sino también por lo que respecta a la autodeterminación de las mujeres y sus derechos reproductivos, debido a algunas prácticas médicas cuestionables —ya sea no intencionales o posiblemente coercitivas o erróneas— que se realizan en el momento del parto y que han sido documentadas por algunos investigadores y, sobre todo, por ONG femeninas.

El proceso de medicalización de la atención del parto en México ha sido notorio en las últimas tres décadas.³⁷ Sin embargo, y principalmente en las áreas rurales y marginadas, aún persisten barre-

³⁶ La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido establece que la mujer debe recibir por lo menos cinco consultas prenatales.

³⁷ La fracción de partos atendidos por un médico aumentó de 55% en 1974-1976 a 82% en 1994-1997. La cifra para las áreas rurales es de 59% durante este último periodo (Dirección General de Planificación Familiar, 1989; Conapo, 2001).

ras de orden social, económico, cultural, institucional, familiar y personal que llevan a las mujeres a atender sus partos fuera del ámbito médico institucionalizado y en condiciones no siempre seguras para su salud y la de sus hijos. Los datos de la encuesta son muy limitados para analizar este aspecto a profundidad y para proporcionar información precisa acerca de las experiencias específicas vividas por las mujeres durante su último parto, a pesar de lo cual ilustran algunos de los obstáculos relevantes que impiden a las mujeres atender sus partos en las instituciones de salud.

Sin ánimo de subestimar los esfuerzos y logros realizados por las instituciones mexicanas de salud en este campo, se tiene que sólo poco más de la mitad de los partos de los últimos hijos nacidos vivos (ocurridos entre 1994 y 1999 en las áreas rurales marginadas) fueron atendidos por un médico (55%), mientras que otro 36% estuvo a cargo de una partera y 4% de un paramédico. En otro 3% de los nacimientos, fue un familiar o amigo quien atendió el parto y 2% de las mujeres parieron solas, sin recibir atención ni ayuda de persona alguna. La ausencia de atención médica en el parto es especialmente acentuada entre las mujeres sin escolaridad y entre las indígenas: sólo 21 y 25% acudieron a un médico, otro 57 y 61%, respectivamente, recurrió a una partera, 8 y 9% fueron atendidas por un pariente o amigo y 5 y 6% parieron solas (véase el cuadro 13).

Un aspecto que requiere ser subrayado es el hecho de que a pesar de haber recibido atención prenatal por parte de un agente de salud institucional, el parto de una elevada proporción de las mujeres es atendido por una partera, ya sea porque así lo prefiere y elige la propia mujer, o tal vez porque sea la única opción disponible en ese momento. El parto de dos de cada tres mujeres (66%) que recibieron atención médica prenatal fue también atendido por un médico, pero otro 28% recurrió a una partera (véase el cuadro 14). Del pequeño porcentaje que vigiló su embarazo con un paramédico, 37% atendió el parto con una partera. En cambio, el último parto de 90% de las mujeres que atendieron su embarazo con una partera, fue también atendido por una partera y otro 5% por un médico. A su vez, entre quienes no tuvieron atención prenatal, 30% acudieron a un médico para la atención del parto, 26% a una partera, 21% fueron ayudadas por un pariente o amigo y 23% no recibió ayuda de ninguna persona durante el parto.

Cuadro 13
Características de la atención del último parto. Mujeres con último hijo nacido vivo durante 1994-1999

	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>			<i>Paridad</i>		
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
% de mujeres con último hijo nacido vivo entre 1994-1999	48.2	61.3	45.2	58.9	51.3	42.6	37.9	71.6	37.7	76.1	67.0	58.5
Distribución de las mujeres según agente que atendió su último parto												
Médico	55.4	25.3	64.7	21.3	51.4	74.7	60.0	56.2	48.1	69.5	54.1	39.6
Paramédico	3.8	3.4	4.0	3.7	3.2	4.4	4.2	3.2	4.6	3.2	4.8	3.5
Partera	35.5	57.2	28.7	61.4	42.0	18.1	31.4	35.2	41.0	25.2	34.1	49.4
Pariente, amigo	3.3	9.4	1.4	7.9	2.5	1.6	4.0	2.6	3.7	1.6	4.4	4.2
Nadie	2.0	4.7	1.2	5.7	0.9	1.2	0.4	2.8	2.6	0.5	2.6	3.3
Distribución de las mujeres según lugar de atención del último parto												
Unidad médica pública	45.1	26.7	50.9	21.4	43.1	58.0	49.5	45.5	39.0	56.4	44.6	32.1
Clínica privada	13.1	1.4	16.7	1.8	10.8	20.2	13.5	13.5	11.6	16.1	12.9	9.6
Domicilio particular (de la mujer, la partera o un pariente)	41.5	71.4	32.2	76.2	45.9	21.5	37.0	40.6	48.9	27.4	42.5	57.4
Otro lugar	0.3	0.5	0.2	0.6	0.2	0.3		0.4	0.5	0.1		0.9
% de mujeres con último parto atendido en lugar distinto a la clínica que corresponde	80.3	83.3	79.4	85.8	81.0	77.2	77.5	80.3	83.9	75.0	80.9	86.0
Razones para no atenderse en la clínica que corresponde												
Necesidad de atención especializada	13.3	6.7	15.4	5.0	12.8	17.7	14.4	11.9	14.6	15.1	14.0	10.5
Ausencia del médico	16.6	9.7	18.8	13.6	17.9	17.1	15.6	16.9	17.4	13.1	19.1	18.3

Cuadro 13
Características de la atención del último parto. Mujeres con último hijo nacido vivo durante 1994-1999 (continuación)

	<i>Etnicidad</i>			<i>Escolaridad</i>			<i>Edad</i>			<i>Paridad</i>		
	<i>Total</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Sin escolaridad</i>	<i>Primaria incompleta</i>	<i>Primaria completa o más</i>	<i>15-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-49</i>	<i>1-2 hijos</i>	<i>3-4 hijos</i>	<i>5 hijos o más</i>
Dificultad para llegar a la clínica	14.2	22.5	11.6	21.2	16.9	8.8	12.4	13.1	18.4	9.3	13.2	21.2
Derechohabiente de institución de salud	8.7	10.0	8.3	6.7	7.4	10.7	8.5	9.0	8.5	9.2	9.5	7.4
Temor o falta de confianza	3.6	2.1	4.0	1.8	2.8	5.0	3.3	3.7	3.7	3.9	2.7	4.2
Vergüenza de que la vea el médico	1.8	2.2	1.7	2.8	2.1	1.1	1.9	1.6	2.1	1.3	1.8	2.4
Preferencia o costumbre por una partera	11.3	24.4	7.2	27.3	10.0	4.7	9.7	12.0	12.1	8.2	11.3	15.0
Decisión de la pareja o pariente	1.3	1.3	1.2	0.7	2.0	1.0	3.0	0.6	0.4	2.3	0.8	0.4
Vivía en otra localidad	6.6	2.2	8.0	4.4	3.9	9.7	6.9	8.6	2.5	10.4	5.8	2.8
Otra	2.9	2.2	3.2	2.3	5.2	1.4	1.8	2.9	4.2	2.2	2.7	3.8
% con atención posparto	59.0	51.9	61.2	52.5	54.5	65.6	61.6	59.4	55.2	65.1	60.6	50.1

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, mss-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

El lugar donde el parto se lleva a cabo es también un factor importante, tanto por las condiciones de higiene como por la infraestructura con que cuenta (recursos humanos, equipo, instrumental y medicamentos) y que puede ser requerida en caso de alguna complicación en el momento del parto. Si bien 45% de los partos se realizan en una unidad médica pública, una proporción similar de mujeres, 42%, da a luz en una casa particular (casa de la mujer, de la partera o de algún familiar) y, a pesar de las precarias condiciones de las mujeres de estas áreas, 13% atiende su parto en unidades médicas privadas. Estas últimas son en su mayoría mujeres no indígenas y las más educadas. En cambio, el nacimiento del último hijo de 71 y 76% de las mujeres indígenas y de las carentes de escolaridad ocurrió en una casa particular, y solamente 28 y 23% en una institución de salud pública o privada (cuadro 13).

Cuadro 14
Comparación entre la atención prenatal y en el parto,
según tipo de agente que brindó la atención

<i>Atención del parto</i>	<i>Atención durante el último embarazo</i>			<i>Sin atención prenatal</i>
	<i>Médico</i>	<i>Paramédico</i>	<i>Partera</i>	
Médico	65.8	21.5	5.2	29.8
Paramédico	3.5	26.7	1.3	0.5
Partera	28.0	36.6	89.8	25.7
Pariente, amigo	2.0	15.2	0.9	21.1
Nadie	0.7		2.8	22.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

Relacionado con lo anterior, y contra lo que común y erróneamente se piensa, es interesante anotar que la sola disponibilidad de servicios de salud en las áreas rurales marginales no es suficiente para que la atención de los partos se realice en unidades médicas. De hecho, a pesar de que la mitad de las mujeres vive en localidades en donde existe por lo menos una clínica del programa IMSS-Solida-

ridad y de que aun cuando la mitad restante vive en localidades que reciben servicios médicos a través de agentes que periódicamente las visitan, cuentan en teoría con alguna clínica del programa relativamente cercana a la cual acudir al momento del parto, una proporción muy baja de las mujeres (20%) tuvo a su último hijo en la clínica que le corresponde. La gran mayoría de las mujeres (80%) fue atendida en una unidad médica distinta a la que le corresponde o en una casa particular (véase el cuadro 13).

Las razones dadas por las mujeres para no haber sido atendidas en la clínica que les corresponde son principalmente de naturaleza económica y cultural y, sobre todo, se relacionan con las adversas condiciones de los servicios médicos públicos que se ofrecen en los contextos marginados, o con los obstáculos que las mujeres enfrentan para acceder a ellos. Así, del total de mujeres con hijos nacidos vivos en el periodo 1994-1999, una de cada ocho (13%) no atendió su último parto en la clínica correspondiente y acudió a una unidad médica con mayor y mejor infraestructura debido a que requería atención especializada, ya sea por tener un embarazo de alto riesgo, por haber tenido complicaciones en partos anteriores, por requerir de una cesárea o por pretender esterilizarse después del parto. Otro 11% señala su preferencia o costumbre de atenderse con una partera y la mayor confianza que tiene en ella y 8% es derechohabiente de alguna institución de seguridad social. Pero también otro 16% no atendió su parto en su clínica local porque en ella no había personal para atenderla; 14% porque tuvo dificultad para llegar a la clínica al momento del parto debido a la lejanía de ésta y a la falta de transporte, de dinero para el pago de éste o de alguna persona que la llevara, y 4% acudió a otra unidad médica porque la que le corresponde le inspira temor o desconfianza (cuadro 13). En suma, por lo menos 34% de las mujeres no atendieron su último parto en el lugar en que se esperaría que lo hicieran, a causa de la desconfianza que les inspira, las dificultades físicas para acceder o por ausencia del personal.

Estas dificultades son exacerbadas entre las mujeres indígenas y las carentes de escolaridad: las principales razones que dan para no haber atendido su último parto en la clínica local son su preferencia y mayor confianza en la partera (24 y 27%) y las dificultades para llegar a la clínica (21 y 22%). Por su parte, la ausencia del mé-

dico (17 y 19%) y, aunque en menor medida, la dificultad para llegar a la clínica (9 y 12%) son algunas de las principales razones dadas por las mujeres no indígenas y las más educadas para no haber atendido su último parto en la clínica local, confirmando las adversas condiciones que enfrentan las mujeres de las áreas rurales marginadas.

Finalmente, la elevada frecuencia y la práctica excesiva de cesáreas y esterilizaciones son otros aspectos de crucial importancia vinculados a la calidad de la atención durante el parto en las clínicas de salud, y pueden ser vistas como indicadores de la pobreza y negligencia institucional.³⁸ De acuerdo a la lógica médica que prevalece en gran medida en el campo de la salud mexicana, el tener dos cesáreas es uno de los principales criterios empleados por los proveedores de servicios para persuadir a las mujeres a aceptar la esterilización. Aunque los datos de encuesta que analizamos no incluyen preguntas específicas acerca de las actitudes de las mujeres respecto a estas prácticas, hallazgos realizados en otras encuestas y, sobre todo, en estudios de tipo cualitativo, han mostrado que estas prácticas médicas son uno de los principales obstáculos para que las mujeres atiendan sus partos en instituciones de salud (Lerner *et al.*, 1994).

Las evidencias anteriores ilustran el largo trecho que aún queda por recorrer en el camino hacia el logro de una atención segura del parto en México. No debe verse solamente como un simple problema de insuficiencia cuantitativa de servicios de salud sino, y quizás principalmente, como un problema de calidad, relacionado con la incapacidad para ofrecer el tipo de servicios requerido en los lugares en que se necesitan, así como de salvar las barreras y deficiencias que han obstaculizado el acceso de una significativa proporción de mujeres a los servicios, aun cuando éstos existan.

³⁸ En relación con la práctica de la cesárea, vale la pena señalar que aun cuando las normas de salud establecen que el porcentaje de partos atendidos por cesárea no debe exceder de 20 puntos, datos obtenidos de la Eninplaf muestran que en 1996 el 29.4% del total de partos atendidos durante el mes anterior a la encuesta fueron resueltos por cesárea (véase también la nota 15 para otras estimaciones de la práctica de la cesárea).

*Necesidades insatisfechas en otros componentes
de salud reproductiva de las mujeres*

Bajo un concepto amplio de salud reproductiva, que comprende al conjunto de procesos asociados con la reproducción, la sexualidad y la salud sexual, y que va más allá de lo concerniente a la planificación familiar y a la salud materno-infantil, adquiere gran importancia la prevención y detección oportuna de algunas enfermedades y padecimientos que son susceptibles de comprometer el estado de salud general de las mujeres, así como el ejercicio de su sexualidad y de su capacidad reproductiva. Entre esos padecimientos y enfermedades destacan, tanto por los daños a la salud que pueden ocasionar, como por su nivel de incidencia, las ITR, las ETS, el VIH/sida, así como el cáncer cérvico-uterino y mamario, los cuales, con excepción del VIH/sida, han sido objeto de escaso estudio. Si bien la información procedente de la encuesta que analizamos es muy limitada, en este apartado proporcionamos un panorama general del conocimiento que tienen las mujeres en torno a las prácticas preventivas de algunas de dichas enfermedades, a fin de ilustrar algunas de las necesidades insatisfechas respecto a estos aspectos de la salud reproductiva, en gran medida desconocidas.

Las ITR y las ETS constituyen un importante problema de salud, tanto por sí mismas como por las complicaciones que pueden acarrear para la salud de la propia mujer y la de sus hijos, y para el logro de los ideales reproductivos de aquella y de su pareja, así como por el papel que pueden jugar como facilitadoras de la adquisición de otras enfermedades, como pueden ser ciertas formas de cáncer y el VIH-sida.

La incidencia del flujo vaginal (FV) entre las mujeres de las áreas rurales marginadas es un asunto difícil de abordar en la medida en que está estrechamente relacionado con el conocimiento, el nivel de conciencia y el acceso a la información y a los servicios de salud. Es un terreno en el que los servicios de salud tienen una importante y amplia tarea por hacer, no sólo por lo que concierne a su tratamiento, sino también en la provisión a las mujeres de la información y las habilidades esenciales para reconocer su presencia y para identificar y distinguir cuando una situación puede ser normal o puede representar un riesgo a la salud, los cuales son aspectos

Cuadro 15
Flujo vaginal (FV)

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			Práctica anticonceptiva		
	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	15-24	25-34	35-39	Cero	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más	No usuarias	Usuarias
% de mujeres que han tenido FV alguna vez	31.3	16.7	34.7	22.8	35.8	31.4	22.3	36.2	37.4	14.1	38.9	38.5	36.5	21.6	45.0
% que considera normal tener FV*	20.6	34.3	17.5	25.5	18.9	19.9	24.7	19.0	17.1	25.7	16.1	21.5	19.0	24.5	15.1
Entre las que han tenido FV	18.4	27.9	17.4	17.7	17.6	19.2	27.8	15.6	14.3	34.0	16.6	18.7	13.4	20.9	16.8
Entre las que nunca han tenido FV	21.6	35.6	17.6	27.9	19.7	20.3	23.8	20.9	18.8	24.3	15.7	23.2	21.2	25.5	13.7
% de mujeres que han tenido FV durante los últimos cinco años	28.3	14.4	31.5	20.0	31.0	29.5	21.3	33.9	31.2	13.2	37.0	35.3	30.5	19.5	40.7
Buscó atención médica	21.3	9.2	24.1	15.0	25.1	21.2	13.1	27.9	24.7	5.7	30.1	28.4	23.9	12.9	33.1
No buscó atención médica	7.0	5.2	7.4	5.0	5.9	8.3	8.2	6.0	6.4	7.5	6.9	6.9	6.5	6.5	7.6
Razones dadas para no buscar atención médica	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Es normal tener FV	47.3	44.7	47.7	21.4	43.3	54.5	51.5	41.3	46.4	60.2	41.3	44.5	39.5	49.6	44.5
No lo considera problema importante	12.5	16.0	12.0	14.3	14.6	11.2	7.4	16.0	17.2	3.5	23.7	16.8	8.9	11.1	14.3
Pena, vergüenza	25.2	23.4	25.5	47.4	29.6	18.7	26.2	26.9	22.2	24.2	20.6	23.2	33.1	29.0	20.6
Problemas para acceder a servicios de salud	11.0	2.9	12.3	16.9	5.4	12.3	10.7	11.4	11.2	5.9	14.4	13.8	11.5	4.7	18.7
Otra	4.0	13.0	2.5		7.1	3.3	4.2	4.4	3.0	6.2		1.7	7.0	5.6	1.9

* Se refiere al porcentaje del total de mujeres que considera normal el flujo vaginal, independientemente de que lo haya tenido alguna vez o no.

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

que todavía no son adecuadamente informados y socializados en la sociedad mexicana.

Los datos del cuadro 15 muestran algunas de las circunstancias adversas que en este campo enfrentan las mujeres de las áreas rurales marginadas. La incidencia de FV es relativamente elevada: cerca de un tercio del total de mujeres reconoce haberlo padecido en algún momento de su vida, siendo de destacar que el porcentaje de las usuarias actuales de métodos anticonceptivos duplica al de las no usuarias (45 y 22%). Aun cuando la mayoría de las mujeres consideran anormal el FV (79% del total), es importante señalar que la cuarta parte de las que lo padecieron durante los últimos cinco años no buscaron atención médica cuando tuvieron este síntoma. Cerca de la mitad de ellas (47%) no lo hicieron porque consideraron que era una situación normal y otro 13% porque no creyó que fuera un problema importante, o bien, porque les dio pena o tuvieron problemas para acceder a los servicios (25 y 11%, respectivamente). Las mujeres indígenas reconocen en menor grado haber tenido FV en comparación con las no indígenas (17 y 35%, respectivamente), y son también las que buscaron en menor proporción atención médica para ello. Por el contrario, las más educadas, de mayor edad y paridad, esto es, las que supuestamente tienen mayor experiencia y un mayor conocimiento y conciencia de los riesgos que esta problemática representa, son las que en mayor medida reconocen que han tenido flujo vaginal.

Por otra parte, las diferencias entre las mujeres indígenas y no indígenas, así como entre las que carecen de instrucción y las más educadas, que han oído hablar de las ETS son muy importantes (39 y 80% en el primer caso y 44 y 83% en el segundo) (cuadro 16). Sin embargo, el haber oído hablar de las ETS no siempre significa que las mujeres sepan cómo prevenirlas. Entre las mujeres que saben de la existencia de dichas enfermedades, más de la mitad (58%) reconoce el uso del condón como una forma de prevenirlas, aunque sólo una tercera parte de las mujeres indígenas y sin escolaridad lo identifica. El mantener relaciones sexuales con una sola pareja es la segunda forma que las mujeres reconocen con mayor frecuencia para prevenir las ETS (31%), con poca variación entre las mujeres pertenecientes a los distintos grupos de edad, niveles de escolaridad o situación de habla de lengua indígena. Del resto de las muje-

res, 15% desconoce las maneras de evitar su contagio —35% de las mujeres indígenas y 30% de las carentes de escolaridad— o identifica medios cuestionables para evitar la infección, tales como la abstinencia de relaciones sexuales (14%) o el demandar fidelidad a su pareja (9%).

El sida presenta un panorama similar. Aunque es más conocido que las ETS (86% del total de mujeres ha oído hablar de él), la diferenciación social se hace nuevamente patente, de manera que sólo 52% de las indígenas y 60% de las que no tienen escolaridad han oído de esta enfermedad. Igualmente preocupante es la percepción que tienen las mujeres sobre las formas de adquirir la enfermedad: a pesar de que la mayoría sabe que se adquiere por contacto sexual (77%), sólo 35% sabe que puede ser transmitida por medio de transfusiones sanguíneas, por el uso de agujas o jeringas (25%), o durante el embarazo si la madre está enferma (5%). Un 20% declara desconocer las formas de adquisición del sida y una pequeña fracción adicional (4%) señala formas erróneas de transmisión. Nuevamente, los datos muestran la mayor vulnerabilidad de las mujeres indígenas y las que no tienen escolaridad, alrededor de 37% de las cuales desconocen las formas de transmisión de la enfermedad.

Un último tópico que abordamos se refiere al cáncer cérvico-uterino y al cáncer mamario, los cuales representan dos de los principales problemas de salud reproductiva de las mujeres, siendo el primero la tercera causa de muerte entre las mujeres de 30 a 44 años en el país. Si bien el riesgo de padecer estas enfermedades se incrementa con la edad, su letalidad es susceptible de ser disminuida mediante su detección oportuna y la toma de conciencia sobre su existencia a través de información adecuada.

Los datos arrojados por la encuesta muestran (cuadro 17) que a cerca de la mitad (48%) de las mujeres de 25 años y más que viven en áreas rurales marginadas alguna vez les han sido aplicados exámenes para detectar la existencia de problemas en la matriz (44% de las mujeres de 25 a 34 años y 52% de las de 35 a 49 años). Sin embargo, el acceso a estas pruebas es sumamente desigual entre las mujeres no indígenas e indígenas y entre las de mayores y menores niveles de escolaridad, siendo en ambos casos las diferencias de más del doble (55 y 24% en el primer caso y 57 y 29% en el segundo).

Cuadro 16
Enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida

	Etnicidad			Escolaridad			Edad			Paridad			Práctica anticonceptiva		
	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	15-24	25-34	35-39	Cero	1-2 hijos	3-4 hijos	5 hijos o más	No usuarias	Usuarias
% de mujeres que han oído hablar de ETS	72.7	39.1	80.2	44.0	71.9	83.0	71.5	76.7	70.0	73.9	73.2	76.6	67.2	66.5	81.3
% de mujeres que conocen medios para prevenir el contagio de ETS															
Uso de condón	57.9	33.9	60.5	32.6	49.9	66.8	57.9	59.3	56.3	58.8	59.6	60.4	52.3	54.3	62.0
Relaciones sexuales con una sola pareja	31.4	28.8	31.7	30.7	30.9	31.8	29.9	32.3	32.3	29.5	32.9	30.1	33.5	30.4	32.5
Abstinencia	13.9	10.0	14.3	12.7	11.3	15.6	16.1	13.6	11.6	19.2	13.2	13.7	8.3	16.8	10.6
Uso de pastillas u óvulos	0.9		1.0		0.6	1.2	1.1	0.8	0.6	1.1	0.6	1.4	0.4	0.7	1.0
Pedir fidelidad a la pareja	8.6	9.6	8.5	11.1	7.4	8.8	5.8	10.3	10.2	5.5	10.1	10.3	9.0	6.8	10.7
Otro medio	2.6	3.3	2.5	1.9	3.0	2.5	2.3	2.0	3.6	2.2	2.4	3.0	2.9	2.6	2.6
No sabe	15.1	34.9	13.0	30.1	17.6	11.0	15.1	16.2	13.9	13.6	14.7	13.9	18.6	16.5	13.6
% de mujeres que han oído hablar del sida	86.3	51.8	94.2	59.7	87.4	94.7	86.9	85.8	86.0	87.6	89.2	86.0	82.2	81.0	93.7
% de mujeres que conocen medios de transmisión del sida															
Contacto sexual	77.1	59.0	79.4	58.1	72.8	83.8	76.1	79.6	76.0	78.7	78.4	81.0	70.4	75.6	79.0
Transfusiones sanguíneas	34.8	12.4	37.7	12.1	26.7	44.5	33.2	38.2	33.6	38.8	36.2	37.6	26.3	31.6	38.8
Agujas o jeringas	24.5	9.0	26.5	7.9	19.0	31.4	25.9	25.2	22.2	31.0	23.5	25.5	17.0	23.1	26.3
Transmisión durante el embarazo y la lactancia	4.7	5.1	4.6	0.7	3.5	6.2	4.7	4.8	4.6	5.3	3.8	7.1	2.4	3.9	5.6
Contacto cotidiano con persona infectada	4.0	2.2	4.2	4.0	3.4	4.4	4.1	3.6	4.3	4.8	3.3	4.3	3.6	4.3	3.6
Otros medios (baños públicos, albercas, besos, piquetes de moscos, aire, etc.)	3.6	1.8	4.0	1.8	4.0	3.9	2.8	3.9	4.1	3.1	2.2	5.5	3.6	2.7	4.8
No sabe	20.2	37.5	18.0	36.2	24.6	14.1	21.7	17.5	20.9	18.4	19.5	16.5	26.3	21.0	19.1

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, mss-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

Un hecho notable, quizás sintomático del escaso contacto que las mujeres sin hijos tienen con las instituciones de salud, o de la errónea creencia de que por no tener hijos están exentas del riesgo del cáncer cérvico-uterino, es la baja proporción de mujeres nulíparas que alguna vez se ha realizado un Papanicolau (18%). El panorama es aún peor al considerar sólo a las mujeres que se han realizado el examen durante los dos últimos años: sólo 16% de las mujeres nulíparas de 25 años y más, 21% de las indígenas y 26% de las carentes de escolaridad se practicaron el examen dentro de ese periodo, frente a 47-49% de las mujeres no indígenas, de las que tienen tres a cuatro hijos o de las que lograron terminar la escuela primaria.

Un perfil similar se obtiene al considerar algunos hechos relacionados con el cáncer de mama. Poco más de la mitad de las mujeres de 25 años y más ha recibido información respecto a la forma de llevar a cabo la revisión de sus pechos y manifiestan realizar dicha exploración (57 y 56%). Los datos contenidos en el cuadro 17 corroboran la tendencia diferencial de estos hechos entre las mujeres con distintos antecedentes étnicos y educativos. La principal razón que dan las mujeres para no revisar sus senos es la ausencia de molestias, lo cual es mencionado por más de la mitad de las que no lo hacen, siendo notable que son las mujeres más educadas, las no indígenas y las usuarias actuales de anticonceptivos las que dan esta respuesta en mayor medida (60-62%). La segunda razón más frecuente es que *no sabe* (16%), pero, desafortunadamente, la forma en que fue planteada esta opción de respuesta en el cuestionario no permite dilucidar si se trata de que la entrevistada no sabe cómo hacer la revisión, o bien, si no sabe por qué no la hace. Finalmente, otras razones dadas por las mujeres son que no consideran importante hacer la revisión, o bien, su ignorancia acerca de tumores o respecto a la forma de realizar la exploración (13 y 12%).

A pesar de las limitaciones de los datos de la encuesta, los hallazgos expuestos anteriormente ofrecen información relevante sobre algunos de los aspectos críticos señalados en la primera parte del documento. La estrechez y parcialidad de la visión de los PPF y de salud materno-infantil que hasta fechas muy recientes se orientaron fundamentalmente en el uso de anticonceptivos y en los eventos reproductivos más estrechamente vinculados a la procreación, han sido un obstáculo para considerar e intervenir en otros

Cuadro 17
Proporción de mujeres de 25 años y más que se ha realizado la prueba de Papanicolau y examina sus pechos

	Etnicidad			Escolaridad			Edad		Paridad			Práctica anticonceptiva		
	Total	Indígenas	No indígenas	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa o más	25-34	35-49	Cero hijos	1-2 hijos	3-4 o más	5 hijos usuarias	No Usuarias	
% al que alguna vez le han realizado un Papanicolau	48.0	23.7	55.1	29.4	50.5	57.3	44.4	52.2	17.5	49.6	55.0	48.1	62.7	
Distribución de las mujeres según tiempo desde el último Papanicolau														
Nunca se lo ha hecho	52.0	76.3	44.9	70.6	49.5	42.7	55.6	47.8	82.5	50.4	45.0	51.9	37.6	
Un año o menos	35.0	18.6	39.9	23.3	35.8	41.8	32.6	37.9	13.7	34.3	38.7	21.1	46.7	
Dos años	6.0	2.0	7.2	2.7	6.5	7.5	6.3	5.8	2.0	6.1	8.9	4.5	7.0	
3-4 años	3.8	1.3	4.4	1.5	4.1	4.8	3.7	3.8	0.8	7.0	4.4	2.3	4.5	
5-9 años	2.0	1.8	2.1	0.6	2.6	2.3	1.6	2.5	1.0	2.2	1.9	2.3	2.4	
10 años o más	1.2	0.0	1.5	1.2	1.5	0.8	0.1	2.2	0.0	0.0	1.1	2.0	1.8	
% que ha recibido información sobre cómo revisar sus pechos	56.7	40.9	61.1	41.5	58.4	64.1	55.1	58.4	44.5	57.9	59.1	56.5	64.5	
% que periódicamente autoexamina sus pechos	55.7	35.5	61.2	36.3	58.1	64.8	54.3	57.1	42.1	57.1	60.0	54.1	64.9	
Distribución de las mujeres que no examinan sus pechos según razón por la que no lo hacen														
Ausencia de dolor o molestias	55.7	46.4	60.5	51.2	55.1	62.5	56.4	55.4	55.1	59.9	54.5	55.5	61.2	
No cree importante revisarlos	13.3	9.9	14.9	13.2	14.9	11.5	12.0	14.8	16.2	9.0	16.2	12.6	2.3	
No sabe cómo revisarlos	11.9	13.2	11.4	10.2	14.6	10.0	12.0	11.7	8.8	15.6	14.1	9.5	11.8	
Otras	2.5	3.1	2.1	2.0	1.7	3.8	2.4	2.4	1.4	2.7	1.3	3.3	17.3	
No sabe	16.5	27.4	11.1	23.3	13.7	12.1	17.1	15.8	18.5	12.9	13.9	19.2	7.4	

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva, IMSS-Solidaridad-Conapo, México, 1999.

problemas de salud reproductiva en los que todavía existen muchas necesidades que no son tomadas en cuenta y, por consiguiente, no están siendo satisfechas.

CONSIDERACIONES FINALES

En las secciones anteriores hemos presentado un panorama exploratorio y aún incompleto de los problemas teóricos y metodológicos relacionados con el significado y los alcances del concepto de necesidades insatisfechas, así como algunas evidencias empíricas sobre la situación actual de las necesidades satisfechas o no en materia de sr en un contexto rural marginal de México. A partir de los abrumadores hechos y cifras descritos se han subrayado algunas de las principales incertidumbres, ambigüedades y lagunas que requieren ser abordadas con el fin de responder a muchas de las preguntas planteadas.

Nuestro objetivo principal en este capítulo ha sido ilustrar, a partir del análisis de datos de encuesta, algunos de los hechos cruciales y no resueltos de las necesidades insatisfechas de las mujeres en algunas dimensiones de su salud reproductiva. La estrategia de investigación seguida nos ha permitido explorar algunos de los principales aspectos relacionados con el limitado y simplificado esquema analítico comúnmente utilizado para definir, identificar y construir los conceptos, dimensiones, variables y preguntas formuladas en la mayoría de las encuestas para analizar las condiciones, circunstancias y necesidades en materia de sr. A diferencia de los análisis demográficos clásicos que centran la atención en los comportamientos a gran escala, nuestro énfasis ha sido puesto en los pequeños —pero significativos— números relativos usualmente dejados de lado, lo cual nos ha permitido señalar algunas de las situaciones de riesgo de las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad social, y ha hecho posible obtener un panorama más comprehensivo de la problemática de sus necesidades en el ámbito de la sr. Asimismo, la estrategia analítica seguida ha sugerido algunos aspectos programáticos a ser tenidos en cuenta para enfrentar y reducir las barreras y obstáculos, tanto públicos como individuales, que dificultan la satisfacción de las necesidades de las mujeres

en este terreno, así como para trazar un puente entre las necesidades sociales e institucionales, por un lado, y las individuales, por el otro. Si bien los datos que utilizamos no permiten un conocimiento profundo de dichas necesidades, esperamos que los hechos analizados en el documento sean vistos como elementos a tener presentes para la implementación de acciones más acertadas por parte de las políticas y programas de salud, y que tomen en cuenta las circunstancias específicas de los diversos y heterogéneos grupos poblacionales.

Entre los principales resultados hemos visto las grandes variaciones que existen en los niveles de NIA, dependiendo del criterio usado para su estimación. Hemos mostrado también, independientemente del criterio utilizado, la persistencia de grandes desigualdades entre los distintos grupos poblacionales, en donde las mujeres indígenas, las que carecen de escolaridad y, en la mayoría de los casos, las de mayor edad, son las que tienen mayores necesidades insatisfechas.

En segundo lugar, en relación con las metas e ideales reproductivos de las mujeres, hemos podido advertir que aun cuando el número de hijos que las mujeres han tenido y el número deseado de éstos es muy similar, existe una proporción no despreciable de mujeres que muestran insatisfacción, no sólo en el sentido de tener más hijos de los deseados, sino también por tener un número menor de ellos. Esto último es particularmente relevante tanto por lo que se refiere a las mujeres que no pueden tener hijos a causa de la infertilidad como, y sobre todo, por haber sido esterilizadas, constituyendo en ambos casos una problemática que ha sido ampliamente desatendida. La elevada incidencia de esterilizaciones, especialmente entre las mujeres jóvenes, debe ser vista como parte de las necesidades reproductivas insatisfechas que enfrentan las mujeres y como parte de las condiciones que obstaculizan el logro de su capacidad de reproducirse y el ejercicio de su libertad de decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Más aún, la prevalencia de elevados niveles de mortalidad infantil, de la niñez y juvenil, y la práctica de cesáreas y la del aborto inducido continúan siendo importantes problemas de salud reproductiva, como ocurre en los contextos rurales marginados estudiados y que se acentúan, dentro de éstos, entre los grupos más vulnerables antes señalados.

En tercer lugar, hemos visto que a pesar de la implementación masiva de PPF en los diferentes contextos sociales y grupos de población, todavía existen fuertes diferencias en la práctica anticonceptiva, de tal suerte que el nivel de uso de anticonceptivos entre las mujeres indígenas y las carentes de escolaridad es mucho menor al nivel de uso observado entre las no indígenas y las más escolarizadas. No obstante, al analizar el tipo de método usado encontramos que la esterilización femenina no sólo constituye la práctica anticonceptiva mayormente seguida, sino que lo es casi al mismo nivel entre las usuarias de ambos grupos étnicos, y en mayor medida entre las mujeres con menor escolaridad que entre las más educadas. Vale la pena resaltar la existencia de esta práctica, aunque en una pequeña proporción, incluso entre las mujeres jóvenes y con baja paridad.

Por otra parte, las evidencias respecto a las circunstancias y hechos que rodean la elección del método anticonceptivo apuntan hacia la presencia de algunas situaciones y prácticas críticas, cuestionables y adversas dentro de las instituciones de salud, que ilustran la falta de libertad y de opciones que enfrentan las mujeres al elegir el método. Dentro de esas situaciones y prácticas se encuentran: *a)* la influencia ejercida y, en algunos casos, la imposición, por parte del proveedor de servicios para adoptar un cierto método, especialmente el DIU y la esterilización, independientemente de la edad y paridad de la mujer e, incluso, sin el consentimiento de ésta; *b)* las frágiles y adversas circunstancias en que se encuentran las mujeres que son inducidas a la esterilización inmediatamente después del parto o de una cesárea; *c)* la escasa variedad de métodos reversibles y seguros que están disponibles en las clínicas de salud, y *d)* la falta o limitación de información proporcionada por los médicos acerca de las características y de los efectos colaterales tanto del método adoptado como de los otros métodos existentes. Hechos como éstos reflejan las contradicciones entre las normas establecidas por las instituciones de salud y la racionalidad impuesta por los PPF, las cuales se acentúan en las áreas pobres y marginadas y, dentro de ellas, entre las mujeres indígenas y las carentes de instrucción o con baja escolaridad.

En cuarto lugar, el panorama general en torno a los servicios de salud recibidos por las mujeres durante el embarazo y el parto es

todavía menos prometedor y muy desigual. Aunque la atención prenatal parece ser hoy día una práctica casi universal, los estándares médicos establecidos como mínimos por el gobierno (número, momento y frecuencia de las consultas médicas) no son siempre cumplidos, sobre todo, nuevamente, entre las mujeres indígenas, sin escolaridad y entre las de mayor edad y paridad. Respecto a la atención del parto, baste señalar que apenas poco más de la mitad de los nacimientos de los últimos hijos nacidos vivos entre 1994 y 1999 fueron atendidos por un médico. La ausencia de atención médica en el parto es particularmente acentuada entre las mujeres indígenas y las que no tienen escolaridad, un máximo de la cuarta parte de las cuales fue atendida por un médico y, la mayor parte, por una partera, existiendo una pequeña proporción que dio a luz sola, sin ayuda de ninguna persona.

Un hecho preocupante que llama la atención es la falta de consistencia en la atención prenatal por parte de una institución de salud y la atención del parto por una partera, lo cual si bien puede obedecer a una preferencia de las mujeres, puede ser también la única alternativa disponible. Este hecho se relaciona con el lugar en el que tiene lugar el parto: más de la mitad de los partos ocurrieron en casas particulares (la de la mujer, la de la partera, o de algún pariente), estando en este caso más de 70% de los últimos nacimientos de las mujeres indígenas y las no escolarizadas. La falta de personal médico, de medios de transporte y/o de recursos económicos al momento del parto, la distancia a la clínica, la falta de confianza en los servicios ofrecidos por las instituciones públicas de salud, la práctica excesiva de cesáreas y esterilizaciones en éstas, son no sólo algunas de las principales razones dadas para no buscar atención médica al momento del parto, sino también evidencias que ilustran las dificultades y obstáculos que impiden el acceso a los servicios de salud a una proporción importante de mujeres.

Finalmente, en relación con otros problemas de salud reproductiva, tales como el conocimiento, el nivel de conciencia o sensibilización, la prevención, la detección y el tratamiento de ETS, del cáncer mamario y cérvico-uterino y del VIH-sida, la situación es todavía más preocupante. Los resultados muestran, por un lado, la crítica situación que caracteriza a las mujeres que viven en áreas rurales marginadas, existiendo fuertes disparidades según el estatus étnico,

escolar y generacional. Por otro lado, hay evidencia clara del insuficiente papel jugado por los servicios de atención a la salud, cuya visión estrecha y parcial de la salud y de los PPF prevaleciente hasta fechas recientes, ha obstaculizado la atención y las intervenciones en estos problemas de salud reproductiva. Una situación similar puede encontrarse en el campo de la investigación, en donde existe una gran necesidad de analizar estos problemas a partir de marcos conceptuales más amplios y con una mayor variedad y combinación de orientaciones y herramientas metodológicas.

Así, los resultados de los datos analizados ponen de manifiesto y confirman las precarias condiciones y las necesidades insatisfechas, así como las grandes desigualdades y disparidades existentes en materia de salud reproductiva entre los diferentes grupos poblacionales analizados, siendo, como ya reiteramos, las mujeres indígenas, las carentes o con muy baja escolaridad, las de mayor edad y, en ocasiones, las más jóvenes, las más vulnerables. Aun cuando los resultados no son de sorprender dado que se refieren a contextos rurales extremadamente pobres, marginales y poco desarrollados, vale la pena destacar la existencia al interior de dichos contextos de grupos que están más excluidos y marginados que otros de los beneficios de las políticas sociales y públicas y, particularmente, de las intervenciones en materia de salud. Éste es el caso de las mujeres que viven en contextos sociales, culturales e institucionales en los que hay menores oportunidades de acceso a la educación, en los que persisten mayores desigualdades en las relaciones de género y de poder, y que carecen o cuentan con débiles PPF o en donde estos programas han sido implementados bajo una racionalidad política y médica que no toma en cuenta las condiciones económicas, sociales, culturales y las necesidades específicas de los diversos grupos poblacionales.

A pesar de la expansión masiva de los servicios de salud, del éxito y los logros de los PPF, de la reorientación de éstos de acuerdo al paradigma de SR y de las intervenciones enfocadas a las áreas más marginadas de México, todavía prevalecen muchas condiciones de desigualdad en SR. Asimismo, a pesar de que algunos componentes de SR que estuvieron ausentes en los PPF han recibido recientemente una mayor atención por parte de los proveedores de servicios, las intervenciones al respecto son todavía insuficientes y, en algunos casos, críticas, constituyendo uno de los principales y más urgentes

retos a enfrentar por las instituciones de salud. Entre ellos están los referentes a la prevención y atención de abortos, ETS, cáncer mamario y cérvico-uterino, así como los relacionados con la menopausia y el climaterio que tenderán a aumentar debido al envejecimiento de la población y al todavía creciente número de adolescentes y jóvenes.

Otros problemas vinculados al ámbito institucional son los relacionados con la persistencia de una racionalidad médico/institucional hegemónica que sigue ignorando las dimensiones culturales que inciden en los comportamientos de SR, impone métodos anticonceptivos en clara violación al ejercicio de la elección libre e informada por parte de los individuos y mantiene una elevada práctica de cesáreas y esterilizaciones que no sólo atentan contra los derechos y la salud de las mujeres, sino que contribuyen a perpetuar los temores, desconfianzas y falta de motivación por parte de la población para acceder a servicios de salud que deben ser de calidad y humanamente orientados.

Similarmente, si bien tanto la perspectiva de género como los problemas de salud reproductiva de los adolescentes y de los varones han sido incluidos a nivel teórico y retórico, su incorporación adecuada en los servicios y en la práctica médica es todavía una tarea en gran medida pendiente, representando un aspecto clave y crítico a resolver con el fin de responder a sus particulares necesidades y demandas.

Las reflexiones, así como los hechos y cifras descritos a lo largo del texto son extremadamente provocadores en tanto que destacan necesidades e incertidumbres en algunos aspectos cruciales de SR, plantean retos y sugieren pautas a seguir. Apuntan las limitaciones derivadas de esquemas conceptuales y aproximaciones metodológicas simplistas y convencionales, así como de estrategias analíticas insuficientes para abordar una problemática tan compleja, dinámica y multidimensional. El aprovechamiento del potencial de la perspectiva de SR para lograr una mejor comprensión y, sobre todo, para responder a nivel de política a las “necesidades de SR de los individuos y de la sociedad de manera más integral”, es una tarea pendiente y urgente de ser emprendida en el futuro cercano.

En el terreno académico se requiere investigación que combine metodologías cuantitativas y cualitativas con el fin de lograr una

mejor y mayor comprensión del significado de los procesos y relaciones sociales que afectan las conductas sexuales y reproductivas. Ello implica el desarrollo de marcos conceptuales a ser incorporados en las diversas metodologías e instrumentos de generación de información, considerando al menos los siguientes aspectos: *a*) las circunstancias económicas, sociales, políticas, culturales e institucionales específicas en las que las vidas humanas se ubican y se desenvuelven, las cuales influyen en gran medida y plantean las opciones y los límites de acción y respuesta de los individuos, así como las implicaciones de dichas acciones y respuestas; *b*) las esferas y actores sociales de influencia que intervienen en la vida sexual y reproductiva de la población (tales como la familia, las instituciones de salud, educativas, legislativas, religiosas, ONG, etc.), y *c*) la clara identificación y definición de las principales categorías analíticas que influyen en los procesos sexuales y reproductivos (tales como las desigualdades sociales y de género, las relaciones de poder, los procesos de toma de decisiones, entre otros). En particular, en el diseño de encuestas se requieren preguntas, categorías de respuestas e indicadores mejores, más precisos y claros que permitan registrar de manera más certera las necesidades, preferencias, intenciones, experiencias y prácticas definidas por los propios individuos, en lugar de partir de supuestos y definiciones *a priori* que responden a ciertos objetivos e intereses y son reflejo de construcciones sociales, morales y políticas normativas. Para ello, se requiere dar prioridad a las voces de los diferentes actores sociales interactuantes. Esta estrategia implica delegar una mayor responsabilidad en la recolección de datos en la academia y el consiguiente otorgamiento de los recursos necesarios para ello, con el fin de evitar las lagunas de información ocasionadas por la omisión de preguntas consideradas políticamente incorrectas o riesgosas o que se centran exclusivamente en determinados temas que responden a intereses políticos particulares. La participación de equipos interdisciplinarios y su interacción con los responsables de las instituciones públicas a cargo de la definición e implementación de políticas públicas y programas específicos, es también esencial.

En lo que toca al vínculo entre salud reproductiva, condiciones de vida y pobreza, deberíamos comenzar por concebir a esta última de una manera amplia y multidimensional; es decir, sin restrin-

gira solamente a las necesidades materiales tales como la educación, la salud, la nutrición y la vivienda, las cuales, aunque son fundamentales, constituyen solamente una parte de la película. Los esfuerzos de investigación requieren el desarrollo de conceptos e indicadores que permitan conocer y aprehender las condiciones de pobreza institucional, cultural y social que generan y expresan necesidades básicas y necesidades no satisfechas relacionadas con la calidad de vida de las personas y la sociedad. En particular, se requiere poner un énfasis especial en las actuales y nuevas formas de vulnerabilidad y exclusión social asociadas a la reorganización y desestructuración de la economía, tanto a nivel global como local. En lo que hace a las necesidades de salud reproductiva, los retos se ubican principalmente en la incorporación y vinculación del amplio conjunto de aspectos sexuales y reproductivos, estrechamente vinculados entre sí y hasta ahora dejados de lado, así como en su consideración para todos los grupos poblacionales, no solamente los que están en su etapa reproductiva, incluyendo también los diversos aspectos relacionados con el acceso y la calidad de la atención.

El conocimiento derivado de estas líneas de investigación será extremadamente útil en la definición e implementación de programas de SR más comprehensivos y de alta calidad. Muchos PPF fracasaron o no cumplieron sus expectativas debido, en gran medida, a que se negaron a escuchar los reclamos de las mujeres usuarias en torno a las molestias y los efectos negativos de los anticonceptivos y a las prácticas médicas seguidas, así como a prestar atención a los obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a servicios de salud de calidad. La falta de servicios de salud seguros y de calidad para atender las altas tasas de aborto y la elevada frecuencia de cesáreas y esterilizaciones realizadas, amerita no sólo una mayor y más profunda investigación, sino también un debate científico sólido acerca de los intereses, las motivaciones y las fuerzas de índole moral, social y política que orientan la lógica médica y de las instituciones de salud, así como en torno a las acciones y estrategias que requieren ser implementadas para modificarlos. En esta línea, otro aspecto clave, ya reiterado y relacionado con la esfera de las intervenciones públicas, ha sido la implementación de programas y acciones homogéneas e indiscriminadas, sin considerar la necesidad de adaptarlas a las situaciones y contextos económicos, sociales, cul-

turales e institucionales específicos y a las necesidades particulares de los distintos grupos de población.

Es en la esfera política de las intervenciones y de las acciones que las tensiones, incertidumbres y situaciones críticas son más profundamente visibles. Éstas requieren ser identificadas y cuidadosamente analizadas si se pretende contribuir a la reducción de la pobreza y de las desigualdades sociales y de género, respetar los derechos sexuales y reproductivos, responder a las necesidades de los individuos y mejorar la salud reproductiva de la población y sus condiciones de vida. La disminución del papel y de la participación del Estado y de sus recursos en los programas sociales, especialmente en los relacionados con la salud reproductiva, como consecuencia de los programas de ajuste estructural, la imposición de las fuerzas del mercado, las reformas globalizadoras y la creciente influencia de posturas fundamentalistas y conservadoras, constituye una fuerte amenaza para el logro de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Además, es necesario tener presente que el ejercicio del derecho de los individuos al control de sus cuerpos, a su autodeterminación y empoderamiento en aspectos cruciales de sus vidas sexuales y reproductivas, genera situaciones no exentas de tensión que incrementan la vulnerabilidad de amplios sectores de la población.

Desde nuestro punto de vista, la investigación sociodemográfica y sus instrumentos analíticos pueden ayudar a identificar a los grupos poblacionales sujetos a exclusión, segregación, vulnerabilidad y expuestos a conductas de riesgo. Sus resultados pueden describir y arrojar luz sobre las condiciones de precariedad y los mecanismos de discriminación y coerción ejercidos por parte de las instituciones y agentes sociales involucrados en las intervenciones en el campo de la salud reproductiva. Pero ante todo, la incorporación de elementos de marcos conceptuales de otras ciencias sociales y la adopción de una actitud crítica y responsable constituyen aspectos cruciales no sólo para una mejor comprensión de las necesidades poblacionales en materia de salud reproductiva. Son, y así debieran ser vistos, insumos indispensables a ser incluidos en el diseño e implementación de políticas de población y de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio, Ricardo (2001), "Institutional and Family Determinants of Unmet Need for Family Planning Services in Mexico", ponencia presentada en *Annual Meeting of the Population Association of America*, Washington, D. C.
- Balán, Jorge (1999), "Concluding Remarks: Differentials in Policy-Making and Implementation", en A. I. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, Liege, IUSSP, pp. 201-207.
- Barzelatto, José (1994), "Preface. Keynote Address", ponencia presentada en la XXI Conferencia del National Council for International Health, Virginia, Arlington (mimeo.).
- (1998), "Desde el control de natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: La evolución de un concepto internacional", en E. Dória Bilac y M. I. Baltar de Rocha (coords.), *Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe. Temas e Problemas*, Sao Paulo, Prolap/ABEP/Nepo/ Unicamp Editora 34, pp. 39-50.
- Beck, Ulrich (1992), *Risk Society. Towards a New Modernity*, Londres, Sage Publications.
- Berelson, Bernard (1966), *Family Planning and Population Programs: A Review of World Development*, Chicago, University of Chicago Press.
- Berquó, Elza (1979), "Introducción", *Reproducción de la población y desarrollo* 3, Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Sao Paulo, pp. 7-22.
- (1999), "The ICPD Programme of Action and Reproductive Health Policy Development in Brazil", en A. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 24-41.
- Bongaarts, John, y J. Bruce (1995), "The Causes of Unmet Need for Contraception and the Social Content of Services", *Studies in Family Planning*, 26, 2, pp. 57-75.
- Boulier, Bryan L. (1984), *Evaluating Unmet Need for Contraception: Estimates for Thirty-Six Developing Countries*, Washington, D. C., World Bank Staff Working Papers, núm. 678.
- Bourdieu, P. (1980), "A opiniao pública nao existe", en M. Thiollent (coord.), *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*, Sao Paulo, Editora Polis.
- Camarena, Rosa María (1991), *Instituciones sociales y reproducción*, México, Encuadernación Progreso.
- Camarena, R. M., P. Castro y G. Salas (1994), "Las mujeres no unidas: Una población dejada de lado en los estudios de anticoncepción y fecundidad", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica*

- en México*, tomo I, México, INEGI-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 141-151.
- Cárdenas, Rosario (2000), "La práctica de la cesárea en las áreas rurales y urbanas de México", en C. Stern y C. J. Echarri (comps.), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*, México, El Colegio de México, pp. 301-328.
- Casterline, John B., Aurora E. Pérez y Ann E. Biddlecom (1996), "Factors underlying unmet need in the Philippines", *Studies in Family Planning*, 28, 3, pp. 173-191.
- Cervantes, Alejandro (1999), "Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: Una propuesta analítica", en B. García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 363-430.
- Conapo (1996), *Encuesta Nacional sobre las Instituciones en Planificación Familiar en México* (Eninplaf), México, Consejo Nacional de Población.
- (1999), *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población.
- (2000), *Cuadernos de Salud Reproductiva de la República Mexicana*, México, Consejo Nacional de Población.
- (2000a), *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población.
- (2001), *La población de México en el nuevo siglo*, México, Consejo Nacional de Población.
- (2002), *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población.
- Conapo/IMSS (1999), *Encuesta de Salud Reproductiva* (ESR), México, Consejo Nacional de Población-Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Conning A. M., y J. de Jong (1976), "La validez de las medidas sobre las preferencias respecto al tamaño de la familia en los contextos rurales de América Latina", *Reproducción de la población y desarrollo* 3, Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Sao Paulo, pp. 187-238.
- Cook, Rebeca J. (1995), "Human Rights and Reproductive Self-Determination", *The American University Law Review*, 44, 4, pp. 975-1016.
- Correa, Sonia, y R. Petchesky (1994), "Reproductive and Sexual Rights. A Feminist Perspective", en G. Sen, A. Germain y L. C. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston-Nueva York, Harvard Center for Population and Development Studies and International Women's Health Coalition, pp. 107-123.
- Costa, Ana Maria (2000), "On Women's Right to Experience their Sexuality Free from Illness", *Women's Health Collection/5: Women, Sexuality*,

Rights, Nueva York, Latin American and Caribbean Women's Health Network.

Das, N. O., y U. Shah (2001), "Understanding Women's Reproductive Health Needs in Urban Slums in India: a Rapid Assessment", paper presented at the XXIV *IUSSP General Population Conference*, Salvador, Brasil.

DeGraff, Deborah, y V. de Silva (1996), "A New Perspective on the Definition and Measurement of Unmet Need for Contraception", *International Family Planning Perspectives*, 22, 4, pp. 140-147.

Dirección General de Planificación Familiar (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987*, Secretaría de Salud, México, Dirección General de Planificación Familiar-Institute for Resource Development.

Dixon-Mueller, Ruth (1992), "Stalking the Elusive 'Unmet Need' for Family Planning", *Studies in Family Planning*, 23, 5, pp. 330-335.

——— (1999), *Gender Inequalities and Reproductive Health: Changing Priorities in an Era of Social Transformations and Globalisation*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Policy and Research Paper, núm. 16.

———, y A. Germain (1993), *Four Essays on Birth Control Needs and Risks, Reproductive Tracts: Issues and Innovations in Reproductive Health*, Nueva York, International Women's Health Coalition.

Dumbl, L. (1999), "Women's Illiteracy, No a Neo-Malthusian Time Bomb. A Feminist View of the 1999 Population Summit", informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Easterlin, Richard A. (1975), "An Economic Framework for Fertility Analysis", *Studies in Family Planning*, vol. 6, núm. 3, pp. 54-63.

Faria, Vilmar (1988), "Política de gobierno y regulación de la fecundidad", ponencia presentada en la 46th Americanist International Congress (mimeo.).

Fathalla, M. F. (1992), "Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead", en J. Khannam, P. F. A. Vanhook y O. D. Griffing (eds.), *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future*, Ginebra, OMS (XX número especial de aniversario).

Figuroa, Juan Guillermo (1999), "Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos", en B. García (coord.), *Mujer, género y población en México*, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 61-102.

Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población (1999), *Retos y obstáculos de la salud sexual y reproductiva, pobreza y desarrollo en México*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

Fundación Ford (1991), *Reproductive Health: A Strategy for the 1990's*, Nueva York, Fundación Ford.

- Gautier Arlette, y André Quesnel (1993), *Politique de population, médiateurs institutionnels et fécondité au Yucatán (Mexique)*, París, Organisation de la Recherche Scientifique D'outremer.
- Germain, Adrienne (1993), "Are We Speaking the Same Language? Women's Health Advocates and Scientist Talk about Contraceptive Technology", en R. Dixon Mueller y A. Germain (eds.), *Four Essays on Birth Control Needs and Risks, Reproductive Tracts: Issues and Innovations in Reproductive Health*, Nueva York, International Women's Health Coalition, pp. 3-6.
- , y Ruth Dixon Mueller (1993), "Whose Life is it Anyway? Assessing the Relative Risks of Contraception and Pregnancy", en R. Dixon Mueller y A. Germain (eds.), *Four Essays on Birth Control Needs and Risks, Reproductive Tracts: Issues and Innovations in Reproductive Health*, Nueva York, International Women's Health Coalition, pp. 7-10.
- Gordon, L. (1977), *Woman's body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America*, Nueva York, Vikings Penguin.
- Jain, Anrudh (1999), "Debería seguir siendo una prioridad la eliminación de la necesidad insatisfecha de anticoncepción?", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial, Nueva York, pp. 31-36.
- Jasis, Mónica (2000), "A palabra de usuaria ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur", en C. Stern y C. J. Echarri (coords.), *Salud reproductiva y sociedad: Resultados de investigación*, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Sociológicos, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, pp. 97-143.
- Kabeer, N. (1998), "Gender, Demographic Transition and the Economics of Family Size: Population Policy for a Human-Centred Development", paper presented at the seminar on Population, Poverty and Environment, Roma (mimeo.).
- Koblinsky, Marjorie, y N. Nachbar (1999), "The Challenge of Implementing Integrated Reproductive Health Interventions", en A. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 90-109.
- Lerner, Susana, e I. Szasz (2003), "La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción", *Estudios Demográficos y Urbanos*, 18, 2, pp. 299-352.
- Lerner, Susana, y A. Quesnel (1986), "Problemas de interpretación de la dinámica demográfica y su integración a los procesos sociales", *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, México, PISPAL-El Colegio de México, pp. 127-148.

- Lerner, Susana, y A. Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México", en F. Alba y G. Cabrera (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 53-84.
- (2002), "Contextos, instituciones y actores sociales: Hacia un enfoque múltiple de las relaciones entre condiciones de vida y comportamientos reproductivos", en C. Rabell y Ma. E. Zavala de Cosío (comps.), *La fecundidad en condiciones de pobreza: Una visión internacional*, México, IIS-UNAM, pp. 25-46.
- Lerner, Susana, A. Quesnel y M. Yanes (1994), "La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales", *Estudios Demográficos y Urbanos*, 9, 3, pp. 543-578.
- Mundigo, Axel I. (1999), "Reproductive Health: The Challenges of a New Field", en A. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 5-23.
- Naciones Unidas (1994), *Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development*, Nueva York, Naciones Unidas.
- Patarra, Neide, y Ma. C. F. A. de Oliveira (1974), "Anotaciones críticas sobre los estudios de fecundidad", *Reproducción de la población y desarrollo I*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, pp. 91-106.
- Petchesky, Rose (1995), "From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines", *Reproductive Health Matters*, vol. 6, pp. 152-161.
- Rama Rao, S., y A. Jain (2001), "Quality of Services: Issues of Measurement", ponencia presentada en la XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, Brasil.
- Robey, Bryant, J. Ross e I. Bhushan (1996), "Meeting Unmet Need: New Strategies", *Population Reports*, Series J, núm. 43, Baltimore, Johns Hopkins University.
- Sai, F. T., y J. Nassim (1989), "The Need for a Reproductive Health Approach", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 3, pp. 103-113.
- Salles, Vania, y Rodolfo Tuirán (1995), "Dentro del laberinto: Primeros Pasos para la elaboración de una propuesta teórica-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, Documento de Trabajo, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Satia, Jay (1999), "Managing Quality Reproductive Health Programs: Issues and Challenges", en A. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme*

- and Policy Changes Post-Cairo*, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 61-89.
- Sen, Gita, A. German y L. C. Chen (eds.) (1994), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, Nueva York, Harvard Center for Population and Development Studies and International Women's Health Coalition.
- Sinding, Steven (1993), "Getting to Replacement: Bridging the Gap between Individual Rights and Demographic Goals", *Demography India*, 22, 1, pp. 1-10.
- Sinding, Steven W., A. Ross y A. G. Rosenfeld (1994), "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals", *International Planning Perspectives*, 20, 1, pp. 23-32.
- Szasz, Ivonne, y S. Lerner (2002), "El enfoque de salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo. Aportes de la investigación sociodemográfica", en B. García Guzmán (coord.), *Población y sociedad al inicio del siglo XXI*, México, El Colegio de México, pp. 157-180.
- Terborgh A., A. Rosen, J. E. Santiso, R. Terceros, W. Bertrand J. y S. Bull (1995), "Family Planning Among Indigenous Population in Latin America", *International Family Planning Perspectives*, 21, 2.
- Thomas J. W., y M. S. Grindle (1994), "Political Leadership and Policy Characteristics in Population Policy Reform", en J. L. Finkle y C. A. McIntosh (eds.), *The New Politics of Population. Conflict and Consensus in Family Planning*, supl. Population and Development Review, vol. 20, pp. 51-72.
- Tuirán, Rodolfo (1988), "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", en *Memoria de la Reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en México*, México, Secretaría de Salud, pp. 45-58.
- Visaria, Leela (1997), "Unmet Need for Family Planning in Gujarat: A Qualitative Exploration", *Economic and Political Weekly*, 32, 17, pp. 29-36.
- Welti, Carlos (1998), "De la reproducción social a la salud reproductiva", en E. Doria Bilac y M. I. Baltar da Rocha (coords.), *Saúde Reprodutiva na America Latina e no Caribe. Temas e Problemas*, Sao Paulo, Prolap/ABEP/Nepo/Unicamp/Editora 34, pp. 51-66.
- Westoff, Charles (1988), "The Potential Demand for Family Planning: A New Measure of Unmet Need and Estimates for Latin American Countries", *International Family Planning Perspectives*, 14, 2, pp. 45-53.
- , y A. Bankole (1995), *Unmet Need: 1990-1994*, Calverton, Maryland, Macro International DHS Comparative Studies, núm. 16.
- (1996), "The Potential Demographic Significance of Unmet Need", *International Family Planning Perspectives*, 22, 1, pp. 16-20.

- Westoff, Charles F., A. Bankole y Anne Pebley (1981), "Alternative Measures of Unmet Need for Family Planning in Developing Countries", *International Family Planning Perspectives*, 7, 4, pp. 126-136.
- Yinger, Nancy V. (1998), *Unmet Need for Family Planning. Reflecting Women's Perceptions*, Washington, International Center for Research on Women.
- Zurayk, Huda (1999), "Reproductive Health and Population Policy: A Review and a Look Ahead", en A. Mundigo (ed.), *Reproductive Health: Programme and Policy Changes Post-Cairo*, International Union for the Scientific Study of Population, pp. 42-60.

NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN: ¿UNA LIMITANTE PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS?

RICARDO APARICIO¹

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presentan algunos resultados de la investigación realizada en el marco de las actividades del Diagnóstico sobre Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en el México Actual que coordina el Programa Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) con base en el análisis de las encuestas sobre el tema que se elaboraron en el país durante la última década del siglo pasado.

La investigación se ha enfocado a revelar algunos elementos que pueden contribuir a avanzar en el conocimiento y la reflexión acerca de dos de las temáticas que el PSRS incluyó entre las preguntas de investigación del diagnóstico. La primera se refiere a las interrelaciones entre las condiciones de vida y la salud reproductiva de la población en distintos grupos sociales. Una innovación del trabajo consiste en haber integrado de forma simultánea en el análisis tanto aspectos determinantes de la diferenciación económica y so-

¹ Profesor investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, y Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Carretera al Ajusco 377, col. Héroes de Padierna, delegación Tlalpan, México, D. F., 14200, ricapar@flacso.edu.mx, tel.: 30 00 02 78. Quisiera agradecer a Fátima Juárez, Marta Mier y Terán, Juan Guillermo Figueroa, Susana Lerner, Ivonne Szasz y Carlos Echarri por sus comentarios a una versión previa de este documento. También a Dulce Cano, Claudia Cruz, Blanca Esthela García y Yarely Pérez por su dedicada participación en el manejo e integración de las bases de datos así como en la revisión de una parte importante del material bibliográfico.

cial de la población² como algunas dimensiones contextuales relacionadas con las condiciones de marginación comunitaria y la calidad de los servicios de planificación familiar. La segunda temática se relaciona con la investigación acerca del papel que juegan las condiciones de vida y la estratificación social en la determinación del ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales.

El tema que hemos planteado como objeto de estudio es el de las necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA). De manera específica, se pretende utilizar el enfoque de las ciencias sociales para avanzar en la identificación de algunos factores estructurales, institucionales y socioculturales que favorecen u obstaculizan el ejercicio del derecho de las personas a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos(as). Es evidente que se trata de una temática compleja en virtud del carácter controvertido que acompaña al concepto de NNSA y debido a las limitaciones de la información disponible en las encuestas para dar cuenta de las interacciones sociales y los mecanismos de poder que estructuran el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales.

Debido a lo polémico del tema estudiado, el trabajo contiene en primera instancia algunas reflexiones en torno a la noción y medición de las NNSA. Una de las primeras y más burdas aproximaciones a este concepto se derivó del análisis de la proporción de mujeres en edad reproductiva que declaraban no desear más hijos. Por ello, y para tratar de ayudar a contextualizar el trabajo, se presenta la evolución que ha tenido este indicador desde mediados de los años setenta, ofreciendo información nacional y diferenciando a la población de acuerdo con algunos elementos clásicos de estratificación social asociados con el comportamiento reproductivo. Con el mismo propósito, se utiliza la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes, 1987) y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid, 1997) para hacer una revisión de las tendencias nacionales de las NNSA.

Posteriormente, se presentan y discuten los resultados de un análisis multivariado de las interrelaciones entre un conjunto de dimensiones y variables explicativas y las NNSA. Para ello, se integró

² A partir de los índices elaborados por el PSRS con base en el análisis de la estructura demográfica, económica y social de los hogares.

la información de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF, 1995) y de la Encuesta de las Instituciones en la Planificación Familiar (Eninplaf, 1996) con la de otras fuentes de datos que permitieron explorar algunos efectos contextuales vinculados con la marginación comunitaria, el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención.

El trabajo tiene también un propósito de carácter metodológico al proponer y ejemplificar la utilización de modelos estadísticos jerárquicos que permiten diferenciar de manera apropiada, desde un punto de vista técnico, las influencias e interacciones individuales y familiares de las que operan en el ámbito comunitario.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA NOCIÓN Y LA MEDICIÓN DE LAS NNSA

El estudio de las NNSA se enmarca en el más amplio debate teórico acerca de las necesidades humanas básicas (NHB), predominante en los estudios sobre bienestar, pobreza y desigualdad social (Doyal y Gough, 1991; Boltvinik, 2003a y 2003b; Cantú *et al.*, 2004; Sen, 2003). Existe una amplia controversia en torno a la posibilidad de identificar NHB universales; el pensamiento relativista ha postulado la inexistencia de tales necesidades universales en virtud de la gran diversidad de soluciones que se han propuesto en diferentes sociedades y culturas a lo largo del tiempo para identificar los bienes que toda persona debiera lograr satisfacer en una comunidad socialmente justa (Townsend, 1979 y 2003).

En contrapartida, algunos autores argumentan que a pesar de las notorias variaciones socioculturales en la concepción del bienestar, sí es factible identificar un conjunto de necesidades básicas universales. Un excelente trabajo en esta línea de pensamiento es el de Doyal y Gough (1991), quienes desarrollan una sólida teoría que les lleva a refutar las concepciones relativistas. En sus planteamientos, los autores concluyen no solamente que se puede demostrar la existencia de un conjunto mínimo de NHB universales, sino que, además, todo ser humano tiene el derecho de ver satisfechas dichas necesidades.³

³ Algunos autores plantean una posición intermedia, pero más cercana al pensamiento relativista, que establece que efectivamente algunas necesidades son uni-

Mediante un riguroso proceso de reflexión crítica identifican que la sobrevivencia y la salud física así como la autonomía de la persona son las dos necesidades básicas universales —consideradas éstas como precondiciones para la acción y la interacción humanas—. Con la finalidad de brindar contenido específico a esas dos necesidades básicas, los autores deducen un conjunto adicional de 11 necesidades, a las que denominan necesidades intermedias.

Las necesidades intermedias de Doyal y Gough amparan una concepción de justicia social sustentada en el reconocimiento universal de los derechos humanos y en la corresponsabilidad ética de todos los actores sociales para su realización efectiva. Se relacionan de forma directa con un conjunto de derechos humanos en los ámbitos de la nutrición, la salud, la educación, el acceso a una vivienda digna y decorosa, la esfera laboral, el medio ambiente protegido y la seguridad humana.⁴ Adicionalmente, los autores incorporan como parte de las necesidades intermedias el derecho de las personas a reproducirse de forma segura y sin riesgos, lo que implica, entre otros aspectos, el derecho a contar con información confiable, asequible y veraz, así como tener acceso a servicios de anticoncepción y aborto seguros y de calidad.⁵

Esta concepción de las necesidades de las personas en el ámbito de la reproducción coincide con los aportes teóricos y políticos que reivindican el interés por vincular las necesidades de las mujeres con su autonomía y con el control autónomo de sus cuerpos

versales, pero que, sin embargo, sus satisfactores se encuentran claramente diferenciados social y culturalmente. Se puede consultar una revisión de la literatura en Cantú *et al.*, 2004.

⁴ Doyal y Gough (1991: 191-221) proponen que toda persona requiere tener la garantía de: 1) una nutrición adecuada y un acceso apropiado a servicios de agua potable; 2) una vivienda adecuada y protectora; 3 y 4) un medio ambiente laboral y físico no riesgoso; 5) una atención a la salud apropiada; 6) seguridad durante la infancia; 7) relaciones primarias significativas; 8 y 9) seguridad física y económica; 10) una educación apropiada, y 11) las garantías de una reproducción segura y sin riesgos.

⁵ Para Doyal y Gough la necesidad de una reproducción segura y sin riesgos es aplicable a la población femenina. En mi opinión, si se toman en cuenta las necesidades específicas de mujeres y hombres se podría extender el concepto también a la población masculina. La visión más comprensiva de esta necesidad intermedia evitaría considerar que el proceso de reproducción biológica es responsabilidad fundamental de las mujeres.

(Pitanguy, 1994; Sen, 1994; Camarena y Lerner, 2002; Salles y Tuirán, 2003). También está en coincidencia con el surgimiento de diversos movimientos sociales y acuerdos internacionales que han planteado la necesidad de reconocer los derechos de las personas para decidir sobre su sexualidad y su comportamiento reproductivo (Barbieri, 1982; Alcalá, 1994; Correa y Petchesky, 1994; Figueroa, 1995; Figueroa, 1999a y 1999b).⁶

A pesar de la importancia ética y política de la aportación de los enfoques tendientes a promover la democratización de los espacios sociales —públicos y privados— en el ámbito de la reproducción (Tuirán, 1988; Cervantes, 1993), no ha sido ésta la principal orientación de los estudios sobre necesidades reproductivas y, de manera específica, sobre las necesidades no satisfechas de anticoncepción. La vertiente hegemónica tanto en el ámbito internacional como en México ha estado vinculada a los movimientos neomalthusianos orientados a justificar e instrumentar políticas de población con el propósito de reducir el crecimiento demográfico mediante el impulso de programas de planificación familiar y el incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos (CPNPF, 1977; Conapo, 1991; Cervantes, 1999). En ese contexto, la noción de NNSA surgió en los años setenta a partir de la evidencia empírica que señalaba que un número importante de mujeres no deseaban tener más hijos, lo cual sugería que estarían, en principio, motivadas a recurrir a la anticoncepción y a disminuir el tamaño medio de su descendencia (CEED, 1981). El Programa de la Encuesta Mundial de Fecundidad constituyó una importante fuente de información para documentar esta situación en una diversidad de contextos sociales y culturales en países en desarrollo.

En México, de acuerdo con cálculos propios elaborados con base en la encuesta rural del Programa de Encuestas de Fecundidad en América Latina (Pecfal) de 1969, la mayoría de las mujeres unidas (54%) decían no desear más hijos, tanto en localidades me-

⁶ La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo, Egipto, en 1994, y la Conferencia Internacional de la Mujer de Pekín, de 1995, son los dos acuerdos internacionales más relevantes que han reconocido los derechos reproductivos de las personas y la necesidad de contar con acceso a servicios de salud reproductiva universales, confiables y seguros.

nores de 2500 habitantes como en zonas de 2500 a 19999 habitantes. Brígida García (1982) señalaba, con base en esta misma encuesta, que una proporción importante de las mujeres residentes en zonas rurales había declarado una notoria preferencia por un “tamaño de familia pequeño”, aunque muchas de ellas consideraban que una familia pequeña consistía de al menos cuatro hijos.

Bajo esta vertiente que ha enfatizado la expansión de la planificación familiar con fines demográficos, el concepto de NNSA ha pretendido captar situaciones en las cuales una persona fértil y sexualmente activa que no desea tener más hijos, ya sea definitivamente o durante un cierto periodo, no cuenta con los medios para concretar sus preferencias reproductivas (Westoff y Ochoa, 1991; Westoff *et al.*, 1981; Westoff y Bankole, 1996).

El concepto de NNSA pretende conocer si algunas personas o grupos sociales se encuentran en mayor riesgo de experimentar embarazos no deseados, lo que atentaría contra su libertad y autonomía reproductiva. Esta concepción es, en principio, coincidente con la de los enfoques orientados a promover el ejercicio de los derechos reproductivos, al menos en lo que concierne a las decisiones acerca del tamaño de la descendencia y el espaciamiento entre los hijos.⁷

No obstante, es preciso señalar la insuficiencia de esta concepción al contemplar exclusivamente una de las dimensiones de los derechos reproductivos, la que concierne a la capacidad de las personas para decidir sobre su propia descendencia, pero omitiendo dimensiones importantes de estos derechos como la salud de las mujeres durante su vida reproductiva, la prevención, detección y tratamiento del cáncer cérvico-uterino o del cáncer de mama y el tratamiento del climaterio. Una visión más comprensiva de las NNSA requeriría abarcar, al menos, el tratamiento adecuado de la infertilidad y abordar las problemáticas derivadas de la fecundidad no deseada y el potencial recurso al aborto ante la presencia de embarazos no deseados derivadas de la falla del método usado.

En la práctica, bajo la orientación hacia la reducción de la fecundidad, la noción de necesidades no satisfechas se ha limitado a

⁷ Éstos eran los componentes de la definición de derechos reproductivos propuesta inicialmente por la Red Internacional por los Derechos Reproductivos de las Mujeres (Figueroa, 1999a: 62).

contrastar la declaración del deseo o no de más hijos con el no uso de anticonceptivos. Ante la evidencia en las encuestas de elevadas proporciones de mujeres en edad fértil unidas que decían no desear más hijos, se comparaba esta información con la práctica de la anticoncepción. De acuerdo con las primeras aproximaciones empíricas al concepto, basadas en la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad de los años setenta, se consideraba que cuando una mujer con vida sexual activa decía no desear más hijos y no usaba algún método anticonceptivo *tenía una necesidad no satisfecha de anticoncepción*, dado que el no recurrir a algún método de regulación de la fecundidad podría resultar en un embarazo no deseado (Westoff, 1978; Nortman, 1983).

En los años ochenta, cuando los Programas de Encuestas de Prevalencia (cps) y de Encuestas Demográficas y de Salud (dhs) empezaron a recolectar información sobre las preferencias de espaciamiento de los hijos, la noción de NNSA se extendió para comprender dos componentes: *a)* la necesidad para limitar los nacimientos, que alude a la situación cuando la mujer dice no desear (más) hijos, y *b)* la necesidad para espaciarlos, cuando la mujer declara que desea esperar un tiempo antes de tener a su primer o próximo hijo(a) (Nortman, 1983: 17-20).

Aun cuando se refinó después la medición de las NNSA, los ajustes se realizaron primordialmente para contar con una mejor aproximación de la población que es fértil realmente. Cabe mencionar que en la actualidad los cuestionarios de las encuestas de la dhs han permitido precisar aún más la medición de las NNSA, mediante la incorporación de algunas preguntas que pretenden aclarar la aparente inconsistencia entre el no deseo de más hijos y la no utilización de métodos anticonceptivos.⁸ En México, sin embargo, este ajuste no ha sido incorporado en las encuestas realizadas hasta la fecha.

De acuerdo con los criterios que se han utilizado en las encuestas mexicanas, la prevalencia de NNSA se calcula estimando la proporción de mujeres de 15 a 49 años fértiles y unidas que no utilizan métodos anticonceptivos aun cuando declaran que no desean más

⁸ Los cuestionarios del programa de encuestas de la dhs pueden consultarse en: <http://www.measuredhs.com>

hijos o que no desean tenerlos por un periodo de al menos dos años (Westoff y Ochoa, 1991; Aparicio y Estrada, 2000).⁹ La Enfes de 1987, la ENPF de 1995 y la Enadid de 1997 son las encuestas nacionales que hasta el momento de la elaboración de este trabajo habían recolectado información para estimar las NNSA (Aparicio y Angulo, 1996; Mojarro y Zúñiga, 1999).¹⁰

Ahora bien, si las necesidades de la población son consideradas bajo una perspectiva analítica que pretende estudiar las condiciones que posibilitan el ejercicio de los derechos reproductivos, surgen diversos cuestionamientos a la manera en que ha sido instrumentado el concepto de NNSA. En primer lugar, es preciso recordar que la medición de las NNSA ha estado vinculada fundamentalmente a las políticas de reducción del crecimiento demográfico que han establecido metas institucionales de incorporación de usuarios de anticonceptivos (CPNPF, 1977; Conapo, 1991; Zúñiga, 1994).

En este sentido, el análisis de las NNSA puede ser incluido entre los enfoques *estrechos* de la investigación en salud reproductiva, cuyas contribuciones son necesariamente limitadas al no incorporar otras dimensiones relevantes de la salud sexual y reproductiva (Salles y Tuirán, 2003: 14-15). El trabajo de Camarena y Lerner (véase el capítulo en esta obra) constituye un interesante y novedoso ejemplo de cómo explorar en las encuestas las necesidades no satisfechas de las mujeres incorporando el estudio de un amplio espectro de componentes de la salud reproductiva.

Aun si se restringe la perspectiva analítica al estudio de la anti-concepción, podemos formular dos tipos de cuestionamientos acerca de la manera en que han sido valoradas las necesidades no satisfechas. El primero se refiere a la cobertura de las poblaciones estudiadas, mientras que el segundo, más acotado, a los sesgos potenciales en la medición de las mujeres con NNSA.

⁹ En particular, la definición de infertilidad se ha ajustado, ya que en lugar de preguntar directamente a las mujeres unidas si se consideran infértiles, el investigador asume que lo son si no se embarazaron durante cinco años a pesar de no haber usado anticonceptivos (Westoff y Ochoa, 1991).

¹⁰ La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar) de 2003 permitirá contar con estimaciones más actualizadas de las NNSA y las preferencias reproductivas de las mujeres en México.

Respecto de la cobertura, la definición de NNSA considera exclusivamente a la población en edades reproductivas con vida sexual activa. No contempla la posibilidad de que personas fuera de esas edades o quienes no mantienen relaciones sexuales pudieran tener necesidades de anticoncepción, lo cual es falso, al menos en términos de sus necesidades de información y educación. Además, la población infértil tampoco es considerada; si bien este grupo de hombres y mujeres efectivamente no tiene necesidades de utilizar anticonceptivos, sí requieren de atención médica especializada para poder ejercer su derecho a una reproducción segura.

Puesto que el concepto de NNSA trata de identificar a la población susceptible de experimentar embarazos no deseados, no considera a la población no heterosexual, la cual tiene necesidades específicas de anticoncepción para poder vivir una sexualidad libre de riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS).

La valoración de las NNSA en las encuestas se ha circunscrito a la población femenina. Se ha asumido que son las mujeres quienes tienen *las necesidades* que serán satisfechas mediante la anticoncepción, lo que ha contribuido a reproducir las inequidades de género en el ámbito de la reproducción (Figueroa, 1999a). Esta concepción de necesidades no satisfechas no considera el papel que juegan los varones en el entramado de las decisiones reproductivas ni tampoco las necesidades particulares de anticoncepción de este sector de la población.

Además, el indicador está referido exclusivamente a las mujeres casadas o en unión, como una aproximación empírica a la población que tiene vida sexual activa. Es evidente que conforme las normas sociales se hacen más complejas y se alejan de la concepción basada en la tradicional familia nuclear como espacio exclusivo de vivencia de la sexualidad, surgen necesidades de anticoncepción que no son contempladas en la medida de NNSA. Surgen interrogantes acerca de las necesidades de anticoncepción de la población soltera y mayoritariamente joven que mantiene relaciones sexuales. Por otra parte, ante el aumento en los últimos años de la disolución de las uniones, cabe preguntarse cuáles son las necesidades de anticoncepción de la población divorciada o separada.

Incluso si la atención se centra en las mujeres en unión, pueden surgir algunas tensiones en el proceso utilizado para clasificar

a la población con NNSA, las cuales podrían llevar a imprecisiones en la medición del indicador respectivo. Al generar dicha medida, las mujeres se dividen dependiendo de si desean embarazarse en un plazo menor de dos años o no; por definición, se considera que el primer grupo de mujeres no presenta NNSA. Por lo tanto, no se contempla la posibilidad de que una mujer que desea tener hijos resulte embarazada como consecuencia de haber experimentado una relación coital no deseada y no protegida, lo cual refleja una violación de sus derechos reproductivos. Es claro que la simplicidad del indicador no permite dar cuenta de las necesidades de anticoncepción que emergen como resultado de las desigualdades de género en la toma de decisiones sexuales y reproductivas.

Por otra parte, los criterios de clasificación de la población con NNSA suponen que cualquier persona que utiliza anticonceptivos tiene satisfechas sus necesidades de anticoncepción. En realidad, puede haber canales de insatisfacción en personas que aun cuando usan anticonceptivos tienen necesidades específicas no cubiertas debido a los costos de acceso o de uso o en virtud de la mala calidad de la atención (Bulatao y Lee, 1983; Figueroa *et al.*, 1988).¹¹

Se considera que cualquier mujer fértil unida que no desea embarazarse en un plazo de dos años y que no usa anticonceptivos tiene NNSA. Así, las necesidades no satisfechas son determinadas de acuerdo con criterios que no se preocupan por indagar de manera directa cuáles son las necesidades y preferencias reproductivas sentidas por la población. Es preciso señalar la ambivalencia que subyace a la clasificación utilizada: si una mujer señala que no desea más hijos o que no desea tenerlos por un tiempo pero no usa anticonceptivos, se infiere que *necesita* usarlos, sin indagar sus motivos para no usar algún método o los elementos del entorno familiar y social en el que se construyen las decisiones reproductivas.

Ante la presunta discrepancia, se privilegia su señalamiento de no desear más hijos, y se concluye que la mujer debería evitar un embarazo mediante el uso de algún método anticonceptivo. Al parecer, no se concibe la posibilidad de que al verse confrontadas a las

¹¹ Sin embargo, son escasos los estudios que se han abocado a estudiar las necesidades no satisfechas de la población usuaria de anticonceptivos (De la Cruz, 2003).

dos situaciones las mujeres opten por no usar anticonceptivos. En la medición usual de NNSA se muestra muy poco interés por comprender las respuestas y las necesidades sentidas de las mujeres y sus parejas. Esta reflexión concuerda con resultados de investigación acerca de las necesidades de salud reproductiva de las mujeres que surgen a partir de escuchar sus propias voces en algunos estudios de caso.

En “A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor?”, un estudio sobre las necesidades de atención durante el embarazo y el parto expresadas por mujeres bajacalifornianas en 1995, se encontró que a pesar de que no tuvieron problemas para manifestar sus necesidades sentidas a las entrevistadoras, solamente expresaban a los médicos aquellas que consideraban más apremiantes. Por su parte, aunque el personal médico manifestaba que las usuarias tenían necesidades de atención, de comunicación y afectivo-emocionales, no advertía necesidades de información o atención que considerara ser responsable de brindar (Jasis, 2000). La interpretación que hace el personal de salud que debe cubrir metas de usuarios de anticonceptivos respecto de las necesidades de anticoncepción de las mujeres puede verse influida por la lógica de las instituciones de salud encargadas de lograr las metas de reducción del crecimiento demográfico (Figueroa, 1999a) en detrimento del respeto a la autonomía y libre decisión de la población (Aparicio, 1993 y 2004a; Figueroa, 1994; Tuirán, 1994).

Es pertinente señalar que la forma en que se han medido las NNSA presupone que si una mujer menciona que ya no quiere tener un hijo(a) más, mantendrá esta actitud a lo largo de toda su vida reproductiva, lo cual evidentemente puede ser una premisa falsa. Son pocos los estudios tipo panel en México donde se ha entrevistado al mismo grupo de mujeres en dos momentos diferentes. La Encuesta sobre los Determinantes de la Práctica Anticonceptiva (Edepam) se realizó en 1988 como un estudio de seguimiento de las mujeres alguna vez unidas entrevistadas un año antes en tres de las regiones geográficas de la Enfes (Figueroa *et al.*, 1988).

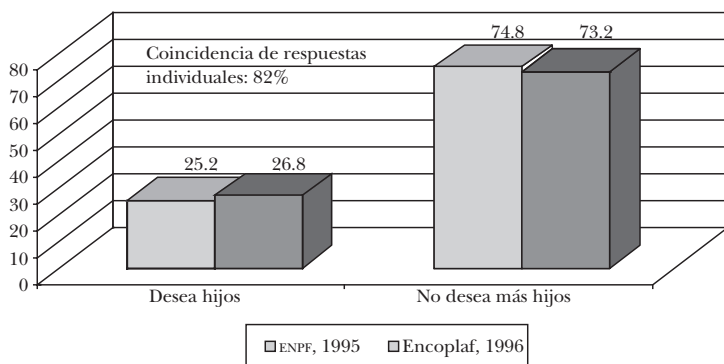
Resultados de este estudio muestran que en tan sólo 12 meses hubo cambios importantes en las respuestas individuales sobre las preferencias reproductivas (Figueroa *et al.*, 1991). No obstante, a pesar de las variaciones en las respuestas individuales, la distribu-

ción agregada de las mujeres de acuerdo al no deseo de más hijos es prácticamente igual en ambas encuestas (Angulo, 1996).

El otro estudio de seguimiento es el de la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar (Encoplaf) de 1996. Esta encuesta se diseñó como un estudio tipo panel de una submuestra de la ENPF realizada un año antes. Los resultados son muy similares a los encontrados en la Enfes-Edeпам: variaciones importantes en las respuestas individuales —18% de las mujeres cambiaron la declaración de sus preferencias reproductivas de un año a otro—, a la par de distribuciones muy similares del deseo y no deseo de más hijos (véase la gráfica 1).

Gráfica 1

Distribución de las mujeres unidas, según deseo o no deseo de más hijos
ENPF, 1995, y Encoplaf, 1996



Fuente: Elaboración propia, con base en la ENPF de 1995 y la Encoplaf de 1996.

Si bien resulta interesante la similitud en los patrones de no deseo de más hijos en ambos estudios, es preciso recordar que solamente había transcurrido un año entre las dos encuestas y que no se cuenta en nuestro país con información longitudinal que nos permita mostrar si las preferencias reproductivas varían sustancialmente a lo largo del tiempo.

Finalmente, quisiera insistir que en la concepción usual de NNSA no se les pregunta a las mujeres acerca de los motivos por los que no utilizan anticonceptivos a pesar de mencionar que no desean más

hijos.¹² Bien puede suceder que la mujer haya completado el tamaño de su familia y desee hacer algo para evitar otro embarazo. Una vía para analizar las necesidades insatisfechas de anticoncepción puede consistir en valorar si la mujer no cuenta con los medios para lograr su propósito, ya sea por falta de conocimiento sobre los métodos, por no saber dónde obtenerlos o por falta de acceso a los servicios de salud. Se puede pensar que cada una de estas condiciones efectivamente constituye una limitación para que las personas puedan ejercer sus derechos reproductivos.

Pero también puede suceder que la mujer opte libremente por no usar anticonceptivos, aun sabiendo que puede quedar embarazada. En tales casos, cabe cuestionar el énfasis excesivo otorgado a la supuesta racionalidad del control de la fecundidad en que se han sustentado las políticas y los programas oficiales de planificación familiar (Figueroa, 1991).

Antes de inferir que una mujer tiene NNSA sería *necesario* investigar cuáles son las razones que subyacen en la aparente inconsistencia en la declaración de las mujeres, abordar la relación entre la fecundidad no deseada y el uso de anticonceptivos y estudiar las relaciones de poder y los procesos de negociación entre hombres y mujeres en el ámbito de la sexualidad y la reproducción humanas. Es preciso señalar, no obstante, que la información captada en las encuestas para dilucidar estos aspectos es sumamente limitada.

Debido a los señalamientos anteriores, es evidente que la medición de las NNSA adolece de limitaciones de carácter conceptual e instrumental. A pesar de ello, consideramos que como parte del diagnóstico de salud reproductiva que lleva a cabo el PSRS podría ser relevante realizar el análisis de la información disponible sobre el tema con el propósito de identificar sus tendencias a lo largo del tiempo así como algunos de los factores sociales, culturales e institucionales que podrían sugerir una limitación en el ejercicio de los derechos reproductivos al estar asociados con una mayor prevalencia de NNSA.

¹² Como se decía anteriormente, en las versiones más recientes del Programa de Encuestas Demográficas y de Salud, además de preguntar por las razones de no uso, se les pide a las mujeres que traten de aclarar la aparente inconsistencia entre el no deseo de más hijos y la falta de uso de anticonceptivos. En México, sin embargo, hasta la fecha, solamente se cuenta con información sobre las razones de no uso de anticonceptivos.

TENDENCIAS EN EL PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS
QUE NO DESEAN MÁS HIJOS, 1976-1997

Al igual que lo que sucedía en la esfera internacional, en nuestro país un número importante de las mujeres declaraba no desear más hijos a inicios de los años setenta (Benítez, 1979; CEED, 1981; García *et al.*, 1982). Sin embargo, no fue sino hasta 1976, cuando se realizó la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), que se contó por primera vez con estimaciones nacionales sobre el no deseo de más hijos. Esa información se utilizó como una de las primeras y más crudas aproximaciones al concepto de NNSA y fue utilizado, entre otros argumentos, para justificar la puesta en práctica de programas urbanos y rurales de planificación familiar (CPNPF, 1977). De acuerdo con los datos de esa encuesta, la mayoría de las mujeres unidas del país (57.3%) no deseaban tener más hijos. Once años después, una vez que se habían expandido los programas de planificación familiar, este porcentaje se había incrementado a 65%, permaneciendo prácticamente constante durante la siguiente década (véase el cuadro 1).

Cuadro 1
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que no desean más hijos,
por grupos de edad, México, 1976, 1987 y 1997

<i>Grupos de edad</i>	<i>1976</i>	<i>1987</i>	<i>1997</i>
15-19	21.4	18.7	16.7
20-24	31.6	40.1	31.2
25-29	54.8	57.0	47.3
30-34	68.0	72.0	66.4
35-39	79.2	82.5	78.4
40-44	84.0	88.7	86.3
45-49	81.7	90.0	90.4
50-54			91.7
Total	57.3	64.8	64.3

Fuente: Elaboración propia, con base en la EMF de 1976, la Enfes de 1987 y la Enadid de 1997.

El análisis de las tendencias por grupos de edad muestra algunos elementos interesantes: desde los años setenta, cuatro de cada cinco mujeres mayores de 35 años han señalado no desear más hijos, lo cual es coincidente con el notorio descenso de los niveles de fecundidad y el aumento en el uso de la esterilización quirúrgica en esas edades (DGPF, 1989; Conapo, 1994a; Mojarro y Zúñiga, 1999). Por el contrario, en las edades más jóvenes se aprecia un incremento en la proporción de mujeres que no desean más hijos entre los años setenta y los primeros años de los ochenta. Esa tendencia se revirtió en los años siguientes, de tal suerte que en 1997 el no deseo de más hijos era menor al de 20 años antes, cuando recién iniciaba la política de población que promueve la reducción del crecimiento demográfico.

La población adolescente representa un caso especial, ya que a consecuencia del descenso de la fecundidad temprana la proporción de mujeres que no desea más hijos se redujo de manera sistemática desde 1976. A pesar de ello, todavía en 1997 aproximadamente una de cada seis adolescentes unidas señalaba que no quería tener más hijos.

La educación de la mujer es un factor que se asocia de manera importante con el deseo de limitar el tamaño de la familia, siendo las mujeres de menor escolaridad quienes manifiestan en mayor medida no desear tener más hijos (véase el cuadro 2). Los resultados muestran que, independientemente del periodo estudiado, las mujeres sin escolaridad son quienes manifiestan en mayor medida no desear más hijos; además, el no deseo de más hijos ha aumentado notablemente en este segmento de la población.

Por lo que respecta a la diferenciación rural urbana, se puede constatar que al margen de la edad de las mujeres, en las zonas urbanas siempre ha sido superior la motivación para regular la fecundidad, a juzgar por la prevalencia del no deseo de más hijos. Además los niveles de este indicador son considerables: en 1997 dos terceras partes de las mujeres urbanas no deseaban un hijo más; en las zonas rurales esta proporción también es elevada, pero ligeramente menor (60%) (véase el cuadro 3 y la gráfica 2).

Cuadro 2
 Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que no desean más hijos, por grupos de edad y escolaridad,
 México, 1976, 1987 y 1997

<i>Grupos de edad</i>	<i>Sin escolaridad</i>			<i>Primaria incompleta</i>			<i>Primaria completa</i>			<i>Secundaria o más</i>		
	<i>1976</i>	<i>1987</i>	<i>1997</i>	<i>1976</i>	<i>1987</i>	<i>1997</i>	<i>1976</i>	<i>1987</i>	<i>1997</i>	<i>1976</i>	<i>1987</i>	<i>1997</i>
15-19	23.6	22.1	21.2	25.0	20.0	18.9	14.5	21.9	14.4	13.8	15.2	17.5
20-24	38.3	41.4	38.7	34.6	42.7	35.0	28.5	38.2	32.5	24.8	39.0	28.7
25-29	54.1	60.5	59.9	60.0	60.6	50.6	53.5	58.2	49.9	46.4	51.3	44.1
30-34	75.4	65.1	70.6	68.2	75.8	68.8	65.5	70.8	65.5	60.7	71.9	65.6
35-39	75.9	73.4	80.0	81.8	85.8	78.1	80.9	84.4	78.7	75.2	83.3	78.0
40-44	85.1	82.9	84.1	83.0	91.8	85.9	82.5	87.9	86.2	86.8	91.0	87.6
45-49	74.2	89.3	88.4	85.1	92.1	90.7	94.7	85.0	91.3	77.3	98.1	90.4
50-54			91.5			92.7			91.0			90.8
Total	64.4	69.2	77.2	60.1	70.1	71.6	50.1	64.7	63.2	48.7	56.0	58.1

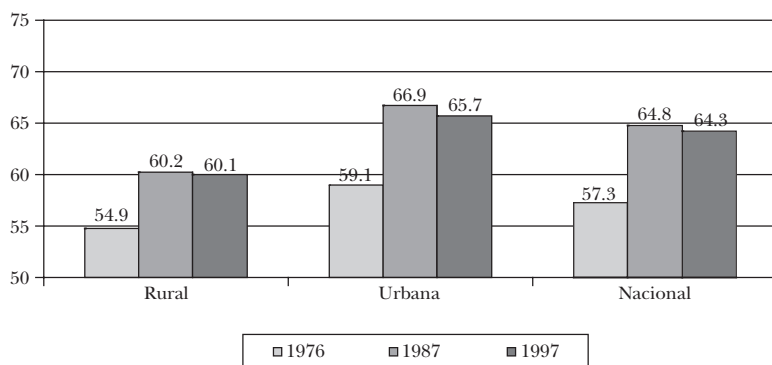
Fuente: Elaboración propia, con base en la EMF de 1976, la Enfes de 1987 y la Enadid de 1997.

Cuadro 3
Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que no desean más hijos,
por grupos de edad y escolaridad, México, 1976, 1987 y 1997

<i>Grupos de edad</i>	<i>Urbano</i>			<i>Rural</i>		
	1976	1987	1997	1976	1987	1997
15-19	25.5	21.2	18.1	17.9	14.5	14.3
20-24	31.1	43.1	32.3	32.3	34.0	28.5
25-29	54.7	58.5	47.4	54.9	53.7	47.1
30-34	69.8	72.3	67.2	65.3	71.1	63.7
35-39	81.7	84.6	79.3	76.0	78.1	75.1
40-44	85.1	90.8	87.2	82.4	82.8	82.8
45-49	84.3	89.4	90.8	78.0	91.4	89.1
50-54			92.0			90.6
Total	59.1	66.9	65.7	54.9	60.2	60.1

Fuente: Elaboración propia, con base en la EMF de 1976, la Enfes de 1987 y la Enadid de 1997.

Gráfica 2
Porcentaje de mujeres unidas que no desean más hijos,
según lugar de residencia, 1976-1997



Fuente: Elaboración propia, con base en la EMF de 1976, la ENFES de 1987 y la Enadid de 1997.

Esta información es consistente con los hallazgos de la literatura en el sentido de que la educación y la urbanización son procesos relacionados con las preferencias reproductivas y con la práctica de la anticoncepción y sugieren, por tanto, que también podrían estar asociados con las NNSA (Conapo, 1994b y 1999). Es importante mencionar que las tendencias de estos resultados se mantienen al estandarizar, mediante la técnica de análisis de clasificación múltiple y modelos de regresión logística, la edad y la paridad de las mujeres (Retherford y Choe, 1993).

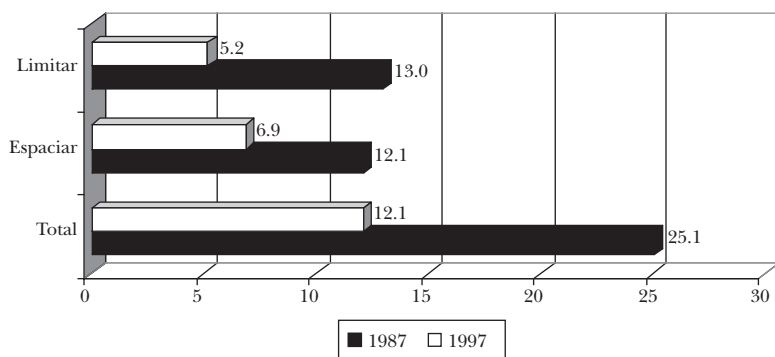
TENDENCIAS DE LAS NNSA, 1987-1997

Debido a que en la EMF de 1976 no se captó información acerca de las preferencias de espaciamiento de los embarazos, hasta ahora hemos abordado exclusivamente la dimensión de las necesidades no satisfechas que se relaciona con el deseo de limitar el tamaño de la familia.¹³ Desde 1987 se cuenta con información sobre el espaciamiento deseado de los embarazos, por lo que ha sido posible estimar ambos componentes de las NNSA.

Las NNSA disminuyeron de forma importante entre 1987 y 1997: en el primer año, una de cuatro mujeres unidas en edad reproductiva (25.1%) tenían NNSA, mientras que 10 años después la proporción había disminuido a la mitad: una de cada ocho mujeres (12.1%) tenían NNSA. Las necesidades no satisfechas para espaciar y para limitar los embarazos también se redujeron, aunque los avances fueron más acentuados en el caso de la limitación de la fecundidad (véase la gráfica 3). Es conveniente recordar que, de acuerdo con la definición de NNSA, cualquier mujer unida que utiliza anticonceptivos tiene presumiblemente satisfechas sus necesidades de anticoncepción. Por lo tanto, la disminución observada en las NNSA es también una consecuencia directa del importante aumento que ha habido en la prevalencia de uso de anticonceptivos (Mojarro y Zúñiga, 1999; Zúñiga y Zubieta, 2000).

¹³ Aunque se debe recordar que no se ha contrastado todavía el no deseo de más hijos con la práctica de la anticoncepción.

Gráfica 3
NNSA de las mujeres unidas en edad fértil, 1987 y 1997



Fuente: Elaboración propia, con base en Conapo 1999, *Cuadernos de Salud Reproductiva, República Mexicana*, p. 65.

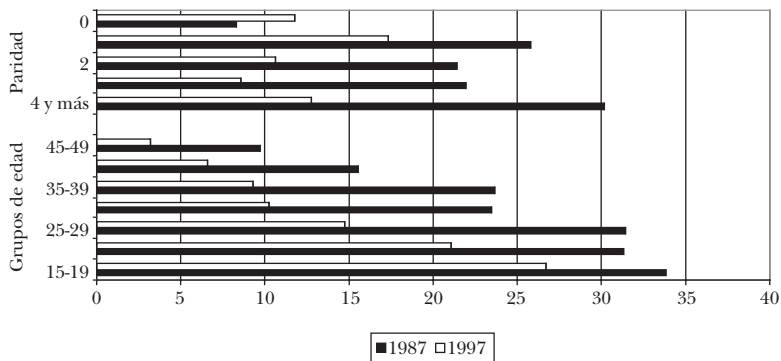
Por lo que respecta a la estructura demográfica, las necesidades no satisfechas disminuyeron en todos los grupos de edad; además, es importante señalar que las necesidades no satisfechas disminuyen conforme aumenta la edad de las mujeres. Sin embargo, incluso en 1997 una de cada cinco mujeres adolescentes y jóvenes habrían tenido NNSA (véase la gráfica 4).

Una situación similar se presenta cuando se comparan las reducciones en las NNSA distinguiendo a las mujeres según su paridad. El cambio más notable se observa entre las mujeres con cuatro o más hijos nacidos vivos, cuyas necesidades no satisfechas se redujeron casi 60% entre 1987 y 1997.

Es importante hacer notar el aparente aumento en las necesidades no satisfechas de las mujeres sin hijos: si bien la diferencia no es estadísticamente significativa, la información no sugiere que hayan disminuido las NNSA de las personas que se encuentran en la etapa inicial de formación de la familia.

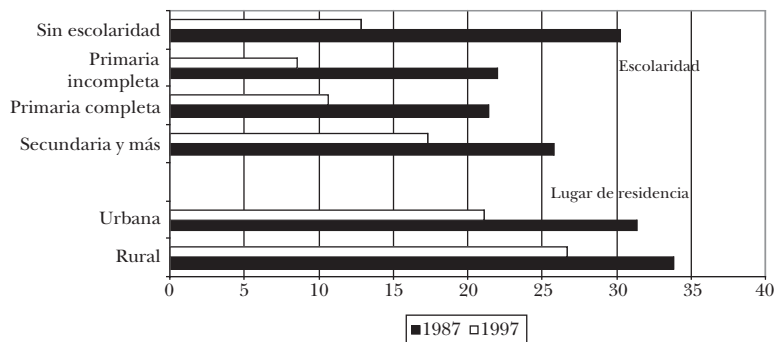
Estos resultados refuerzan las hipótesis de que las carencias estructurales de marginación social, manifiestas predominantemente entre la población con baja escolaridad, entre los residentes de zonas rurales aisladas y entre los estratos urbanos pobres se asocian

Gráfica 4
NNSA de las mujeres unidas en edad fértil, según edad y paridad,
1987 y 1997



Fuente: Elaboración propia, con base en Conapo, 1999, *Cuadernos de Salud Reproductiva, República Mexicana*, p. 65.

Gráfica 5
NNSA de las mujeres unidas en edad fértil, según lugar de residencia
y escolaridad, 1987 y 1997



Fuente: Elaboración propia, con base en Conapo, 1999, *Cuadernos de Salud Reproductiva, República Mexicana*, p. 65.

con un incremento en los niveles de las NNSA. A pesar de las disminuciones observadas, todavía en 1997 más de una cuarta parte de las mujeres rurales y una quinta parte de las urbanas habían tenido NNSA (véase la gráfica 5). Al parecer el efecto de la pobreza y la desigualdad económica y social se reflejan también en el hecho de que en los hogares de menores ingresos, en las poblaciones indígenas y en las entidades federativas más marginadas se presentan las mayores NNSA (Mojarro y Zúñiga, 1999: 65).

ALGUNOS DETERMINANTES DE LAS NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN

Introducción

En esta sección se pretende analizar las interrelaciones entre un conjunto de factores estructurales, institucionales y socioculturales y las NNSA. Se trata de una línea de investigación que hemos venido trabajando desde hace algún tiempo y de la que este trabajo constituye un avance adicional (Aparicio y Estrada, 2000; Aparicio, 2001a y 2001b). El eje temático ha buscado indagar en qué medida las NNSA constituyen un elemento que podría limitar la capacidad de las personas para decidir libremente sus trayectorias reproductivas, así como tratar de identificar algunas dimensiones que, tanto teórica como empíricamente, parecen aumentar la probabilidad de que una mujer tenga NNSA.

Los principales resultados de estos trabajos mostraban que los factores condicionantes de las NNSA operan tanto en la esfera individual y familiar como en la comunitaria. En particular, las evidencias sugerían que la cobertura y la accesibilidad a los servicios públicos de salud contribuyen a disminuir las NNSA.¹⁴ Sin embargo, permanecía la interrogante acerca de si, más allá del acceso a los servicios, su calidad constituye una dimensión importante en la determinación de las NNSA. Adicionalmente, los trabajos realizados hacían surgir la

¹⁴ Estos resultados coinciden con los trabajos que han mostrado la influencia de la accesibilidad a los servicios de planificación familiar sobre las prácticas de regulación de la fecundidad (Tsui *et al.*, 1981; Mendoza *et al.*, 1986; Aparicio *et al.*, 2000b).

inquietud de continuar profundizando en el estudio del papel que juegan las condiciones de vida y la estructura social y económica de los hogares en la determinación del comportamiento reproductivo, reconociendo que las unidades domésticas son uno de los principales ámbitos donde las mujeres y las parejas deciden su comportamiento reproductivo y donde se crean y recrean encuentros y desencuentros y relaciones de dominación y poder en la toma de decisiones (García *et al.*, 1982; Salles y Tuirán, 2003).

Por esta razón, al surgir la convocatoria del PSRS para llevar a cabo el Diagnóstico sobre Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en el México Actual, se propuso desarrollar un proyecto que nos permitiera incorporar a los análisis previos el estudio del papel de la estratificación socioeconómica y de la calidad de los servicios de planificación familiar como factores potencialmente condicionantes de las NNSA.

En términos de la delimitación espacial, el trabajo enfoca su atención a la población que reside en las áreas rurales de nueve entidades federativas (Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz) que se caracterizan, en su conjunto, por mostrar un marcado rezago en su nivel de desarrollo económico y social y un patrón de cambio menos dinámico de los comportamientos reproductivos (Zúñiga y Zubieta, 2000; Conapo, 2001).¹⁵

La selección del contexto rural es consecuencia, en primer lugar, de la revisión de algunos antecedentes en la literatura que muestran que en las zonas rurales y marginadas se observa la mayor prevalencia de NNSA (Aparicio y Angulo, 1996; Mojarro y Zúñiga, 1999; Zúñiga y Zubieta, 2000; Aparicio y Estrada, 2000; Gómez de León y Hernández, 2002; Casique, 2003; Aparicio, 2004b). En segundo lugar, obedece a una restricción impuesta por la disponibilidad de información: solamente en las áreas rurales de estas nueve entidades federativas se cuenta con elementos que permiten explorar el posible papel de la calidad de los servicios sobre las NNSA.¹⁶

¹⁵ Si bien el nivel de desarrollo económico en el Estado de México es notoriamente mayor al de las otras entidades, en las áreas rurales los perfiles demográficos, económicos y sociales de las nueve entidades muestran una menor heterogeneidad.

¹⁶ La información sobre la calidad de los servicios de planificación familiar proviene de la Encuesta de Instituciones de Planificación Familiar de 1996, que se levantó precisamente en las áreas rurales de las nueve entidades federativas mencionadas.

Factores asociados a las NNSA

Por lo que respecta a los factores que podrían contribuir a la determinación de las NNSA, es preciso reconocer que son múltiples las dimensiones que influyen sobre el comportamiento reproductivo, y que dichas dimensiones interactúan en las esferas individuales, familiares y comunitarias. Con la finalidad de contar con un esquema que orientara conceptualmente el análisis de la información que se presenta más adelante, se identificaron algunas de las dimensiones que, de acuerdo con la literatura sobre el tema, se asocian con el comportamiento reproductivo, con la práctica anticonceptiva y, a través de los ideales y las preferencias reproductivas, con las NNSA.

En primer lugar, podemos mencionar los factores estructurales e institucionales que operan en el nivel de la localidad de residencia de las mujeres. Estos factores contribuyen a estructurar los distintos tipos de interacción social entre la población y las distintas instituciones sociales y sus agentes. Entre ellos, podemos mencionar el grado de desarrollo económico y social de las comunidades. En las zonas de mayor marginación, dispersión y aislamiento, la transición de la fecundidad ha seguido un ritmo de evolución menos acentuado que en el resto del país (Welti, 1994; Conapo, 2001).

En México, la influencia del Estado en la transformación de la dinámica demográfica y las pautas reproductivas de la población ha sido ampliamente documentada (Martínez Manautou, 1982; Zavala, 1992; Lerner y Quesnel, 1994; Cervantes, 1999; Figueroa, 1999a; Szasz, 2004). En la primera mitad de los años setenta se incorporó a la Constitución el reconocimiento del derecho de toda persona a decidir el número y el momento de tener a sus hijos, se modificó el Código Sanitario que hasta ese entonces prohibía la promoción y venta de métodos anticonceptivos, se diseñaron y pusieron en práctica programas públicos de planificación familiar y se promulgó la Ley General de Población, aún vigente, que tiene el objetivo expreso de contribuir a regular el ritmo de crecimiento demográfico y prescribe que los servicios de planificación familiar que brinda el Estado deberán ser gratuitos para toda la población que los demande. Estas transformaciones institucionales sentaron las bases jurídicas y programáticas para el ejercicio de los derechos reproductivos en México.

A partir de entonces, la responsabilidad de instrumentar la política de disminución de la fecundidad ha recaído en las instituciones públicas de salud, lo que ha traído consigo una creciente injerencia del Estado en ámbitos que habían correspondido tradicionalmente a la esfera privada y un importante proceso de medicalización de la reproducción (Tuirán, 1988; Lerner y Quesnel, 1994; Cervantes, 1999). Mediante este proceso las instituciones del Sistema Nacional de Salud han extendido el acceso a los servicios de provisión de anticonceptivos, particularmente en las áreas rurales a partir de los años ochenta, lo que, aunado al diseño y difusión de intensos programas de comunicación y educación en población, contribuyó a proporcionar información sobre los medios de regulación de la fecundidad, promover nuevas normas y actitudes favorables a la limitación del tamaño de la familia, legitimar la práctica de regulación de la fecundidad, ampliar las coberturas de atención materna durante el embarazo y el parto e incrementar el acceso de la población a los métodos anticonceptivos modernos (Urbina y Monroy, 1982; Camarena, 1990; Zúñiga y Zubieta, 2000).

No obstante, las insuficiencias del desarrollo del país y las limitaciones estructurales de las instituciones de salud se reflejan en las notables disparidades regionales en la infraestructura de servicios de salud, lo que compromete el acceso a los servicios de importantes segmentos de la población, especialmente en las áreas marginadas y en las zonas rurales aisladas y dispersas (Ávila, 1999; Conapo, 2001). En estas comunidades se ha dificultado tradicionalmente el acceso de la población a los servicios de educación y salud, sobre todo de segundo nivel de atención, y son restringidas las redes y vías de comunicación con los centros urbanos (Aparicio *et al.*, 2000b; Conapo, 2003).

En particular, cabe destacar la incapacidad del Sistema Nacional de Salud para ofrecer servicios de anticoncepción quirúrgica a toda la población que los demanda. En entrevistas realizadas en 1995 a promotores de salud comunitarios de Chiapas, se encontró que, debido a la falta de disponibilidad de quirófanos en los hospitales, a algunas mujeres que deseaban la oclusión tubaria bilateral se les recomendaba que se embarazaran una vez más para que se les pudiera operar en el momento de la atención del parto. Por lo que respecta a la atención primaria a la salud, la oferta de servicios en

las localidades rurales más pequeñas descansa en buena medida en personas residentes en las comunidades que han sido medianamente capacitadas, que no cuentan con una relación formal de adscripción institucional y que disponen de una limitada gama de métodos anticonceptivos temporales para ofrecer a los usuarios.

Algunas investigaciones, entre ellas la de la Encuesta de Instituciones de Planificación Familiar (Eninplaf), han mostrado las insuficiencias estructurales del sistema de salud del Estado, así como algunas deficiencias importantes en la calidad de los servicios de planificación familiar, particularmente en los aspectos referidos al conocimiento de la normatividad oficial de prestación de los servicios —donde se señalan los derechos reproductivos de la población usuaria y los procedimientos para garantizar el libre consentimiento informado—, la competencia técnica de los prestadores de los servicios y sus actitudes respecto de los derechos reproductivos de la población (Conapo, 1997; Aparicio *et al.*, 2000a; Jasis, 2000).

Por otro lado, es necesario insistir en la prioridad que ha otorgado la política de población a la reducción del crecimiento demográfico a través de la expansión de los programas de planificación familiar. Si bien en el discurso oficial siempre se ha insistido que los servicios de planificación familiar y la oferta y prescripción de métodos anticonceptivos debe ser realizada con un absoluto respeto a la libertad de decisión de las personas, desde 1977 se han establecido metas demográficas de reducción de la fecundidad que, traducidas a un número determinado de usuarios que deben ser incorporados anualmente a los registros institucionales, ha ejercido una fuerte presión sobre el personal encargado de la prestación de los servicios de salud y ha generado una tensión entre la exigencia del cumplimiento de las metas de usuarios y los derechos reproductivos de las personas (Cervantes, 1989, 1993 y 1999; Aparicio, 1993 y 1994; Figueroa, 1995; Szasz, 2004).

Esta situación se agrava en un contexto institucional en el cual la formación profesional del personal médico no ha incluido contenidos curriculares sobre los derechos reproductivos y sexuales de la población (Figueroa, 1991; Szasz, 2004). La prioridad institucional y el tipo de organización de los servicios ha redundado en ocasiones en la falta de cumplimiento de algunos componentes fundamentales de los derechos reproductivos como el derecho a la

información, la libre elección de los métodos anticonceptivos o incluso en la imposición forzada de algunos métodos anticonceptivos (Aparicio, 1993 y 2004a; Cervantes, 1993; Figueroa, 1994 y 1995; Tuirán, 1994; Szaz, 2004).

Más allá de las influencias institucionales y estructurales, otro conjunto de elementos que contribuyen a crear y recrear el comportamiento reproductivo surge a partir de la ubicación de las distintas unidades domésticas en el sistema de estratificación social y de las interrelaciones y decisiones al interior de las familias. Las condiciones materiales de vida de las familias estructuran la organización de las unidades domésticas, las relaciones entre sus miembros, las identidades y roles de género y las representaciones sociales que sobre los hijos tienen hombres y mujeres. La estratificación económica y social, la pobreza y la desigualdad social características de los hogares en América Latina se reflejan en estrategias de formación de la familia y en comportamientos reproductivos heterogéneos, por lo que ha sido ampliamente reconocida la necesidad de estudiar la inserción de las familias en el sistema económico y social y sus vínculos con la fecundidad y su regulación (Lopes, 1976; Jelin, 1984; Mier y Terán y Rabell, 1984; Bronfman *et al.*, 1986; Zúñiga *et al.*, 1986; Rubin, 1989; Tuirán, 2002).

Otro elemento que puede ejercer un impacto sobre las decisiones de la mujer respecto de su comportamiento reproductivo es el de las relaciones de género que se establecen en el seno de la familia (Oppenheim-Mason, 1995 y 1997; García *et al.*, 1999). En investigaciones previas se ha encontrado que la oposición del esposo es uno de los principales factores que influyen sobre la fecundidad y que condicionan las NNSA de las mujeres rurales, pero que esta influencia está mediada de manera importante por el grado de autonomía y el poder de decisión que tienen las mujeres (Aparicio *et al.*, 1998; Aparicio y Estrada, 2000; Aparicio, 2001a y 2001b; Casique, 2003). La dominación masculina en el ámbito familiar se manifiesta en múltiples facetas, entre las que se encuentran las referidas a las decisiones sexuales y reproductivas y que pueden limitar el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres. Estudios de corte cualitativo indican que en ocasiones la mujer privilegia las preferencias reproductivas de la pareja sobre su propio deseo de regular su fecundidad (Minello, 2005). Ésta es una de las principa-

les evidencias empíricas que reafirma la pertinencia de considerar los procesos de negociación entre hombres y mujeres en la investigación sobre las decisiones y el comportamiento reproductivo. Desafortunadamente, en las encuestas realizadas hasta la fecha es bastante limitada la información de que se dispone, y ello no permite profundizar al respecto.

El mejoramiento de la condición social y económica de la mujer está estrechamente vinculado con la dinámica de los procesos reproductivos y con los cambios en el nivel de la fecundidad, las preferencias reproductivas, la práctica de la anticoncepción y las NNSA (DGPF, 1989; Zavala, 1992; Welti y Paz, 1990). En particular, el aumento de la educación de la mujer y su mayor incorporación y participación en el trabajo extradoméstico han sido determinantes clave de la transición de la fecundidad mexicana. Estas dimensiones sociales han favorecido una mayor independencia y autonomía de las mujeres, la toma de conciencia de sus derechos y una mayor capacidad de negociación, tanto al interior de las unidades domésticas como en sus transacciones con los agentes institucionales de salud, por lo que se puede plantear la hipótesis de que se asocian con una clara disminución de las NNSA (CEED, 1981; Rubin, 1989; Partida y Rodríguez, 1999).

Un último elemento que consideramos importante mencionar es el de la pertinencia de tomar en cuenta los atributos de los individuos, y en particular de las mujeres, y su repercusión en los procesos que determinan su comportamiento sexual y reproductivo. La perspectiva analítica del curso de vida ha permitido documentar la diversidad de las trayectorias reproductivas de la población mexicana y sus variaciones a lo largo de la transición de la fecundidad. En particular, destaca el limitado control de la fecundidad antes del nacimiento del primer hijo: desde mediados de los años cincuenta, el tiempo medio del intervalo protogenésico se ha mantenido constante e igual a 13 meses. En general, la práctica masiva de la anticoncepción se presenta con posterioridad al primer nacimiento, tanto por razones de tipo sociocultural como por cuestiones asociadas a las prácticas institucionales (Lerner y Quesnel, 1994; Tuirán, 1999 y 2002). El número de hijos nacidos vivos representa un indicador que sintetiza la experiencia genésica de las mujeres y la etapa de su vida reproductiva en la que se encuentran. Un elemen-

to fundamental en la transición de la fecundidad ha sido la importante reducción en las últimas décadas en el tamaño ideal de la familia entre las mujeres unidas, el cual se redujo de 4.5 hijos en 1976 a 3.2 en 1997. No obstante las grandes disparidades regionales en los ideales y las preferencias reproductivas, en la actualidad las prácticas de regulación de la fecundidad aparecen socialmente legitimadas prácticamente en todas las regiones y grupos sociales del país, en especial después de que se alcanzan los tamaños ideales de familia (Quilodrán, 1990; Juárez *et al.*, 1996; Zúñiga y Zubieta, 2000).

Integración de la información

Es frecuente que en los trabajos sobre los determinantes del comportamiento reproductivo basados en encuestas de fecundidad y salud reproductiva, la unidad de análisis se circunscriba a los individuos entrevistados, generalmente las mujeres en edad reproductiva. De forma similar, y dado que la medición de las necesidades no satisfechas de anticoncepción se basa en las mujeres en edad fértil en unión, en este trabajo se toma como base la información de la ENPF de 1995. Como se mencionó, la población de estudio se restringe a las mujeres unidas en edad fértil que residían en zonas rurales de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz. Sin embargo, en esta investigación hemos pretendido trascender esta perspectiva e incorporar otras dimensiones que operan en los ámbitos familiares y comunitarios.

Uno de los propósitos fundamentales del Diagnóstico que elabora el PSRS consiste en tratar de analizar las interrelaciones entre las condiciones de vida y la salud reproductiva. Puesto que analíticamente es más pertinente referir la determinación de las condiciones de vida a las unidades domésticas, el PSRS estimó para cada una de las encuestas incluidas en el Diagnóstico un conjunto de indicadores de bienestar y de estratificación social y económica referidos a los hogares a los que pertenecen las mujeres, como el ingreso por habitante, la escolaridad relativa de los miembros del hogar, la ocupación de sus integrantes que trabajan y la calidad de la vivienda, así como un índice resumen del estrato socioeconómico del

hogar.¹⁷ Con la finalidad de poder valorar empíricamente las interrelaciones entre las condiciones de vida del hogar y las NNSA de las mujeres, los indicadores socioeconómicos del hogar se integraron a la base de datos de las mujeres.

Puesto que uno de los propósitos de este trabajo era el de explorar las interrelaciones entre la calidad de los servicios de planificación familiar y las NNSA, se integró también la base de mujeres de la ENPF con la de la Eninplaf. Ésta se realizó en las mismas localidades rurales de la ENPF, pero un año después, por lo que es factible ligar y analizar conjuntamente la información proveniente de las dos encuestas.¹⁸ El objetivo de la Eninplaf era estudiar la calidad de los servicios de planificación familiar y su relación con la práctica anticonceptiva y la fecundidad en las áreas rurales de los nueve estados referidos. Para lograrlo, se levantaron varios cuestionarios: 1) de localidad; 2) de instituciones públicas de primer y segundo nivel de atención que ofrecen servicios de planificación familiar a la población de esas localidades; 3) de los médicos y enfermeras que laboran en dichas instituciones públicas; 4) de médicos privados; 5) de hospitales privados; 6) de farmacias, y 7) de agentes comunitarias de salud (parteras y auxiliares de salud). Sin duda es ésta una información sumamente valiosa para dar cuenta de las diferentes dimensiones de la calidad de los servicios de planificación familiar, pero desafortunadamente es prácticamente nula la información con suficiente profundidad acerca de las interrelaciones y transacciones que tienen lugar entre la población usuaria y el personal que presta los servicios.

En cada una de las nueve entidades federativas se volvieron a visitar todas localidades rurales que estaban en la muestra de la ENPF y se identificaron las instituciones públicas y privadas, las farmacias

¹⁷ La identificación del estrato socioeconómico del hogar se calculó con base en la escolaridad relativa promedio de los miembros del hogar, la actividad asociada al mayor ingreso del hogar y la calidad de las viviendas (véase el capítulo de Echarri en esta obra).

¹⁸ Aunque se debe ser cuidadoso en la interpretación de los resultados, debido a la diferencia de un año en la temporalidad en que se captó la información. Sin embargo, es pertinente considerar que es difícil que en el transcurso de un año se presenten cambios drásticos en la calidad, la orientación o la organización de los servicios de salud.

y las agentes de salud comunitaria que debían ser incorporadas al estudio de la Eninplaf. En las instituciones de salud del gobierno (IMSS, Régimen Ordinario y Solidaridad, Secretaría de Salud e ISSSTE) se entrevistó un máximo de tres médicos y dos enfermeras.

Con la finalidad de integrar la información de las mujeres en la ENPF con la de la Eninplaf, en una primera fase se tomó como unidad de observación la localidad de residencia. Esto se debe a que todos los cuestionarios de la encuesta de instituciones estaban referidos a las localidades a las que les brindaban servicios. Cabe destacar que a pesar de que era el objetivo inicial de la Eninplaf, hasta donde sabemos este trabajo es el único que ha intentado integrar las bases de datos de ambas encuestas.

Debido a que la mayor parte de los servicios de planificación familiar en las zonas rurales del país se ofrecen por parte de las instituciones públicas de salud, y dado que se tenía interés por valorar algunas de las influencias institucionales en la determinación de las NNSA, se integró a la base de datos de las mujeres solamente la información de las unidades médicas de primero y segundo nivel, así como la proveniente de las entrevistas realizadas a los médicos y enfermeras que trabajan en esas unidades médicas. Además, solamente en las instituciones públicas de salud se deben cumplir metas de incorporación de usuarios, situación que puede afectar los derechos reproductivos y la libre elección de los métodos por parte de la población.

Así, con base en la documentación de la Eninplaf y la información del cuestionario de localidad, se procedió a integrar la información en varias etapas. En la primera de ellas, se identificaron todas las unidades médicas que daban servicios de planificación familiar a cada una de las localidades. En una segunda instancia se identificaron los médicos y enfermeras que laboraban en esas unidades médicas. Mediante este procedimiento fue posible vincular la información de las unidades médicas y los médicos que laboran en ellas con las localidades que atienden.

Una vez hecha esta tarea, se realizó una clasificación de la información recolectada en los cuestionarios de las unidades médicas de las instituciones públicas de salud y de los médicos y enfermeras de acuerdo con las dimensiones de la calidad de los servicios de los marcos conceptuales de Bruce (1991), Donabedian (1988) y la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar

(NOMSPF) vigente en esa época, que son los modelos analíticos en los que se basó el diseño conceptual de la Eninplaf.¹⁹ Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de los contenidos del cuestionario de unidades médicas y de médicos y enfermeras y se realizó una primera selección de los indicadores de cada dimensión de la calidad de los servicios que consideramos podrían tener una relación con las NNSA, con el ejercicio de los derechos reproductivos y, particularmente, con el derecho de decidir el número de los hijos y el momento de tenerlos. A continuación, se integró la información de cada uno de los indicadores seleccionados a la base de las mujeres. Únicamente dos de estas localidades no contaban con una unidad médica a la que pudiera acudir la población a recibir servicios de salud; además, la mayoría de ellas (85%) recibía servicios de al menos dos unidades. Por lo que respecta a los médicos, solamente en 4% de las localidades no se contaba con información de ninguno de los médicos, mientras que en tres cuartas partes de ellas al menos dos médicos daban servicio a su población.

En promedio, en cada localidad había tres médicos para los cuales se contaba con información de la calidad de sus servicios. Por esta razón, fue necesario obtener una medida resumen de cada uno de los indicadores de calidad, que en la mayoría de los casos se derivó a partir del valor promedio de ese indicador para las instituciones y los médicos que atienden a la localidad. Una vez establecidos los indicadores resumen de cada indicador para las distintas localidades, se procedió a integrar la información de las localidades con la de la base de mujeres de la ENPF.

Con la finalidad de valorar el efecto de la accesibilidad de los servicios de salud en las NNSA, a la base de mujeres, de localidades y de instituciones y médicos y enfermeras, se le integró también información proveniente del Sistema de Información Geográfica del Consejo Nacional de Población (Conapo). Este sistema combina la información de la ubicación de las unidades médicas de las institu-

¹⁹ Los elementos del marco de Judith Bruce son los siguientes: *a*) la gama de métodos anticonceptivos disponibles; *b*) la información brindada a los usuarios; *c*) la competencia técnica de los prestadores de servicios; *d*) la organización y constelación de los servicios, y *e*) los sistemas de seguimiento de los usuarios. En el esquema de Donabedian, los elementos de la calidad de los servicios se clasifican según si corresponden a la infraestructura, el proceso o los resultados de la atención médica.

ciones del sector salud con la red de caminos y carreteras, permite generar mapas y obtener medidas precisas acerca de la oferta de servicios institucionales de salud. Con base en esta información se estimaron las distancias, los tiempos y los costos de traslado que se requerían para llegar desde cada localidad en la muestra de la ENPF a las unidades de primero y segundo nivel del IMSS Régimen Ordinario, IMSS-Solidaridad, la Secretaría de Salud y el ISSSTE que se encontraban en un radio de cinco, 20 y 50 kilómetros (Mejía, 1999; Aparicio y Estrada, 2000). Generalmente, este tipo de información se capta a partir de las entrevistas que se hacen a las mujeres o a informantes clave de la localidad, pero cabe esperar que sean más precisas las estimaciones basadas en sistemas de información geográfica y las vías de comunicación existentes.

Puesto que se tenía también el propósito de valorar las interrelaciones que guardan las NNSA con las condiciones estructurales de marginación de las localidades de residencia, se procedió finalmente a integrar a la base de datos tanto el índice como el grado de marginación de las localidades de la ENPF.²⁰

Estrategia analítica y resultados

El análisis de los factores asociados con el comportamiento reproductivo que se basan en información de encuestas se lleva a cabo usualmente a través de análisis bivariados, estratificados o mediante el ajuste de modelos estadísticos de regresión. Estos modelos suponen que un conjunto de variables o factores explicativos —en este estudio elementos de tipo estructural, institucional, familiar o individual— contribuyen a explicar el comportamiento de una variable dependiente, es decir, algún indicador del comportamiento reproductivo.

Cuando se trata de explicar las variaciones en el comportamiento de un fenómeno para el cual la variable dependiente solamente puede asumir dos posibles valores, como ocurre cuando se analiza si una mujer tiene NNSA o no, se recurre frecuentemente al

²⁰ Esta información fue generada por el Consejo Nacional de Población y el Programa de Educación, Salud y Alimentación con base en el Censo de Población y Vivienda de 1995, mismo año en que se levantó la encuesta (Conapo-Progresa, 1998).

uso de modelos de regresión logística. Estos modelos permiten valorar la asociación que tiene cada una de las variables explicativas incorporadas al modelo con la probabilidad de que una mujer tenga NNSA. El principal aporte analítico de dichos modelos consiste en valorar el efecto simultáneo de cada uno de los factores estudiados, pero ajustando la influencia de las otras variables explicativas, lo que disminuye el riesgo de observar asociaciones espurias (Draper y Smith, 1981; Hosmer y Lemeshow, 1989).

Sin embargo, esta técnica, al igual que cualquier otro modelo estadístico matemático, se basa en un conjunto de supuestos analíticos que, de no cumplirse, pueden comprometer la validez de los resultados que se deriven de su aplicación. Uno de los supuestos de los modelos de regresión logística, y en general de cualquier modelo de regresión, es que las distintas observaciones son estadísticamente independientes. En la aplicación de este trabajo, ese supuesto implica que la probabilidad de que una mujer tenga NNSA dependerá exclusivamente de los valores que asumen las variables explicativas del modelo para dicha mujer, pero que no está afectada de forma alguna por las características de cualquier otra mujer en la muestra.

Este supuesto es válido si se trata de una muestra probabilística de mujeres y en el modelo se incluyen solamente variables que corresponden a sus atributos individuales. Sin embargo, deja de serlo cuando se incorporan al análisis los efectos contextuales asociados a las características de las localidades de residencia de la población. Lo que se hace usualmente para estudiar este tipo de efectos contextuales es asignar a cada una de las personas que residen en una misma localidad el valor del atributo de dicha comunidad. Puesto que se utiliza el mismo valor de la variable para diferentes mujeres en la muestra, ya no es válido el supuesto de la independencia de las observaciones.²¹

Otro supuesto de los modelos usuales de regresión es que el efecto de cualquier variable explicativa es fijo. Se trata de un supuesto muy fuerte, pues implica que al ajustar modelos de regresión que

²¹ Un típico ejemplo es el de los modelos de regresión en los que se trata de valorar el efecto de la zona de residencia (rural o urbana). A todas las personas que viven en alguna zona urbana se les asigna el mismo valor, por ejemplo uno. De manera análoga, a quienes viven en localidades rurales se les asigna un valor que es igual para todas ellas, digamos cero, pero diferente del que se asignó para las áreas urbanas.

incorporan variables explicativas asociadas a las características de las localidades de residencia,²² se asume implícitamente que la relación de un atributo individual o familiar de la mujer con la variable dependiente es igual en todas las localidades, lo cual contradice tanto las expectativas derivadas de la teoría social como mucha de la evidencia empírica disponible.²³ Así, se supone, por ejemplo, que la relación entre las condiciones de vida de la mujer y las NNSA es la misma en todas las localidades.

Durante las últimas décadas se ha desarrollado una nueva generación de modelos estadísticos, que se conocen como modelos de regresión de niveles múltiples o modelos jerárquicos (Hermalin, 1986; Bryk y Raudenbush, 1992; Longford, 1993; Hox, 1995; Aparicio, 2001c), que intentan proporcionar alternativas metodológicas apropiadas a las necesidades de investigación cuando el interés se centra en el estudio simultáneo de las influencias contextuales e individuales sobre diversos fenómenos de estudio.²⁴ Los modelos de niveles múltiples reconocen de forma explícita la estructura jerárquica de la información; en esta investigación se trata del hecho de que diversas mujeres en la muestra (unidades de primer nivel) residen en la misma localidad (unidades de segundo nivel).²⁵ Otra de sus propiedades es que, a diferencia de los modelos usuales, permiten la posibilidad de evaluar si los efectos de las variables explicativas de primer nivel varían entre las distintas localidades.

Algunas de las principales aplicaciones de este tipo de modelos se han presentado en el campo de la educación, donde se ha valo-

²² Con el propósito de valorar las influencias contextuales sobre los fenómenos de estudio.

²³ Cabe señalar que existe la posibilidad de aplicar términos de interacción para analizar los potenciales efectos diferenciados de los atributos individuales en las distintas comunidades, pero ello implicaría incorporar al modelo un número sustancial de términos de interacción, casi tantos como distintas localidades de residencia se hayan visitado. En el caso de la ENPF se trata de 131 localidades rurales en las nueve entidades federativas estudiadas en este trabajo.

²⁴ Se trata de una nueva mirada al problema clásico de los vasos comunicantes y las interrelaciones entre la esfera macrosocial y la vida cotidiana de los individuos.

²⁵ Incluso la estructura física de las bases de datos se construye de manera diferenciada entre las unidades de primer nivel, que son las mujeres y todos sus atributos individuales y familiares, y las unidades de segundo nivel, las localidades, y sus características.

rado no solamente la importancia de los atributos individuales de las alumnas y alumnos en su aprovechamiento escolar, sino también el papel de las características de los planteles educativos en los cuales están inscritos (Burstein, 1980). Otra aplicación usual se presenta en investigaciones tipo panel, cuyo diseño involucra el seguimiento y la observación de las mismas personas en diversas ocasiones (Lindsey, 1999). En el campo de la demografía se ha utilizado este tipo de modelos para el estudio de la mortalidad infantil (Pebbley *et al.*, 1996), y en investigaciones sobre planificación familiar existen algunos antecedentes de su aplicación para el análisis del impacto de la accesibilidad a los servicios de salud sobre la práctica de la anticoncepción (Entwisle *et al.*, 1996; Aparicio y Estrada, 2000; Aparicio, 2001b).

Como se mencionó, este trabajo tiene también el objetivo metodológico de mostrar la aplicación de modelos jerárquicos al estudio de las interrelaciones entre las condiciones de vida de la población y el comportamiento reproductivo, uno de los objetivos planteados por el PSRS para realizar el Diagnóstico. Con este propósito, se aplicó un modelo logístico de niveles múltiples para explorar las interrelaciones entre las NNSA y un conjunto de indicadores que no se habían indagado con anterioridad en México utilizando esta metodología analítica: *a)* las condiciones socioeconómicas de los hogares, *b)* la desigualdad social, las relaciones de poder entre los géneros, y *c)* la calidad de los servicios de planificación familiar.

La estrategia de análisis se realizó en dos fases; en la primera de ellas se llevó a cabo un análisis exploratorio de la asociación de un conjunto de variables referidas a estas tres dimensiones y las NNSA de las mujeres. Este proceso permitió hacer una primera selección de las variables que se exploraron en los análisis multivariados. Este trabajo exploratorio continuó mediante el ajuste de modelos logísticos usuales con la finalidad de analizar de manera simultánea la influencia de las distintas variables explicativas. En la segunda fase se ajustó una serie de modelos logísticos de dos niveles, con la finalidad de obtener estimaciones más precisas de los efectos de las variables, de sus errores estándar y, por lo tanto, de su significancia estadística, así como evaluar si los efectos de las variables eran fijos o si variaban entre las distintas localidades de residencia de las mujeres.

A continuación se presentarán algunos de los principales resultados que se obtuvieron. Por lo que respecta a la exploración de las asociaciones entre las condiciones de vida, la estratificación social y las NNSA, utilizamos varias de las variables construidas por el PSRS con base en la información de los hogares de la ENPF. Destaca la importante asociación de la pobreza y la estratificación social y las NNSA: mientras que solamente 4% de las mujeres que residen en hogares del estrato socioeconómico alto tendrían NNSA; este porcentaje se incrementa de forma sistemática hasta llegar a ser 10 veces más grande (42%) cuando las condiciones socioeconómicas son sumamente precarias. El desglose de los componentes de la estratificación económica y social basados en el ingreso de los hogares y la calidad de la vivienda refuerzan este hallazgo: las NNSA son sustancialmente mayores cuando las viviendas tienen piso de tierra y no cuentan con agua entubada.

Una situación análoga se presenta al analizar el ingreso de los hogares: de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) un año después de la crisis económica de 1995, 43% de los hogares se encontraban en pobreza extrema, es decir, su ingreso total no alcanzaba ni siquiera para poder satisfacer sus necesidades alimenticias básicas, y 73% se encontraban en situación de pobreza de patrimonio (CTMP, 2002; Cortés *et al.*, 2002).²⁶ Siguiendo este mismo criterio, al clasificar los hogares de la ENPF según cuartiles de ingreso, se puede constatar que una de cada tres mujeres pobres tenía NNSA, mientras que dicha proporción se reduce a una de cada cinco entre las mujeres no pobres (véase el cuadro 4).²⁷

La educación es una dimensión que se ha asociado tradicionalmente con un mejoramiento de la condición social y económica de la mujer y con disminuciones importantes en la fecundidad. Tam-

²⁶ A partir de las recomendaciones preliminares del Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP), la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) considera que un hogar se encuentra en pobreza de patrimonio cuando su ingreso total no alcanza a cubrir las necesidades básicas de alimentación, educación, salud, vestido, calzado, vivienda y transporte público.

²⁷ Debe señalarse, sin embargo, que se trata de una aproximación gruesa, en la medida en que el ingreso de los hogares se captó de forma diferente en ambas encuestas.

bién se asocia de manera importante con una disminución de las NNSA, como se constató en las secciones precedentes, y particularmente cuando la mujer rural accede a la educación secundaria (Aparicio y Estrada, 2000; Gómez de León y Hernández, 2002; Casique, 2003; Aparicio, 2004b). De manera más general, también la escolaridad del jefe del hogar y el índice de escolaridad relativa del hogar se asocian de manera negativa y altamente significativa con las NNSA, como se puede apreciar en el cuadro 4.

Cuadro 4
NNSA de mujeres en edad fértil^a unidas, según algunas características seleccionadas, México, 1995

<i>Características seleccionadas</i>	<i>Porcentaje de mujeres unidas con NNSA</i>
Estrato socioeconómico del hogar	
Muy bajo	33.6
Bajo	19.5
Medio	9.3
Alto	3.4
Niveles de calidad de la vivienda	
Piso de tierra	34.7
Piso no de tierra sin agua	23.7
Piso no de tierra con agua	14.8
Todos los servicios	13.5
Cuarteles de ingreso per cápita en el hogar	
I cuartil	35.1
II cuartil	26.6
III cuartil	20.0
IV cuartil	17.5
Sexo del jefe del hogar	
Hombre	26.2
Mujer	33.5
Nivel de escolaridad del jefe del hogar	
Sin escolaridad	39.1
Primaria incompleta	29.5
Primaria completa	21.5

Cuadro 4

NNSA de mujeres en edad fértil^a unidas, según algunas características seleccionadas, México, 1995 (continuación)

<i>Características seleccionadas</i>	<i>Porcentaje de mujeres unidas con NNSA</i>
Posprimaria: secundaria y carreras técnicas con requisitos de primaria	17.5
Postsecundaria: bachillerato, carreras técnicas con secundaria	11.0
Universitarios	10.9
Categorías de escolaridad relativa del hogar	
Muy baja: Hasta 3/4 del estándar	30.1
Baja: Hasta 9/10 del estándar	22.7
Media: Hasta 1.5 veces el estándar	14.7
Alta: Más de 1.5 veces el estándar	6.9

^a Áreas rurales de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Fuente: Elaboración propia, con base en la ENPF de 1995.

Debe señalarse, no obstante, que a pesar de la notable influencia de los niveles educativos de la población en la determinación de las NNSA, en los análisis que se presentan más adelante no se incorporará explícitamente esta dimensión entre las variables explicativas de los modelos multivariados. Esto se debe a que se utilizará el estrato socioeconómico del PSRS como el indicador de las condiciones de vida de las unidades domésticas. Este indicador resume las interrelaciones entre el ingreso de los hogares, la calidad de las viviendas y las ocupaciones y niveles de escolaridad de los integrantes de las unidades domésticas, además de que empíricamente es la variable socioeconómica que más discrimina las diferencias en las NNSA de los distintos grupos de población.²⁸

²⁸ De acuerdo con los datos de la Ensar de 2003, la encuesta de salud reproductiva más reciente, 5% de las mujeres unidas en el país y que pertenecen al estrato socioeconómico alto tienen NNSA, porcentaje que se triplica cuando el estrato socioeconómico es muy bajo (Aparicio, 2004b).

Como el estrato socioeconómico incluye la escolaridad relativa de los miembros del hogar y, por lo tanto, el nivel educativo de la mujer, sería incorrecto conceptualmente incorporar ambas variables en los modelos. Además, desde el punto de vista técnico podrían surgir problemas de multicolinealidad, que se presentan en los modelos de regresión cuando las variables explicativas se encuentran altamente correlacionadas (Wonnacott y Wonnacott, 1969; Gujarati, 2004). Sin embargo, debe insistirse en la importancia de la educación, y en particular de la educación de la mujer, tanto como un valor social en sí mismo como por su potencial influencia en la reducción de las NNSA en el México rural.

Por lo que respecta a la importancia de las relaciones de género en la toma de decisiones reproductivas, se generó un índice de poder de decisión y un índice de autonomía de las mujeres con base en la información de la ENPF. Ésta incluyó cinco preguntas sobre el proceso de toma de decisiones sexuales, reproductivas y familiares. De manera específica, se preguntó a las mujeres casadas o en unión libre si era la mujer, su pareja o ambos quienes tomaban las decisiones acerca de: *a)* cuántos hijos tener, *b)* cómo criar a los hijos, *c)* cuándo tener relaciones sexuales, *d)* los gastos cotidianos a realizar y *e)* los familiares y amigos a visitar.

Para la construcción del índice de poder de decisión se siguió un procedimiento análogo al de Casique (2003): a cada pregunta se le asignó el valor de cero si la pareja tomaba la decisión, de uno si la decisión era tomada por ambos y de dos si la decisión la tomaba la mujer. Por su parte, el índice de autonomía se construyó a partir de las preguntas acerca de si la mujer pedía permiso a su pareja para: *a)* salir sola, *b)* salir con sus hijos, *c)* realizar gastos cotidianos, *d)* visitar amigos, *e)* visitar parientes, *f)* trabajar, *g)* estudiar, *h)* usar anticonceptivos e *i)* participar en actividades comunitarias o sociales. En este caso, a cada pregunta se le asignó un valor de cero si la mujer había declarado que pedía permiso para realizar la actividad y uno si había dicho que no solicitaba permiso.

En ambos casos, el índice se construyó a partir de sumar las respuestas de las preguntas específicas que procedía aplicar a la mujer. Para evitar problemas de comparabilidad, los índices se normalizaron en una escala que variaba entre cero y 10. El índice de poder de decisión toma el valor de cero si en todos los indicadores

la mujer respondía que era el hombre quien tomaba las decisiones y de 10 si era la mujer quien lo hacía. Por lo que respecta al índice de autonomía, éste asume el valor de cero si la mujer declaró que pedía permiso a la pareja para realizar cada una de las actividades aplicables y el valor de 10 si dijo no pedirle permiso para llevar a cabo ninguna de ellas.²⁹ En su trabajo, Casique muestra que tanto la autonomía de la mujer como su poder de decisión se asocian con un aumento significativo de la probabilidad de utilizar algún método anticonceptivo. Los resultados de su investigación indican también que la aprobación de la anticoncepción por parte de la pareja ejerce una gran influencia en la prevalencia de uso. Estos hallazgos coinciden también con nuestros hallazgos previos acerca del importante papel de la oposición del esposo en la determinación de las NNSA de las mujeres (Aparicio y Estrada, 2000; Aparicio, 2001a y 2001b).

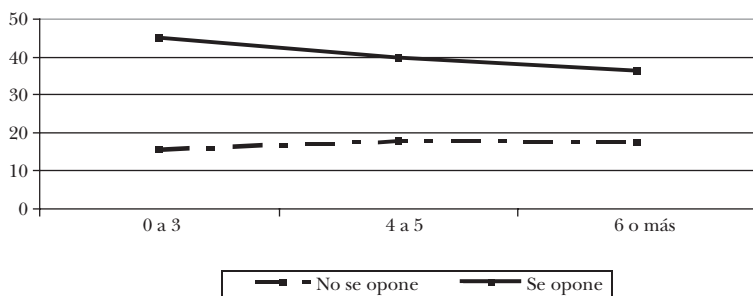
Sin embargo, los resultados de la autora muestran que la influencia de la oposición del esposo sobre la práctica anticonceptiva disminuye de manera importante conforme aumenta el grado de autonomía de la mujer y su poder de decisión. Una asociación similar se puede constatar en el caso de las NNSA: cuando la pareja de la mujer está de acuerdo con el uso de anticonceptivos, las diferencias en el poder de decisión de la mujer no parecen influir en las necesidades no satisfechas. Por su parte, la NNSA son sustancialmente mayores cuando el esposo se opone al uso, pero las diferencias tienden a disminuir conforme aumenta el poder de decisión de las mujeres (véase la gráfica 6). Debe señalarse que las conclusiones de Casique se derivaron a partir de modelos de regresión logística usuales, en

²⁹ Cabe aclarar que si bien las preguntas incorporadas para la creación de los índices en el estudio de Casique y en este trabajo son las mismas, varía la manera en que se calculó el índice de autonomía. La autora citada construyó el índice de autonomía eliminando los casos en que se carecía de información para una o más de las nueve variables involucradas, lo que hizo que el número total de casos se redujera más de 50% (Casique, 2003: 216). En la construcción del índice de autonomía para este trabajo se tomaron en cuenta solamente las preguntas aplicables a cada mujer, y posteriormente se normalizó la escala para garantizar la comparabilidad de los valores del índice entre las distintas mujeres. Mediante este procedimiento se evitó la drástica disminución en el número de observaciones cuando se incorporaba al análisis el papel de la autonomía de la mujer.

los que la única característica de la localidad de residencia que se incorporó como variable explicativa fue la zona de residencia (rural-urbana).³⁰

Gráfica 6

NNSA de las mujeres en edad fértil^a unidas, según el índice de poder de decisión de la mujer y el acuerdo u oposición de su pareja con el uso de métodos anticonceptivos



^a Áreas rurales de Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Fuente: Elaboración propia, con base en la ENPF de 1995 y en la Eninplaf de 1996.

Un tercer elemento que exploramos fue la relación entre las NNSA y algunas dimensiones de la calidad de los servicios de planificación familiar que fueron captadas en la Eninplaf. El diseño conceptual de esta encuesta se basó en los marcos analíticos desarrollados por Bruce (1991) y Donabedian (1988). En el diseño de los cuestionarios de la encuesta se incorporaron también elementos para valorar el cumplimiento de los ordenamientos de la NOMSPF. Se analizó la información proveniente de los cuestionarios de instituciones, es decir, de las unidades médicas y los hospitales del IMSS, la Secretaría de Salud y el ISSSTE y de los médicos y enfermeras que laboraban en ellas.

³⁰ En dicho trabajo se recurrió al procedimiento de asignar a todas las mujeres que viven en una localidad rural el mismo valor y a todas las que habitan en una localidad urbana también el mismo valor, lo que, como se había señalado, invalida el supuesto de independencia de las observaciones.

Tanto la información de los cuestionarios de instituciones como la de los médicos y las enfermeras se agrupó con base en las dimensiones de la calidad de los servicios del marco de Bruce: 1) la gama de métodos disponibles en las instituciones, 2) la información que se proporciona a las personas usuarias de los servicios, 3) la competencia técnica de las y los prestadores de los servicios, 4) las relaciones interpersonales entre la población y los usuarios de los servicios, 5) los mecanismos institucionales de seguimiento de los usuarios y 6) la existencia de un conjunto apropiado de servicios de salud. En el anexo 1 se presenta el listado de las dimensiones y variables que fueron incorporadas a la base de las 144 localidades rurales de la ENFP y la Eninplaf a partir de los cuestionarios de unidades médicas y de médicos y enfermeras.

En primer lugar, cabe señalar la importancia de la cobertura y el acceso a los servicios de salud. Si bien son muy pocas las localidades en las que no se hizo referencia al menos a una unidad médica a la cual acudía su población a solicitar servicios de planificación familiar, el impacto del acceso parece ser de magnitud considerable. En tanto que las NNSA entre las mujeres que viven en localidades que cuentan con servicios o que pueden acceder a ellos en otra localidad son de 32%, este porcentaje se eleva a 55 puntos entre las mujeres que viven en localidades sin acceso a servicios. Consideramos importante revelar el hecho de que incluso en las localidades con acceso a servicios casi una de cada tres mujeres parecen tener NNSA, lo que, además de ser una cifra de magnitud considerable, implica que otros factores que van más allá de los elementos institucionales de acceso a servicios de salud influyen en la determinación de las NNSA.

En lo que respecta a la calidad de los servicios, la selección de los indicadores se basó en: *a)* su inserción conceptual en alguna de las dimensiones de la calidad del marco de Judith Bruce, *b)* la consideración de la existencia de algún mecanismo de acción —por ejemplo, a través de las preferencias reproductivas o de los costos de acceso o de uso— que pudiera incidir en las NNSA, *c)* la hipótesis de que se trata de indicadores de calidad cuyo mejoramiento podría reducir las NNSA y *d)* el grado de asociación entre el indicador y las NNSA.

De todas las dimensiones y variables exploradas, y que se citan en el anexo 1, fueron tres los elementos que mostraron una asociación significativa con las NNSA: *a)* la disponibilidad y el conocimien-

to de la normatividad para la prestación de los servicios de planificación familiar, *b*) la existencia de material de información y educación en las unidades médicas y *c*) la competencia técnica de los prestadores de servicios.

Debe recordarse que la NOMSPF es el instrumento jurídico normativo, de observancia obligatoria, en el cual se establecen los criterios para llevar a cabo la consejería en planificación familiar y la prescripción de métodos anticonceptivos y los procedimientos que se deben seguir para garantizar el consentimiento informado y la elección libre e informada por parte de la población usuaria de los servicios. La existencia de material educativo en planificación familiar también parecería ser una condición necesaria para poder tomar decisiones informadas. Por su parte, la competencia técnica de los prestadores de servicios es un elemento asociado con el derecho a la protección a la salud y a recibir atención médica de calidad.³¹

El análisis exploratorio de esta información sugiere que cuando las unidades médicas disponen de la NOMSPF, de folletos informativos y carteles de planificación familiar, y cuando los responsables de las unidades consideran que las actividades de supervisión son de buena calidad, las NNSA de las mujeres se reducen entre 10 y 20 puntos porcentuales (véase la gráfica 7).

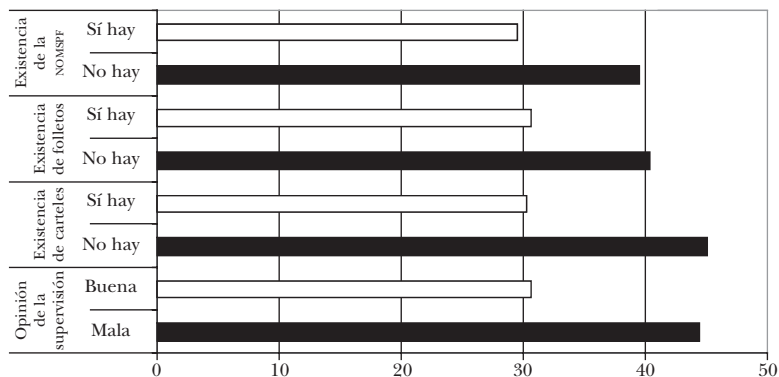
La competencia técnica de los médicos que prestan los servicios de planificación familiar también parece ser un elemento importante en la determinación de las NNSA. En general, puede apreciarse que cuando los médicos habían recibido capacitación en materia de planificación familiar y cuando eran capaces de identificar de manera correcta algunos elementos esenciales de la prescripción de los métodos anticonceptivos las NNSA tendían a disminuir de manera significativa (véase la gráfica 8).

Una vez realizado el análisis bivariado, se procedió a ajustar modelos usuales de regresión logística para explorar la influencia simultánea de las distintas variables explicativas sobre la proporción de mujeres con NNSA. Se incluyeron como variables explicativas

³¹ Debe señalarse que para determinar el grado de competencia técnica de los médicos se utilizaron los criterios definidos en la NOMSPF de 1994, pues era la norma vigente en el momento en que se realizó la Eninplaf. Sin embargo, el contenido de la norma fue actualizado en 2004. La asesoría del doctor David Silva Abarca para establecer dichos criterios fue fundamental y quisiera agradecerla profundamente.

Gráfica 7

NNSA de mujeres unidas en edad fértil^a según algunas características de las unidades médicas

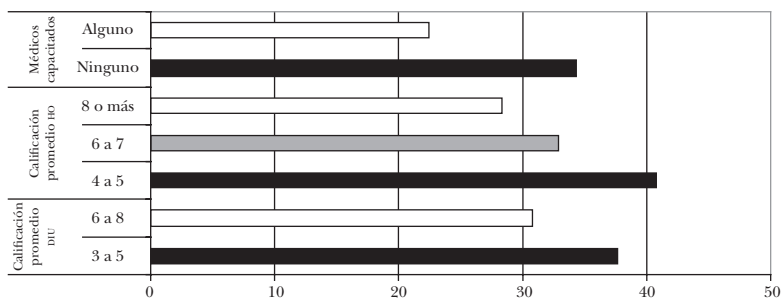


^a Áreas rurales de Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Fuente: Elaboración propia, con base en la ENPF de 1995 y en la Eninplaf de 1996.

Gráfica 8

NNSA de mujeres unidas en edad fértil^a según características seleccionadas de la competencia técnica de los médicos y enfermeras



^a Áreas rurales de Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz.

Fuente: Elaboración propia, con base en la ENPF de 1995 y en la Eninplaf de 1996.

de estos modelos aquellas que aparecían como determinantes significativos de las NNSA en trabajos previos. Estas variables son el grado de marginación de la localidad de residencia, el tiempo de traslado de la localidad de residencia hasta el hospital más cercano, el número de hijos nacidos vivos de la mujer y la oposición de su pareja al uso de anticonceptivos. Adicionalmente, se exploró la influencia de las condiciones de vida de la población (a través del estrato socioeconómico del hogar), de las relaciones de género (valoradas mediante los índices de autonomía y poder de decisión de la mujer) y de la calidad de los servicios (incorporando las variables referidas a la existencia de la NOMSPF, folletos y carteles informativos en la unidad médica, la opinión acerca de la calidad de la supervisión, la proporción de los prestadores de servicios de la unidad capacitados en planificación familiar y su calificación promedio en el conocimiento de la prescripción de métodos hormonales orales y el dispositivo intrauterino).

Como se puede constatar, se trata de factores cuya potencial influencia se ejerce en los planos individual, familiar y comunitario. Sin embargo, puesto que se trata de modelos logísticos usuales, en esta etapa del trabajo no es factible diferenciar explícitamente el efecto sobre las NNSA de los distintos niveles de análisis de la información. Dado que esta fase continuó siendo fundamentalmente exploratoria y que las estimaciones de los efectos pueden tener sesgos debido a las cuestiones técnicas señaladas con anterioridad, no se presentan los resultados de los ajustes de los modelos en términos de los valores de los coeficientes de las variables explicativas o de su significancia estadística. Sin embargo, cabe mencionar que, de acuerdo con las pruebas de bondad de ajuste respectivas, no se rechaza la hipótesis de que los valores estimados por el modelo coinciden con los valores observados, por lo que se puede concluir que el modelo propuesto se ajusta razonablemente bien a la información observada.³²

³² Por ejemplo, el valor de la estadística chi cuadrada de la prueba de Hosmer y Lemeshow es de 7.3438, con 14 grados de libertad y un valor p igual a 0.500, es decir, que no se rechaza la hipótesis $H_0: E_i = O_i$, donde E y O representan los valores esperados, de acuerdo con el modelo, y observados, respectivamente (Hosmer y Lemeshow, 1989).

El ajuste de estos modelos sirvió para determinar cuáles variables incorporar a las estructuras de las bases de datos de los modelos jerárquicos. La mayoría de las variables incorporadas mantuvo su significancia estadística, por lo que se mantuvieron en los modelos de niveles múltiples. La única excepción fue la variable correspondiente a la buena opinión sobre la calidad de la supervisión. Si bien esta variable mantuvo el sentido de su asociación negativa con las NNSA, no resultó ser estadísticamente significativa cuando se controló el efecto de las otras variables explicativas, por lo que se decidió no incluirla en los archivos y los modelos jerárquicos.

La última fase del análisis consistió en el ajuste de los modelos de niveles múltiples. Para ello, se estructuró primeramente la base de datos de las variables correspondientes a los efectos comunitarios (segundo nivel). Se trata de las variables asociadas a los efectos estructurales e institucionales relacionadas con el grado de marginación de la localidad, el acceso a los servicios (en términos del tiempo que se requiere para llegar al hospital más cercano) y la calidad de los mismos (existencia de la NOMSPF, folletos y carteles en la unidad y las calificaciones promedio de los médicos en el conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones para la prescripción de anticonceptivos hormonales orales y el dispositivo intrauterino). Por su parte, las variables que se incorporaron a la base de datos de primer nivel fueron el estrato socioeconómico del hogar, la paridad, reflejo de la etapa en que se encuentra la vida reproductiva de la mujer, las variables que se vinculan con las relaciones de género al interior de la unidad doméstica: los índices de poder de decisión y de autonomía de la mujer, la oposición del esposo al uso de anticonceptivos y la variable dependiente.

Después de que fueron generadas las bases de primer y segundo nivel y de haber estructurado el archivo de datos que reconoce la estructura jerárquica de la información, se procedió a ajustar los modelos logísticos de niveles múltiples. La estrategia analítica fue la siguiente: primeramente, se ajustaron modelos en los que se supone que los efectos de todas las variables de primer nivel son fijos, es decir, que las influencias familiares e individuales sobre las NNSA son independientes de los contextos comunitarios. Estos modelos son, en esencia, equivalentes a los que se obtienen a partir de los modelos logísticos usuales, pero la estimación de los errores están-

dar es robusta. Como resultado de esta exploración, y atendiendo el principio de parsimonia, se eliminó del modelo la existencia de la NOMSPF, pues resultó ser la única variable explicativa que no era estadísticamente significativa.

A continuación, se examinó y valoró si los coeficientes de las variables explicativas de primer nivel eran aleatorios, es decir, si mostraban variaciones entre las localidades de residencia de las mujeres. Se encontró que efectivamente algunos de estos coeficientes eran aleatorios. La última fase del proceso de ajuste de estos modelos consistió en tratar de establecer si algunos de los factores contextuales estudiados contribuían a explicar esa variación.

En el cuadro 5 se presentan los resultados del modelo final que se ajustó y en el anexo 2 se establece la especificación matemática del modelo. Cabe mencionar que en este trabajo las estimaciones de los efectos de las variables explicativas, de sus errores estándar y, por lo tanto, de su significancia estadística, son muy similares tanto en el modelo logístico usual como en el modelo jerárquico. Por esta razón, coinciden las conclusiones de orden cualitativo que se pueden desprender. Desafortunadamente, éste no es un principio de validez general y la situación en una aplicación específica solamente se puede conocer al contrastar el ajuste de ambos tipos de modelos.

Cuadro 5
Coeficientes y razones de momios del modelo logístico de niveles múltiples de las NNSA

<i>Características seleccionadas</i>	<i>Coeficientes</i>	<i>Razones de momios</i>	<i>Significancia</i>
Tiempo al hospital más cercano			
Menos de 90 minutos	0.0000	1.0000	—
90 minutos o más	0.4861	1.6260	0.007
Porcentaje de médicos que han recibido capacitación			
Ninguno ha recibido	0.5770	1.7807	0.000
Al menos uno ha recibido	0.0000	1.0000	—
Promedio de las calificaciones de los médicos respecto de la prescripción de hormonales orales			
4-5	0.4035	1.4971	0.027
6 o más	0.0000	1.0000	—

Cuadro 5
Coeficientes y razones de momios del modelo logístico de niveles
múltiples de las NNSA (continuación)

<i>Características seleccionadas</i>	<i>Coeficientes</i>	<i>Razones de momios</i>	<i>Significancia</i>
Estrato socioeconómico del hogar			
Muy bajo	1.0037	2.7284	0.000
Bajo	0.6164	1.8522	0.003
Medio o alto	0.0000	1.0000	—
Oposición del esposo al uso de anticonceptivos			
Se opone	1.8483	6.3490	0.000
No se opone	0.0000	1.0000	—
Índice de poder de decisión de la mujer	0.1135	1.1202	0.001
Interacción oposición del esposo y el índice de poder de decisión	-0.1788	0.8363	0.000
Paridad			
0-1 hijos	0.6841	1.9820	0.000
2-3 hijos	0.0000	1.0000	—
Grado de marginación de la localidad			
Baja	0.0000	1.0000	—
Media	0.1485	1.1601	0.380
Alta	0.2788	1.3215	0.115
4 o más hijos			
Grado de marginación de la localidad			
Baja	-0.1006	0.9043	0.625
Media	0.4946	1.6398	0.045
Alta	0.8111	2.2503	0.001
Constante	-3.3868		0.000
	<i>Varianza</i>		<i>Significancia</i>
Efectos aleatorios			
Efecto de la paridad elevada (4 hijos o más)	0.3944	0.005	
Componentes de la varianza (u_0)	0.5831	0.008	

Fuente: Elaboración propia, con base en la ENPF de 1995 y en la Eninplaf de 1996.

Un primer bloque de resultados puede señalarse a partir de las influencias institucionales. Destaca en primer lugar la confirmación del notable efecto que sobre las NNSA parece tener la falta de oferta de servicios institucionales de salud en localidades rurales aisladas y dispersas. Una vez controlado el efecto de las otras variables explicativas en el modelo, la residencia en localidades donde la población requiere al menos de una hora y media para trasladarse a una unidad médica de segundo nivel de atención se traduce en un incremento en las NNSA de las mujeres de 62% respecto de quienes viven en el resto de las localidades. Este resultado reafirma lo que se había señalado en los análisis descriptivos.

Por lo que respecta a las influencias institucionales asociadas a la calidad de los servicios, la disponibilidad en la unidad médica de la NOMSPF y de material de difusión se asocia con una disminución marginal, pero no significativa estadísticamente, de las NNSA.³³ Por el contrario, la falta de capacitación y una limitada competencia técnica de los prestadores de servicios se correlaciona con un notable efecto en el incremento de las NNSA.

Las condiciones de vida de la familia y la estratificación socioeconómica de los hogares también juegan un papel esencial en la presencia de NNSA. Las mujeres de los estratos socioeconómicos muy bajo, bajo y medio presentan un riesgo que es 2.72 y 1.85 veces el de las mujeres del estrato socioeconómico alto. Un hallazgo importante es que no solamente es la educación de la mujer, sino vivir en un contexto de baja escolaridad absoluta y relativa de los integrantes de la unidad doméstica, el factor que parece estar asociado con las NNSA.

En lo que toca al papel de las relaciones de género en la determinación del comportamiento reproductivo, es importante hacer notar que, de acuerdo con lo declarado por las mujeres, el principal factor que influye sobre la presencia de NNSA es la oposición del esposo al uso de anticonceptivos: aparentemente, cuando es muy limitado el poder de decisión de las mujeres, el riesgo de tener NNSA es seis veces el de las mujeres cuyo marido aprueba la práctica anti-

³³ La falta de significancia estadística de la variable asociada a la existencia de la NOMSPF, de folletos y de carteles en las unidades médicas es la razón por la cual estas variables no aparecen en el modelo que se presenta en el cuadro 5.

conceptiva. Sin embargo, la magnitud y significancia del coeficiente negativo del término de interacción de la oposición del esposo y el índice de poder de decisión muestra que la influencia de la falta de acuerdo del esposo con la anticoncepción se reduce de manera sensible conforme aumenta la capacidad de decisión de las mujeres.

Por último, puede decirse que la etapa de la vida reproductiva en que se encuentra la mujer también juega un papel relevante en la determinación de las NNSA. En general, las mujeres que se encuentran en las primeras etapas y en las etapas avanzadas de la formación de su familia tienen mayores NNSA. La probabilidad de tener NNSA entre las mujeres con cero o un hijo(a) duplica la de quienes tienen dos o tres hijos. Cuando la mujer había tenido al menos cuatro hijos también se incrementan las NNSA, especialmente en las comunidades de alta marginación.

Finalmente, es preciso señalar que dos de los coeficientes asociados al primer nivel tienen una variación intercomunitaria. Uno de ellos es el coeficiente asociado al término constante, lo cual puede interpretarse como que, a pesar de la influencia relevante de las variables explicativas incorporadas a los modelos, hay otros determinantes importantes del nivel de las NNSA en las localidades de residencia de las mujeres que el modelo ajustado no fue capaz de aprehender. El otro coeficiente aleatorio es el asociado a la paridad de cuatro o más hijos. Los resultados del modelo permiten concluir que parte de la aleatoriedad del efecto de esta variable se debe a las diferencias en el grado de marginación de las comunidades. Sin embargo, dado que en el modelo se ha incorporado la interacción entre la marginación y la paridad de cuatro hijos o más, y a pesar de ello sigue siendo significativo el coeficiente aleatorio de esta última variable, se puede plantear la hipótesis de la existencia de otros efectos comunitarios no observados que trascienden los factores institucionales de acceso y de calidad de los servicios analizados.

DISCUSIÓN

A lo largo del trabajo se ha intentado insistir en la pertinencia teórica y metodológica de analizar de manera conjunta el estudio de los determinantes institucionales y comunitarios del comporta-

miento reproductivo, a la par de la consideración de los factores individuales y familiares que se captan usualmente en las encuestas sociodemográficas de fecundidad y salud reproductiva. En la actualidad se dispone de técnicas analíticas basadas en modelos jerárquicos que permiten llevar a cabo este tipo de aproximaciones analíticas de manera relativamente simple y que permiten investigar de una forma más integral las temáticas bajo estudio.

Como parte de los trabajos del Diagnóstico se ha realizado una aplicación de este tipo de metodología al estudio de los factores determinantes de las NNSA entre la población rural de nueve entidades federativas del país. Los resultados de la investigación han permitido explorar la influencia de un conjunto de factores estructurales e institucionales relacionados con la cobertura y la calidad de los servicios de planificación familiar que parecen jugar un papel relevante en la determinación de las NNSA, así como evaluar las variaciones intercomunitarias de las influencias familiares e individuales. Si bien los resultados son sugerentes, cabe señalar que la limitada capacidad de los factores comunitarios incorporados a los análisis en este trabajo para captar la variabilidad en los niveles de las NNSA en las distintas localidades estudiadas apunta hacia la conveniencia de reforzar la investigación teórica y la captación empírica de información sobre los determinantes comunitarios de los comportamientos sexuales y reproductivos.

Entre los principales resultados del estudio destaca la relevancia que parece jugar la estructura y la organización de los servicios de las instituciones de salud. A pesar de la supuesta oferta universal y gratuita de servicios de planificación familiar en las instituciones públicas, el aislamiento y la dispersión de algunas de las comunidades dificulta el acceso efectivo de su población a los servicios de salud, especialmente cuando se trata de unidades hospitalarias. Esta situación estructural no solamente compromete el ejercicio de los derechos reproductivos, al limitar el acceso a servicios de anticoncepción quirúrgica a la población en etapas avanzadas de su vida reproductiva, sino el derecho constitucional de protección a la salud. Es bien sabido que a pesar de los importantes avances en la materia, una proporción importante de mujeres no recibe una adecuada y oportuna atención médica en el embarazo y en el parto, especialmente en las áreas rurales de mayor marginación. Si bien

los esfuerzos institucionales, en particular la nueva estrategia basada en el Seguro Popular, han ampliado la cobertura de los servicios de salud, difícilmente serán una respuesta adecuada para cumplir con la responsabilidad del Estado de garantizar la oferta de servicios de anticoncepción quirúrgica a la población rural, marginada y dispersa.

Por lo que respecta a la calidad de los servicios, fueron tres los factores significativos en la determinación de las NNSA: *a*) la capacitación recibida en planificación familiar, *b*) el conocimiento de los médicos de las indicaciones y contraindicaciones para prescribir anticonceptivos temporales modernos y *c*) la existencia de la NOMSPF en las unidades médicas. La falta de competencia técnica del personal afecta el derecho a recibir una atención médica de calidad, mientras que el desconocimiento de la normatividad vigente para la prestación de los servicios, aunado a las carencias curriculares en las escuelas de medicina acerca de los derechos reproductivos de la población, puede redundar en una falta de conciencia del personal sobre la importancia de respetar la libre decisión de las personas usuarias en lo concerniente a su comportamiento sexual y reproductivo.

No obstante, en relación con este último aspecto es preciso señalar el hecho de que aun cuando la mayor parte de las unidades médicas tenían asignadas metas anuales de usuarios de anticonceptivos que debían ser incorporados y que la mayoría de los médicos también debía cubrir este tipo de metas, no se encontró una asociación significativa entre estos factores y las NNSA. Si bien no es factible saber las razones de esta falta de asociación, es factible especular que las presiones institucionales de los médicos y el personal directivo de las unidades para cumplir con las metas de usuarias no se reflejan en una atención prioritaria de las personas con NNSA. Por otra parte, podría suceder que aun cuando la práctica médica estuviera dirigida mayoritariamente hacia las mujeres que no desean tener más hijos o que no quieren hacerlo por un tiempo, éstas se volverían usuarias y, de acuerdo con la definición establecida, ya no tendrían NNSA en el momento de ser entrevistadas.

También consideramos pertinente hacer notar que, desafortunadamente, en la ENPF y en la Eninplaf fue prácticamente nula la captación de información sobre las interrelaciones personales en-

tre la población y los prestadores de servicios, por lo que no es posible conocer los procesos de negociación que se establecen entre ellos y su posible influencia sobre el respeto a la libre decisión de las personas por parte de los agentes institucionales. Ninguna de las dos encuestas fue diseñada con el objetivo específico de valorar el ejercicio de los derechos reproductivos de la población, por lo que es limitada la información al respecto, además de que, en general, tampoco se interrogó a las mujeres acerca de la calidad de los servicios recibidos ni si habían sido respetadas sus decisiones de adoptar un método o de no hacerlo.

Por otra parte, los resultados de la investigación muestran también la gran importancia de las condiciones de vida de la población en la determinación de las NNSA, ya sea que éstas sean valoradas a nivel comunitario o a través de un indicador de la condición socioeconómica de los hogares. Las influencias contextuales muestran que las NNSA de las mujeres tienden a aumentar conforme aumenta la marginación de las comunidades, pero sus efectos solamente son estadísticamente significativos cuando las mujeres se encuentran en etapas avanzadas de su vida reproductiva, lo que sugiere que las carencias estructurales de las comunidades ejercen una influencia sobre las posibilidades de limitar el tamaño de la familia que trasciende el efecto del acceso restringido a servicios de salud hospitalarios.

La precariedad en las condiciones de vida de amplios segmentos de la población rural también se refleja en un notable aumento de las NNSA. De hecho, el estrato socioeconómico del hogar resultó ser la variable que más discriminó el nivel de las NNSA, efecto que tiende a potenciarse, además, en las localidades de alta o muy alta marginación.

Si fuera posible aventurar una conclusión acerca del impacto de las condiciones de vida, sería en el sentido de que las NNSA parecen ser una manifestación adicional de la grave desigualdad social que impera en la población de América Latina. Pues, más allá de las limitaciones y posibles sesgos de especificación en las mediciones de los indicadores, ¿será casual que entre las mujeres que viven en hogares pobres, con carencia de servicios en sus viviendas, con reducidos niveles de escolaridad de los integrantes del hogar y que viven en las comunidades más marginadas y aisladas se presente también

la mayor prevalencia de casos en los que se declara no desear más hijos al tiempo que no se utiliza anticonceptivo alguno?³⁴

En mi opinión, estos hallazgos difícilmente podrían ser explicados totalmente por las ambivalencias en las preferencias reproductivas que han sido atribuidas a las poblaciones pobres, indígenas o de reducida escolaridad. Si bien es indudable que existen múltiples evidencias de que estos mecanismos socioculturales operan en la determinación de las preferencias reproductivas, también lo es que las poblaciones marginadas en condiciones de pobreza tienen menos posibilidades de ejercer sus derechos reproductivos, debido no sólo al menor acceso que tienen a los servicios de salud, sino también por el mayor desconocimiento de los métodos anticonceptivos, de los lugares donde se pueden obtener y de su forma correcta de uso. Debe señalarse, no obstante, que debido a las limitaciones inherentes a la definición del indicador de NNSA y al hecho de que se ha analizado una encuesta de corte transversal, en estricto sentido no se puede extraer una conclusión definitiva.

Es claro que con la información disponible en las encuestas no es factible conocer los procesos de negociación e interacción entre la pareja, o entre otros integrantes de la familia, pero los resultados sugieren que las desigualdades de género en la toma de decisiones reproductivas también parecen ser un elemento fundamental en la determinación de las NNSA, las cuales aumentan de manera sensible cuando la pareja de la mujer desaprueba o se opone al uso de anticonceptivos. Se trata de una situación en la que aparentemente entran en conflicto las preferencias y los derechos reproductivos de ambos integrantes de la pareja. ¿Cómo se negocia y dirime este conflicto? Los resultados sugieren que en muchas ocasiones la mujer subordina sus propios deseos y preferencias reproductivas a las de su esposo o compañero, especialmente cuando su poder de decisión es sumamente limitado. La investigación revela que la influen-

³⁴ Una forma adicional de explorar la validez de esta conclusión podría derivarse de la aplicación de técnicas analíticas distintas de las utilizadas en este trabajo. Así, en lugar de realizar análisis de dependencia estadística, es decir, técnicas que pretenden explicar la variación de una variable dependiente a partir de un conjunto de variables explicativas independientes, se podría recurrir al uso de técnicas de análisis de interdependencia de factores que se suponen interrelacionados. La técnica de análisis de correspondencia podría ser de utilidad en este tipo de exploración (Greenacre y Blasius, 1994).

cia de la oposición del esposo al uso de anticonceptivos se reduce de manera significativa conforme aumenta la capacidad de decisión y la autonomía de las mujeres.

Si bien los resultados del trabajo son sugerentes y los potenciales mecanismos de acción de las variables explicativas exploradas parecen ser plausibles, es necesario ser cauteloso con las conclusiones que se pueden derivar de ellos, pues es preciso superar la estimación de las NNSA que se basan en el simple contraste entre el no deseo de hijos y la falta de uso de anticonceptivos. Además del uso del indicador tradicional de NNSA, que podría garantizar la comparabilidad con estudios previos en México y en el ámbito internacional, sería pertinente desarrollar indicadores complementarios, y más refinados, en los que se preguntara a las mujeres acerca de las razones por las que dicen no desear más hijos (o al menos por un tiempo) y al mismo tiempo no utilizan anticonceptivos. Se podría indagar también directamente si consideran tener necesidad o no de usar anticonceptivos y las razones de ello.

Incluso si el eje analítico se circunscribe al ámbito estrecho de la anticoncepción, parecería conveniente ampliar el ámbito de aplicación del concepto de necesidades no satisfechas en al menos dos sentidos. Uno de ellos es el que se refiere a las poblaciones de estudio, lo que implicaría, entre otros, desarrollar indicadores de necesidades no satisfechas de varones, personas no unidas y de la población no heterosexual. Por otra parte, se requeriría desarrollar indicadores de necesidades no satisfechas de la población usuaria de anticonceptivos y no suponer, como se hace con el indicador usual, que si una persona utiliza un método sus necesidades han sido automáticamente satisfechas.

Para finalizar, quisiera resaltar la relevancia de incorporar en una agenda futura de investigación el estudio de otras necesidades no satisfechas de la salud sexual y reproductiva, que tomara en consideración las posiciones de los distintos actores políticos e institucionales involucrados y, muy particularmente, las voces de las mujeres y los hombres cuyas necesidades se pretende atender. Esta agenda de investigación requeriría desarrollar nuevos indicadores de necesidades y de necesidades no satisfechas que comprendan el amplio espectro de dimensiones involucradas en el estudio de la salud sexual y reproductiva, de sus determinantes y de sus consecuencias.

ANEXO 1

Dimensiones y variables de la calidad de los servicios de planificación familiar en el cuestionario de las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención de la Eninplaf

<i>Dimensiones</i>	<i>Variables</i>
1. Gama de métodos	Variedad de métodos disponibles Gratuidad de los métodos disponibles
2. Información que se proporciona a la población usuaria de los servicios	Existencia, variedad y contenidos de los materiales informativos. En particular, información sobre los derechos reproductivos de los usuarios Actividades de información y educación (pláticas informativas, actividades de difusión y visitas a los domicilios de la población) Consejería en planificación familiar (capacitación sobre la consejería, temas incluidos en la capacitación)
3. Competencia técnica de los prestadores de servicios	Capacitación del personal (existencia y contenidos temáticos) Conocimiento de la normatividad (disponibilidad, conocimiento y consulta de la NOMSPF)
4. Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios	En general, en el cuestionario no existen preguntas sobre este tema
5. Mecanismos institucionales de seguimiento	Existencia de metas de usuarios de planificación familiar Existencia y organización del sistema de registro institucional (sistema de reporte de actividades, existencia de registros médicos de planificación familiar)
6. Conjunto apropiado de servicios de salud	Existencia de personal exclusivo para brindar servicios de planificación familiar. Existencia de personal voluntario. Privacidad de las consultas Supervisión de los servicios

(existencia y opinión sobre la calidad de la supervisión)
 Desabasto de insumos
 Tiempos promedio de espera para la consulta, de la consulta y de estancia en la unidad
 Volumen de servicios (consultas y usuarios) de planificación familiar, de atención prenatal y de parto
 Infraestructura de servicios (consultorios y salas de expulsión)

ANEXO 2

Dimensiones y variables de la calidad de los servicios de planificación familiar en el cuestionario de las unidades médicas y enfermeras de la Eninplaf

<i>Dimensiones</i>	<i>Variables</i>
1. Gama de métodos y libre elección del método	Actitudes hacia la prescripción de métodos (DIU) como una prescripción médica Opiniones hacia la oferta de la oclusión tubaria (recomendación del método, edades y paridades mínimas para la prescripción, oferta durante el trabajo del parto)
2. Información que se proporciona a la población usuaria de los servicios	Opinión acerca del papel de las campañas de comunicación masiva (ayudan a reflexionar a la población, motivan a las personas a solicitar información) Actividades de promoción y difusión realizadas por el prestador de servicios Consejería en planificación familiar (aclaración de dudas, efectos secundarios, facilidad de uso y

	efectividad de métodos)
	Consejería a la población masculina (pláticas sobre la conveniencia de usar métodos y/o sobre la vasectomía)
	Consejería sobre métodos tradicionales
3. Competencia técnica de los prestadores de servicios	Capacitación recibida (cursos recibidos, contenidos temáticos)
	Interés en recibir capacitación sobre planificación familiar (contenidos temáticos)
	Experiencia en la prestación de servicios de planificación familiar
	Conocimiento de indicaciones y contraindicaciones para la prescripción de métodos hormonales y dispositivos intrauterinos
	Conocimiento de los contenidos, consulta y opinión acerca de la NOMSPF
4. Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios	Actitudes del prestador de servicios hacia la planificación familiar (importancia otorgada a la prestación de ese servicio. Opinión sobre ventajas y desventajas de la planificación familiar)
	Opiniones acerca de las edades y paridades mínimas para la prescripción de la oclusión tubaria
	Actitudes en contra de la prescripción de algunos métodos anticonceptivos
5. Mecanismos institucionales de seguimiento	Supervisión recibida y opinión sobre la utilidad y cantidad de la misma
	Actitudes hacia el establecimiento de metas de planificación familiar y los mecanismos para hacerlos
6. Conjunto apropiado de servicios de salud	Servicios de planificación familiar que otorga el prestador de servicios. Otros servicios que ofrece

ANEXO 3

Especificación del modelo de niveles múltiples ajustado

El modelo de regresión logística de dos niveles que se ajustó se especificó de la siguiente manera:

$$\log\left(\frac{\pi_{ij}}{1 - \pi_{ij}}\right) = \beta_{0j} + \beta_1 \text{estmbajo} + \beta_2 \text{estbajo} + \beta_3 \text{pari1} + \beta_4 \text{pari4} \\ + \beta_5 \text{desac} + \beta_6 \text{poder} + \beta_7 \text{podesac2}$$

$$\beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01} \text{mmedia} + \gamma_{02} \text{malta} + \gamma_{03} \text{90más} + \gamma_{04} \text{pm10} + \gamma_{05} \text{calu45} + u_0 \\ \beta_{4j} = \gamma_{40} + \gamma_{41} \text{mmedia} + \gamma_{42} \text{malta} + u_4$$

donde:

p es la probabilidad de que una mujer sea clasificada en una situación de NNSA, los coeficientes β y γ son parámetros que estima el modelo y los términos u_0 y u_4 permiten valorar si los coeficientes β_{0j} y β_{4j} son fijos o aleatorios entre las distintas localidades de residencia. El índice i corresponde a las mujeres y el índice j a las localidades.

Las variables explicativas de primer nivel (influencias individuales o familiares) son:

1. *estmbajo* es una variable dicotómica que indica si el hogar de la mujer pertenece al estrato socioeconómico muy bajo,
2. *estbajo* es una variable dicotómica que indica si el hogar de la mujer pertenece al estrato socioeconómico bajo,
3. *pari1* es una variable dicotómica que indica si la mujer no ha tenido hijos o si ha tenido un hijo(a) nacido vivo,
4. *pari4* es una variable dicotómica que indica si la mujer ha tenido cuatro o más hijos nacidos vivos,
5. *desac* es una variable dicotómica que indica si la pareja de la mujer desapueba el uso de anticonceptivos,
6. *poder* es el índice de poder de decisión de la mujer (toma valores entre cero y diez), y
7. *podesac2* es una variable que representa el término de interacción de la oposición al uso de anticonceptivos por parte de la pareja y el índice de poder de decisión de la mujer.

Finalmente, las variables explicativas de segundo nivel (las variables que corresponden a la localidad de residencia de las mujeres) son:

1. *mmedia* es una variable dicotómica que indica si el grado de marginación de la localidad es medio,
2. *malta* es una variable dicotómica que indica si el grado de marginación de la localidad es alto o muy alto,
3. *t90más* es una variable dicotómica que indica si el tiempo de traslado desde la localidad de residencia hasta el hospital más cercano es mayor de 90 minutos,
4. *pml0* es una variable dicotómica que indica si ninguno de los médicos que brindan servicios en las unidades médicas que atienden a la localidad había sido capacitado en temas de planificación familiar, y
5. *calu45* es una variable dicotómica que indica si la calificación promedio de los médicos en el conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones de la prescripción de métodos hormonales orales era inferior a seis (en una escala de cero a diez).

BIBLIOGRAFÍA

- Alcalá, María José (1994), *Acción para el siglo XXI: Salud y derechos reproductivos para todos*, Nueva York, Family Care International.
- Angulo, Yvon (1996), *Análisis comparativo de la Enfes y la Edepam*, tesis de licenciatura, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aparicio, Ricardo (1993), "Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México, INEGI-SOMEDE, t. 2, pp. 809-824.
- (1994), "Política de población: Derechos reproductivos o neomalтусianismo", *Coyuntura. Análisis y Debate de la Revolución Democrática*, núms. 44-45, pp. 42-48.
- (2001a), "Institutional and Familial Determinants of Unmet Need of Family Planning in Mexico", presentado en la Annual Meeting of the Population Association of America, Washington, D. C., 29-31 de marzo, 22 pp.
- (2001b), "Institutional and Familial Determinants of Unmet Need of Family Planning in Mexico", presentado en la XXIV Conferencia

General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Salvador, Bahía, Brasil, 18-24 de agosto, 21 pp.

Aparicio, Ricardo (2001c), *Introducción al análisis de regresión lineal en dos niveles*, Documentos de Docencia de la Maestría en Población, México, Flacso.

——— (2004a), “Una aproximación a la calidad de los servicios de anti-concepción posparto”, en Fernando Lozano (coord.), *El amanecer del siglo y la población mexicana, VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, vol. 1, Cuernavaca, UNAM-CRIM-SOMEDE, pp. 219-230.

——— (2004b), “Necesidades no satisfechas de anticoncepción: Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 2003”, México, 13 pp. (inédito).

———, Beatriz Zubieta y Miguel Ángel Mejía (2000b), “Accesibilidad y uso de servicios institucionales de planificación familiar”, México, Conapo-UNFPA, 36 pp. (inédito).

———, Claudia Contreras e Yvon Angulo (1998b), “Preferencias reproductivas y fecundidad: Un estudio de seguimiento de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud”, en Héctor Hernández y Catherine Menkes (coords.), *La población de México al final del siglo xx*, V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, vol. 1, México, SOMEDE-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 151-168.

———, y Liliana Estrada (2000), “Situación y perspectivas de la demanda no satisfecha de planificación familiar”, en Rodolfo Tuirán (coord.), *La situación demográfica de México*, México, Conapo, pp. 99-126.

———, Luz María Uribe y Virginia Muñoz (1998a), “Fecundidad y procesos de difusión”, en Rodolfo Tuirán (coord.), *La situación demográfica de México*, México, Conapo, pp. 159-175.

———, María Isabel Morgan, Octavio Mojarro y Virginia Muñoz (2000a), *Sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar*, México, Conapo, 141 pp.

———, e Yvon Angulo (1996), “Demanda insatisfecha de planificación familiar”, *Demos, Carta Demográfica sobre México*, México, IIS-UNAM-SOMEDE, núm. 9, pp. 28-29.

Ávila, José Luis (1999), “Centros proveedores de servicios: Una estrategia para atender la dispersión de la población”, en Rodolfo Tuirán (coord.), *La situación demográfica de México, 1999*, México, Conapo, pp. 91-113.

Barbieri, Teresita de (1982), “Derechos humanos de las mujeres y políticas de población. Una relación compleja”, manuscrito en *Memorias de la II Reunión de Investigación Demográfica en México*, México, Conacyt, pp. 785-788.

- Barreda Solórzano, Luis de la (1999), "Prólogo", en Adriana Ortiz-Ortega (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, México, UAM-Xochimilco-Edamex, pp. 15-18.
- Benítez, Raúl (1979), "La transición demográfica en México. Problemas y consecuencias", en *La Universidad Nacional y los problemas nacionales*, t. II, Cincuentenario de la Autonomía, México, UNAM, pp. 41-89.
- Bollen, Kenneth A., David K. Guilkey y Thomas A. Mroz (1995), "Binary Outcomes an Endogenous Explanatory Variables: Tests and Solutions with an Application to the Demand for Contraceptive Use in Tunisia", *Demography*, vol. 32, núm. 1, pp. 111-131.
- Boltvinik, Julio (2003a), "Conceptos y métodos para el estudio de la pobreza", *Comercio Exterior*, vol. 53, núm. 5, pp. 404-409.
- (2003b), "La teoría de las necesidades humanas de Doyal y Gough", *Comercio Exterior*, vol. 53, núm. 5, pp. 410-412.
- Bronfman, Mario, Elsa López y Rodolfo Tuirán (1986), "Práctica anticonceptiva y clases sociales en México: La experiencia reciente", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 1, núm. 2, pp. 165-204.
- Bruce, Judith (1991), "Fundamental Elements of Quality of Care: A simple Framework", *Studies in Family Planning*, vol. 21, núm. 2.
- Bryk, Anthony S., y Stephen W. Raubenbush (1992), *Hierarchical Linear Models*, California, SAGE Publications, Inc., Advanced Quantitative Techniques in the Social Sciences, 265 pp.
- Bulatao, Rodolfo, y Ronald Lee (1983), "A Framework for the Study of Fertility Determinants", *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Nueva York, Academic Press, vol. 1, pp. 1-26.
- Burstein, Leigh (1980), "The Analysis of Multilevel Data in Educational Research and Evaluation", *Review of Research in Education*, vol. 8, pp. 158-233.
- Camarena, Rosa María (1990), *Instituciones sociales y reproducción*, tesis de maestría, México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- , y Susana Lerner (2002), "Rethinking the Meaning and the Scope of Women's 'Unmet Need': Theoretical and Methodological Considerations and Uncertainties on Empirical Evidence in Rural Mexico", documento presentado en el Interregional Seminar on Reproductive Health, Unmet Needs and Poverty: Issues of Access and Quality of Services, Bangkok, Tailandia, 37 pp.
- Cantú, Arturo, Rodolfo de la Torre y Enrique Hernández Laos (2004), *Cálculo de una canasta básica no alimentaria para México*, México, Sedesol, Serie Documentos de Investigación, 50 pp.
- Casique, Irene (2003), "Uso de anticonceptivos en México: ¿Qué diferen-

- cia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina?”, *Papeles de Población*, México, CIEAP-UAEM, núm. 35, pp. 209-232.
- Centro de Estudios Económicos y Demográficos (CEED) (1981), *Dinámica de la población de México*, 2ª ed., México, El Colegio de México, pp. 45-84.
- Cervantes, Alejandro (1989), “Planificación familiar. La preocupación por las metas”, *Demos, Carta Demográfica sobre México*, núm. 2, pp. 8-9.
- (1993), “México: Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales”, en *IV Conferencia Latinoamericana de Población. La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, México, INEGI-IIS-UNAM, vol. 1, pp. 905-928.
- (1999), “Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: Una propuesta analítica”, en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, pp. 363-429.
- Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP) (2002), *Medición de la pobreza. Variantes metodológicas y estimación preliminar*, México, Sedesol, Documentos de Investigación, núm. 2, 116 pp.
- Consejo Nacional de Población (1991), *Programa Nacional de Planificación Familiar, 1990-1994*, México, Conapo.
- (1994a), *Situación de la planificación familiar en México: Indicadores de anticoncepción*, México, Conapo.
- (1994b), *Informe sobre la situación demográfica de México*, México, Conapo.
- (1997), “Avances del Programa Nacional de Población, Planificación Familiar, Documento para discusión”, México, 122 pp. (inédito).
- y Programa de Educación, Salud y Alimentación (1998), *Índice de marginación, 1995*, México, Conapo-Progres, 61 pp.
- (1999), *La situación demográfica de México*, México, Conapo, 231 pp.
- (2001), *Programa Nacional de Población, 2001-2006. Hacia la construcción de nuestro futuro demográfico con libertad, equidad y responsabilidad*, México, Conapo, 368 pp.
- (2003), “Centros Proveedores de Servicios: Una estrategia para atender la dispersión de la población”, México, 54 pp. (inédito).
- Coordinación Nacional del Programa Nacional de Planificación Familiar (CPNPF) (1977), *Plan Nacional de Planificación Familiar*, México, CPNPF.
- Correa, Sonia, y Rosalind Petchesky (1994), “Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective”, en Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights*, Boston, Massachusetts (Harvard Series on Population and International Health), pp. 107-123.
- Cortés, Fernando, Daniel Hernández, Enrique Hernández, Miguel Székely y Hadid Vera (2002), *Evolución y características de la pobreza en México en*

- la última década del siglo xx*, México, Sedesol, Documentos de Investigación, núm. 1, 32 pp.
- Cruz, Doris de la (2003), "Necesidad insatisfecha y calidad de la atención en anticoncepción: Perspectivas de proveedores, no usuarios y usuarios en la selva del Perú", proyecto de investigación de doctorado, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública (inédito).
- Dirección General de Planificación Familiar (DGPf) (1989), Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987, México, Secretaría de Salud, DGPf-Institute for Resource Development.
- Donabedian, Avedis (1988), *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, México, Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública-Fondo de Cultura Económica.
- Doyal, Len, e Ian Gough (1991), *A theory of human need*, Londres, Macmillan.
- Draper, Norma R., y H. Smith (1981), *Applied Regression Analysis*, 2ª ed., Nueva York, John Wiley & Sons.
- Entwisle, Barbara, *et al.* (1996), "Geographic Information Systems, Spatial Network Analysis, and Contraceptive Choice", *Demography*, vol. 34, núm. 2, pp. 171-187.
- , "Community and Contraceptive Choice in Rural Thailand: A Case Study of Nan Rong", *Demography*, vol. 33, núm. 1, pp. 1-11.
- Figueroa, Juan Guillermo (1991), "Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios", *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 6, pp. 590-601.
- (1994), "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México, INEGI-SOMEDE, t. 1, pp. 110-118.
- (1995), *Aproximación al estudio de los derechos reproductivos*, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Serie Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción, México, El Colegio de México, núm. 8.
- (1999a), "Fecundidad, anticoncepción y derechos reproductivos", en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México, pp. 61-101.
- (1999b), "Derechos reproductivos y el espacio de la salud: Algunos apuntes sobre la experiencia mexicana", en Adriana Ortiz-Ortega (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*, México, UAM-Xochimilco-Edamex, pp. 147-190.
- , Ricardo Aparicio y Elba Aguilar (1991), "Contraceptive Use Dynamics in Mexico: A Follow-up of Some Reproductive Events", en *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*, Washington, D. C., IRD-Macro International Inc., 1991, vol. 1, pp. 641-666.

- Figuerroa, Juan Guillermo, Yolanda Palma, Alejandro Cervantes y Ricardo Aparicio (1988), *Determinantes de la práctica anticonceptiva en México, Documento metodológico*, México, DGPF-Ssa, 212 pp.
- García, Brígida, Humberto Muñoz y Orlandina de Oliveira (1982), *Hogares y trabajadores en la ciudad de México*, México, El Colegio de México-IIS-UNAM.
- García, Brígida, Rosa María Camarena y Guadalupe Salas (1999), "Mujeres y relaciones de género en los estudios de población", en Brígida García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México-Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 19-60.
- Gómez de León, José, y Daniel Hernández (2002), "Pobreza y uso de métodos anticonceptivos en el México rural", en Cecilia Rabell y María Eugenia Zavala (comps.), *La fecundidad en condiciones de pobreza: Una visión internacional*, México, IIS-UNAM, pp. 213-229.
- Greenacre, Michael, y Jörg Balsius (1994), *Correspondence Analysis in the Social Sciences*, Londres, Academic Press.
- Gujarati, Damodar (2004), *Econometría*, 4ª ed., México, McGraw Hill.
- Hermalin, A. (1986), "The Multi-Level Approach: Theory and Concepts", en *ONU The Methodology of Measuring the Impact of Family Planning Programmes on Fertility, Manual IX, Addendum*, Nueva York, Naciones Unidas, pp. 15-31.
- Hernández, Héctor, y Catherine Menkes (coords.), *La población de México al final del siglo xx, V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, Cuernavaca, Morelos, SOMEDE-CRIM, vol. 1, pp. 129-150.
- Hosmer, David W., y Stanley Lemeshow (1989), *Applied Logistic Regression*, Nueva York, John Wiley & Sons, 307 pp.
- Hox, J. J. (1995), *Applied Multilevel Analysis*, Amsterdam, Holanda, TT-Publikaties, 118 pp.
- Jasis, Mónica (2000), "A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur", en Claudio Stern y Carlos Echarri (comps.), *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*, México, El Colegio de México, pp. 67-96.
- Jelin, Elizabeth (1984), "Familia, unidad doméstica y división del trabajo. ¿Qué sabemos? ¿Hacia dónde vamos?", en *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*, México, UNAM-El Colegio de México-PISPAL, pp. 645-674.
- Juárez, Fátima, Julieta Quilodrán y María Eugenia Zavala (1996), *Nuevas pautas reproductivas en México*, México, El Colegio de México, 232 pp.
- Lerner, Susana, y André Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regula-

- ción de la fecundidad en México”, en Francisco Alba y Gustavo Cabre-
ra (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, Méxi-
co, El Colegio de México, pp. 85-117.
- Lindsey, J. (1999), *Models for Repeated Measurements*, 2ª ed., Oxford, Oxford
University Press.
- Longford, Nicholas T. (1993), *Random Coefficient Models*, Nueva York,
Oxford University Press.
- Lopes, Neide (1976), “Transición demográfica: ¿Resumen histórico o teo-
ría de población?”, *Demografía y Economía*, vol. 7, núm 1, pp. 86-95.
- Martínez Manautou, Jorge (ed.) (1982), *La revolución demográfica en México*,
México, IMSS, 523 pp.
- Mejía, Miguel Ángel (1999), “Metodología para el desarrollo de medi-
das de accesibilidad física y de entorno de oferta de servicios de pla-
nificación familiar a partir de la información cartográfica digital
con que cuenta el Consejo Nacional de Población”, México, pp. 1-16
(inédito).
- Mendoza, Doroteo *et al.* (1986), “Disponibilidad de métodos anticoncepti-
vos”, en Jorge Martínez Manautou (coord.), *Planificación familiar, po-
blación y salud en el México rural*, México, IMSS, pp. 247-281.
- Mier y Terán, Marta, y Cecilia Rabell (1984), “Fecundidad y grupos sociales
en México (1971-1977)”, en René Jiménez Ornelas y Alberto Minujin
Zmud (coords.), *Los factores del cambio demográfico en México*, México,
IIS-UNAM, pp. 221-241.
- Minello, Nelson (2005), “La dominación masculina y el ejercicio de la se-
xualidad. Algunas reflexiones con referencia al VIH/sida”, en Conferen-
cias Magistrales sobre Sexualidad y VIH/SIDA, México, Flasco (inédito).
- Mojarro, Octavio, y Elena Zúñiga (1999), “Veinticinco años de planifica-
ción familiar en México”, en Rodolfo Tuirán (coord.), *La situación de-
mográfica de México*, México, Conapo, pp. 205-215.
- Nortman, Dorothy (1983), “La medición de la necesidad insatisfecha de
anticoncepción para espaciar y para limitar los nacimientos”, *Perspecti-
vas Internacionales en Planificación Familiar*, núm. especial, pp. 17-27.
- Oppenheim-Mason, K. (1995), *Gender and Demographic Change: What Do We
Know?*, Liege, International Union for the Scientific Study of Po-
pulation.
- (1997), “Explaining Fertility Transitions”, *Demography*, vol. 34, núm.
4, pp. 443-454.
- Partida, Virgilio, y Constanza Rodríguez (1999), “La revolución silenciosa:
El descenso de la fecundidad en México, 1974-1999”, en Rodolfo Tui-
rán (coord.), *La situación demográfica de México*, México, Conapo, pp.
29-37.

- Pebbley, Anne R., Noreen Goldman y Germán Rodríguez (1996), "Prenatal and Delivery Care and Childhood Immunization in Guatemala: Do Family and Community Matter?", *Demography*, vol. 33, núm. 2, pp. 231-247.
- Pitanguy, Jacqueline (1994), "Feminist Politics and Reproductive Rights: The Case of Brazil", en Gita Sen y Rachel S. Snow, *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Boston, Harvard Center for Population and Development Studies, pp. 101-122.
- Poder Ejecutivo Federal (1995), *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, pp. 14-53.
- Quilodrán, Julieta (1990), "Disparidades regionales, diferencias en el descenso de la fecundidad", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, tomo I, México, INEGI-SOMEDE, pp. 36-45.
- Retherford, Robert D., y Minja Kim Choe (1993), *Statistical Models for Causal Analysis*, Nueva York, John Wiley & Sons, 258 pp.
- Rubin, Jane (1989), "Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México: Cambios y perspectivas", en Beatriz Figueroa (comp.), *La fecundidad en México: Cambios y perspectivas*, México, El Colegio de México, 1989, pp. 249-315.
- Salles, Vania, y Rodolfo Tuirán (2003), *Dentro del laberinto*, México, El Colegio de México, Jornadas, núm. 140, 231 pp.
- Sen, Amartya (2003), "Pobre, en términos relativos", *Comercio Exterior*, vol. 53, núm. 5, pp. 413-416.
- Sen, Gita (1994), "Reproduction: The Feminist Challenge to Social Policy", en Gita Sen y Rachel S. Snow, *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Boston, Harvard Center for Population and Development Studies, pp. 5-17.
- Szasz, Ivonne (2004), "El cambio demográfico y sus implicaciones: Salud reproductiva", en Zúñiga Herrera (coord.), *Reflexiones sobre la transición demográfica y sus implicaciones sociales. 30 años de política de población*, México, Conapo, pp. 51-55.
- Townsend, Peter (1979), *Poverty in the United Kingdom: A Survey of Household Resources and Living Standards*, Londres, Allen Lane and Penguin Books-University of California Press.
- (2003), "La conceptualización de la pobreza", *Comercio Exterior*, vol. 53, núm. 5, pp. 445-452.
- Tsui, Amy *et al.* (1981), "Community Availability of Contraceptives and Family Limitation", *Demography*, vol. 18, núm. 4, pp. 615-625.
- Tuirán, Rodolfo (1988), "Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción", en *Memorias de la Reunión sobre Avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar en México*, México, Secretaría de Salud.

- Tuirán, Rodolfo (1994) "La esterilización anticonceptiva en México: Satisfacción e insatisfacción entre las mujeres que optaron por este método", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, México, INEGI-SOMEDE, t. 1, pp. 119-140.
- (1999), "La transición demográfica y el curso de vida de las mujeres mexicanas: Los desafíos presentes y futuros", en *La situación demográfica de México, 1999*, México, pp. 213-231.
- (2002), "Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México", en Cecilia Rabell y María Eugenia Zavala (comps.), *La fecundidad en condiciones de pobreza: Una visión internacional*, México, IIS-UNAM, pp. 119-167.
- Urbina, Manuel, y Anamely Monroy (1982), "Educación en planificación familiar", en Jorge Martínez Manautou (ed.) (1982), *La revolución demográfica en México*, México, IMSS, pp. 131-150.
- Welti, Carlos (1994), *La fecundidad en México*, México, INEGI-IIS-UNAM, 251 pp.
- (coord.) (1996), "Población, desarrollo y ajuste estructural", *Dinámica demográfica y cambio social*, México, Alas-Prolap-IIS-UNAM-FNUAP.
- , y Leonor Paz (1990), "Niveles y patrones diferenciales de la fecundidad", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, tomo 1, México, INEGI-SOMEDE, pp. 46-54.
- Westoff, Charles (1978), "The Unmet Need for Birth Control in Five Asian Countries", *International Family Planning Perspectives and Digest*, vol. 4, núm. 1, pp. 9-19.
- , y A. Bankole (1996), "The Potential Demographic Significance of Unmet Need", *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, núm. 1, pp. 16-20.
- , y Luis Ochoa (1991), *Unmet Need and the Demand for Family Planning, DHS Comparative Studies*, núm. 5, Columbia, Maryland, Institute for Resource Development.
- , A. Bankole y Anne Pebley (1981), "Alternative Measures of Unmet Need for Family Planning in Developing Countries", *International Family Planning Perspectives*, vol. 7, núm. 4, pp. 126-136.
- Wonnacott, Ronald, y Thomas H. Wonnacott (1969), *Econometrics*, Nueva York, John Wiley & Sons.
- Zavala, María Eugenia (1992), *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica.
- Zúñiga, Elena (1994), *Planificación familiar y salud reproductiva*, Foro sobre prioridades de la política de población hacia el año 2000, México, Fundación Mexicana Cambio XXI-Luis Donaldo Colosio.

Zúñiga, Elena, y Beatriz Zubieta (coords.) (2000), *Cuadernos de salud reproductiva, República Mexicana*, México, Conapo, 65 pp.

———, Daniel Hernández, Catherine Menkes y Carlos Santos (1986), *Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Un estudio en las áreas rurales de México*, México, IMSS.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: RASTREANDO EL CONCEPTO SUBYACENTE EN ENCUESTAS RECIENTES

MONSERRAT SALAS VALENZUELA¹

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como propósito describir y analizar 15 instrumentos rastreando en ellos el concepto subyacente de *calidad de la atención en los servicios de salud*. Se trata de los cuestionarios correspondientes a las encuestas con las cuales se elaboró el Diagnóstico sobre Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en el México Actual, coordinado por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. El programa puso a disposición del equipo de investigadores(as) las bases de datos y materiales de las mismas; todos los artículos contenidos en este libro dan cuenta de sus resultados. Las encuestas fueron seleccionadas por el programa bajo el criterio de que fueran representativas, que incluyeran alguno de los aspectos referidos a la salud reproductiva y sexual de la

¹ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), Departamento de Estudios Experimentales y Rurales: monsesalas@gmail.com. Agradezco la rigurosa lectura crítica de Carolina Martínez Salgado de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Soledad González Montes del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México y a Susana Lerner e Ivonne Szasz del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, quienes con sus recomendaciones y aportes me permitieron perfeccionar el presente trabajo. Agradezco de manera muy especial a la doctora María Isabel Matamala por adentrarme en el tema de la calidad de la atención desde la perspectiva de género y derechos, incluidos los ciudadanos, durante mi estancia de capacitación en la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), financiada por el Programa Regional de Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Latinoamérica y el Caribe (Progresar) en 2001. Muchas de las reflexiones realizadas bajo su tutoría están contenidas en el presente capítulo.

población estudiada y que permitieran algún tipo de comparación entre ellas (Rojas y Lerner, 2001). En el presente trabajo, reitero, el objeto de estudio no son los *resultados* sino los *cuestionarios*: los que explícitamente señalan el objetivo de conocer la calidad de la atención en los servicios de salud y que tienen capítulos o preguntas referidas al tema; los que no señalaron como objetivo explícito el tema de calidad, pero que contemplan apartados completos o preguntas específicas; por último, aquellos que no tienen como objetivo explícito el tema y no hacen preguntas al respecto. No analizaré, por tanto, la información producida a partir de ellos, aunque reconozco la frecuente tentación de hacerlo.

La intención de esta propuesta no radica en cuestionar estos instrumentos como válidas y legítimas herramientas para producir información, sino como expresión de una lógica conceptual del equipo que los diseñó. En las ciencias sociales, los cuestionarios se utilizan habitualmente para producir los denominados datos *duros*, que pretenden dar cuenta de las grandes tendencias de los fenómenos sociales. Según los conocimientos, las habilidades y la creatividad de los equipos de investigación, las respuestas obtenidas se pueden agrupar, clasificar, analizar, desglosar y hasta *maquillar*. Los avances tecnológicos permiten actualmente procesar la información a una velocidad espectacular, combinando y comparando datos, temporalidades, inclusive de poblaciones muy grandes.

Cuando el equipo de investigación aspira a producir determinada información, construye una serie de intermediaciones para acercarse a la realidad, una de las cuales es el instrumento “cuestionario”, una serie ordenada de preguntas que la población a estudiar responde de manera cerrada o abierta. Los cuestionarios —en tanto herramientas— representan un esfuerzo para *aterrizar* desde el marco teórico y metodológico y pueden poner en evidencia el acercamiento de los investigadores al problema, quizá sugieran las hipótesis y tal vez esbocen algunas líneas de análisis de resultados. Resulta sumamente interesante, entonces, constituir un cuestionario en el objeto de estudio, ya que su descripción y análisis puede dar cuenta de los abordajes personales e institucionales de la temática investigada.

El presente trabajo consiste en un ejercicio descriptivo y analítico acotado, no se revisaron todas las encuestas ni todos los cuestiona-

rios producidos en la última década del siglo pasado sobre el tema, aunque los revisados seguramente son los más importantes.² Pretende aportar a la inspección constante de nuestros propios pasos de investigación, sumándonos a quienes realizan desde la década de los setenta una revisión crítica de las encuestas y de los datos producidos, reconociéndoles —sin embargo— el inmenso valor que tienen para identificar el marco tendencial de los datos sociales, especialmente de los fenómenos de la sociodemografía (De Oliveira y García, 1986). La polémica entre *lo cuali* y *lo cuanti* en la investigación social tampoco es objeto del presente trabajo, ya que coincido con quienes señalan que lo importante es que se produzca la información considerada como estratégica para abordar el problema planteado, por lo que las técnicas de obtención de información son sólo instrumentos para producir el dato. “Las estructuraciones culturales, institucionales y subjetivas de los procesos hacen difícil la obtención de datos a través de estudios estadísticos” (Cortés *et al.*, 1996), de manera que la definición del problema a investigar es lo que constituye la guía para tomar decisiones sobre las técnicas a utilizar.

En la revisión crítica de nuestros pasos, resulta inevitable hacer referencia al trabajo de Iriart y Nervi (1990), quienes hace más de una década se preguntaban respecto a las evidencias resultantes de las encuestas: ¿por qué tan altos niveles de satisfacción de las usuarias respecto a los servicios públicos de salud?, ¿por qué lo señalan especialmente para la relación médico-paciente y un poco menos en el asunto organizacional?, ¿cómo interpretar estos datos si la observación que se obtiene mediante acercamientos cualitativos los contradecía? Preguntas sumamente inquietantes que ponen en evidencia un marco ético de investigación que cuestiona que los resultados de las encuestas se tomen siempre como dato de calidad, sacralizándolo. Las autoras concluyen que el punto de análisis deben ser los supuestos sobre los cuales se construyó la encuesta, lo no dicho, lo subyacente. Uno de ellos, por ejemplo, es

² Como parte de los esfuerzos del sector salud en relación con la evaluación de la calidad de la atención, existen otros instrumentos cuyo análisis quedó intencionalmente fuera en esta ocasión, ya que se trabajó exclusivamente sobre los cuestionarios correspondientes a las encuestas analizadas para el Diagnóstico sobre Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en el México Actual, de El Colegio de México.

considerar a quien acude al servicio de salud como un consumidor individual (*soberanía del consumidor*); otro, una concepción antagónica entre usuario y personal de salud; otro, que las encuestas sólo captan los niveles más afines al discurso oficial, ya que el dato verbalizado está en el nivel manifiesto, que es el nivel en el que hay más coincidencia discursiva. Asimismo, De Oliveira y García (1986) señalan que las encuestas se sustentan en la noción falsamente democrática de que todo el mundo tiene una opinión y que éstas, una vez verbalizadas, son equivalentes y acumulables.

Además de los supuestos, hay quienes problematizan la calidad del dato enumerando los factores que inciden en las respuestas obtenidas. Busto (1994) señala que en el caso de la evaluación del sistema público de salud en Chile se encontraron algunos factores que sesgaron las respuestas: 1) *el lugar y la forma* en que se hace la evaluación; la modalidad de encuesta pareciera ser vista por las mujeres como un examen y tienden a evaluar mejor que en los sistemas personalizados de discusión, ya que cuando las mujeres están sanas y se las interroga en grupos son más capaces de ser críticas y hacen valer más sus derechos; 2) *el momento* en que se hace la evaluación, antes o después de ser atendidas; 3) *género*, los médicos hombres son evaluados mejor y se afirma que es esta variable y no la profesión la que incide, pues hay médicos mujeres y matrones hombres; 4) *tipo de enfermedad*, ya que las actitudes y valores del personal de salud intervienen en la evaluación, si recibieron compasión o indiferencia, si se les atendió con privacidad; por ejemplo, cuando se trata de infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/sida; 5) *edad*, ya que las mujeres jóvenes son mucho más críticas, preguntan mucho más y responden de manera más agresiva a los cuestionarios; 6) *la percepción del personal de salud*, ya que los médicos opinan que sus fallas se deben a una carga laboral excesiva y que la forma de relacionarse que resulta efectiva es la basada en el *diálogo* y la *protección del paciente*; 7) la entrega de la *información*, el personal de salud y en especial los médicos consideran que tienen la capacidad de entregar la información con un lenguaje directo y simple (83% de los entrevistados), lo cual contrasta con la capacidad de las usuarias de retener la información y reproducirla. Si bien la autora no considera el nivel de escolaridad como otro factor que puede incidir en las respuestas obtenidas, es posible que así sea.

En el presente trabajo no dispongo de elementos para conocer las circunstancias en las cuales se aplicaron los cuestionarios, ni tampoco será posible profundizar en casos seleccionados. Sin embargo, parto de la base que la provisión de un servicio de salud produce significados culturales ya que no sólo se le otorga sentido técnico a los problemas de salud, sino sobre todo significados subjetivos y sociales, tanto de quienes utilizan los servicios como de quienes los proveen; como es el caso específico de la percepción sobre la calidad de la atención. Si la calidad se aborda desde esta perspectiva, la información obtenida por la vía de una encuesta seguramente no tendrá toda la flexibilidad necesaria para dar cuenta de las representaciones sociales de los conjuntos sociales involucrados. Por ejemplo, las representaciones de médicos y de pacientes respecto a sus relaciones interpersonales tienden a enfatizar “las características subjetivas del saber médico acentuando los rasgos diferenciales y opacando la estructuración institucional de sus prácticas y representaciones...” (Menéndez, 1990), es decir, que tanto unos como otros tienden a destacar la importancia de las características individuales del proveedor(a), sus facilidades o habilidades personales para relacionarse con los usuarios(as), por sobre el reconocimiento de que estos profesionales actúan así en concordancia con su rol institucional. De manera que al utilizar el instrumento cuestionario, las respuestas de ambos estarán permeadas por dicha representación, especialmente en la percepción de la calidad.

El sistema biomédico institucional —en tanto producto social y cultural—, además de dar respuesta técnico-clínica a los procesos de salud, enfermedad y atención, produce y reproduce cotidianamente su hegemonía³ en un proceso plagado de tensiones, acuerdos, consensos, disensos, ejercicios de poder y de subalternidad, cuyas funciones y acciones pueden estar en conflicto, pero que la convierten en una especie de *bisagra social* (Camarena, 1991) que

³ Menéndez (1983: 98) plantea que “el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso, el modelo médico hegemónico intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios (de dicho modelo)”. Nótese el sentido heurístico del término *modelo*, a diferencia de *sistema médico*, que resulta más *descriptivo*.

vincula a los individuos, a la sociedad y al Estado. Por ello, merece elogios que el propio sistema de salud destine esfuerzos y recursos para observarse a sí mismo a través de las respuestas obtenidas en los cuestionarios, ya que este esfuerzo puede traducirse en acciones de perfeccionamiento y mejora de sus servicios. Sin embargo, la institución se mira a sí misma con lo que tiene disponible, que es su propio marco de hegemonía, ¿desde dónde más?, convirtiéndose así en juez y parte de este esfuerzo.

Asimismo, cuando los sujetos emiten una opinión sobre el sistema de salud, lo hacen desde la representación social construida en torno a la institución, aun cuando el cuestionario se aplique en un lugar físico diferente al hospital, clínica o consultorio, y aun cuando quien hace las preguntas sea una persona visiblemente ajena a la institución. La hegemonía del sistema biomédico no se construye solamente en el interior de los hospitales, sino en la convivencia social habitual, la de todos los días; se reproduce tanto por quienes proveen un servicio como por quienes lo utilizan (Menéndez, 1990 y 1992).

Si bien las instituciones —en tanto productos humanos— son cambiantes, presentan tensiones, roces, disputas, abordajes desiguales, existen sujetos en su interior que desarrollan acercamientos críticos respecto al funcionamiento institucional. Pero no dejan de ser lo que son, productos sociales con contenidos normativos específicos, con funciones de control social y de socialización, mecanismos a través de los cuales el Estado interviene en el ámbito de la vida personal y familiar para regular su desenvolvimiento. Pero una cosa es lo que las instituciones prescriben y otra la manera en que los sujetos reaccionan ante ellas internalizando, aceptando, modificando o rechazando parcial o totalmente dichas prescripciones (Camarena, 1991); por ello resulta clave no confundir el alcance y significado de la dimensión institucional hasta caer en un análisis reduccionista que eluda la evidencia de los disensos y los desacuerdos presentes en el proceso de legitimación institucional.

¿Pueden (o hasta dónde pueden) los usuarios y proveedores responder de manera crítica respecto al desenvolvimiento del sistema de salud? Obtener respuestas regulares y consistentes no necesariamente quiere decir que la realidad lo sea, más bien puede significar que responden desde la representación social hegemóni-

ca, aquella en la cual existe mayor concordancia discursiva. Por ello, deconstruir el proceso de las preguntas diseñadas en un cuestionario no es una empresa fácil, pero podríamos preguntarnos si en las preguntas se evidencia la producción de información que va a dar “la posibilidad de establecer, con la mayor seguridad posible, la regularidad o irregularidad de un comportamiento, la constancia de un patrón de conducta, de un ritual de interacción o la consistencia de una representación social y en lo posible determinar su relación con las prácticas” (Cortés *et al.*, 1996). Allí radica mi interés por rastrear en todos los cuestionarios del inventario, no la estadística de los resultados obtenidos en ellas, sino la manera en que se *presupone* conceptualmente la calidad de la atención.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: PERSPECTIVAS

El tema *calidad de la atención en los servicios de salud* ocupa espacios protagónicos en las políticas públicas sanitarias actuales, sin embargo no todo el mundo entiende el término de la misma forma ni se cuestiona que así sea. Se trata de una dimensión de las interrelaciones sociales en el que no hay total acuerdo entre quienes se dedican a estudiarla, a promoverla, a garantizarla y a evaluarla, contiene múltiples significados.

La calidad de la atención es un asunto que en la actualidad confronta varios paradigmas conceptuales, teóricos y metodológicos, por tanto, políticos. El hecho de que exista un abordaje hegemónico sobre la calidad (como atributo de un producto o servicio ofrecido por un proveedor a un cliente, paradigma que recoge y se nutre de la experiencia industrial/manufacturera llevada al ámbito de la oferta de servicios) no descarta la presencia de otros abordajes conceptuales, de otras prácticas y representaciones sobre el tema, como parte de un proceso dinámico de expresiones de la diversidad social.

Entre las posiciones críticas respecto a este paradigma hegemónico, se encuentra aquel que nace desde la *perspectiva clínica*, preocupada no sólo del bienestar de los usuarios, sino también de los pacientes, entendidos como aquellos que *padecen* alguna enfermedad y requieren de atención médica curativa, ya que “el paciente no

es aquel que aguarda con paciencia: es aquel que padece” (Leal y Martínez, 2002: 48), en una preocupación constante por recuperar la dimensión *clínica* de la calidad de los servicios, ya que “...tocan a la puerta de los servicios de salud dos diferentes conjuntos de demandantes: el que desea hacer uso de ellos desde su condición no enferma y el *paciente* que busca en ellos la cura a su padecimiento” (*ibidem*). Quienes formulan esta crítica, consideran que “el desempeño clínico es el verdadero corazón de la calidad de la atención” (*ibid.*: 43) a la vez que critican el *dilatado* concepto contemporáneo de salud para contemplar la atención a la enfermedad, ya que si la prevención no funciona... algo o alguien se tiene que responsabilizar de la atención a la enfermedad. Enfatizan que el paciente no es un cliente, es una persona enferma que busca alivio para el dolor, la cual siente amenazada su propia integridad e incluso su vida misma; el paciente que enferma, sufre y se encuentra en riesgo de muerte, merece atención humana. “Nuestra sugerencia —señalan los autores— es ir más allá de los indicadores de calidad referentes al proceso y al servicio desarrollados por las visiones de corte administrativo, para subordinarlos a nuevos indicadores de calidad referentes a la calidad clínica de las intervenciones, tanto preventivas como curativas.”

En el desarrollo cotidiano de la crítica al sistema hegemónico de salud se generan múltiples posiciones que concuerdan en parte con unas, en parte con otras, que retoman “lo mejor de unos y otros” o que de acuerdo al punto a analizar establecen mayor o menor entendimiento común, como un *continuum* flexible y dinámico que expresa la pluralidad; una de estas expresiones es aquella representada por grupos de mujeres que critican la concepción de los servicios de salud como empresas y destinan sus esfuerzos a cuestionar el poder de la institución médica sobre sus cuerpos y sus decisiones. En este trabajo me referiré exclusivamente a la polémica existente entre el planteamiento gerencial y este último: el primero se ocupa de la dimensión administrativa de la calidad, con ciertas dosis de *humanismo* y *equidad*, y en el segundo la calidad ocupa la dimensión del derecho a decidir sobre el cuerpo y sobre los procesos de salud/enfermedad/atención. Será con los argumentos teóricos y conceptuales de éste —el crítico— que analizaré los supuestos de las encuestas.

En los países de América Latina, incluyendo México, la presencia de ambos paradigmas se produce en un contexto marcado por el deterioro físico de las instalaciones sanitarias, disminución del tiempo de consulta, carencia de medicamentos, deterioro de las condiciones laborales del personal de salud, entre otros, en el marco de la llamada Reforma de los Sistemas de Salud, proceso que se presenta aunado al reconocimiento de que el porcentaje del producto interno bruto (PIB) asignado a salud no tuvo incrementos significativos en ningún país de la región en la pasada década, ya que para 1999 la mayoría de los países invertía en este rubro no más de 5% de la riqueza nacional. Asimismo, se presenta en un escenario político confuso que distancia y enfrenta al público usuario y al personal que provee el servicio.

El paradigma gerencial. Este abordaje recupera diversas formas de hacer eficaces y eficientes los servicios, objetivando la calidad en la satisfacción de los clientes, como lo viene haciendo desde la posguerra la manufactura y —algunas décadas más tarde— los servicios turísticos, alimentarios, comerciales, bancarios e incluso de salud, en un proceso que se inició en Japón, Estados Unidos y otros países desarrollados y que prosiguió en las industrias de punta en los países en desarrollo, para encontrar también terreno fértil en diversas áreas del llamado “tercer sector”. La calidad se considera un atributo o característica del servicio y como tal se puede medir y mejorar, en la construcción de la denominada *cultura de la calidad*. Durante los años ochenta, la economía de los sistemas de salud constituyó el tema-eje de esta propuesta, asociándolo a la perspectiva del mercado y las relaciones entre vendedores y compradores, otorgando gran importancia a la exactitud de los procesos, concibiendo las entidades de salud como empresas. Según González del Carpio (1977, citado en Consorcio Mujer, 1998: 29), este enfoque gerencial de la industria de la salud está referido a estándares que permiten enjuiciarla con cargo a un precio y tiene como prerrequisito el comprador/consumidor, ya que equipara la persona jurídica o natural que produce o provee el servicio con la persona natural o ciudadano pleno que lo consume.

Los aportes teóricos y metodológicos formulados por A. Donabedian se han constituido en el referente teórico y empírico para esta concepción de la calidad de la atención, cuando plantea que

existen tres aspectos de la atención médica que pueden ser evaluados por separado: “la competencia técnica del proveedor del servicio; la infraestructura para proporcionar dicho servicio (disponibilidad de equipo técnico, de agua potable, de material de curación y farmacéutico, etc.); y las relaciones interpersonales entre médicos y pacientes” (Donabedian, 1990). Desde su punto de vista, este último aspecto es el que menos se ha estudiado, por su naturaleza *subjetiva*, y es el ámbito en donde menos se han construido indicadores de medición de la calidad, ya que el personal médico, al juzgar su trabajo, casi siempre se limita a evaluar lo que considera su desempeño técnico, mientras que la población usuaria, en contraste, es extraordinariamente sensible al trato que recibe y con frecuencia utiliza básicamente ese elemento para juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos. En este sentido, consideran que si el equipo médico no está personalmente interesado en ellos, no utilizará sus habilidades técnicas en toda su plenitud en su provecho. Por ello, concluye Donabedian, esto establece una definición diferente de calidad de los servicios para cada conjunto social.

Y efectivamente lo es, ya que mientras en México se hacían públicos los resultados de la encuesta nacional Opinión pública acerca del sistema de atención en México, que tuvo como propósito “valorar el sistema de atención a la salud existente en México y proponer opciones para mejorar su desempeño [...] medir el grado de satisfacción, utilización y acceso relacionado con el sistema de salud y los servicios de atención a la salud” (Funsalud, 1995), un importante grupo de mujeres cuestionaba el *significado* de estos datos, ya que su experiencia cotidiana como usuarias de los servicios no se veía reflejado en los indicadores construidos por los investigadores de Funsalud.

Los supuestos en los cuales se basó la concepción de calidad existente en la encuesta de Funsalud partieron de que si bien para muchos la calidad es un concepto totalmente subjetivo, es posible medirla y evaluarla objetivamente, reconocimiento que resulta indispensable no necesariamente porque las cosas se hagan mal, sino porque siempre se pueden hacer mejor, con acciones sistemáticas. Además, porque se pretende crear una cultura organizacional en torno a la calidad que toque niveles: uno inicial (las formas aparentes), otro de los valores (el “deber ser”) y por fin una creencia básica

compartida (una “forma de ser”). “Las organizaciones de atención médica se enfrentan a un contexto turbulento, por no llamarlo hostil, en el que existe una población más exigente, en el que los propios prestadores de servicios son más exigentes consigo mismos, en el que el temor a la competencia del exterior es un hecho real [...] durante casi 50 años nuestro sistema de salud evolucionó casi sin sobresaltos. Hoy ya no es así”, por ello, se concibe la calidad como el producto de esfuerzos conscientemente dirigidos (Ruelas, 1994).

Con este abordaje teórico y metodológico Funsalud realizó entrevistas personales en 1419 hogares en todo el país. Un 83% de los entrevistados consideró necesario un cambio fundamental o una reestructuración completa del sistema de salud, aunque la mayoría de los mexicanos que hizo uso de los servicios de salud en el año anterior a la entrevista calificó la calidad y la facilidad de uso del sistema “de manera bastante favorable”, ya que en conjunto la calidad de los servicios médicos de primer nivel tuvo una puntuación de 85% y el acceso a los mismos 76%.⁴ A continuación se describen las preguntas que se realizaron para conocer las opiniones de los entrevistados, además de los resultados desglosados según “condición de pobreza”:

<i>Preguntas sobre opinión de los entrevistados</i>	<i>No pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Pobre extremo</i>	<i>Total</i>
---	-----------------	--------------	--------------------------	--------------

Calidad de la atención primaria

¿Piensa que la atención médica que recibió era apropiada y correcta para su situación? ¿La revisión médica fue suficientemente completa? ¿Cree que se utilizó la tecnología más moderna para diagnosticar y tratar su enfermedad? ¿Piensa que el doctor o la enfermera se preocuparon verdaderamente por su situación? ¿El

86 84 84 85

⁴ Sólo una de cada dos personas entrevistadas (56%) afirmó haber recibido un trato justo del sistema; una de cada cuatro reconoció haber tenido problemas para pagar los servicios médicos, los servicios hospitalarios o las medicinas, y de éstas, el 78% también tuvo problemas para pagar su alimentación; el 86% de las personas consideraron su estado de salud como excelente o bueno.

<i>Preguntas sobre opinión de los entrevistados</i>	<i>No pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Pobre extremo</i>	<i>Total</i>
tiempo que pasó el doctor o la enfermera con ustedes fue el adecuado? ¿El doctor o la enfermera le explicaron lo que hacían con usted?				
Facilidad de la utilización del primer nivel				
¿Piensa que la oficina del doctor estaba bien ubicada? ¿Pudo obtener su cita sin esperar mucho tiempo? ¿Pudo ver al doctor sin esperar mucho tiempo en el consultorio? ¿El horario de las consultas era el adecuado para usted?	79	80	72	76
Calidad de la atención del especialista				
¿Piensa que la oficina del doctor estaba bien ubicada? ¿La revisión médica fue suficientemente completa? ¿Cree que se utilizó la tecnología más moderna para diagnosticar y tratar su enfermedad? ¿Piensa que el doctor o la enfermera se preocuparon verdaderamente por su situación? ¿El tiempo que pasó el doctor o la enfermera con usted fue el adecuado? ¿El doctor o la enfermera le explicaron lo que hacían con usted?	89	92	84	90
Facilidad de la utilización del especialista				
Cuando escogió al especialista en las opciones entre médicos ¿fue la adecuada? Pensando en la última visita que hizo a un médico especialista distinto a su médico personal: ¿Piensa que la oficina del doctor estaba bien ubicada? ¿Pudo obtener su cita sin esperar mucho tiempo? ¿El horario de las consultas era el adecuado para usted? ¿Pudo ver al doctor sin esperar mucho tiempo en el consultorio?	80	75	71	77

<i>Preguntas sobre opinión de los entrevistados</i>	<i>No pobre</i>	<i>Pobre</i>	<i>Pobre extremo</i>	<i>Total</i>
Calidad de la atención hospitalaria				
¿Piensa que la atención que recibió de los médicos en el hospital fue apropiada y correcta para su situación? ¿Las condiciones físicas del edificio eran satisfactorias? ¿Tuvo acceso a las modernas pruebas, tratamientos y medicamentos?	85	79	87	84
Calidad de los servicios hospitalarios				
Comida, lavandería, limpieza	86	75	78	79
Facilidad de la utilización del hospital				
¿La opción de los hospitales a los que podía asistir fue la adecuada? ¿El hospital al que asistió estaba adecuadamente situado? Una vez que el doctor le informó que debía ser internado, ¿fue internado sin tener que esperar mucho tiempo? Una vez que fue admitido al hospital, ¿pudo pasar a su cuarto de hospital sin tener que esperar mucho tiempo?	66	76	69	70

Fuente: Frenk *et al.*, marzo de 1995.

El paradigma de derechos. Mientras Funsalud hacía públicos los resultados de esta encuesta y el sistema médico institucional formulaba propuestas para mejorar sus servicios que —finalmente— según sus propios datos no parecían estar tan mal y que no presentaban grandes diferencias según la condición económica de los entrevistados, las mujeres usuarias seguían inconformes con la atención que recibían como venía ocurriendo desde finales de los ochenta y siguió sucediendo en los noventa, como se describe a continuación. Lo que estaba ocurriendo en México no era, pues, un caso aislado, sino que formó parte de un movimiento que se hizo presente en varios países de América Latina y el Caribe, cuya postura crítica a los gobiernos por la disminución del gasto social

en salud y por la calidad de la atención tuvo una serie de hitos: en el encuentro Mujer y Salud llevado a cabo en 1990 en Manila, en el cual se incluyó la calidad de la atención como una de las temáticas de la Campaña contra la Mortalidad Materna para el año siguiente; en mayo de 1991, en São Paulo, Brasil, en el Encuentro sobre Salud de la Mujer y Derechos Reproductivos en donde se acordó hacer investigaciones sobre la calidad en los servicios en varios países de la región, cuyo desafío consistió en construir indicadores diferentes de los que tradicionalmente se estaban utilizando en las instituciones; en 1996 en el Seminario Salud de las Mujeres organizado por Ecosur México; en el Encuentro en República Dominicana, en 1997, cuando se incluyó específicamente la temática de consentimiento/decisión informada; por mencionar algunos acontecimientos (Matamala *et al.*, 1995). Este movimiento de salud latinoamericano formó parte integral, se nutrió y aportó a la acción política *tridimensional* de las mujeres: un movimiento feminista con reivindicaciones altamente parecidas a aquellas de las mujeres europeas, canadienses y estadounidenses; un movimiento de mujeres que se movilizó contra las dictaduras y el autoritarismo protestando particularmente contra la violación de los derechos humanos; un movimiento popular que expresa estrategias de sobrevivencia en reivindicaciones sociopolíticas (Jacquette, citado por Marques-Pereira y Rajchenberg, 1998: 17), entre las cuales se encuentran las demandas y propuestas referidas a las políticas públicas en salud.

En este proceso de reflexión y construcción colectiva, que ocurrió simultáneamente —aunque con avances diferenciados— en diversas partes del continente, la crítica a los servicios de salud se colocó en temas diversos. Para el caso de la calidad de la atención, sin intenciones de ser exhaustivos, podemos destacar:

- La *orientación asistencial* de los servicios de salud, basada en la capacidad del que otorga y la dependencia del que espera; posición que posibilita a las instituciones saber resolver qué es apropiado y bueno para los pacientes. Concibe al sujeto como manipulable, desconocido de sus sentimientos y necesidades, desarraigado de su entorno y también vulnerado en su condición humana (Mejía, s. f.)
- Omisión de la *perspectiva del usuario*. Dado que el juicio sobre la

calidad puede tener diversas connotaciones según la perspectiva del sujeto que lo emita, éste pondrá de manifiesto su punto de vista y opinión. Pero al escucharlo entran en competencia y tensión las perspectivas: “si bien administradores y profesionales reconocen que las visiones de los pacientes son importantes, sin embargo, se ha documentado que si esa opinión difería de su propia perspectiva, la visión de los profesionales es la que predominaba, ya que, según Attree (1996, citado en Consorcio Mujer, 1998: 31), se justifica en que los pacientes estaban desinformados y eran incapaces de juicio imparcial.

- La tentación de sólo decir *palabras dulzonas a las consultantes*. Si bien “la calidad dependerá en sus matices de cada persona, ya que cada uno(a) tiene una noción diferente de lo que es mejor para sí mismo, ésta no es saludar, sonreír, tener buenas intenciones, sino sentir un profundo respeto y reconocimiento por los derechos en su acto voluntario de consultar nuestros servicios” (Londoño, s. f.: 26).
- Se carece de una *perspectiva relacional* que sustituya a la concepción individuo/paciente/portador de necesidades por otra que vincule la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población a cargo, incorporando la dimensión de los grupos sociales y la diversidad sociocultural (López y Findling, 1998).
- La *relación entre ciudadanía y servicios de salud*. Se puede poner énfasis en los derechos de los individuos como consumidores o en los derechos colectivos de los sectores sociales en relación con bienes y recursos sociales, o en ambos. En los países desarrollados, desde los años sesenta el paciente no es paciente, sino consumidor, por tanto, en vez de relación médico-paciente es relación proveedor-consumidor, existe una legislación que contempla los intereses de los grupos de consumidores. Pero los servicios de salud tienden a ser vistos como caridad en el caso de los desposeídos y éstos aparecen recibiendo no derechos sino un donativo puro, unilateral, al que el receptor no tiene ningún derecho y al que el donante no está obligado. Los pobres son presentados como ciudadanos pasivos que no exigen sino que reciben por buena voluntad acercándose así peligrosamente a cambiar los *derechos por caridades* (Consorcio Mujer, 1998).

- La calidad de servicios se debe valorar por el *protagonismo de las mujeres sujetos de la atención de salud y no como objetos*; por el impacto en términos de menos enfermedad y muerte alcanzados con un nivel de vida aceptable y adecuado para un desarrollo digno de la vida y por la valoración efectuada por las propias mujeres en términos de la real satisfacción de las necesidades por ellas definidas y sentidas; es decir, con parámetros que jerarquicen los resultados en términos de la posibilidad del desarrollo de una vida digna, valorización realizada por las propias mujeres y no sólo por parámetros biomédicos constatados exclusivamente por médicos (Bianco *et al.*, 1998: 75).

Estos planteamientos, presentes a lo largo de toda la década de los noventa, poderosamente arraigados en un movimiento organizado de mujeres, tanto de salud como de medicina social, las alianzas regionales, las articulaciones entre académicas y activistas, los afanes sincrónicos, la presencia política ganada por la sociedad civil, entre otros factores, permitieron que en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 se reconociera que la salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva, por tanto, se reconoce el tema de la calidad como derecho reproductivo y como tal se le incluye como parte del plan de acción (CIPD, 1994).

El hecho de que los gobiernos firmantes se comprometieran a hacer algo por mejorar la calidad posibilitó un marco de entendimiento entre las propuestas institucionales sobre la calidad y las propuestas del movimiento de mujeres, lleno de acercamientos y distanciamientos. El Foro Calidad de la Atención con Perspectiva de Género, promovido por Salud Integral para la Mujer (Sipam) en México a lo largo de 1995, forma parte de este proceso, ya que precisamente cuando se estaban haciendo públicos los resultados del trabajo de Funsalud, más críticamente se analizaron sus resultados desde el movimiento de mujeres. Después de varios meses de trabajo y reflexión colectiva, las asistentes al foro concluyeron que:

Servicios de salud de calidad con perspectiva de género dirigidos a mujeres son aquellos que responden a las necesidades de salud integral de las usuarias, con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosas de su dignidad; que garantizan la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible; que toman en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud; que propician su autoestima, autonomía, percepción y ejercicio del derecho a la salud y a decidir; y que promueven la participación consciente y equitativa de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva [Foro Calidad de la Atención desde la Perspectiva de Género, 2001].

El impacto y los resultados del foro aún están pendientes de ser examinados, pero resultó un logro que varias organizaciones de México iniciaran un análisis crítico sobre sus propios servicios y se fueran nutriendo de experiencias y reflexiones diversas. En el caso de Sipam, la institución destinó recursos no sólo para mejorar sus servicios, sino —sobre todo— para construir un sistema de medición de la calidad que tuviera un abordaje desde el género, pero basado en la experiencia cotidiana del equipo proveedor de los servicios. El sistema se nutrió de tres fuentes conceptuales: el esquema donabediano de estructura-proceso-resultados; el aporte de Bruce (1989), que muestra un interés humanista y de respeto a las personas; así como los aportes desde la ética crítica (Sherwin, 1992; Cook, 1994), pero sobre todo de la práctica médica y de la experiencia activista de las mujeres de la organización. El sistema generado a partir de los servicios médicos de Sipam convirtió a la institución en referente en el tema de calidad de la atención con una visión crítica, prácticamente en toda la segunda mitad de los noventa (Reyes *et al.*, 1999 y 2001).

Además de las propuestas locales, algunas agencias de cooperación y organismos supranacionales comprometidos con una visión de género y equidad se dieron a la tarea de sumar esfuerzos para poner en marcha las acciones convenidas. Una de estas instituciones, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), se involucró profundamente en el desafío de definir los derechos sexuales y reproductivos en términos de derechos humanos, recogiendo la reflexión generada desde la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional so-

bre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994) y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), hasta la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); uno de sus aportes es la Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos (IPPF, 1996), la cual es un documento de carácter legal, puesto que está basada en la legislatura sobre derechos humanos reconocidos (cartas, pactos de las Naciones Unidas, etc.). En dicha carta, la IPPF formula el derecho a la atención y la protección de la salud, como parte integral de éste se señala explícitamente el derecho a servicios de salud de calidad.⁵ Bajo este marco ético, la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), oficina de Nueva York, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) y tres asociaciones de planificación familiar afiliadas a la IPPF (Profamilia-Colombia, Profamilia-República Dominicana e Inppares-Perú) trabajaron articuladamente durante cuatro años hasta formular un Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género, el cual resulta único, pues reúne la experiencia de activistas por la salud de la mujer, así como expertos en programas de planificación familiar y en evaluación (IPPF y RSMLAC, 2000). El manual está diseñado para que las instituciones evalúen sus servicios, ya que operacionaliza los conceptos de calidad de atención, equidad de género y derechos sexuales y reproductivos.

También la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Family Health International (FHI) realizaron esfuerzos en ese sentido, desarrollando un marco sobre la calidad de la atención basado en el que originalmente Bruce formuló para los servicios de planificación familiar en 1989, ampliándolo y actualizándolo. Organizaciones latinoamericanas de mujeres retomaron esta propuesta adaptándola a realidades nacionales específicas, como fue el caso del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán (1998), cuando formuló

⁵ Los 12 derechos sexuales y reproductivos establecidos por la IPPF son: a la vida; a la libertad y la seguridad de la persona; a la igualdad, y a estar libres de todas formas de discriminación; a la privacidad; a la libertad de pensamiento; a la información y educación; de optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia; a decidir tener hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos; a la atención a la salud y la protección a la salud; a los beneficios del progreso científico; a la libertad de reunión y a la participación política; a no ser sometido a torturas y maltrato (IPPF, 1996).

que un servicio de calidad con perspectiva de género y con aborde ciudadano debía responder a las siguientes categorías:

Accesibilidad y disponibilidad: posibilidad de la usuaria(o) de acceder a un servicio oportuno, que dé respuesta a sus necesidades de salud sexual y reproductiva (geográficos, organizacionales, de acceso económico, socioculturales).

Aceptabilidad: representación social de las usuarias(os) sobre los servicios, basada en las percepciones y experiencias previas propias o de personas cercanas, incluye la dimensión subjetiva individual, psicológica y colectiva. Privacidad y confidencialidad en el servicio.

Competencia técnica: aplicación de conocimientos, habilidades y tecnología adecuada desde una perspectiva científica y humana; la puesta en práctica por el personal del establecimiento de normas y procedimientos para la provisión del servicio, destreza técnica en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, conocimiento y aplicación de procedimientos de referencia y contrarreferencia.

Insumos esenciales y equipamiento: infraestructura general del establecimiento, instalaciones y equipamientos.

Relaciones interpersonales: interacción establecida entre el profesional de salud y la usuaria. Es positiva en tanto se base en una relación de igualdad, traslade el control de la salud reproductiva a la mujer, reconociéndola como sujeto de derecho, y comprende un trato respetuoso y personalizado.

Información y medio para la toma de decisiones: reconocimiento del derecho de las usuarias a ser informadas sobre procedimientos, diagnóstico y medios para la recuperación o prevención de la salud, incluye la resolución de dudas, la exclusión de juicios críticos y la información necesaria sobre salud reproductiva, aunque ésta no sea demandada por ella.

Constelación de servicios: presencia de una red de recursos y estrategias articuladas para responder a las necesidades de las usuarias, pueden involucrar a otros sectores. Fomenta la relación entre los servicios del Estado y la sociedad civil y busca la participación y el control de la ciudadanía.

Seguimiento: estrategias, acciones e intervenciones para garantizar la puesta en práctica de indicaciones y tratamiento.

El referente conceptual más reconocido del abordaje sobre calidad de la atención con perspectiva de género y ciudadanía es el de Matamala *et al.* (1995), una de las propuestas teóricas y metodológicas más sugerentes, que construye cinco categorías de análisis, cuyas definiciones se presentan a continuación de manera resumida:

Dignificación de las usuarias: es el resultado de la interacción entre institución de salud y mujeres usuarias, que se traduce efectivamente en el fortalecimiento de la individuación, la autovaloración y autoestima de éstas, todo lo cual potencia su empoderamiento, que a la vez se traduce en autodeterminación.

Conciencia y respeto de derechos, en particular los derechos reproductivos y sexuales: capacidad de asumirse como sujeto de derechos a través de ejercerlos y defenderlos, así como también de promover, reconocer, defender y aceptar el ejercicio de derechos de otras(os).

Competencia técnica: capacidad del sistema de salud y sus integrantes de garantizar conocimientos, habilidades, recursos y tecnología acordes con el desarrollo científico y humano de la sociedad, así como de aplicarlos en esas dos dimensiones para resolver las necesidades y demandas biomédicas, psicológicas, sociales, sexuales, ambientales, culturales y espirituales que suponen el bienestar de la población a cargo, tomando en cuenta sus particulares circunstancias.

Vínculo interpersonal: articulación o desarticulación que se produce en el proceso de interacción que protagonizan prestadores(as) y usuarias. Está condicionado por el juego de los factores biográficos, la identidad de género, la voluntad, habilidad comunicacional, emociones, racionalidad, afectos, jerarquías de poder, búsqueda de dignidad y la coyuntura particular en que las personas protagonistas concurren a la interacción.

Potenciación de comportamientos favorables: capacidad de la institución y sus integrantes de generar, a través de la interacción prestador(a) usuaria, resultados que se traduzcan en cumplimiento de las recomendaciones y en cambios referidos a percepciones, valoraciones y comportamientos de las mujeres, los cuales contribuyen al cuidado de su salud en lo individual y lo colectivo.

Con este arsenal teórico, metodológico y político, las organizaciones de salud y mujer en toda la región, fuertemente vinculadas al

medio académico y con acercamientos a organismos supranacionales regionales, en contextos políticos locales específicos, tendieron puentes entre el abordaje gerencial de la calidad y aquel construido desde los derechos; en un proceso —como señalé con anterioridad— lleno de acercamientos y distanciamientos. Funcionarios del sistema institucional de salud han retomado desde su posición de poder algunos elementos de la propuesta ciudadana, especialmente los referidos a la perspectiva de género. El análisis de cómo se han *generizado* estos elementos en las instituciones de salud (en el discurso, en los programas, en las acciones cotidianas, en los equipos de trabajo, en las vivencias de las personas) aún está por realizarse, pero en términos de calidad de la atención todo parece indicar que la inclusión de la perspectiva de género ha mostrado ciertos avances, pero resulta limitada aún, especialmente en lo que se refiere al ejercicio de la ciudadanía en la práctica cotidiana de la oferta del servicio y en relación con el propio personal de salud.

Cuando la institución se mira a sí misma evidencia su preocupación por disponer de instrumentos modernos de medición de la calidad de sus servicios que le permitan una mejoría sistemática de los mismos; desde *su* concepción de calidad preguntan a quienes los utilizan sobre la impresión que tienen de los mismos. Esa concepción es la que pretendo rastrear en las encuestas, describiéndolas para *preguntarles* sobre qué se está entendiendo por calidad de la atención, aunque la duda persiste: ¿hasta dónde las instituciones de salud pueden adoptar las propuestas de la sociedad civil y las posturas académicas críticas sin poner en riesgo su poder social y el de grupos de interés específicos?

LAS ENCUESTAS REVISADAS

Retomando el abordaje crítico descrito anteriormente, se revisaron los cuestionarios de 15 encuestas consideradas para el diagnóstico, las cuales se agruparon de acuerdo a los siguientes criterios: aquellas que en su diseño explícitamente señalan el objetivo de conocer la calidad de la atención en los servicios de salud y que tienen capítulos o preguntas referidas al tema; aquellas que no señalaron como objetivo explícito el tema de calidad, pero que a lo largo del cues-

tionario contemplan apartados completos o series de preguntas específicas y directamente referidas al tema; por último, aquellas que no tienen como objetivo explícito el tema y no hacen preguntas al respecto. Asumo esta agrupación como sólo una de las posibles, establecida según criterios personales y —evidentemente— *subjetivos*, por ello, es posible que algunas preguntas de los cuestionarios no se contemplen para el análisis final; me parece que no modifican sustancialmente las conclusiones del mismo.

Establecen calidad como tema explícito y formulan preguntas que se refieren al tema

Ensare/IMSS	1998
Encuesta de Salud Reproductiva/IMSS-Solidaridad-Conapo	1999
Ensa/Ssa	2000
No establecen calidad como tema explícito pero formulan preguntas que se refieren al tema	
Enaplaf/Conapo	1995
Encoplaf/Conapo	1996
Eninplaf/Conapo	1996
Enadid/INEGI	1997
Programa Gente Joven/Mexfam	1999
No establecen calidad como tema explícito y no formulan preguntas que se refieren al tema	
Enadid/INEGI	1992
Comportamiento Sexual en la Ciudad de Mexico/Conasida	1992, 1993
Ensamí/Ssa	1994
EDER/INEGI y otros	1998
ENVIF/INEGI	1999
Salud Reproductiva entre Jóvenes Indígenas/IMSS-Solidaridad	2000
Enajuv/INEGI-IMJ	2000

LOS CUESTIONARIOS CON EL TEMA EXPLÍCITO

Este primer grupo se conforma con los cuestionarios de tres encuestas: la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensare, 1998), elaborada por la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno

Infantil, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); la Encuesta de Salud Reproductiva (1999), elaborada por el Consejo Nacional de Población (Conapo) y el Programa IMSS-Solidaridad, y la Encuesta Nacional de Salud (Ensa, 2000), elaborada por la Secretaría de Salud (Ssa). Las tres se aplicaron en el último tercio de la década de los noventa, periodo marcado por modificaciones importantes en las políticas públicas de salud en México, ya que se formuló por primera vez un programa de salud reproductiva con *perspectiva de género*, con la intencionalidad explícita de incorporar —al menos en el documento— ciertas demandas del movimiento de mujeres y feminista en relación con los servicios de salud pública.

En este contexto, el tema de calidad de la atención encontró espacio conveniente, ya que desde hacía más de 10 años las instituciones del sector salud estaban realizando acciones para monitorear, evaluar y garantizar la calidad, pero sin que existiera una estrategia coherente e integrada, como lo reconocen las autoridades en el Plan Nacional de Salud 2000-2006: entre 1985 y 1986 se implantaron los *círculos de calidad* en el Instituto Nacional de Perinatología (Ruelas y Reyes, 1990), el IMSS diseñó un Plan Integral de Calidad en la segunda mitad de la década de los noventa, en la Secretaría de Salud se estableció en 1997 el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica, y en ese marco el Consejo de Salubridad General inició el proceso de certificación de hospitales, aún en marcha.

Por ello, tratándose de encuestas institucionales, nacionales, que permiten comparaciones regionales, no sorprende que el tema de calidad de la atención merezca un capítulo específico.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA (ENSARE, 1998), IMSS

Esta encuesta contiene cuatro objetivos generales: 1) caracterizar la salud reproductiva de la población derechohabiente del IMSS; 2) generar información que permita evaluar las acciones de salud reproductiva y que proporcione bases sólidas para el planteamiento y reordenación de estrategias operativas con la población derechohabiente; 3) definir líneas prioritarias de investigación cuantitativa y cualitativa en salud reproductiva, y 4) contribuir al proceso de

descentralización de la información y evaluación en salud reproductiva, al proporcionar a las regiones y delegaciones del IMSS los marcos conceptual y metodológico de la encuesta.

En el diseño del cuestionario se observan temáticas que responden a preocupaciones internacionales, de presiones e insistencia de sectores sociales interesados en conocer con otras dimensiones analíticas la prestación de los servicios de salud y también una intención clara de conocer más acerca de sus derechohabientes. Ejemplo de ello son los capítulos dedicados a decisiones reproductivas, cuidado y crianza de los hijos, ejercicio sexual, ideales reproductivos y de pareja, roles de género, violencia doméstica, lo que manifiesta que sus autores disponen de un concepto de salud reproductiva que va más allá de la anticoncepción y la *planificación familiar*.⁶

Si bien existe un capítulo específico sobre calidad (al que aludo más adelante), como evidencia de la intencionalidad expresa de recuperar los acuerdos internacionales, en otros capítulos del cuestionario se observan preguntas que también dan cuenta de este tema. Por ejemplo, en el capítulo referido a *Salud materna* se les pregunta —sólo a las mujeres— las razones por las cuales no las revisaron durante todo su embarazo del último hijo nacido vivo ni durante los primeros tres meses del mismo; se trata de preguntas cerradas cuyas opciones dan cuenta de ciertos componentes de la calidad, tales como: *recibe mala atención en su clínica, le queda muy lejos, le hacen perder mucho tiempo porque el servicio es tardado, por su trabajo no dispuso de tiempo, no tenía con quién dejar a sus hijos*. En caso de que siendo derechohabiente no haya asistido al IMSS, se le preguntan las razones: *no le tiene confianza o prefiere el servicio particular*. Enseguida se le pide a la mujer que recuerde una serie de pasos que

⁶ Los capítulos del Cuestionario para Mujer son: características sociodemográficas, fecundidad, decisiones reproductivas, cuidado y crianza de los hijos, infertilidad, fecundidad reciente, salud materna, atención infantil, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y mamario, ejercicio sexual, nupcialidad, ideales reproductivos y de pareja, violencia doméstica, menopausia y climaterio, calidad de los servicios. Los capítulos del Cuestionario para Hombre son: características sociodemográficas, fecundidad y nupcialidad, decisiones reproductivas, cuidado y crianza de los hijos, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, ejercicio sexual, ideales reproductivos y de pareja, violencia doméstica, calidad de los servicios.

dan cuenta del componente técnico de la calidad, tales como: *tomarle la presión, pesarla, medir el vientre, prescripción de hierro, vacuna contra el tétanos, referencia hacia la enfermera materno-infantil*. Asimismo, les preguntan a las mujeres si le *comentaron al médico o enfermera sus dudas o temores durante el embarazo*, si éstos *se las resolvían* y en caso de no comentarlas, *por qué no lo hacían*. Posteriormente, se aluden algunos aspectos tanto técnicos como interpersonales: si durante las revisiones del embarazo *hubo algo que no le haya gustado* para responder abiertamente; lo mismo para la atención del parto. Una pregunta final con respuestas cerradas: *La atención que recibió en el Seguro Social durante el parto le pareció ¿buena? ¿regular? ¿mala?* y se le pide responder abiertamente *¿Por qué?*

El capítulo más largo y detallado de todo el cuestionario está dedicado a *Anticoncepción*, en el cual se incorporan preguntas específicas sobre consentimiento en la utilización de método (ocho preguntas sobre un total de 82 en todo el capítulo). La pregunta inicial de este apartado es: *¿El DIU se lo pusieron con o sin su consentimiento?*, seguida por: *¿se sintió bajo alguna presión para aceptar el método?* *¿En qué momento le aplicaron el método?* *¿En qué momento firmó o puso su huella digital?* *¿Firmó el testigo que ella escogió o no?* *¿Entendió la información del documento?*; le preguntan sobre el contenido del documento, *si hace referencia a que existen otros métodos, falla de métodos, acudir a revisión por duda o molestia, acudir a revisión cuando se lo indicaran*.

Asimismo, en el capítulo dedicado al tema de *Violencia doméstica* hay preguntas sobre *trato de las personas que la atendieron en el servicio de salud (apoyo, indiferencia, rechazo, enojo con él, enojo con ella, incredulidad, otro)*, le piden que señale abiertamente *¿Qué tipo de servicio debe otorgar el Seguro Social a mujeres maltratadas?* *¿Cómo debe ser la persona que atienda estos casos en el Seguro Social?*

En el capítulo dedicado a *Menopausia y climaterio* le preguntan —sólo a las mujeres— si *¿Quedó satisfecha con la atención que le dio el médico?*, para responder abiertamente *¿Por qué?* Asimismo, se les pregunta si el médico *¿Le dio explicación?* *¿Le dio tratamiento?*

El capítulo xvi se denomina *Calidad de los servicios* y responde al objetivo específico número 26 que estipula: “Conocer la percepción de las mujeres derechohabientes con respecto a la calidad del servicio durante la atención en diferentes aspectos de la salud reproductiva”. Para ello se formulan 40 preguntas, de las cuales 17

son para personas adultas y las restantes para adolescentes de entre 12 y 19 años, responden hombres y mujeres.

La mayoría de las preguntas a las personas adultas son cerradas, sólo algunas contemplan la posibilidad de responder abiertamente ¿*Por qué?* Entre las preguntas cerradas se incluye en ocasiones el código “otros” que pueden ser analizadas como lo hacen Camarena y Lerner en este mismo libro. A continuación se enlistan las preguntas referidas a calidad de la atención de este capítulo:

Preguntas a personas adultas, mujeres y hombres

¿Cuánto *tiempo* esperó para que lo atendieran?

¿Tenía *cita* o llegó a pedir consulta?

Su médico o enfermera materno-infantil ¿le inspiró *confianza*?

¿Le brindó suficiente *tiempo*?

¿Le *explicó* en qué consistía el tratamiento?

¿Le *aclaró* todas sus dudas?

¿Encontró (en la clínica) todos los *medicamentos* que le recetó el médico?

¿Es frecuente que le *cambien* a su médico familiar?

¿Quién *prefiere*, un hombre o mujer de médico? ¿Por qué? (abierta)

¿Por qué *no ha acudido* a consulta en el último mes con el médico familiar?:

— le queda muy lejos la clínica

— dan mala atención

— mal servicio

— le hacen perder mucho tiempo (el servicio es tardado)

— prefiere los servicios particulares

— no le tiene confianza al Seguro Social

¿La *atención* que brinda el Seguro Social es buena, regular, mala? ¿Por qué? (abierta)

¿Qué *sugiere* para mejorarla?:

— nada

— mejor trato del personal al derechohabiente

— dotación de medicamentos adecuados y suficientes

— menor tiempo de espera para la consulta

— mayor tiempo de atención en la consulta

— personal más capacitado

— otro

Preguntas a personas de entre 12 y 19 años, mujeres y hombres

¿Te inspiró *confianza*?

¿Te brindó suficiente *tiempo*?

¿Te *aclaró* todas tus dudas?

¿Si tuvieras dudas en relación con planificación familiar y sexualidad *acudirías* a una clínica del Seguro Social? ¿Por qué? (abierta)

¿Cuál sería el mejor *horario de atención* para adolescentes en el Seguro Social?

Las preguntas tanto para personas adultas como para adolescentes reflejan elementos del esquema donabediano, ya que se rastrean aspectos de infraestructura (medicamentos), la competencia técnica (explicación de tratamiento, aclaración de dudas, personal capacitado) y de las relaciones interpersonales (confianza, prefiere médico hombre o mujer, atención) con un especial interés por los denominados *procesos* institucionales (tiempo de espera para consulta, cita previa, frecuencia de cambio de médico familiar). Las opciones de respuesta a la pregunta *¿Por qué no ha ido a consulta?* recupera indicadores tales como: distancia, tiempo, atención, confianza, de manera similar a como lo hizo Funsalud en 1994. El capítulo es exactamente igual para mujeres que para hombres, lo cual podría interpretarse como señal de igualdad, sin embargo, si se formulan las mismas preguntas a ambos y las opciones son también las mismas, pueden ignorarse aquellas específicamente determinadas por la condición de género (por ejemplo, motivos para no acudir al servicio), o dar por supuesto que los hombres o no reciben violencia doméstica o no acuden por ello a los servicios y por tanto no se les pregunta cómo debería ser la atención en las clínicas en casos de maltrato.

Resulta muy conveniente que el cuestionario contemple un capítulo exclusivo dedicado a la calidad, pero lo es también incorporar algunas preguntas en otros capítulos, de acuerdo al contexto de las preguntas. Resulta un ejercicio interesante en la línea de que al hacer preguntas, se disparan inquietudes, en la lógica de que si la persona entrevistada nunca se había cuestionado al respecto, el solo hecho de formular la pregunta puede desencadenar una reflexión (que no busca ser recogida en el cuestionario mismo). Aunque no sé qué espera el equipo de investigación que se responda en

la pregunta *¿La atención en el Seguro Social es buena, regular o mala? ¿Por qué?* Por lo que explicamos en el apartado anterior, es probable que los resultados indiquen que a un porcentaje importante de personas les parezca buena o regular, ¿qué impacto tendría en la práctica institucional?

Sin duda el equipo de investigación dispone de una concepción integral de la salud reproductiva, que contempla entre sus componentes la calidad de la atención en los servicios, incluyendo la perspectiva de género en tanto elabora cuestionarios similares para hombres y mujeres, además de que ciertas preguntas se orientan directamente al tema de los roles. De todos los cuestionarios revisados para este trabajo, los que corresponden a esta encuesta constituyen la evidencia de los puentes posibles entre el personal institucional sensible a los temas de equidad, género y las voces desde la academia y la sociedad civil que se enlazan para producir instrumentos novedosos en el marco de los compromisos internacionales.

Sin embargo, el avance conceptual mostrado en las preguntas incorporadas en otros capítulos, especialmente en el abordaje de género, no se aprecia tan claramente en el tema de la calidad, ya que no se incluyen preguntas encaminadas a saber si el personal de salud estimuló a las mujeres a hacer preguntas, a crear un clima de confianza para hacerlas, si la relación interpersonal se encaminó a empoderarla en relación con su cuerpo y sus decisiones de salud reproductiva. No se incluyen preguntas que den cuenta si el servicio contribuye a crear ciudadanía, si está orientado a reproducir la inequidad o da señales de realizar prácticas encaminadas a no hacerlo. Seguramente el análisis de sus resultados puede proporcionar datos muy interesantes como comparaciones entre hombres y mujeres, según condición sociodemográfica.

ENCUESTA DE SALUD REPRODUCTIVA, IMSS-SOLIDARIDAD-CONAPO, 1999

Un año después de la anterior, se diseñó la Encuesta de Salud con el objetivo general de conocer el impacto de las acciones que realiza el programa IMSS-Solidaridad en el ámbito de la salud reproductiva y evaluar, en su área de influencia (en las localidades sede y en

las localidades de acción intensiva en áreas rurales donde opera dicho programa), el cumplimiento de las metas trazadas en el Programa Nacional de Población 1995-2000. Entre sus objetivos implícitos contempla uno dedicado a realizar “Evaluación de las usuarias sobre la calidad de los servicios del IMSS-Solidaridad”.⁷

Al indagar en qué tipo de servicio se atendió la mujer, se le pregunta *¿En su opinión, la atención que recibió fue buena, regular, mala?* El capítulo temático se denomina “nivel de satisfacción de la usuaria”. Las preguntas que se realizan son:

¿El *tiempo* que tiene que esperar entre el momento en que llega a la clínica y el momento en que recibe atención que va a solicitar es aceptable o demasiado largo?

¿Durante la consulta la *tratan* con respeto o no?

¿En la clínica cuenta usted con suficiente *privacidad* durante la consulta?

¿Durante la consulta se siente usted con *confianza* para aclarar todas sus dudas?

¿Le es fácil o difícil entender las *explicaciones* que dan en la clínica durante la consulta?

¿Las consultas que le dan en la clínica son demasiado largas, o demasiado cortas o tienen la *duración* adecuada?

¿Alguna vez ha faltado en la clínica el *medicamento* que le han recetado?

¿Las instalaciones de la clínica están *limpias* o sucias?

¿Queda usted *satisfecha* con el servicio que recibe en la clínica (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca, nunca)?

¿El *tiempo* que le lleva llegar desde su casa a la clínica le parece mucho o aceptable?

¿El *horario* de la clínica es conveniente para usted?

¿Alguna vez se le ha *negado* en la clínica la atención en horas de servicio?

Si usted pudiera *sugerir* una mejora a los servicios que se ofrecen en esta clínica, ¿cuál sería? (abierta)

¿*Recomendaría* usted los servicios de esta clínica a un familiar o amigo?

⁷ Los capítulos son: características socioeconómicas, fecundidad, historia de nacimientos, atención materno-infantil, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y mamario, estado civil, nivel de satisfacción de la usuaria, factores asociados al comportamiento reproductivo, actitudes hacia la planificación familiar.

¿Alguna vez le hubiera gustado *quejarse* o se quejó por el servicio en la clínica?

¿Cuál es su *opinión* sobre los servicios que presta esta clínica, buena, regular o mala?

¿Qué *beneficios* cree que le ha traído la clínica a la comunidad? (abierta)

Resulta evidente que el equipo que diseñó este cuestionario también parte de una definición donabedianiana de la calidad, ya que realiza preguntas sobre infraestructura (privacidad, medicamentos, limpieza) aspectos técnicos (explicaciones) e interpersonales (respeto, confianza) con cierto interés en los procesos (tiempos, horarios). La opinión general sobre el servicio se recupera a través de preguntas directas sobre satisfacción, sugerencias, recomendaciones y beneficios a la comunidad. Todas las preguntas son cerradas (aunque algunas incluyen el código de "otros", que es el analizado por Camarena y Lerner en este mismo libro) y no se encuentran algunas cuya intencionalidad sea la perspectiva de género, aunque se hace visible la preocupación por el trato respetuoso.

Lo más notorio de este cuestionario, sin embargo, es que la sintaxis de las preguntas puede resultar elusiva; por ejemplo, cuando la pregunta se plantea de la siguiente manera: *¿El horario de la clínica es conveniente para usted?*, con dos respuestas posibles, sí, no; cabe cuestionar si esta respuesta puede darle a la institución elementos para adecuar sus servicios a la población que atiende, en vez de saber qué horario es el más conveniente para la población usuaria.

El equipo de investigación no parece disponer de una definición conceptual sobre calidad de la atención que recupere los aportes sobre derechos y ciudadanía, ya que, como la anterior, tampoco se hacen preguntas encaminadas a disparar cuestionamientos sobre el servicio, nada que tenga que ver con decisiones sobre el cuerpo, sobre cómo el equipo de salud puede alentar a tomar decisiones y nada que dé cuenta si el servicio reproduce las inequidades o hace algo por superarlas. A pesar de que el programa a evaluar se diseñó con posterioridad a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), 1994, y en el programa nacional a evaluar se explicita la perspectiva de género, en el cuestionario no aparece la intencionalidad de darle seguimiento, se sigue utilizando el término *materno-infantil* en lugar de salud reproductiva y no se hace

ninguna pregunta en relación con el ejercicio de la sexualidad ni con el tema de la equidad.

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENSA, 2000), Ssa

La encuesta contempla tres objetivos generales: 1) contribuir al conocimiento de la salud poblacional, mediante una encuesta transversal que contemple factores de riesgo a la salud, necesidades de salud y, en el caso de la población adulta (mayores de 20 años), un particular énfasis en las enfermedades crónicas; 2) contribuir al conocimiento de la utilización de los servicios y programas de salud, mediante una encuesta transversal que incluya cobertura, utilización, accesibilidad e indicadores de la calidad de los servicios y programas de salud; gastos individuales y familiares relacionados con los servicios y programas de salud utilizados; factores predisponentes y habilitadores de cobertura y utilización de los servicios y programas de salud; así como contribuir a la evaluación de algunos programas de salud pública; 3) realizar una encuesta seroepidemiológica con la finalidad de integrar un banco nacional de sueros y un banco nacional de células (o DNA) para estudios epidemiológicos en poblaciones de las entidades federativas del país.

Entre sus nueve objetivos específicos, el 7 estipula: “Estimar los indicadores de calidad de los servicios de salud”. En esta encuesta, revisé el cuestionario denominado “de utilizadores”, que contiene un apartado para quienes acudieron a servicios ambulatorios y otro para personas que estuvieron hospitalizadas. Las personas que asistieron a los servicios ambulatorios lo hicieron tanto por problemas de salud, de enfermedad, molestia o accidente como por servicios preventivos. Las preguntas sobre calidad para estas personas son:

¿Aproximadamente cuánto *tiempo* tuvo que esperar para que lo atendieran?

¿El servicio que dio la persona que lo atendió le pareció: muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?

¿Lo que le *cobraron* le pareció: muy caro, caro, regular, barato, muy barato?

¿Después de la última atención que recibió considera que su *estado de salud* mejoró mucho, mejoró, no cambió, empeoró, empeoró mucho?

¿Si tuviera oportunidad de escoger *regresaría* a ese mismo lugar para atenderse?, ¿por qué no regresaría? (se denominan *motivos de insatisfacción*):

- la trataron mal
- no estuvo de acuerdo con el diagnóstico
- no estuvo de acuerdo con el tratamiento
- no se curó
- era caro el servicio
- generalmente estaba cerrado
- la refirieron a otro lado
- estaba lejos
- la hicieron esperar mucho
- no había medicamentos ni materiales
- no le sirve el medicamento

¿En general la *calidad* de la atención que recibió fue: muy buena, buena, regular, mala, muy mala?

¿Por qué le pareció muy buena, buena?:

- tiempo de espera corto
- buen *horario*
- dan servicio cuando se *necesita*
- es *barato*
- el personal está bien *preparado*
- el personal tiene *experiencia*
- *medicamentos, materiales, equipo* suficiente, limpio y de buena calidad
- el personal la *trató* bien, es amable
- le tiene *confianza*, el personal la conoce desde hace tiempo
- la *revisaron bien*
- la *curación o tratamiento* estuvo bien
- le dedicaron suficiente *tiempo* en la consulta
- le *explicaron* bien lo que siente o cómo usar las medicinas
- *mejoró* con el tratamiento
- buenos resultados en su salud, mejoró

¿La atendieron *como debe ser*, como esperaba? (registre hasta tres opciones)

¿Por qué le pareció regular mala o muy mala?:

- *esperó* mucho
- no le conviene el *horario*/no atienden cuando se necesita
- es *caro*
- material/medicinas o *equipo insuficiente*, de mala calidad, sucio

- el personal *no tiene experiencia*, el médico está mal preparado, no sabe
- la *trataron mal*/fue grosero, le tiene desconfianza
- le *cambian* de médico
- *no la revisaron*/la checaron
- *la lastimaron*/la curaron o inyectaron mal
- no le *explicaron*, no dijo lo que tenía
- la consulta fue muy *corta* o apresurada
- no mejoró/no se ha compuesto/sólo le calma el dolor pero no se cura, no le sirvió la medicina/los *medicamentos no la aliviaron*
- no la atendieron *como esperaba* (registre hasta tres opciones)

Para los hospitalizados en el último año, las preguntas son:

¿Si usted tuviera la oportunidad de escoger, *regresaría* al mismo lugar para hospitalizarse? (se denomina satisfacción por la atención)

¿Por qué no regresaría?:

- la *trataron* mal
- no estuvo de *acuerdo* con el diagnóstico
- no estuvo de *acuerdo* con el tratamiento
- no *mejoró*
- era *caro* el servicio
- estaba *lejos* de su casa
- no había *medicamentos*/materiales
- no dejaron entrar a sus *familiares* (registre hasta tres opciones)

¿La *atención* que recibió fue: muy buena, buena, regular, mala, muy mala?

¿Por qué le pareció muy buena o buena?:

- es *barato*
- el personal está bien *preparado*
- el personal tiene *experiencia*
- la *trataron* bien
- *medicamentos*/material y equipo limpio y de buena calidad
- la *operación* o tratamiento estuvo bien
- buenos *resultados en su salud*/se curó/mejóro

¿Por qué le pareció regular, mala o muy mala?:

- es *caro* el servicio
- el personal no tiene *experiencia*
- la *trataron* mal

- el *material*/medicinas o equipo es insuficiente o de mala calidad
- la *operación* o el tratamiento fue malo
- malos *resultados* en su salud/no se curó/no mejoró/no se alivió
- no la *atendieron como lo esperaba* (registre hasta tres opciones)

El aspecto más relevante del diseño de este cuestionario es que se pregunta por separado la impresión sobre la calidad del servicio si la persona estuvo hospitalizada o acudió por servicios preventivos, pese a que no es totalmente claro si la persona que responde es quien utilizó directamente los servicios o es la persona informante por hogar. Las preguntas son más descriptivas para quienes acudieron a servicios preventivos que para los hospitalizados, lo cual resulta adecuado, ya que se ha documentado frecuentemente que el servicio de primer nivel es el de contacto más directo, allí se presentan más posibilidades de tomar decisiones, especialmente en torno a la salud reproductiva, ya que no se trata de situaciones de emergencias clínicas, es el nivel en el que se realiza la consejería y podría conocerse más sobre la manera en que el servicio de salud interviene para la toma de decisiones.

Se trata de un cuestionario con un cuidadoso y detallado desglose de indicadores de calidad, aunque sólo permite el registro de tres opciones, seguramente por razones de técnicas estadísticas, sin embargo, considerando el esfuerzo del equipo de investigación en el diseño, no veo la razón de limitar el análisis. No obstante, el planteamiento de *oposiciones-polaridades* permite una expresión limitada de los “claroscuros” de la percepción subjetiva, ya que —de acuerdo a las preguntas del cuestionario— puede concluirse que el servicio estuvo mal si fue *caro* y estuvo bien si fue *barato*. La pregunta específica a hospitalizados respecto a si pudo recibir visitas podría tener una equivalente respecto a la presencia de acompañantes en la consulta.

Si bien el desglose de indicadores manifiesta esfuerzo y dedicación, nos resulta conocido, sólo que en este cuestionario se agregan algunos que no aparecen en cuestionarios anteriores, por ejemplo: se pregunta si a partir de la atención mejoró el estado de salud, por primera vez se inquiere sobre resultados de la atención. Asimismo, se pregunta la opinión sobre si la revisaron bien (aunque no quede claro si lo que se pretende captar es una percepción subjetiva o

técnica, qué quiere decir revisar *bien*?) o sobre si su tratamiento estuvo adecuado (en qué sentido: clínico o cultural), o bien, la atendieron *como se esperaba* (me pregunto cómo saber, ¿cómo esperaba esa persona ser atendida?). Además, aparecen preguntas sumamente inquietantes: no estuvo *de acuerdo* con el diagnóstico (¿en qué sentido se hace esta pregunta?: reconociendo que las personas llegan con un diagnóstico “doméstico” previo y lo van a confirmar al sistema biomédico o ¿cómo se construye en la subjetividad el sentido del diagnóstico?); no le *sirve* el medicamento, se trata de rastrear eficacia, fiabilidad, errores médicos?

El análisis de los resultados de esta encuesta permitiría comparar la impresión sobre la calidad entre quienes acuden a servicios de prevención con los de hospitalización, entre mujeres y hombres, de acuerdo a grupos de edad, aunque los datos deben ser tomados con cautela, precisamente porque la apreciación sobre calidad es subjetiva y no sabemos quién está respondiendo, si un informante de hogar o la persona que directamente recibió la atención clínica.

Como en los dos cuestionarios anteriores, el equipo que diseñó la Ensa de 2000 adopta el esquema donabediano y no se encuentran preguntas que perfilen una modificación en el abordaje sobre la calidad de la atención, para conocer si el sistema de salud reproduce o limita la desigualdad genérica, si el personal de salud alienta la autonomía en la toma de decisiones, si el servicio realiza actos activos para conocer a su población usuaria y de esta forma adecuar los programas y servicios a las necesidades específicas.

REFLEXIONES SOBRE ESTE GRUPO

Los cuestionarios de este primer grupo muestran en sus preguntas que el abordaje de calidad que subyace es el donabediano, especialmente en lo referido a considerar que la calidad se puede evaluar si se evalúa la competencia técnica, la infraestructura y las relaciones interpersonales. Adoptar este acercamiento conceptual resulta lógico, ya que todas las instituciones públicas de salud han estado permeadas por esta propuesta desde hace más de una década, aunque algunas preguntas indican elementos del modelo de Bruce especialmente en lo que se refiere a seguimiento y constelación de servicios.

Se observa una notoria preocupación por conocer la satisfacción del público usuario, para ello, los cuestionarios muestran dos vías: hacer preguntas directas sobre si la persona está satisfecha con el servicio, o bien, desglosar los componentes que para la institución dan cuenta de la calidad. Cuando se opta por la primera, la calidad aparece como indicador en sí mismo (*"opinión sobre la calidad del servicio recibido"*), cuando se opta por la segunda, los componentes varían desde tres elementos hasta unas decenas. Sin embargo, el problema no radica en que se utilicen indicadores gerenciales ya probados (tanto en los servicios de salud como en otros servicios), sino que sólo se utilicen éstos sin reconocer que pueden resultar insuficientes para dar cuenta si el servicio contribuye a la equidad o reproduce la discriminación. Tal como lo afirmó Donabedian desde principios de la década pasada, el ámbito de las relaciones interpersonales es el más difícil de evaluar, y en estos cuestionarios se indaga mediante preguntas referidas al trato y a la confianza.

Ninguno de los tres cuestionarios recupera, a pesar de que intencionalmente contemplan el tema de calidad, las experiencias sincrónicas que se desarrollaron en México y en toda la región, en las cuales, además de utilizar algunos conocidos indicadores gerenciales (especialmente de procesos), utilizaron otros, por ejemplo, se omite la utilización de indicadores que pongan en evidencia si el sistema de salud contribuye —y de qué forma— a perpetuar las inequidades y por tanto si alienta o no a que las usuarias tomen decisiones. Puede permitirse una crítica aguda de estos instrumentos precisamente porque de entrada nos ofrecen explícitamente la intencionalidad de hacer preguntas sobre la calidad de la atención, pero además porque fueron elaboradas después de que el gobierno mexicano signó compromisos para hacer valer el derecho a la calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva y porque los grupos de mujeres pusieron a disposición de las autoridades sus propuestas ciudadanas. Pareciera que el asunto de los derechos no encuentra cabida en formulaciones concretas y permanece sólo a nivel de discurso institucional. Ninguna de las tres encuestas rastrea el resultado final de un proceso de cambio en el plano vivencial, en lo interno de las personas, en la visión de humanidad y en el respeto a la diversidad. No dudo que en el análisis de los resultados pueda construirse información muy interesante, pero

ésta carecerá de la percepción de todos los conjuntos sociales involucrados, así como de la manera en la cual se toman las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, es decir sobre la *dignificación* de las personas, tema eje en la propuesta ciudadana.

LAS ENCUESTAS SIN EL TEMA EXPLÍCITO, PERO QUE INCLUYEN
PREGUNTAS AL RESPECTO

Este grupo se constituye por cinco encuestas, tres de las cuales fueron realizadas por el Consejo Nacional de Población (Conapo) durante dos años seguidos: la Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995 (Enaplaf, 1995), la Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar, 1996 (Encoplaf, 1996) y la Encuesta sobre las Instituciones en la Planificación Familiar en México, 1996 (Eninplaf, 1996). Asimismo, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997 (Enadid, 1997), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), y la Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999, elaborado por la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam). Como se observa, todas ellas se aplicaron en la segunda mitad de la década de los noventa y especialmente las del Conapo están explícitamente dedicadas a un aspecto de la salud reproductiva.

ENCUESTA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, 1995

La Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995 (Enaplaf, 1995), realizada por el Consejo Nacional de Población (Conapo), tiene como objetivo general actualizar la estimación del nivel de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, así como profundizar en el estudio de las interrelaciones entre sus determinantes económicos, sociales, culturales y demográficos. Línea base para evaluar el Programa Nacional de Población.

El cuestionario que revisé para este trabajo es el *individual* para mujeres, no existe uno para hombres, seguramente porque se acostumbra a estimar la prevalencia en el uso de anticonceptivos mayoritariamente en ellas. A lo largo de todo el cuestionario se utiliza el

término “método” para nombrar a los anticonceptivos. No cuento con argumentos para criticar el uso del término, pero no estoy segura de que para las entrevistadas tenga el mismo sentido que para las instituciones. Del total de preguntas del cuestionario las siguientes se vinculan con la calidad de la atención, en el entorno de la decisión sobre el método:

¿Cuál es la razón principal por la que decidió usar este método y no otro?:

- recomendación de un prestador
- recomendación de un amigo o familiar
- efectos colaterales
- forma de uso
- acceso/disponibilidad
- costo
- quería un método permanente
- el esposo lo prefirió
- quería un método más efectivo
- es el único método que conoce

Antes de proporcionarle o prescribirle el método:

- ¿Le informaron de otros métodos que podría usar?
- ¿Le explicaron sobre las molestias que podría tener?
- ¿Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia?
- ¿Le dedicaron suficiente tiempo para darle toda la información que usted necesitaba?
- ¿Le aclararon todas sus dudas respecto al método?

¿Cuál es la razón principal por la que usted no está de acuerdo en usar anticonceptivos?

¿Cuál es la razón principal por la que su pareja no está de acuerdo en usar anticonceptivos?

El proceso de consentimiento informado (también conocido como *toma de decisión informada*) forma parte de la calidad de atención, y sobre todo de los derechos sexuales y reproductivos. La preocupación institucional por conocer más sobre el proceso de decisión en torno a la utilización del *método* resulta encomiable, precisamente porque el cuestionario se elaboró en momentos en los cuales algu-

nas mujeres hicieron públicas las denuncias de violación a sus derechos a través de presiones, engaños y abusos en el proceso de *consentir* el uso de determinado método anticonceptivo, especialmente los definitivos. Para conocer la razón para usar ese método, no se vislumbra en las preguntas una búsqueda de cómo hizo la institución para apoyar esa decisión autónoma, pareciera que se trata de poner en evidencia que no ocurrió así, ya que entre las opciones de respuesta aparecen otros personajes (prestador, amigo, familiar, marido) y las características del método mismo (costo, uso, efectividad) que algunas referidas a sus propias reflexiones.

ENCOPLAF, 1996

La Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar, 1996 (Encoplaf, 1996), realizada por el Consejo Nacional de Población (Conapo), tuvo como objetivo general *evaluar la campaña Planifica, es cuestión de querer*.

A lo largo de todo el cuestionario, sólo encuentro una pregunta referida a calidad, a propósito de si han escuchado (tanto hombres como mujeres) o visto anuncios de la campaña y si estos anuncios les motivaron a ir a una clínica o centro de salud a pedir información o servicios de planificación familiar. Después de indagar a qué lugar acudió, la pregunta es:

¿Quedó usted *satisfecha(o)* con el servicio que le dieron?

Sí

No

No cuento con información para saber si vinculada a la campaña de medios hubo también capacitación o sensibilización en los servicios de salud para que la atención en éstos fuera congruente con los propósitos de la misma; pero la pregunta se refiere específicamente a los servicios, no a la campaña. La concepción de calidad que subyace en este cuestionario es sumamente limitada y se asocia estrechamente a la satisfacción, como lo propone la visión gerencial de un servicio de salud.

ENINPLAF, CONAPO, 1996

Ese mismo año, el Conapo decidió realizar también la Encuesta sobre las Instituciones en la Planificación Familiar en México, 1996 (Eninplaf, 1996), cuyo rasgo más notable en relación con las otras encuestas analizadas radica en que se entrevista a proveedores de servicios, ya que el objetivo general de la encuesta es obtener información, desde la óptica de los prestadores de servicio, para complementar el análisis de los datos que las mujeres en edad fértil (MEF) proporcionaron en la Encuesta Nacional de Planificación Familiar levantada por el Conapo en 1995 (Enaplaf, 1995).

Los entrevistados son: médicos de hospitales de gobierno que atienden partos, enfermeras de hospitales de gobierno que brindan servicios en el área de ginecología, médicos de consulta externa en unidades de gobierno relacionadas con la planificación familiar, enfermeras de consulta externa en unidades de gobierno relacionadas con la planificación familiar, médicos de hospitales privados, médicos de consultorios privados, parteras, auxiliares de salud o agentes de salud comunitarios, boticarios o empleados de farmacias comerciales, asociados a las 144 *localidades rurales* de la muestra de la Enaplaf, 1995, y a instituciones de gobierno del conjunto de los estados prioritarios definidos por el Conapo en tres localidades urbanas y 16 localidades rurales por estado. A todas las personas se les entrevistó en sus lugares de trabajo (a diferencia de las usuarias entrevistadas en las encuestas revisadas previamente, a quienes se les entrevista en hogares), y por lo mismo es la única encuesta nacional que considera la observación directa de los lugares en los cuales se provee el servicio de salud. La temática abordada en el cuestionario es exclusivamente planificación familiar, pero se genera después de la CIPD, 1994, cuando las autoridades sanitarias la anuncian como parte integral de la salud reproductiva.

Tanto a los agentes comunitarios como a los despachadores de farmacias se les hacen preguntas de contenido técnico (*qué decirle a las personas que vienen por métodos*), aunque estas preguntas no se les hacen a los médicos. En particular a los agentes comunitarios (las preguntas están formuladas en femenino, seguramente se entiende que son parteras) se les pregunta *generalmente las mujeres que quieren un método de planificación familiar ¿se lo piden o usted se los ofrece?*, no es

claro si la pregunta está formulada para conocer si los agentes comunitarios cumplen el papel institucional de ser promotores activos de métodos (para contribuir al logro de las metas) o para conocer si las mujeres demandan activamente la disponibilidad de los mismos. Asimismo, se les pregunta ¿cuál es la ventaja más importante de la planificación familiar?, aunque entre las opciones no existe “no tiene ventajas”.

A enfermeras y médicos de instituciones de gobierno se les pregunta si están interesados en recibir un (otro) *curso de capacitación* sobre planificación familiar, no tengo dudas de que todo el personal de salud se muestre interesado en recibir cursos y actualizaciones, sin embargo en las opciones disponibles NO aparece explícitamente el tema calidad de la atención. Preguntan al personal médico y de enfermería si *¿la supervisión institucional más reciente le sirvió para: resolver dudas, resolver problemas, mejoró la calidad de su atención a los usuarios o incrementó sus conocimientos?* Se les pregunta si consideran *importante que los usuarios entiendan la forma en que los métodos actúan para evitar un embarazo* (¿qué pueden contestar los proveedores?, si responden afirmativamente, deberían asumir la tarea de explicarlo a cada usuaria(o), si responden negativamente, ¿con qué información está el usuario(a) tomando la decisión en torno a tal o cual método?), además se les pregunta *¿qué porcentaje de las personas que acuden a esta unidad serían capaces de entender el mecanismo de acción de los métodos anticonceptivos?*, pregunta difícil de imaginar hacia dónde conduce: si el porcentaje es mínimo, ¿se ahorran las explicaciones?, o bien ¿se invierte más en explicaciones?, recuérdese que se trata de localidades rurales (seguramente pobres y seguramente con población indígena). El cuestionario culmina con preguntas sobre tres casos clínicos, en los cuales toda la información se refiere a aspectos técnicos, ni una sola pregunta sobre aspectos culturales o sociales. Estas mismas preguntas se le hacen al personal médico de instituciones privadas.

En el ámbito privado, se inquires sobre si el personal de la unidad médica ha recibido algún tipo de *capacitación* en planificación familiar y en caso afirmativo qué temas incluyó el último curso que recibió el personal de esta unidad: pero no viene ninguno específico sobre calidad. Hay más de una decena de preguntas sobre la *infraestructura* de la unidad médica, al final de las cuales se concluye:

¿cómo se podría mejorar la calidad de los servicios de PF que se ofrecen en esta unidad? Se pregunta si las consultas se realizan con *¿privacidad visual?*, *¿auditiva?*; las áreas de consulta *¿están limpias?*, *¿cuál es el tiempo promedio de consulta por paciente?* Si las preguntas señalan el camino conceptual, en este cuestionario la calidad consiste en que la infraestructura sea la mejor posible y que la competencia técnica sea la mejor posible. Sin embargo, ambas dimensiones no aparecen orientadas a conocer si con ello se favorece que las decisiones sean tomadas por los usuarios, o la manera en que los proveedores conocen *intencionadamente* aspectos culturales de los usuarios, recordando que en general el personal de salud de las clínicas rurales no es originario de la localidad. No sería más pertinente preguntar en relación con la calidad de la atención *¿cómo se siente de manera personal respecto a decisiones de las usuarias con las que no está de acuerdo por razones éticas, religiosas o hasta técnico-clínicas?*

Seguramente al analizar los resultados se podrán comparar las opiniones de todos los proveedores según el tipo de servicio que ofrecen, su edad, sexo y localidad en que atienden, pero carecemos de información para conocer si el servicio que proporcionan alienta decisiones o no lo hace, o si al proveer el servicio se respeta profundamente la diversidad étnica, cultural y social del público usuario.

ENADID, INEGI, 1997

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997 (Enadid, 1997), elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). El objetivo general de esta encuesta es producir información útil, actualizada y confiable para apoyar el diseño e instrumentación de políticas demográficas y sociales.

En el capítulo referido a *Anticoncepción* se incluye un apartado titulado "calidad del servicio", el cual consta de las siguientes preguntas:

Antes de que le proporcionaran o recetaran el uso de método anticonceptivo:

¿Le informaron de otros métodos que podía usar?

- ¿Le explicaron sobre molestias que podía tener?
- ¿Le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia?
- ¿Le dedicaron tiempo suficiente para darle toda la información que usted necesitaba?
- ¿Le aclararon todas las dudas respecto al método?

Según se observa, las preguntas no difieren de las que se han revisado en los cuestionarios anteriores, aunque el desglose de indicadores es menor. Seguramente porque el propósito de la encuesta no se centra ni en los servicios ni en la calidad, seguramente porque el equipo de investigación tiene otras prioridades temáticas. La pregunta es: ¿qué puede decirse sobre calidad de la atención con la información producida con estas cinco preguntas? En todo caso, nada respecto a la toma de decisiones sobre el método anticonceptivo.

PROGRAMA GENTE JOVEN, MEXFAM, 1999

Se trata de la Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999, elaborada por la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam), que tuvo como objetivo general comparar a la población de las áreas de influencia del programa Gente Joven de Mexfam con zonas similares fuera de ésta.

Una de las características de esta encuesta —como la del Conapo, 1996— radica en que contempla la opinión tanto de usuarios como de proveedores, lo cual pone en evidencia un concepto no unilateral de la calidad de la atención, ya que considera que —al menos estos dos actores sociales— tienen algo que decir al respecto.

Las preguntas referidas a calidad que se les formulan a los usuarios son las siguientes:

- ¿Cuánto *tiempo* tienes que esperar para ser atendido en ese lugar?
- ¿El *tiempo* que tienes que esperar en ese lugar para que te den consulta te parece aceptable o demasiado largo?
- ¿Te sientes en *confianza* para aclarar todas tus dudas?
- ¿Cuentas con suficiente *privacidad* durante la consulta?
- ¿Has visto *carteles* de PE?

¿Te han dado *folletos* de PF?

Si fuiste por otro motivo, ¿el médico te *habló* sobre anticoncepción?

— ¿enfermedades de transmisión sexual?

— ¿embarazo en la adolescencia?

El *servicio* que te han otorgado te pareció:

— muy bueno

— bueno

— regular

— malo

— muy malo

¿Te sentiste en *confianza* para solicitar servicios sobre planificación familiar en ese lugar?

¿Por qué? (abierta, textual)

¿Prefieres otro lugar?

¿Por qué? (abierta, textual)

¿Tú crees que a los jóvenes que van a la farmacia a comprar anticonceptivos los *tratan* con respeto?

¿Qué *sugerirías* para mejorar los servicios ? (abierta)

¿Crees que el promotor de Mexfam está *capacitado* para realizar esas actividades?

¿Qué *sugieres* para mejorar las actividades que realiza el promotor? (abierta, textual)

Alguna vez ¿te han hablado de? ¿quién? y ¿en dónde?:

— el funcionamiento del cuerpo

— la regla

— la eyaculación

— el noviazgo

— las relaciones sexuales

— los embarazos no deseados

— los anticonceptivos

— el sida

Las preguntas sobre calidad de la atención a quienes proveen el servicio son:

¿Se siente o sentiría *incómodo* proporcionando consejería a adolescentes sobre anticoncepción?

¿Qué tanta *confianza* cree que tenga un adolescente para solicitar un método anticonceptivo en esta clínica o consultorio?

¿Por qué? (abierta)

¿Qué cree usted que se debería hacer para que los adolescentes se sintieran con más confianza para asistir a este centro a solicitar servicios de salud reproductiva? (abierta)

¿Qué características debe tener un servicio de buena *calidad* en salud reproductiva para adolescentes?:

- *amabilidad* del personal
- *atención* todos los días del año
- competencia del personal
- *historia clínica* completa
- *costo* accesible
- *confianza* para hacer preguntas
- *equipo* y materiales adecuados
- *horario* adecuado
- adecuada *consejería*
- *integralidad* de la atención
- *medicamentos* adecuados y suficientes
- *privacidad* durante la consulta
- *respeto* al paciente
- *tiempo* de consulta adecuado
- *tiempo* de espera breve
- *variedad de servicios* necesarios
- módulo o *consultorio específico*

¿Qué tan buena o mala considera que es la atención sobre salud reproductiva que se otorga en este centro a los y las adolescentes?

¿Cuáles son las *cosas más importantes* que se tendrían que hacer para que en este centro se diera un mejor servicio de salud reproductiva a los(as) adolescentes? (abierta)

Ambos cuestionarios resultan muy interesantes, ya que dan cuenta de un importante esfuerzo por desglosar algo acerca de la *calidad de la atención*. Específicamente el de usuarios, da cuenta de muchas de las preguntas que hemos encontrado en otros cuestionarios y algunas más, tales como si los jóvenes han visto *carteles* sobre planificación familiar y si les han proporcionado *folletos* sobre el tema, lo cual indica que parte de la calidad es la información y la utilización

de diversas técnicas para acercarse al público usuario. Se les pregunta si al ir a consulta por otro motivo, *¿el médico te habló sobre anticoncepción? ¿de enfermedades de transmisión sexual? ¿de embarazo en la adolescencia?*, aunque no podemos detectar si la información entregada le sirve al joven para tomar decisiones en el ejercicio de una sexualidad responsable y placentera, o basada en la coerción y la amenaza. Cuando les preguntan si *¿alguna vez le han hablado de?, ¿quién y en dónde?*, los temas son: *el funcionamiento del cuerpo, la regla, la eyaculación, el noviazgo, las relaciones sexuales, los embarazos no deseados, los anticonceptivos, el sida*. No se incluye entre las opciones preguntar a los jóvenes si les han hablado de que tienen derecho a servicios médicos especializados, a una atención de calidad y a tomar sus propias decisiones de manera libre, responsable e informada.

Podríamos hacer las mismas preguntas a otros sectores de la sociedad y no estaríamos rescatando el componente específico de la percepción de la población joven (por ejemplo, en relación a que el ejercicio de la sexualidad no implica reproducción, a la perspectiva de placer en el ejercicio de la sexualidad). Como en otros cuestionarios, cuando se entrevista a jóvenes se les tutea y se maneja el concepto de planificación familiar aunque se trate de jóvenes que no necesariamente están considerando en su horizonte personal constituir una familia, tal vez sólo el ejercicio de la sexualidad.

Los proveedores son cuestionados por Mexfam respecto a si han recibido *capacitación* en el área de salud reproductiva, además de metodología anticonceptiva, consejería, perspectiva de género, atención a adolescentes y anticoncepción de emergencia, pero no se incluye calidad de la atención. Asimismo, se les pregunta *¿qué aspectos comprende la salud sexual y reproductiva?* (con respuestas abiertas) y *¿cuáles son los servicios más importantes que deben estar disponibles a los adolescentes?* La pregunta más interesante de este cuestionario, que no ha aparecido en los anteriores, es si como proveedores se sienten *incómodos* de atender a adolescentes... no me extrañaría que contestaran algo así como “es mi trabajo, no tiene nada de malo”, y seguramente esa respuesta no nos daría mucho para analizar, salvo la duda sistemática sobre si pudiéramos profundizar, seguirían contestando lo mismo.

REFLEXIÓN SOBRE ESTE GRUPO

Lo más valioso de este grupo es que si bien las encuestas no reconocen explícitamente la intencionalidad de recuperar información sobre la calidad de la atención, aparecen preguntas orientadas al tema, aunque sea sólo una. Diseñadas y aplicadas con posterioridad a la CIPD, 1994, se producen en el marco de acuerdos signados por las autoridades de población y salud para hacer algo por el derecho a la calidad de la atención, aunque sólo sea conocer qué piensan los actores sociales al respecto. Llama la atención sobremanera que en este grupo (que no reconoce expresamente su interés en el tema de calidad) se encuentren las únicas encuestas que incorporan la mirada de los proveedores de servicios, como un paso adelante en la conceptualización integral de la calidad de la atención para desplazar el eje de la planificación familiar desde las mujeres... aunque puede tener el costo de que tampoco sepamos mucho de ellas. Si la creatividad, la habilidad y la técnica lo permite, desde la base de datos podríamos *escuchar* todas las voces, revisar si las verbalizaciones coinciden, discrepan, se suman o se articulan.

El cuestionario que sólo hace una pregunta sobre la calidad de la atención muestra una modalidad *económica* de obtener información al respecto, aunque no sea prioridad en sus objetivos. En las otras —preguntas más, preguntas menos— la idea subyacente sobre calidad no difiere de las que hemos revisado en cuestionarios anteriores, ya que las preguntas se orientan a conocer la infraestructura, la competencia técnica y algo de las relaciones interpersonales, especialmente confianza y respeto, es decir, se adscriben a la formulación donabedianiana. Se otorga evidente importancia al conocimiento de los procesos de entrega de información y de consentimiento, algunos indicios de temas de género; por lo demás, tampoco encontramos preguntas que se refieran a si el servicio otorgado contribuye a la equidad y a la toma de decisiones, así como al respeto de la vinculación tanto del público usuario como de los proveedores del servicio.

LAS ENCUESTAS SIN EL TEMA EXPLÍCITO, QUE NO INCLUYEN
PREGUNTAS AL RESPETO

Estas encuestas no plantean entre sus objetivos (ni generales ni específicos) la calidad de la atención, razón por la cual no son motivo de descripción y análisis en el presente trabajo. Sin embargo, se trata de encuestas institucionales, de diversos organismos gubernamentales vinculados a la dinámica poblacional y sanitaria, que abordan aspectos de la salud sexual y reproductiva; sin embargo, pese a realizarse con posterioridad a que el gobierno de México signó los compromisos de la CIPD, 1994, y que entre éstos se considera promover el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población, y en dos de ellas se hace referencia explícita a la sexualidad y a la reproducción... podría esperarse algún cuestionamiento sobre la calidad de la atención, pero no lo hay.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

El ejercicio de rastrear en los cuestionarios puede resultar apasionante, en esta ocasión he presentado una somera descripción de ellos, pretendiendo analizarlos en su particular momento, ya que algunas de las encuestas se diseñaron hace casi 10 años, cuando el contexto sanitario y político de nuestro país difería del actual; la *década perdida* de los noventa en lo que a políticas sociales se refiere, también fue una década *ganada* por los movimientos civiles y sociales. La mayor parte de los cuestionarios se diseñaron y aplicaron *después* de la CIPD de 1994, que resulta un parteaguas en la definición de calidad de atención, ya que en esta conferencia se formuló como un derecho sexual y reproductivo y los gobiernos se comprometieron a realizar acciones y destinar presupuestos para hacer cumplir los acuerdos internacionales, como marco de posibilidad para desplazar la concepción de calidad desde una visión gerencial y administrativa a una de derechos y ciudadanía.

Se observan avances en este sentido, ya que en más de la mitad de las encuestas revisadas se incorporan preguntas sobre calidad de la atención; este solo hecho habla de los esfuerzos por permear esta posición a diversos niveles de las instituciones; asimismo, en las for-

mulaciones de preguntas, se observan los esfuerzos para incluir con mucho detalle esta nueva concepción, desglosando componentes no incluidos previamente. Evidentemente, ciertos aspectos muestran más avances que otros, diríamos que aquellos relativos a indagar sobre los *procesos* son los que se deconstruyen con mayor fineza, mientras que al averiguar sobre las *relaciones interpersonales* este esfuerzo no es tan evidente. Los cuestionarios descritos se inspiran —sin duda— en el planteamiento conceptual donabediano, y desde allí crean y recrean el interrogatorio a los diversos actores sociales involucrados, constituyéndose en el soporte teórico en lo que a calidad se refiere y a su vez fortaleciendo la hegemonía del paradigma gerencial que —en el sentido gramsciano del término— establece el *liderazgo cultural* sobre los subalternos.

En este proceso se presentan más distancias que cercanías entre ambos abordajes de la calidad, o menos acercamientos y más inestables de lo que se quisiera y de lo que se necesita para mejorar las condiciones de vida y salud de las mujeres. Como parte de este dinámico proceso, los encuentros y desencuentros también se presentan entre quienes critican el paradigma hegemónico, en gran medida por los distintos énfasis que cada sector le imprime: lo clínico, lo ciudadano, lo político, por mencionar sólo algunos. Apenas se está formulando —por ejemplo— cierto consenso crítico para establecer que el denominado *conflicto* entre médicos y pacientes (o entre personal de salud y público), lejos de constituir el núcleo problemático de la calidad de la atención, puede convertirse en la base de entendimiento potencial entre la posición *clínica* y la de *derechos-ciudadanía*. Allí radica —también— el enorme potencial de la propuesta de género, que posibilita una crítica tanto a las condiciones laborales de las primeras como a la oferta de servicio para las segundas (Salas y Torre, 2003).

Todas las encuestas analizadas preguntan sobre la calidad de la atención a las mujeres usuarias, pero no siempre con una perspectiva de género y no siempre se presenta esta intencionalidad para los hombres. Razones económicas o de índole práctica pueden explicar la ausencia de instrumentos específicamente dirigidos a ellos, pero es inevitable observar que —aun en los instrumentos de investigación— se sigue colocando a las mujeres como eje de las acciones de salud reproductiva, sin que ello implique el protagonismo de sus

decisiones. No se trata sólo de hacer las mismas preguntas a los diversos grupos de entrevistados para lograr comparaciones, sino de formularlas en torno a lo que para cada grupo sea significativo, como se intenta hacer para la población adolescente-joven en algunos de los cuestionarios revisados. En este orden de ideas, es posible reflexionar sobre la intencionalidad explícita de preguntar sobre calidad a las personas que proveen los servicios. Sólo en dos de ellas aparecen los proveedores como actores significativos para conocer su opinión verbalizada, intención que pone en evidencia la concepción no unilateral de la calidad, ya que ésta es producto de la interacción, la vinculación entre quien asiste y quien provee el servicio, incluso personal no médico.

Articulado al planteamiento teórico, el acercamiento metodológico se realiza a través del instrumento gerencial conocido como *encuesta de satisfacción*, que consiste en realizar preguntas al público usuario para dar cuenta de qué tan satisfecho está con determinado servicio, no solamente de salud. No quiero reiterar lo dicho respecto a desde qué concepción de *satisfacción* se construyen las preguntas, ni en que la satisfacción es relativa en gran parte por la discrepancia percibida entre las expectativas y las experiencias/vivencias del paciente (si a lo que una usuaria aspira es a que la atiendan el día que acude al servicio para no regresar al día siguiente, puede considerar que el servicio es bueno simplemente por ser atendida, sin cuestionar la manera en que fue atendida y el contenido de esa atención), sólo me interesa poner en evidencia la omisión de posibles pautas de cuestionamiento a los servicios, si el supuesto es que la institución conoce de antemano las expectativas y demandas de atención de las usuarias y que los servicios se proveen atendiendo a ellas.

Si los cuestionarios revisados correspondieran a encuestas provenientes del medio académico o de empresas privadas, el impacto de la utilización de tal o cual abordaje conceptual y metodológico estaría acotado a esos escenarios. Pero fueron realizadas por instituciones gubernamentales, encargadas de las políticas públicas de salud, por tanto, el abordaje tendrá impacto en servicios públicos a los que acuden por lo menos uno de cada tres habitantes del país, aunque no se trate sólo de un asunto numérico ni de costos económicos. Una mirada inicial a los principales instrumentos que a lo

largo de una década se han diseñado para captar y generar información en torno a la calidad de la atención en los servicios de salud pone de manifiesto simplemente que el diseño de las preguntas y la manera de recuperar las respuestas de las usuarias(os) no integra conocimientos y experiencias acumulados por otros sectores de la sociedad. Pero una segunda mirada, cuando los instrumentos se pasan por el tamiz del desarrollo teórico conceptual basado en el involucramiento de la sociedad civil en la generación de propuestas alternativas para promover la ciudadanización, el empoderamiento y el enfoque de género, lo que revela es una concepción fuertemente anclada en el sistema médico hegemónico y el instrumento *cuestionario* deja de ser sólo un recurso técnico para adquirir una profunda connotación política.

No es el objeto de este trabajo hacer cuestionamientos sobre las razones que llevan a las instituciones a realizar tal o cual encuesta, ni hacerse preguntas sobre para qué se utilizan los resultados, pero lo que sí se puede concluir al analizar los cuestionarios, es que éstos reflejan —indirectamente— lo señalado con anterioridad en relación con las tensiones y conflictos institucionales, ya que un determinado cuestionario resulta muy avanzado mientras que uno posterior de la misma institución parece ignorar lo adelantado en el primero. Se pone en evidencia no sólo la falta de coordinación entre diversas instancias institucionales y sectoriales, sino la presencia de niveles diferentes de acercamiento al tema de calidad, aunque siempre en el marco de la concepción hegemónica gerencial. Como también son evidencia de los vínculos, de los puentes que se tienden entre la sociedad civil y las instituciones, cuando sectores de éstas recogen y se apropian de acercamientos críticos producidos fuera del ámbito institucional.

Podría ser motivo de otro análisis el hecho de que muchas de las preguntas se repiten textualmente en varios cuestionarios, aun de instituciones diferentes, pero el presente trabajo no pretende más que poner en evidencia que no se otorgan reconocimientos mutuos de los aportes de los equipos institucionales o académicos de investigación en lo que respecta a la formulación concreta de preguntas. Seguramente cuando un *reactivo* se considera adecuado, se retoma como parte del capital intelectual social e institucional, pero no deja de llamar la atención que no existe una postura ética

explícita respecto a los diversos caminos de construcción del conocimiento. No tenemos manera de saber si un equipo de investigación retoma determinada pregunta porque comparte la congruencia del planteamiento teórico, metodológico y técnico del equipo que la elaboró inicialmente, o sólo la integra a su cuestionario porque le gustó o porque no imagina preguntas distintas sobre el tema.

Respecto a la dimensión ciudadana de la calidad, las instituciones pueden realizar acciones específicas para conocer más profundamente a la población usuaria sin basarse en supuestos o clasificaciones anticipadas. En ese sentido, toda la información que las instituciones producen en sus encuestas podría serle útil para establecer los perfiles de la población usuaria; en muchos de los cuestionarios existen preguntas encaminadas a responder a esta intencionalidad; las preguntas no sólo dan cuenta del perfil socio-demográfico de las personas entrevistadas, sino también permiten construir acercamientos a lo que verbalizan como opiniones. Asimismo, puede favorecerse el conocimiento de las necesidades expresadas directamente por las personas encuestadas, a través de preguntas directas y no sólo desde la perspectiva de las instituciones que *suponen* lo que el público usuario necesita.

Las políticas sociales —como la salud pública— deben responder a cuestiones de bienestar y equidad para la toda la población, por muy diversa que ésta sea. Se ha documentado de múltiples maneras cómo la tradición liberal ha excluido por principio a las mujeres de la titularidad de los derechos políticos, excluidas de la subjetividad política y a menudo de los derechos civiles, por ello, cuando las mujeres reivindican los derechos sexuales y reproductivos planteando este proceso como una forma de construcción de ciudadanía femenina⁸ construyen una concepción de ciudadanía como el *derecho a tener derecho* y a la existencia de un sujeto social capaz de exigirlo, pasando de la *virtualidad* a la realidad de su exigi-

⁸ “La perspectiva subjetiva de la ciudadanía, es decir, la relación que las mujeres establecemos con nuestra ciudadanía, se sustenta en un reconocimiento parcial de derechos merecidos y una débil conciencia del derecho a tener derechos ciudadanos. Ello hace eco de la desvalorización que las sociedades hacen de las ciudadanías femeninas” (Vargas, 1997, citado en Consorcio Mujer, 1998: 35).

bilidad y realización. En el ámbito de la salud, se expresa en concebir a la usuaria como ciudadana que participa de manera activa en el proceso de toma de decisiones acerca de su salud, así como asumiendo la responsabilidad personal por las mismas, que propone relaciones equitativas entre proveedor-usuaria en los servicios de salud, lo que implica la democratización del conocimiento y el reconocimiento del liderazgo emergente de la colectividad (Vargas, 1997, citado en Consorcio Mujer, 1998). Asimismo, si la atención integral se basa en la consideración de las mujeres como sujetos centrales de la atención, su participación es imprescindible en la gestión de los servicios de salud destinados a ellas, aunque esta participación no se limitará a apoyar la implementación o a desarrollar gratuitamente algunas tareas; por el contrario, se estimulará la participación en todo el proceso de gestión, desde la planificación y la definición de objetivos hasta el monitoreo y la evaluación de los servicios. No se necesita que las mujeres sean profesionales de estas áreas, pero sí se requiere que estén interesadas y comprometidas en mejorar su propia salud y la de las mujeres en general. (Bianco *et al.*, 1998).

Con demasiada sutileza se enfrenta en las encuestas (si es que se hace) el tema del poder. Los cuestionarios incluyen preguntas más encaminadas a poner en evidencia que —a pesar de que el(la) usuario(a) carece de poder en el sistema de salud— sea tratado con respeto y se sienta satisfecho con la atención. Es probable que no se pueda preguntar de otra manera si la concepción de calidad que subyace es la gerencial, pero si la concepción retomara los asuntos del empoderamiento, necesariamente tendrían que hacerse preguntas al respecto.

La adopción del abordaje donabediano en los cuestionarios revisados no constituye motivo de crítica por sí misma. Cuando la encuesta ofrece tocar el tema de la calidad y en su cuestionario realiza preguntas o cuando no lo ofrece pero de todas maneras realiza preguntas, el punto crítico no es que utilice indicadores gerenciales, sino que sólo utiliza éstos, y en ocasiones superficialmente, ya que las preguntas así formuladas no permitirán encontrar la diversidad de significados, las “novedades” de los discursos de los distintos actores. Lo que también resulta criticable es que, existiendo simultáneamente una propuesta producto de años de experiencia, cons-

truida y probada en los *laboratorios sociales* de los servicios de y para mujeres, no sólo no se recupere el capital social invertido en ella, sino que —excepto pequeños grupos o individuos críticos— las instituciones no se abran a las otras miradas, al menos en el tema de calidad. Si estamos profundamente convencidos de que la clave de un servicio de calidad es contribuir al empoderamiento de las personas, que cada acto del servicio contribuya a habilitarlas para tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva, entonces eso es lo que tenemos que indagar cuando preguntamos, no eludirlo; si no, permaneceremos acotados sólo en los aspectos estrictamente técnico-clínicos (que deben ser permanentemente revisados) o sólo en los aspectos de *marketing* (trato amable, calidez, sonrisas). Si un servicio de calidad persigue contribuir a que las personas tomen decisiones autónomas, es decir que desarrollen ciudadanía, el servicio puede mirarse a sí mismo y cuestionarse al respecto; si el servicio no tiene esa intencionalidad, difícilmente formulará preguntas al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Bianco, M., *et al.* (1998), “¿Qué servicios y para quiénes?”, en *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*, Argentina, Consejo Latinoamericano por los Derechos de las Mujeres (Cladem)-FNUAP-Foro por los Derechos Reproductivos-Fundación para Estudios e Investigación de la Mujer.
- Bruce, J. (1989), *Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework*, Population Council.
- Busto, M. A. (1994), “Problematizando el tema de la calidad de trato”, en T. Valdés y M. Busto (eds.), *Sexualidad y reproducción, hacia la construcción de derechos*, Chile, Corporación de Salud y Políticas Sociales (Corsaps).
- Camarena, Rosa María (1991), *Instituciones sociales y reproducción*, tesis de maestría en demografía, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (1994), El Cairo, Egipto, *Programa de Acción, capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva*.
- Consorcio Mujer e Instituciones Asociadas (1998), *Calidad de atención en la salud reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina. Resultados de*

la Investigación Calidad de Atención en Salud Reproductiva en Puestos y Centros de Salud Pública de Cuzco, Lima, Piura y Tarapoto, Perú.

- Cook, R. (1994), "Feminism and the four Principles", en Raanan Gillon (ed.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons Ltd., traducción al español de J. G. Figueroa.
- Cortés F., E. Menéndez y R. M. Rubalcava (1996), "Aproximaciones estadísticas y cualitativas. Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades", en C. Stern, *El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales*, The Population Council, El Colegio de México.
- Oliveira, O. de, y García B. (1986), "Encuestas ¿hasta dónde?", en R. Corona *et al.*, *Problemas metodológicos en la investigación sociodemográfica*, El Colegio de México.
- Donabedian, A. (1990), "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica", en *Perspectivas en salud pública*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) (1996), *Carta de IPPF de derechos sexuales y reproductivos*, Inglaterra, IPPF.
- y Red de Salud de la Mujer Latinoamericana y del Caribe (RSMLAC) (2000), *Manual para evaluar la calidad de atención desde una perspectiva de género*, Nueva York, IPPF.
- Foro Calidad de la Atención desde la Perspectiva de Género, "Declaración", en M. Salas (coord.) (2001), *Calidad de la atención con perspectiva de género: Aportes desde la sociedad civil*, México, SIPAM-Plaza y Valdés, pp. 47-59.
- Frenk, J., B. Zurita, K. Doneland y otros (1995), "Llamado a la reforma de la salud. Opinión pública acerca del sistema de atención en México", *Este País*, núm. 48, marzo, México, pp. 18-31.
- Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) (1995), "Llamado a la reforma de la salud. Opinión pública acerca del sistema de atención en México", *Este País*, marzo, México, pp. 18-31.
- Iriart, C., y L. Nervi (1990), "Modelo médico y técnicas de investigación social: La encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud", *Cuadernos Médico-Sociales*, Argentina, núm. 52, junio, pp. 27-35.
- Leal, G., y C. Martínez (2002), *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*, Universidad Autónoma Metropolitana, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, México (Serie Académicos CBS 43).
- Londoño, L. (s. f.), "La calidad en los servicios en el enfoque asistencial de salud", en *Seminario Enfoque de género como calidad de atención en salud*

sexual y reproductiva, Memorias, Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Regional Cali.

López, E., y L. Findling (1998), "La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿Qué se dice, a quién y cómo?", en *Trabajos del Tercer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Argentina, 12, 13 y 14 de agosto, AEPA-CEDS-CENEP.

Marques-Pereira, B., y E. Rajchenberg (1998), "Ciudadanía social y democratización: La sociedad civil frente al neoliberalismo", *Estudios Latinoamericanos*, año V, núm. 10, julio-diciembre, pp. 13-21.

Matamala, Ma. Isabel, Fanny Berlagosky, Gloria Salazar y Lorena Núñez (1995), *Calidad de la atención. Género: ¿Salud reproductiva de las mujeres?*, Chile, Colectivo Salud, Mujer y Medicina Social (Comusans)-Asociación Chilena Pro Naciones Unidas (Achnu).

Mejía, M. L. (s. f.), "La calidad en los servicios en el enfoque asistencial de salud", en *Seminario Enfoque de género como calidad de atención en salud sexual y reproductiva, Memorias*, Red Colombiana de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Regional Cali.

Menéndez, E. (1983), Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud, *Cuadernos de la Casa Chata* 86.

——— (1990), *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*, México, Alianza Editorial Mexicana.

——— (1992), "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en R. Campos (comp.), *La antropología médica en México*, tomo 1, Antologías Universitarias, México, Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana.

Reyes, H., et al. (1999), *Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género*, Investigación Operativa y Asistencia Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe (Inopal) III/Population Council, Documentos de Trabajo, núm. 29.

——— (2001), "Modelo de mejora continua de la calidad de la atención a la salud sexual y reproductiva con un enfoque de género", en M. Salas (coord.) (2001), *Calidad de la atención con perspectiva de género: Aportes desde la sociedad civil*, México, SIPAM-Plaza y Valdés, pp. 61-97.

Rojas, L., y S. Lerner (2001), *Inventario de Encuestas Nacionales sobre Salud Reproductiva: 1990-2000*, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad-El Colegio de México.

Ruelas, E. (1994), *La calidad en la cultura médica*, México, extracto de la conferencia dictada en la 1ª Reunión Nacional de Calidad de la Atención Médica del ISSSTE.

- Ruelas, E., y H. Reyes (1990), "Círculos de Calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad en la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología", *Salud Pública de México*, 32(2), pp. 207-220.
- Salas, M., y J. L. Torre (2003), *La salud sexual y reproductiva en el Distrito Federal: Un ejercicio de corresponsabilidad entre el gobierno y la sociedad civil*, México, Red por la Salud de las Mujeres del D. F.-Plaza y Valdés Editores.
- Sherwin, S. (1992), *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*, Filadelfia, Pensilvania, Temple University Press.

III. DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA Y PRÁCTICAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

EMBARAZO ADOLESCENTE Y ESTRATIFICACIÓN SOCIAL¹

CLAUDIO STERN² y CATHERINE MENKES³

INTRODUCCIÓN

Los embarazos que ocurren en la adolescencia han sido comúnmente tratados en la bibliografía especializada como si fueran un fenómeno con un significado unívoco, con causas, características y consecuencias similares. Nosotros hemos planteado e intentado mostrar que, por el contrario, se trata de un fenómeno cuyo significado e implicaciones difieren significativamente entre diversos grupos sociales (Stern, 1995 y 2005).

La evidencia que existe al respecto, sin embargo, se basa en razonamientos indirectos y, si acaso, en estudios de carácter cualitativo y no en análisis estadísticos basados en encuestas nacionales, lo que constituye el objetivo de este trabajo, en el que, partiendo de la hipótesis general de que existen diferencias significativas en la incidencia, tendencias y características del embarazo adolescente entre diversos grupos sociales, analizamos información proveniente de algunas encuestas recientes para ilustrarlo. Tomamos como base de comparación los cuatro estratos socioeconómicos definidos para el conjunto de trabajos contenidos en estos volúmenes (véase el artículo de Echarri en esta misma obra).

¹ Agradecemos los útiles comentarios y sugerencias que hicieron a una versión anterior del texto Orlandina de Oliveira, Susana Lerner y los dictaminadores que evaluaron el trabajo para su posible publicación y cuyos nombres desconecemos.

² El Colegio de México, cstern@colmex.mx

³ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Universidad Nacional Autónoma de México.

En la primera parte analizamos la incidencia y las tendencias del embarazo adolescente⁴ por estratos, mostrando cómo el fenómeno se concentra en los estratos bajos y muestra tendencias diferentes entre los estratos. En la segunda parte del trabajo analizamos algunas características asociadas al embarazo adolescente para constatar si existen o no diferencias significativas entre los estratos en relación con ellas. Las características que analizamos son: la edad a la que ocurre el embarazo; si el embarazo ocurre antes o después de haber dejado la escuela, y el estado conyugal de las mujeres que se embarazan en la adolescencia.

En la tercera parte incluimos algunas regresiones logísticas para comparar el efecto que tienen diversas variables asociadas con el embarazo adolescente y para ponderar la importancia que tiene el estrato socioeconómico.

Finalmente, hacemos una interpretación de los resultados obtenidos en función del conocimiento existente y hacemos algunas recomendaciones para avanzar en la investigación sobre este tema y para tomar en consideración la desigualdad social en las políticas y programas relacionados.

ANTECEDENTES

El tema del embarazo adolescente ha estado en la agenda de las políticas de población y de salud pública en México a partir de noviembre de 1993, cuando tuvo lugar la Reunión de Monterrey, convocada por la entonces Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud. Desde una década antes, sin embargo, se encontraba ya en la agenda de investigación de algunas instituciones como la Organización Panamericana de la Salud y el Population Council, así como en programas de algunos organismos no gubernamentales como el Centro de Orientación para los Adolescentes (Cora) y la

⁴ Somos conscientes del barbarismo que se comete al nombrar al embarazo que ocurre en la etapa denominada “adolescencia” como *embarazo adolescente*. Obviamente, no es el embarazo el que es “adolescente”, sino la mujer adolescente la que se embaraza estando en ese periodo de la vida. No obstante, optamos por utilizar la expresión *embarazo adolescente*, que ha pasado a convertirse en moneda corriente.

Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (Mexfam) (Monroy y Martínez-Manatou, 1986; Beltrán y Benet, 2001).

Desde la perspectiva demográfica y de la salud pública, el creciente interés por el tema se debe a diferentes elementos, entre los que cabe destacar: *a)* la proporción elevada y nunca antes vista de jóvenes de 15 a 19 años de edad,⁵ que en México representa uno de cada 10 habitantes y que ascendió a 10.7 millones en 2003 (Conapo, 2002); *b)* el porcentaje relativamente elevado (14%) del total de nacimientos que corresponde a las mujeres de 15 a 19 años (INEGI, 1997), y *c)* porque existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, así como una mayor morbilidad y mortalidad materno-infantil (Atkin *et al.*, 1998; Escobedo *et al.*, 1995; Moore y Rosenthal, 1993; Shlaepfer e Infante, 1996). La maternidad temprana también puede conducir a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de las madres adolescentes y de sus hijos(as) (Buvinic *et al.*, 1998; Fleiz *et al.*, 1999; Welti, 2000), aunque al respecto existe poca evidencia en nuestro país. Además, la preocupación sobre estos embarazos se acrecienta debido a que una parte importante de ellos (las estimaciones varían entre el 40 y el 60%) (Zúñiga *et al.*, 2000; Menkes y Suárez, 2005) son inesperados⁶ y a que una cierta proporción, cuyo monto se desconoce, termina en abortos⁷ que en

⁵ Desde una perspectiva sociodemográfica se ha definido en nuestro país como embarazo adolescente al que ocurre antes de los 20 años de edad y las tasas respectivas se calculan con respecto a la población femenina que tiene entre 15 y 19 años. Somos conscientes de que el concepto de adolescencia varía de acuerdo con las disciplinas que abordan este tema y de que se trata de un fenómeno social que varía a través de la historia y entre diversos grupos sociales. No obstante, dada la naturaleza de este trabajo, nos ceñimos a la definición oficial del fenómeno en nuestro país.

⁶ Estos embarazos son comúnmente denominados “embarazos no deseados”; sin embargo, dicho término se presta a mucha discusión, ya que el deseo o no de un embarazo cambia en el transcurso del mismo, dependiendo en parte de circunstancias que acompañan el proceso de embarazo, tales como el que la pareja acepte o no compartir la responsabilidad. Siguiendo la que a nuestro parecer es una tendencia a nivel internacional, preferimos utilizar el término más neutro de *embarazos inesperados*, aceptando que también puede prestarse a cierta confusión y que hace falta mayor reflexión y discusión respecto al o a los términos más apropiados.

⁷ Algunas estimaciones ubican la proporción de adolescentes que han tenido algún aborto inducido en México entre el 7 y el 11% (Núñez, 2002: 22).

muchas ocasiones se llevan a cabo en condiciones poco salubres que conducen a daños, muchas veces serios, para la salud de la madre.

Dado este creciente interés por el tema, en nuestro país la investigación al respecto se ha multiplicado en las últimas décadas.⁸ Además de una multiplicidad de estudios cualitativos, realizados por lo general con tamaños de población reducidos cuyas características varían mucho entre un estudio y otro, existen algunos análisis sobre la fecundidad adolescente realizados a partir de bases de datos que cubren ya sea la totalidad de la población del país (censos, estadísticas vitales) o muestras estadísticamente representativas de la población del mismo. Las más explotadas para este propósito han sido la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Enfes) de 1987 y las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1992 y 1997.

Algunos de los estudios realizados a partir de estas bases de datos incluyen la descripción y, en algunos casos, el análisis, de ciertas diferencias que se establecen entre sectores sociales con respecto al fenómeno que nos ocupa. Así, por ejemplo, los estudios han mostrado que la incidencia del embarazo adolescente es mayor en el medio rural que en el urbano y que se establece una relación inversa entre el nivel de escolaridad y la incidencia del embarazo en la adolescencia (Welti, 1992 y 2000; González, 1998; Zúñiga *et al.*, 2000; Menkes y Suárez, 2003; Menkes *et al.*, 2004).

No obstante, hasta donde es de nuestro conocimiento, no se han realizado estudios que exploren de manera sistemática las semejanzas y diferencias que se dan entre individuos pertenecientes a distintos grupos, estratos o clases sociales en torno del embarazo adolescente. Nosotros pensamos que una de las principales dimensiones de la desigualdad social que puede subyacer a posibles diferencias del fenómeno del embarazo adolescente entre diversos grupos sociales es el nivel socioeconómico de la familia a la que pertenecen los jóvenes, ya que dicho nivel socioeconómico se traduce en que éstos tengan oportunidades desiguales frente al mundo en que viven. Para dar sólo un ejemplo, las oportunidades que tiene una joven que pertenece a la clase alta de completar un nivel

⁸ Para una revisión de la investigación realizada hasta 1999 puede consultarse Rodríguez (2000).

elevado de escolaridad son muchísimo mayores que las que tiene una joven de clase baja, y diversos estudios han mostrado la estrecha relación que existe entre el nivel de escolaridad de las mujeres y el hecho de que se conviertan o no en madres durante la adolescencia (entre otros, puede consultarse Welti, 2000: 58, cuadro 7).

En función de estos antecedentes, en este estudio nos proponemos explorar y explotar la información que ofrecen algunas encuestas recientes para analizar sistemáticamente las semejanzas y diferencias que se dan entre los diversos estratos de la población mexicana.

METODOLOGÍA

Encuestas utilizadas

Las encuestas que hemos seleccionado para ilustrar y analizar las diferencias del embarazo adolescente entre estratos son: la Enadid de 1992 y 1997, la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) de 2000 y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar) de 2003. Las dos primeras tienen la ventaja de incluir historias completas de embarazos. La mayor desventaja de las cuatro encuestas, para nuestros propósitos, es que la cantidad de adolescentes embarazadas que incluyen las muestras, particularmente de adolescentes del estrato social alto, es relativamente reducida. Así, en la Enadid de 1997, por ejemplo, si bien contamos con 32 258 casos de mujeres de 15 a 24 años de edad, únicamente se embarazaron en la adolescencia 7 246 mujeres y exclusivamente 177 pertenecen al estrato alto. En la ENJ, por su parte, se entrevistó a 15 198 mujeres de 15 a 24 años, de las cuales 3 265 se embarazaron en la adolescencia y 196 pertenecen al estrato alto. Dicha encuesta estuvo dirigida exclusivamente a captar información sobre la población joven (de 12 a 29 años de edad), tanto de hombres como de mujeres, por lo que explora diversos aspectos de interés para nuestros propósitos que rebasan la información que contienen las encuestas sociodemográficas como las Enadid. Finalmente, la Ensar de 2003 cuenta con 7 124 mujeres de 15 a 24 años, de las cuales 1 799 se embarazaron en la adolescencia y únicamente 16 pertenecen al estrato alto.

Cabe aclarar que todas las encuestas mencionadas son representativas en el ámbito nacional y que, por tanto, los porcentajes que presentamos se encuentran ponderados.

Somos conscientes de las limitaciones que tienen las encuestas para adentrarse en el análisis detallado y profundo de fenómenos como el que nos interesa, a saber, las relaciones entre la desigualdad social y el embarazo adolescente. En los apartados siguientes, además de definir a la población bajo estudio y de describir las variables consideradas, mencionaremos algunas de las limitaciones con las que nos encontramos y que pueden afectar en alguna medida los resultados del análisis realizado.

Población considerada

Decidimos definir como la población base para el análisis (adolescentes embarazadas) a las mujeres que en el momento de las respectivas encuestas declararon tener entre 15 y 24 años de edad y haber tenido un embarazo antes de los 20 años. Por tanto, hay que tomar en cuenta que las mujeres que tenían al momento de la encuesta entre 15 y 19 años todavía pudieron haberse embarazado antes de los 20 años. Por otra parte, dado que las encuestas sociodemográficas (en nuestro caso las Enadid) sólo incluyen, en los temas relacionados con la reproducción, a mujeres de 15 años o más —usualmente hasta los 49 años de edad—, se encuentra excluida de la muestra una cierta proporción de mujeres adolescentes que pudieron haberse embarazado antes de los 15 años de edad, que representan montos muy pequeños. Sin embargo, como en las encuestas se pregunta por la edad al primer embarazo, aquellas mujeres de 15 a 24 años de edad que se embarazaron antes de los 15 años sí están en las muestras correspondientes y se encuentran incluidas en los análisis. Esto es, de manera retrospectiva sí es posible determinar la edad al primer embarazo, pero hay que tomar en cuenta que únicamente se le aplica el cuestionario a mujeres a partir de los 15 años de edad.

No hemos incluido a mujeres mayores de 24 años de edad al momento de la encuesta que pudieran haberse embarazado antes de los 20 años de edad debido a las grandes diferencias que existen

entre generaciones en nuestro país con respecto a los fenómenos reproductivos. Limitarse a lo que ocurre entre las mujeres jóvenes permite acercarse mejor a los fenómenos contemporáneos que si hubiéramos incluido a las generaciones de mujeres mayores, en cuyo caso estaríamos mezclando fenómenos que reflejan contextos históricos muy diversos. No es lo mismo vivir la adolescencia hoy en día que hace 30 o 40 años.

Por otra parte, hay que señalar que pueden existir problemas de omisión en la declaración de los embarazos adolescentes y de la fecundidad adolescente, en especial en lo que se refiere a las mujeres solteras, debido a su temor a ser estigmatizadas por tener relaciones sexuales fuera del matrimonio. También se debe tomar en cuenta que la subdeclaración puede ser diferencial en los distintos estratos socioeconómicos.

Estrato de pertenencia

Lo ideal sería contar en todos los casos con el estrato al que pertenece la familia de origen del o de la adolescente, ya que el supuesto que se maneja es que el nivel de vida del hogar en el que creció la adolescente es uno de los principales factores relacionados con las probabilidades de un embarazo temprano y con las características que éste asume. Sin embargo, en las encuestas lo que se registra es el hogar donde vive la mujer entrevistada en el momento de la encuesta. Dado que una parte de las mujeres que se han embarazado alguna vez antes de los 20 años de edad —que son motivo de nuestro análisis— ya no se encuentran viviendo en el hogar de su familia de origen, lo que tenemos como estrato de pertenencia es una mezcla de hogares de familias de origen y de familias de procreación. No creemos que este hecho afecte mucho el análisis, ya que es sabido que es poco frecuente que un joven o una joven de estas edades cambie de estrato de pertenencia al salir del hogar de su familia de origen. Si acaso, es posible que algunos de estos jóvenes, en particular de los que pertenecen al estrato medio y, sobre todo, al estrato bajo, pasen a formar parte, cuando menos por algún tiempo, del estrato inmediatamente inferior al de su familia de origen, ya que en ocasiones se van a vivir con su pareja en hogares más precarios

que aquellos de los que provienen —quizá en viviendas más rudimentarias, con menos servicios y con menores ingresos por estar comenzando su trayectoria ocupacional— pero, insistimos, no creemos que esta limitación afecte en gran medida nuestros análisis.

RESULTADOS

Tomando en consideración las limitaciones arriba enunciadas, a continuación describimos y analizamos la información proveniente de las encuestas mencionadas, primeramente en relación con la incidencia y las tendencias del embarazo adolescente, en segundo lugar en función de algunas de las características que asumen dichos embarazos entre los estratos y, por último, en términos de la influencia que tienen algunos de los factores analizados sobre el hecho de que ocurran o no embarazos en la adolescencia entre las jóvenes motivo de este artículo.

Incidencia y tendencias del embarazo adolescente por estratos

Prácticamente todos los estudios en los que se han analizado las tendencias del embarazo adolescente en México (Welti, 2000; Zúñiga *et al.*, 2000; Menkes y Suárez, 2003) han tomado como indicador las tasas específicas de *fecundidad* de las mujeres de 15 a 19 años de edad y muestran que dichas tasas han disminuido sistemáticamente en los últimos lustros, cuando menos a partir del quinquenio 1973-1977. La disminución entre 1978 y 1996 corresponde aproximadamente a 40%.⁹ La interpretación que puede hacerse sobre la importancia y la velocidad con la que dicha tasa ha disminuido difiere: mientras que Welti (2000: 47) considera a la disminución como ligera, al compararla con la disminución que ha tenido lugar en otros grupos etáreos, otros consideramos que ha sido considera-

⁹ La estimación varía, en función de la manera en que los autores calcularon las tasas de fecundidad, entre 39%, calculado a partir de los datos que presenta Welti (2000: 50, cuadro 3), y 45%, calculado a partir de los datos que presentan Menkes *et al.* (2004: 114).

ble, particularmente tomando en cuenta que la edad promedio de la unión¹⁰ ha sido tradicionalmente y sigue siendo bastante temprana en el país (alrededor de los 20 años, lo cual implica que una proporción significativa se une antes de dicha edad) (Quilodrán, 1991: 23), y que la norma entre los sectores mayoritarios de la población prescribe buscar el embarazo inmediatamente después de la unión. No resulta sorprendente, por lo tanto, que la fecundidad disminuya más lentamente entre las mujeres jóvenes que entre las mayores.¹¹

Por otra parte, es importante señalar que no es lo mismo trabajar con tasas de *fecundidad* que con tasas de *embarazo*, lo cual resulta obvio pero que pocas veces ha sido tomado en cuenta por los analistas de este fenómeno en nuestro país,¹² probablemente porque el interés se ha centrado hasta ahora en la maternidad temprana y en la población en general y no en el embarazo mismo y en las diferencias entre diversos grupos. El supuesto subyacente al considerar prácticamente como sinónimos a las tasas de fecundidad y a las de embarazo posiblemente descansa en asumir que los niveles y tendencias de ambos fenómenos son similares y que las “pérdidas” que ocurren en las mujeres de este grupo de edad (la suma de mortinatos, abortos espontáneos y abortos inducidos) son poco significativas y que su proporción sobre los embarazos ha sido más o menos constante a lo largo de los periodos considerados,¹³ así como similar entre los diversos grupos de la población. No entraremos aquí a discutir estos supuestos.¹⁴

¹⁰ Por “unión” entendemos en este trabajo tanto al matrimonio como a la unión libre.

¹¹ Es importante señalar que la tasa de fecundidad de las mujeres de 20 a 24 años no ha disminuido tampoco al ritmo que lo ha hecho la tasa de fecundidad de mujeres mayores, por las mismas razones mencionadas.

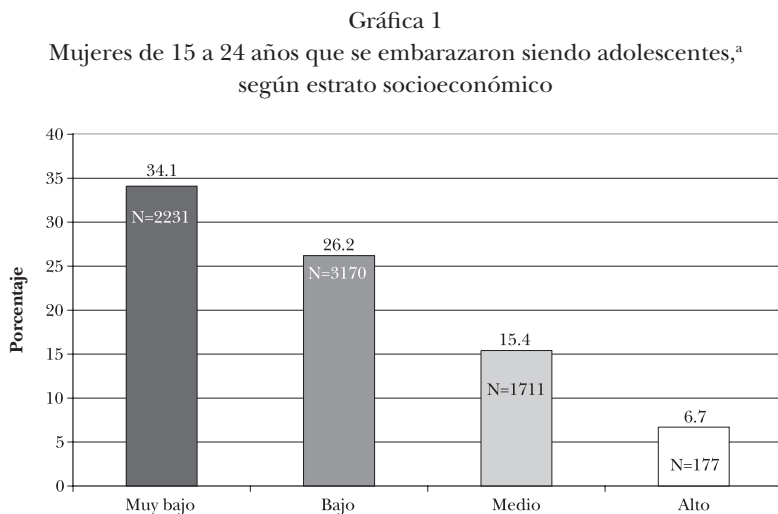
¹² Hasta donde es de nuestro conocimiento, los primeros trabajos que analizan este fenómeno a partir de las tasas de embarazo, ya sea conjuntamente con las de fecundidad o en vez de ellas, son el de González (1998) y el de Menkes *et al.* (2004).

¹³ El trabajo de González (1998: 63) incluye un análisis de las tendencias diferenciales entre las tasas de embarazo, las de pérdidas y las de fecundidad, donde puede apreciarse que no son tan similares como se presupone.

¹⁴ Lo que sí queremos destacar es que uno de nuestros intereses es precisamente indagar si los diferenciales que se dan entre las tasas de embarazo y las de fecundidad varían o no por estrato social. Interesa destacar el hecho de que aparentemente

Incidencia

Centremos ahora nuestra atención en la relación entre la incidencia del embarazo adolescente y la estratificación. Como puede observarse en la gráfica 1, para la cual se toman como base los datos de la Enadid de 1997, la relación es claramente inversa: la incidencia del embarazo adolescente es mayor entre más bajo sea el estrato, y las diferencias entre estratos son muy grandes: mientras que la proporción de mujeres de 15 a 24 años que se embarazaron antes de los 20 años es de 34.1% en el estrato muy bajo, dicha proporción es de sólo 6.7% en el estrato alto.



Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

te los abortos inducidos entre las adolescentes son significativamente más frecuentes en los estratos medios y altos que en los bajos, lo cual ha sido documentado tanto en estudios cualitativos (Stern, 2005) como cuantitativos (Menkes y Suárez, 2005). No obstante, hacen falta estudios más específicos al respecto.

En otras palabras, como lo hemos sugerido en otros trabajos (Stern, 1997), cuando hablamos de embarazo adolescente estamos realmente hablando de un fenómeno que tiende a concentrarse en los sectores pobres de nuestra población.

Tendencias

Otra pregunta de gran importancia, tanto en términos de conocimiento como de política pública, se refiere a la tendencia que ha seguido el embarazo adolescente en los últimos lustros; ¿es ésta similar para los distintos estratos o, por el contrario, difiere entre ellos?

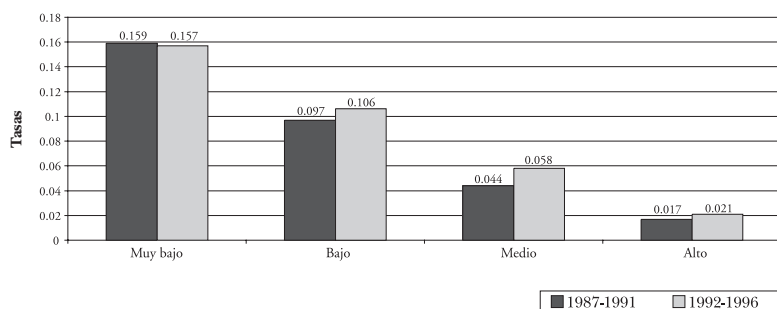
Como puede apreciarse en la gráfica 2, en la que se comparan las tasas quinquenales de embarazo de las adolescentes por estratos, en los dos lustros consecutivos que comprenden de 1987 a 1996,¹⁵ la tendencia difiere entre los estratos: en el estrato muy bajo las tasas permanecieron prácticamente estables durante el periodo considerado, mientras que en los demás estratos tuvieron un leve incremento entre ambos lustros (1987-1991/1992-1996). Este incremento fue más pronunciado en términos relativos en los estratos medio y alto que el que tuvo lugar en el estrato bajo.¹⁶ Más adelante, en la sección correspondiente, intentaremos una interpretación de las razones que podrían subyacer a estas probables tendencias.

¹⁵ Se trata del promedio de las tasas de los embarazos que ocurrieron en los cinco años anteriores a las encuestas correspondientes. No incorporamos datos más recientes, correspondientes al quinquenio 1997-2001, que calculamos a partir de la Ensay de 2003, en función de que el número de casos pertenecientes al estrato alto captados en dicha encuesta es menor a 30, lo que impide cualquier cálculo con respecto a la tasa de embarazos en dicho estrato.

¹⁶ Habrá que confirmar las tendencias aquí reportadas con otra información, si es que ello es posible, ya que el número de casos en que se basa el cálculo de las tasas de embarazo, en particular de las que corresponden al estrato alto, es bastante pequeño, lo que deriva en cierta incertidumbre en relación con la confiabilidad de las diferencias encontradas.

Gráfica 2

Tasas^a de embarazo adolescente de las mujeres que se embarazaron de 15 a 19 años de edad, según estrato socioeconómico



^a Tasas quinquenales.

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1992.

Características del embarazo adolescente por estratos

Una vez constatada nuestra hipótesis inicial en cuanto se refiere a la existencia de diferencias entre los estratos de la población en la incidencia y las tendencias del embarazo adolescente, exploraremos en esta sección si también difieren o no algunas de las características que asumen dichos embarazos en los diferentes estratos. Analizaremos primeramente la edad a la que se embarazaron las adolescentes; enseguida, si las jóvenes se encontraban o no estudiando cuando ocurrió el embarazo y, por último el estado conyugal que tenían cuando se embarazaron.

Edad a la que ocurre el embarazo

Las edades que abarca el embarazo adolescente no tienen las mismas implicaciones, ni en términos sociofamiliares ni en ámbitos como el de la salud. Aunque la concepción que se tenga de lo que constituye un embarazo o una maternidad “tempranos” varía por sector socioeconómico, obviamente no es lo mismo embarazarse y ser madre antes

de los 15 años que a los 18 o 19. Más aún, en los sectores mayoritarios del país, que no tienen la oportunidad de una escolaridad prolongada, una unión, embarazo, o parto a los 18 o 19 años no es considerado como “premature” o “demasiado temprano” (Stern, 2005).

Por otra parte, las consecuencias para la salud de la madre y del niño(a) que pudiera tener un embarazo adolescente no son las mismas antes de los 15 o 16 años, cuando el desarrollo biológico y fisiológico de muchas mujeres es aún incompleto, que a los 18 o 19, cuando en la mayor parte de los casos dicho desarrollo, para los fines de un embarazo y parto, prácticamente se ha completado.¹⁷

Así pues, para valorar distintos aspectos relacionados con el embarazo adolescente, es importante saber a qué edad ocurren los embarazos y, para los propósitos de este trabajo, averiguar si hay diferencias significativas al respecto entre los diversos estratos.

Cuadro 1
Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 24 años
que se embarazaron en la adolescencia, según la edad
a la que se embarazaron y estrato socioeconómico

<i>Estrato socioeconómico</i>	<i>Edad</i>						<i>Total</i>
	<i>12 a 14</i>	<i>15</i>	<i>16</i>	<i>17</i>	<i>18</i>	<i>19</i>	
Muy bajo	9.3% N=201	14.8% N=318	19.0% N=444	21.6% N=507	19.6% N=436	15.7% N=352	100.0% N=2231
Bajo	4.6% N=142	10.7% N=316	18.1% N=569	22.5% N=753	22.8% N=752	21.3% N=638	100.0% N=3170
Medio	2.4% N=48	8.2% N=137	15.0% N=257	23.2% N=404	27.9% N=442	23.3% N=423	100.0% N=1711
Alto	0.9% N=3	3.0% N=10	10.2% N=23	26.7% N=38	31.4% N=49	27.8% N=53	100.0% N=176

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

¹⁷ Algunos autores (por ejemplo Toro, 1992) muestran, a partir de estudios clínicos, que no hay diferencias significativas en los riesgos para la salud del recién

Como se puede apreciar en el cuadro 1, la mayor parte de los embarazos —entre el 56.9% en el caso del estrato muy bajo y el 85.9% en el estrato alto— tiende a ocurrir entre los 17 y 19 años, y ello es así para todos y cada uno de los estratos. No obstante, pueden apreciarse también diferencias importantes en la distribución por edad de los embarazos que ocurren entre las adolescentes de cada estrato, dándose una tendencia a que los embarazos ocurran más temprano en los estratos bajos que en el medio y el alto. En el estrato muy bajo, por ejemplo, el 24.1% de los embarazos ocurre antes de los 16 años, porcentaje que se reduce en más de seis veces (3.9%) para el estrato alto.

Más adelante, en la sección correspondiente, abordaremos la interpretación y las implicaciones que tienen estos resultados.

Embarazo adolescente y deserción escolar

El supuesto de que el embarazo en la adolescencia es un factor importante de deserción escolar y que, en consecuencia, tiene efectos deletéreos no sólo para el futuro de la joven y de su familia, sino para la sociedad en su conjunto, al contribuir al bajo nivel educativo de la población y a la poca capacitación para el trabajo, se encuentra muy generalizado, no sólo entre la población en general, sino también en el ámbito académico y político. Tanto es así, que es uno de los supuestos en los que se apoya la mayor parte de los programas dirigidos a disminuir el embarazo adolescente. Stern (1997) ha venido insistiendo en que este supuesto, basado en lo que ocurre en los Estados Unidos, donde la mayor parte de los embarazos que ocurre entre las adolescentes tiene lugar entre jóvenes que están estudiando, no es válido para la realidad mexicana actual, cuan-

nado entre las mujeres menores de 15 años, las que tienen entre 16 y 17 años, y las que tienen entre 18 y 39 años cuando tienen a su bebé. No obstante, varios autores han mostrado que a nivel poblacional sí se muestran diferencias estadísticamente significativas, incrementándose los riesgos de mortalidad materna e infantil y el bajo peso al nacer de los bebés, entre las mujeres que se embarazan entre los 15 y los 19 años, en comparación con los de mujeres de grupos de edad mayores de 20 años y menores de 35 (Welti, 2000, cuadro 33; Zúñiga *et al.*, 2000: 22). Se requiere mayor investigación al respecto para dilucidar esta cuestión.

do menos no para la mayor parte de los embarazos adolescentes. A partir de ello, Menkes *et al.* (2004) analizaron los datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Enaplaf) de 1995, mostrando que la gran mayoría de las adolescentes embarazadas ya había dejado la escuela antes de embarazarse.

Sin embargo, subsiste una discusión con respecto a la relación causal entre los eventos “embarazo” y “término de la escolarización”.¹⁸ Si podemos averiguar cuál antecede a cuál, podríamos contribuir a esclarecer la dirección causal y, además, para el interés particular de este trabajo, podríamos ver si la relación entre ambos fenómenos se da de manera similar o diferente entre los diversos estratos de la población.

Para ello decidimos analizar la información proporcionada por la ENJ de 2000, y complementarla con información proveniente de la Ensar de 2003.

En el caso de la ENJ de 2000, nos encontramos con la limitación de que, tanto en el caso del embarazo como en el del año en que se dejó la escuela, se cuenta con la información sobre el año calendario en el que ocurrió el acontecimiento, pero no sobre el mes en el que éste ocurrió. Cuando se trata de años diferentes no hay problema, ya que podemos identificar el acontecimiento que ocurrió antes en el tiempo, pero no así cuando ambos ocurrieron en el mismo año, en cuyo caso no podemos saber cuál de ellos ocurrió primero. Hemos optado por considerar que cuando ocurrieron estos dos acontecimientos en el mismo año, sí dejaron de estudiar después de embarazarse. Es decir, hemos incluido estos casos en la hipótesis contraria a la nuestra, ya que lo que queremos mostrar es que la mayoría de estas mujeres había dejado la escuela antes de su primer embarazo.¹⁹

Como puede apreciarse claramente en la gráfica 3, más de cuatro quintas partes de las adolescentes de los estratos muy bajo, bajo y

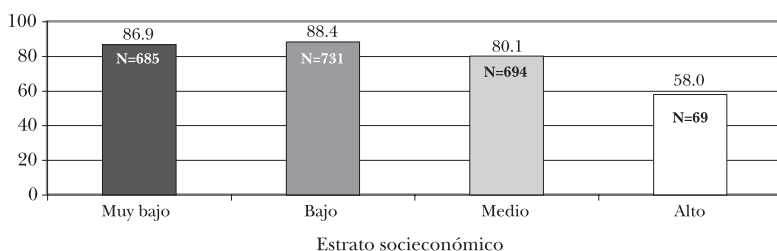
¹⁸ Véase, por ejemplo, el trabajo de Palma (2003), en el cual plantea dudas acerca de la relación causal entre ambos fenómenos.

¹⁹ Vale la pena señalar que coinciden el año en el que ocurrió el embarazo y aquel en el que dejó la escuela en un 14.9% de los casos, y que si incluyéramos dichos casos en el porcentaje de mujeres que dejó la escuela antes de embarazarse, éste se elevaría a cerca de 92 puntos.

medio se embarazaron después de haber dejado la escuela. Sin duda alguna, esta información permite desechar la idea de que el embarazo adolescente sea actualmente una causa importante de la deserción escolar en México, cuando menos en términos generalizados.

Gráfica 3

Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años de edad que se embarazaron siendo adolescentes y que ya habían dejado la escuela antes del embarazo, según estrato socioeconómico



Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

En dicho sentido, en la gráfica también puede observarse que en el estrato alto la proporción de adolescentes que se embarazó antes de dejar de estudiar es bastante mayor que en los otros estratos (42%).

Una asignatura pendiente es ver qué proporción sigue estudiando y qué proporción abandona sus estudios, aunque, de acuerdo con la información de la propia ENJ de 2000, la proporción de adolescentes, de cualquiera de los estratos, que dice haber abandonado sus estudios por causa de un embarazo es muy baja, tal como puede apreciarse en el cuadro 2.

El porcentaje que dice haber abandonado los estudios por matrimonio, que en algunos casos, pensamos, podría implicar un embarazo previo, es bastante mayor, pero en ningún caso de una magnitud tal que permita pensar que es una de las principales razones para abandonar los estudios.

Si tomamos en cuenta los datos más recientes calculados a partir de la Ensar de 2003, única encuesta en la que se ha preguntado

Cuadro 2
Motivos de deserción escolar de las jóvenes de 15 a 24 años por estrato socioeconómico

<i>Motivos</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
No tenía recursos	29.6% N=625	30.3% N=714	21.1% N=681	7.7% N=61	24.5% N=2081
Ya no me gustaba estudiar	27.1% N=590	23.2% N=608	20.6% N=746	13.9% N=114	22.3% N=2058
Tenía que trabajar	5.7% N=127	10.7% N=315	15.8% N=514	14.3% N=92	11.8% N=1049
Embarazo	1.1% N=27	1.0% N=29	2.4% N=89	3.0% N=27	1.7% N=172
Matrimonio	13.9% N=315	15.5% N=362	13.4% N=498	13.8% N=97	14.1% N=1272
Otros	22.6% N=516	19.3% N=567	26.7% N=984	47.3% N=338	25.6% N=2407

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la ENJ de 2000.

directamente si la mujer estudiaba al momento de su primer embarazo y si dejó la escuela a causa del mismo, se confirma lo expuesto hasta ahora; es decir, la gran mayoría (77.6%) de las mujeres embarazadas en la adolescencia ya había dejado de estudiar al momento de embarazarse por primera vez. Nuevamente, encontramos diferencias importantes por estrato socioeconómico, ya que mientras el 85.9% en el estrato más bajo ya había abandonado los estudios cuando se embarazó, únicamente el 43.6% del estrato alto lo había hecho (véase el cuadro 3).

Si nos referimos exclusivamente a las mujeres que se encontraban estudiando cuando se embarazaron por primera vez, casi el 60% declaró haber dejado los estudios por el embarazo (lo que corresponde al 13.2% de las mujeres de 15 a 24 años embarazadas en la adolescencia). Por tanto, si bien la mayoría de las mujeres vivieron su primer embarazo ya habiendo abandonado la escuela, de todas formas el embarazo temprano parece seguir siendo un factor

Cuadro 3
Mujeres de 15 a 24 años embarazadas en la adolescencia,
según si se encontraban estudiando al momento del primer embarazo,
por estrato socioeconómico

<i>Estrato socioeconómico</i>	<i>Sí estudiaba</i>	<i>No estudiaba</i>	<i>Total</i>
Muy bajo	14.1% N=130	85.9% N=1079	100.0% N=1209
Bajo	33.5% N=107	66.5% N=357	100.0% N=464
Medio	36.1% N=42	63.9% N=60	100.0% N=102
Alto	56.4% N=10	43.6% N=6	100.0% N=16
Total	22.4% N=289	77.6% N=1502	100.0% N=1791

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Ensar de 2003.

de deserción escolar para las pocas mujeres embarazadas que se encontraban estudiando (véase el cuadro 4). En este caso, las diferencias por estratos no siguen una tendencia ascendente sistemática, aun cuando sobresale el elevado porcentaje de deserción por embarazo en el estrato alto (77.6% de las que se encontraban estudiando).

En resumen, la gran mayoría de las adolescentes que se embarazó ya había dejado de estudiar cuando se embarazó; sin embargo, entre las jóvenes que se encontraban estudiando cuando se embarazaron, una proporción muy importante abandonó la escuela a causa del embarazo.²⁰

Estado conyugal cuando ocurrió el primer embarazo

El embarazo adolescente puede ser considerado cualitativamente distinto dependiendo del estado conyugal de la joven al momento

²⁰ Welti (2005) llega a la misma conclusión (cf. pp. 171-172).

Cuadro 4

Mujeres de 15 a 24 años que se embarazaron en la adolescencia, se encontraban estudiando al primer embarazo y dejaron de estudiar por el embarazo, según estrato socioeconómico

<i>Estrato socioeconómico</i>	<i>Sí dejó de estudiar por embarazo</i>
Muy bajo	55.0% N=85
Bajo	65.1% N=76
Medio	38.1% N=20
Alto	77.6% N=5
Total	59.3% N=186

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Ensar de 2003.

del embarazo. En general, se considera un evento no planeado en el caso de las mujeres solteras, mientras que en el caso de las mujeres unidas o casadas se piensa que se trata de algo esperado (aun cuando en muchos casos se trata de un hecho que ocurre sin haberlo propiamente planeado).

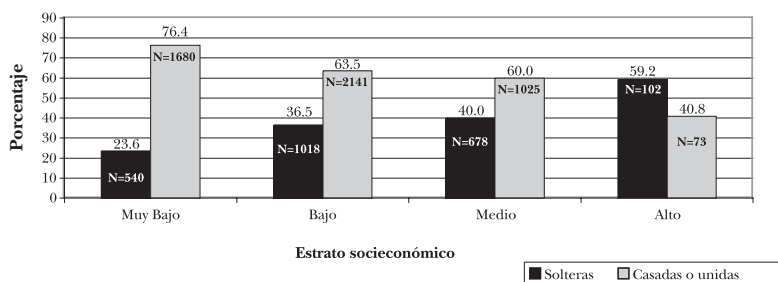
Cuando pensamos en el embarazo adolescente tendemos a pensar en embarazos de mujeres solteras, y de ahí deriva en parte que asociemos este fenómeno con algo problemático, ya que la norma social arraigada en nuestro país prescribe que los embarazos deben tener lugar en el seno de una unión o matrimonio. No obstante, el análisis de diversas encuestas muestra claramente que en México la mayor parte de los embarazos adolescentes tiende a ocurrir entre mujeres unidas o casadas (Welti, 2000; Menkes *et al.*, 2004).²¹

²¹ No queremos implicar que el embarazo de una mujer adolescente unida lo exima de su posible carácter “problemático”, particularmente si éste ocurre a edades tempranas. Por otra parte, podría pensarse que sería deseable que todas las jóvenes tuvieran la oportunidad de vivir su adolescencia sin ser madres, como una etapa de preparación para la adultez, pero no nos parece adecuado definir al fenómeno

Sin embargo, la situación podría variar de acuerdo con el sector social al que se pertenezca, por lo que decidimos explorarla. En la medida en que la Enadid de 1997 cuenta con una historia de embarazos y una historia de uniones, es posible determinar el estado conyugal en el mes en que se embarazó la mujer por primera vez en la adolescencia.

Gráfica 4

Estado conyugal de las mujeres de 15 a 24 años de edad que se embarazaron siendo adolescentes, cuando ocurrió el embarazo, según estrato socioeconómico



Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

Como puede observarse en la gráfica 4, hay diferencias importantes en la distribución por estado conyugal de las adolescentes que se embarazan. En los tres primeros estratos —muy bajo, bajo y medio— es mayor la proporción de embarazos que ocurren entre las mujeres unidas que entre las solteras, y la proporción de embarazos que ocurre entre estas últimas aumenta sistemáticamente entre dichos estratos, de 23.6% en el muy bajo a 40% en el medio. Sin embargo, la diferencia más notable se manifiesta entre los estratos mencionados y el estrato alto, en el que cerca de 60% de los embarazos parecen ocurrir entre jóvenes solteras.²² Este hecho es impor-

como “problemático” poniéndolo en relación con lo que serían únicamente buenos deseos, dada la realidad socioeconómica de nuestro país.

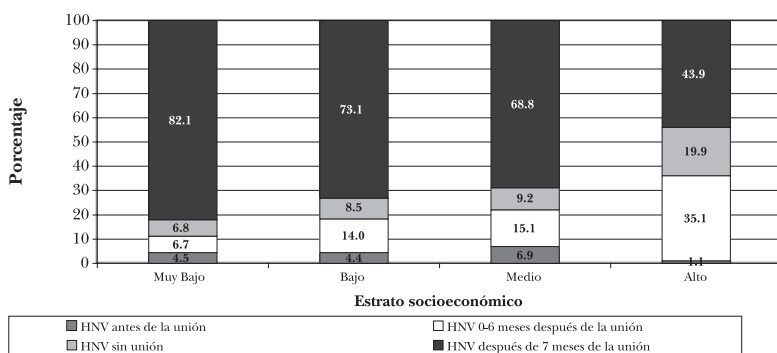
²² De ahí probablemente la gran preocupación que se refleja públicamente en relación con el fenómeno que analizamos, ya que es común que lo que las socieda-

tante para los programas y políticas públicas, como lo indicamos más adelante.

Podemos obtener una mirada complementaria y posiblemente más fiel de este fenómeno si observamos la fecha en que ocurrieron los primeros nacimientos que tuvieron lugar en la adolescencia en función de la fecha de la unión, si es que la hubo.

Gráfica 5

Mujeres de 15 a 24 años que fueron madres en la adolescencia, según fecha de unión y por estrato socioeconómico



Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

Como puede apreciarse en la gráfica 5, los datos confirman que hay diferencias importantes entre los estratos en términos del estado conyugal que tenían las jóvenes cuando ocurrió el primer nacimiento. La proporción de mujeres que tuvieron a su primer hijo(a) siete meses o más después de haberse unido o casado disminuye conforme sea más elevado el nivel socioeconómico del estrato, mientras que la proporción que tuvo a su primer hijo(a) entre cero y seis meses después de la unión, se incrementa conforme más elevado es dicho estrato.²³

des consideran como problemático derive de la manera como es percibido por los sectores medios y altos.

²³ Hacemos el corte en los siete meses y no en los nueve para incluir aquellos embarazos que pudieran haber llegado a término prematuramente, entre el sépti-

La mayor diferencia se da entre el estrato alto y los otros tres: mientras en el estrato muy bajo más de cuatro quintas partes (82.1%) de las mujeres que se embarazaron siendo adolescentes y cuyo embarazo llegó a término con un hijo(a) vivo(a), tuvieron a su hijo(a) después de los siete meses de unión, dicho porcentaje se reduce a menos de la mitad (43.9%) en el caso de las mujeres del estrato alto.

Queda muy claro que en los estratos más bajos existe una mayor tendencia a unirse y después embarazarse. Por el contrario, en el estrato más alto existe un porcentaje importante de hijos que nacen antes de los siete meses de unión, por lo que es muy factible pensar que se trata de embarazos no previstos y, en muchos casos, de uniones que ocurren a raíz del embarazo.

Al parecer en los estratos bajos el embarazo forma parte de una trayectoria de vida (unión temprana y después embarazo), mientras que en el estrato alto responde a factores diferentes, cuya naturaleza habría que esclarecer. Al respecto, vale la pena notar también que en los estratos altos hay un porcentaje mayor de jóvenes sin unión, o de madres solteras, que en el estrato muy bajo (20% en el primero y 6.8% en el segundo).

El estrato socioeconómico como factor explicativo del embarazo adolescente

Hasta ahora creemos haber mostrado la importancia que tiene el estrato socioeconómico para profundizar en el conocimiento del fenómeno del embarazo adolescente, pero pensamos que sería importante también explorar el efecto relativo que tiene el estrato como factor explicativo o “determinante” de la ocurrencia o no de dichos embarazos.

mo y el noveno mes, aunque estamos conscientes de que al hacerlo estamos incluyendo entre las mujeres que supuestamente se embarazaron estando unidas a aquellas que pudieron haberse embarazado antes de la unión y haberse unido en el transcurso de los primeros dos meses del embarazo. En ese sentido, nuestros cálculos son probablemente conservadores con respecto a los embarazos que ocurrieron antes de la unión.

Una de las técnicas que permiten realizar dicha exploración es la regresión logística, que lleva a la elaboración de modelos estadísticos que permiten evaluar el efecto que tienen diversas variables independientes sobre una variable dependiente, en este caso la ocurrencia o no de embarazos adolescentes. Una de las grandes ventajas de esta técnica es que puede calcularse el efecto que tiene cada una de las variables, controlando simultáneamente el de todas las demás variables que entran en el modelo. Para ejemplificar: hemos visto a lo largo del trabajo que, además del estrato socioeconómico, la edad que tienen las adolescentes cuando se embarazan y su estado conyugal al momento del embarazo son variables importantes para “predecir” si se embarazan o no. Sin embargo, como estas características varían por estratos, no sabemos qué tanto las diferencias se deben al estrato, a la edad, o al estado civil. Para saberlo, hay que analizar cada variable, considerando el efecto de cada una de ellas o de varias en conjunto, en la probabilidad de embarazo adolescente.

Es importante aclarar que como el principal interés con estos modelos estadísticos consiste en conocer las diferencias de la probabilidad de embarazo adolescente según el estrato socioeconómico del hogar, y que por tanto la población de estudio son las mujeres de 15 a 24 años *embarazadas o no en la adolescencia*, la edad a la que nos referimos en el modelo es la edad de la mujer en el momento de la entrevista, al igual que su nivel de escolaridad, que alude al nivel alcanzado al momento de la encuesta. El estado conyugal, por su parte, se refiere al que tenían las jóvenes cuando tenían entre 12 y 19 años.²⁴

²⁴ En las características que describimos anteriormente, nos pareció muy importante precisar qué sucede con estas características *en el momento del embarazo*, ya que nos da un panorama mucho más preciso del proceso desigual que viven las adolescentes según el estrato socioeconómico del hogar al que pertenecen, lo que nos permitió mostrar que el embarazo adolescente se da a través de procesos sociales y demográficos muy distintos según el estrato. Sin embargo, en el caso de las regresiones, como la variable dependiente se refiere a la probabilidad o no de embarazo en la adolescencia, es necesario introducir al modelo como variables independientes las características de las mujeres de 15 a 24 años, *independientemente de si se embarazaron o no en la adolescencia*, para ver la relación del estrato socioeconómico del hogar sobre la probabilidad de embarazo, controlando por las distintas características sociodemográficas de las mujeres.

Se han hecho algunas regresiones logísticas al respecto anteriormente, como por ejemplo las de González (1998) y la de Menkes *et al.* (2003), pero ninguna que conozcamos ha introducido el estrato socioeconómico como variable predictora.²⁵

En lo que sigue presentaremos el resultado de algunos modelos que elaboramos con base en la información disponible en una de las encuestas analizadas, la Enadid de 1997, tomando en consideración básicamente las variables que hemos utilizado en este trabajo, el estrato, la edad, el estado conyugal y el nivel de escolaridad, a las cuales agregamos el tamaño de la localidad en que vivía la adolescente al momento de la encuesta, ya que se sabe que es una variable que puede estar relacionada con la probabilidad de embarazo en la adolescencia.^{26,27}

Antes de presentar las regresiones logísticas, sin embargo, nos pareció importante hacer una breve descripción de las características introducidas al modelo según el estrato socioeconómico del hogar para mostrar que éste no sólo incide en el embarazo adolescente, sino también en las distintas características de las jóvenes que, a su vez, también pueden incidir en la posibilidad de un embarazo adolescente.

²⁵ No tenemos espacio para presentar y discutir en este trabajo los resultados de estas regresiones, además de que no son comparables con las que realizamos para este trabajo, cuyo eje de interés es la relación entre el embarazo adolescente y la estratificación.

²⁶ Hay que señalar que incluimos en las regresiones el nivel de escolaridad aun cuando entre los indicadores que entraron en la variable “estrato socioeconómico” se incorporó el nivel de escolaridad promedio de los miembros del hogar, incluyendo el de las mujeres consideradas en nuestro análisis. Tomamos esta decisión con base en el hecho de que los coeficientes de correlación de las variables consideradas en el modelo, incluyendo el nivel de escolaridad, son menores a .41, dentro de lo aceptable para considerar que la multicolinealidad no es un problema que pueda llevar a conclusiones equivocadas.

²⁷ Vale la pena aclarar que hay otras variables explicativas de la probabilidad de embarazo, tales como las llamadas “variables intermedias” —la lactancia, el uso de anticonceptivos y el aborto—. Sin embargo, nuestro interés en este trabajo no estriba en incluir todas las variables determinantes del embarazo para lograr explicar la mayor varianza posible del fenómeno, sino que se centra principalmente en esclarecer si el estrato socioeconómico tiene un efecto importante *manteniendo constantes las demás variables analizadas*, sobre las cuales ya mostramos que el estrato tiene un efecto.

Cuadro 5
Porcentaje de mujeres de 15 a 24 años, por estrato socioeconómico,
según características seleccionadas

<i>Variables</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Escolaridad					
Menos de secundaria	95.3	84.5	61.5	27.4	73.3
Secundaria y más	4.7	15.5	38.5	72.6	26.7
Grupos de edad actual de la joven					
15 a 17	34.1	32.2	32.2	27.9	32.1
18 a 19	19.2	20.7	19.8	20.5	20.1
20 a 24	46.7	47.1	48.0	51.6	47.8
Tamaño de localidad					
Rural	83.9	55.3	25.2	9.7	46.4
Urbano	16.1	44.7	74.8	90.3	53.6
Estado conyugal					
Unida en la adolescencia	41.4	33.1	20.5	7.5	28.0
No unida en la adolescencia	58.6	66.9	79.5	92.5	72.0

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

En el cuadro 5 se observa claramente que en los estratos más bajos encontramos un mayor porcentaje de población rural, de mujeres jóvenes sin ningún grado de secundaria y una gran proporción de mujeres unidas en la adolescencia. Las diferencias son muy notables ya que, por ejemplo, mientras en el estrato más bajo el 95.3% de las mujeres no cuenta con ningún grado de secundaria, en el estrato alto únicamente el 27.4% se encuentra en esta situación. Asimismo, en el estrato más bajo el 41.4% se unió en la adolescencia y únicamente el 7.5% del estrato más alto lo hizo en dicho periodo. En cuanto a la estructura por edad, se nota una proporción ligeramente mayor de mujeres más jóvenes en los estratos bajos y en el estrato medio que en el alto, lo que probablemente es reflejo de las tendencias demográficas de las últimas décadas, en las que el descenso de la fecundidad se dio de manera desigual.

Una vez mostrado el perfil de las jóvenes según las características introducidas a la regresión, mostraremos el resultado de las regresiones realizadas.

Jóvenes de 15 a 24 años

En la primera regresión, el universo de estudio lo constituyeron *todas las mujeres de 15 a 24 años*. Las variables independientes fueron la edad de la joven, su nivel de escolaridad, su estado civil, el tamaño de localidad y el estrato socioeconómico. Todas las variables independientes resultaron ser significativas.²⁸

Como puede apreciarse en el cuadro 6, una variable que tiene un peso muy importante es el estado conyugal. Controlando las demás variables, una adolescente unida o casada tiene 65 veces mayor riesgo de embarazarse que una soltera. Esto resulta bastante comprensible tomando en cuenta los argumentos que hemos esbozado más arriba: mientras que de una adolescente unida se espera que se embarace y tenga hijos, de una soltera se espera exactamente lo contrario. El comportamiento observado al respecto concuerda con dichas expectativas.

Puede apreciarse también que, a pesar del gran peso que tiene el estado conyugal, el estrato al que pertenece la adolescente tiene también un efecto considerable. Aun controlando por la edad de la joven, por su escolaridad, el estado conyugal y por la localidad de residencia, y tomando como referencia al estrato alto, una joven que pertenece al estrato muy bajo tiene 2.42 veces mayor riesgo de embarazarse en la adolescencia. Si pertenece al estrato bajo el riesgo es 1.81 veces mayor y si pertenece al estrato medio es 1.45 veces mayor.

Podemos ver que el efecto que tiene el lugar de residencia, tomando como referencia al contexto urbano, resultó también ser estadísticamente significativo, aunque de una magnitud relativamente baja.²⁹

²⁸ Se consideran significativas estadísticamente las diferencias iguales o mayores a $p=.05\%$.

²⁹ Ello se debe a que residir en el medio rural se asocia en nuestro país, en su mayor parte, con pertenecer a un estrato bajo o muy bajo, mientras que residir en el

Cuadro 6
Factores asociados al embarazo de mujeres de 15 a 24 años
que se embarazaron antes de los 20 años. Razón de momios
según características seleccionadas

<i>N=32 111</i>	<i>% de embarazo</i>	<i>Razón de momios crudas</i>	<i>P</i>	<i>Razón de momios ajustadas</i>	<i>P</i>
Edad de la entrevistada (grupos de edad)					
15 a 17 ^a	6.6	1.00		1.00	
18 a 19	21.6	4.04	0.000	2.79	0.000
20 a 24	32.1	6.91	0.000	3.36	0.000
Escolaridad					
Secundaria y más ^a	7.6	1.00		1.00	
Menos de secundaria	27.4	4.81	0.000	2.21	0.000
Estrado civil					
Soltera ^a	2.9	1.00		1.00	
Casada o unida	73.8	90.67	0.000	64.96	0.000
Tamaño de localidad					
Urbano ^a	18.9	1.00		1.00	
Rural	26.3	1.56	0.000	1.11	0.022
Estrato socioeconómico					
Alto ^a	6.7	1.00		1.00	
Medio	15.4	3.30	0.000	1.45	0.001
Bajo	26.2	6.32	0.000	1.81	0.000
Muy bajo	34.1	9.48	0.000	2.42	0.000

^a Grupos de referencia para la comparación.

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

Dado el peso que tiene el estado conyugal en la explicación del embarazo adolescente, decidimos explorar si las relaciones entre

medio urbano se asocia preferentemente con pertenecer a los estratos medio y alto. Por tanto, al estar relacionados el estrato y el embarazo adolescente, al controlar por el estrato prácticamente desaparece la importancia del lugar de residencia. Esto tiene importancia para estudios futuros relacionados con este tema.

las demás variables y el embarazo adolescente eran semejantes o no entre las mujeres unidas o casadas y entre las solteras. Particularmente, interesa saber si la relación ya encontrada a lo largo del trabajo entre el estrato al que pertenecen las jóvenes y el embarazo adolescente se comporta de manera similar para aquellas que se encontraban unidas y para las que eran solteras.

Jóvenes unidas en la adolescencia

En la segunda regresión el universo de estudio lo constituyeron las *mujeres de 15 a 24 años, unidas en la adolescencia*. Las variables independientes fueron la edad de la joven, su escolaridad, el estrato socioeconómico y el tamaño de localidad. En este caso, las únicas variables que resultaron estadísticamente significativas fueron el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad y la edad (véase el cuadro A del Anexo II).

Aquí nos pareció interesante traducir los resultados del modelo de regresión logística a una gráfica de probabilidad de embarazo,³⁰ ya que las probabilidades nos permiten visualizar gráficamente las tendencias y relaciones de las variables que entraron al modelo.³¹ Así, la gráfica muestra, en primer lugar, que la probabilidad de embarazo es elevada en todas las mujeres unidas, y que se incrementa de manera importante conforme aumenta la edad. Es notoria la magnitud de las probabilidades, en particular en el estrato más bajo, donde una mujer sin secundaria en el grupo de edad de 18 a 19 años tiene cerca de 80% de probabilidades de haberse embarazado si se encuentra unida (véase la gráfica 6).

³⁰ Agradecemos la colaboración de la licenciada Olga Serrano, estadística del CRIM, en el cálculo de las probabilidades y las gráficas correspondientes.

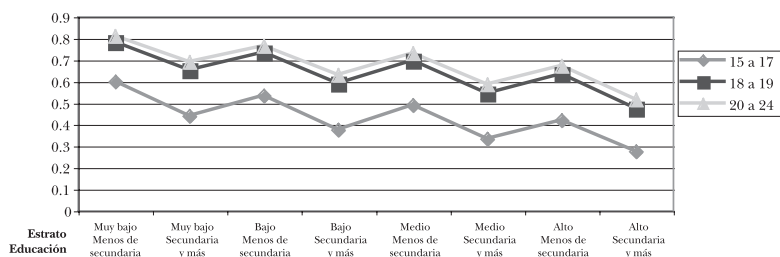
³¹ Las razones de momios arrojadas por el modelo de regresión logística únicamente muestran que existe una relación significativa, el sentido de la relación, y el peso que tiene cada categoría de una misma variable comparada con una categoría de referencia, pero no se pueden comparar las razones de momios entre distintas variables, mientras que las probabilidades permiten predecir un perfil de las mujeres que están en mayor o menor riesgo de embarazo. Una gran ventaja consiste en que las probabilidades sí se pueden comparar, además de que gráficamente se ve lo que sucede con mayor claridad.

En segundo lugar puede observarse que las diferencias en la probabilidad de embarazo se mantienen entre los distintos estratos socioeconómicos, a pesar de que se trata de mujeres alguna vez unidas. Así, la probabilidad de embarazo de una mujer unida del grupo de edad de 15 a 17 años, sin secundaria, del estrato muy bajo es de 60%, mientras que la del estrato alto con el mismo nivel de escolaridad es de 42%. Vale la pena resaltar que aun controlando por los niveles de escolaridad de las jóvenes, se observan diferencias entre los distintos estratos. Esto es importante ya que muestra que las diferencias en la probabilidad de embarazo no se deben únicamente a las divergencias entre los niveles de escolaridad que alcanzan las jóvenes según el estrato del que provienen; se observan diferencias entre los estratos socioeconómicos aun cuando las jóvenes cuenten con el mismo nivel de escolaridad; cuanto más elevado el estrato menor la probabilidad de embarazo.

Habría que hacer notar, sin embargo, que si comparamos a una mujer con escolaridad de secundaria y más del estrato más bajo con una mujer del estrato bajo sin ningún grado de secundaria, es mayor la probabilidad de embarazo en esta última. Esto es, si bien el estrato determina una mayor probabilidad de embarazo en mujeres con el mismo nivel de escolaridad, al parecer la permanencia en la escuela por lo menos hasta concluida la secundaria es un factor protector que disminuye la probabilidad de embarazo, aun en los

Gráfica 6

Probabilidad condicional de embarazo de las mujeres unidas en la adolescencia, por grupos de edad, estrato socioeconómico y escolaridad (modelo de regresión logística)



estratos más bajos.³² Por tanto, existe una interacción entre el estrato y la escolaridad: el riesgo de embarazo debido al origen social puede verse disminuido por la escolaridad, aunque esta última, a su vez, se ve afectada por el origen social.

Jóvenes solteras

En el siguiente modelo logístico nuestro universo de estudio lo constituyen las *mujeres de 15 a 24 años, solteras en la adolescencia*. Las variables independientes son la edad, la escolaridad, el tamaño de localidad y el estrato socioeconómico. En este caso, todas las variables resultaron significativas (véase el cuadro B del Anexo II).

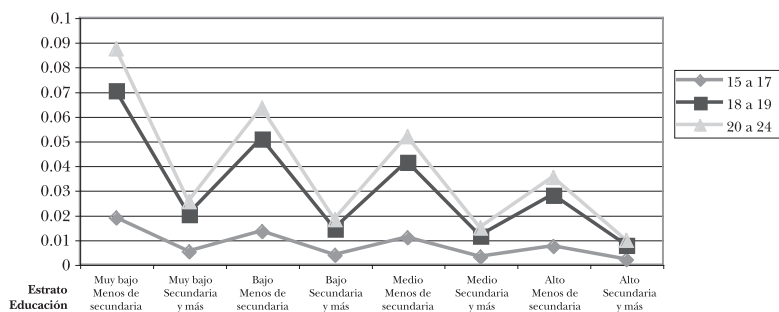
Al observar la gráfica de probabilidad condicional de embarazo entre las adolescentes solteras (gráfica 7), puede observarse que persisten las diferencias entre estratos socioeconómicos. Así, mientras que la probabilidad de embarazo de una adolescente del grupo de edad de 18 a 19 años, soltera, sin secundaria y del estrato alto es menor a 2%, la de una adolescente soltera, sin secundaria, del estrato muy bajo es de casi 7%, es decir, se multiplica en más de tres veces. Si se comparan las gráficas de probabilidades de las adolescentes unidas y de las solteras, puede observarse que existen mayores diferencias entre estratos en las solteras.

También es interesante señalar que, en el caso de las adolescentes solteras, las diferencias entre los estratos socioeconómicos de las mujeres que cuentan con secundaria o más son mucho menores que las diferencias entre los estratos de las que no cuentan con ningún grado de secundaria. Esto es, la diferencia entre estratos se incrementa cuando se trata de mujeres con menor escolaridad. Finalmente, vale la pena señalar que la probabilidad de haberse embarazado de las adolescentes solteras de 15 a 17 años es muy reducida en todos los estratos, menor al 2 por ciento.

³² Cf. el trabajo de Stupp y Cáceres (2001), quienes mostraron evidencia para El Salvador sobre la permanencia en la escuela hasta después de los 15 años de edad como factor protector de un embarazo temprano.

Gráfica 7

Probabilidad condicional de embarazo de las mujeres solteras en la adolescencia, por grupos de edad, estrato socioeconómico y escolaridad (modelo de regresión logística)



Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

RESUMEN, INTERPRETACIÓN E IMPLICACIONES

Resumen de los resultados

Después del análisis realizado puede afirmarse, sin duda alguna, que el estrato socioeconómico al que pertenecen las mujeres adolescentes tiene una importancia considerable para comprender el fenómeno del embarazo adolescente en nuestro país, puesto que existen diferencias notables en la incidencia, tendencias y características de dicho fenómeno entre los diversos estratos.

El análisis realizado mostró que:

- 1) El fenómeno del embarazo adolescente no se distribuye por igual entre los estratos socioeconómicos, sino que se concentra en gran medida (74%) en los estratos bajos.
- 2) Parece haber una tendencia al incremento de los embarazos adolescentes en los estratos medios y altos (aunque habría que esperar datos más recientes que los analizados para confirmarla).

- 3) Los embarazos adolescentes se concentran en la adolescencia tardía (17-19 años). Los que se dan en la adolescencia temprana (12-14 años) ocurren fundamentalmente (87%) en los estratos bajos.
- 4) Excepto en el estrato alto, en el que un porcentaje importante de los embarazos adolescentes ocurre cuando las jóvenes se encuentran aún en la escuela, los embarazos adolescentes tienden a ocurrir después de que las jóvenes han abandonado los estudios. No obstante, un porcentaje significativo de las que se encuentran estudiando cuando se embarazan, deja sus estudios debido al embarazo.
- 5) En los estratos bajos y en el estrato medio la mayor parte de los embarazos ocurre entre mujeres previamente unidas o casadas, mientras que en el estrato alto la mayor parte ocurre entre mujeres solteras, siendo más frecuentes en este último estrato que en los demás las concepciones que ocurren entre adolescentes solteras y los nacimientos que ocurren sin que exista una unión al momento de la entrevista.
- 6) El estrato socioeconómico tiene un efecto importante en la probabilidad de embarazo adolescente —aun controlando por la edad, el tamaño de localidad, la escolaridad y el estado conyugal— tanto entre las mujeres casadas como entre las solteras, pero principalmente entre estas últimas. Entre las mujeres con el mismo nivel de escolaridad, se mantienen las diferencias entre estratos, aunque el estrato socioeconómico tiene mayor efecto en la probabilidad de embarazo entre las mujeres con menores niveles de escolaridad.

Interpretación

En lo que sigue haremos un intento de interpretación de los resultados obtenidos.

1) El hecho de que los embarazos adolescentes se concentren en los estratos bajos de la población y principalmente en el estrato muy bajo, se debe probablemente a que en dichos estratos, mayoritariamente rurales (véase el cuadro 5), sigue predominando la tendencia a una unión y maternidad tempranas, dada la escasez de oportuni-

des alternativas a la maternidad para las mujeres, mientras que en los otros estratos, particularmente en el medio y el alto, predominantemente urbanos, la extensión de la escolaridad y la intensificación de la participación de la mujer en la fuerza de trabajo están presionando para posponer la unión y la maternidad (Quilodrán, 1991: 76).

2) Con respecto al hecho de que la tendencia que muestra el embarazo adolescente en el estrato muy bajo (tasas estables o en disminución) sea contraria a la que muestra la tendencia en los demás estratos (hacia un leve incremento en las tasas), podría especularse lo siguiente: en el medio rural, a raíz de la extensión en la escolaridad, particularmente de las mujeres, es posible que esté comenzando un proceso de mayor demanda para la postergación de la unión y por tanto del embarazo, lo cual puede estar estabilizando o disminuyendo las elevadas tasas de embarazo adolescente previamente existentes.

Si las oportunidades de vida para estos sectores de la población (mayor escolaridad, mayores oportunidades de trabajo extradoméstico, menor sometimiento) se ampliaran, iría posponiéndose la edad de la unión y del primer embarazo. Por consecuencia, tendería a haber una disminución de uniones tempranas y, por tanto, de embarazos adolescentes.

En el medio urbano, y particularmente en los estratos medios y altos, por su parte, en los cuales se ha dado ya, en gran medida, una demanda por retrasar la unión, y por lo tanto el primer embarazo, hasta la tercera década de la vida (lo que se refleja en tasas de embarazo adolescente bastante inferiores a las de los estratos bajos), la aún escasa aceptación de la práctica de la sexualidad antes del matrimonio en la sociedad en general y el consecuente rezago en la utilización de métodos anticonceptivos, pueden estar llevando a incrementos en las tasas de embarazo adolescente, en su mayor parte inesperado, tal como tienden a mostrarlo otras encuestas recientes realizadas en ámbitos urbanos (Palma, 2003).

3) El hecho de que el embarazo adolescente temprano (anterior a los 17 años de edad) se dé fundamentalmente entre las mujeres de estratos bajos, se debe a las mismas razones aducidas en el punto 1, aunadas al hecho de que la práctica de los matrimonios arreglados por los padres cuando las hijas comienzan a ser fecundables —a los 13 o 14 años— aún existente en algunos ámbitos rurales y particularmente en muchas comunidades indígenas (Chávez *et al.*, 2005: 4-5).

4) Como hemos visto, contrariamente a lo que muchas veces se piensa, la gran mayoría de los embarazos adolescentes ocurre después de que las jóvenes han abandonado sus estudios, excepto en el estrato alto, donde un porcentaje considerable se embaraza estando aún en la escuela. El primer hecho se relaciona con las condiciones de pobreza, de escasa escolaridad y de falta de oportunidades alternativas a la maternidad que prevalecen en la población de los estratos bajos de la población.

Por otra parte, la aspiración de posponer la edad del matrimonio y de la reproducción hasta después de los 20 años de edad, una vez dejada atrás la adolescencia, para dar lugar a la terminación de estudios de nivel medio superior o de realizar estudios de alto nivel y así mantener o mejorar el estatus de clase, es muy fuerte y cada vez más factible para las mujeres de los estratos medio y alto, de ahí que muchas mujeres pertenecientes a estos estratos pospongan el inicio de la sexualidad (éste es más tardío entre estas jóvenes que entre las de los estratos bajos) (véase el cuadro A del Anexo I)³³ o se protejan para no embarazarse en caso de iniciarla antes de terminar sus estudios.³⁴ A pesar de ello, ocurren embarazos adolescentes en estos sectores, ya sea por fallas en los métodos, por su utilización errónea o por no utilizarlos. Dada la mayor extensión de la escolarización en estos sectores, una proporción elevada de dichos embarazos se da cuando aún se encuentran estudiando, situación exactamente opuesta a la que ocurre entre las mujeres de estratos bajos, donde la mayor parte de los embarazos adolescentes ocurre después de que han dejado la escuela, generalmente al terminar o antes de terminar la primaria, en el estrato muy bajo, o la secundaria, en el estrato bajo. Nuevamente, son la escasa escolaridad y la ausencia o escasez de oportunidades alternativas a la maternidad temprana lo que explica este hecho.³⁵

³³ Véase también el artículo de Welti (2005: 154-155), cuyo análisis de la relación entre la edad de la primera relación sexual y el nivel de escolaridad —variable que se encuentra íntimamente relacionada con el estrato socioeconómico— confirma esta afirmación.

³⁴ La utilización de métodos preventivos y de anticonceptivos es mayor en los estratos altos que en los bajos (Caballero y Villaseñor, 2001).

³⁵ Nótese, sin embargo, que el significado y las implicaciones de embarazarse durante la adolescencia después de haber dejado la escuela o cuando aún se encuen-

5) El hecho de que en los estratos bajos y en el estrato medio la mayor parte de los embarazos adolescentes ocurra cuando las mujeres ya se encontraban unidas o casadas, mientras que en el estrato alto la mayor parte ocurre entre mujeres solteras, tiene su explicación en los mismos elementos arriba mencionados: la edad a la que ocurre la unión, y por tanto también el primer embarazo entre las primeras, tienden a ser más tempranos que entre las segundas, las del estrato alto, y éstas tienden a esperar hasta la terminación de sus estudios de educación media superior o superior para unirse y tener hijos.

El hecho de que las concepciones y los embarazos entre las adolescentes solteras tiendan a ser bastante más frecuentes entre adolescentes del estrato alto, tiene su explicación en la poca eficacia del ideal de la abstinencia sexual hasta el matrimonio, aunada a la aún escasa educación sexual y conocimiento adecuado de los métodos eficaces de prevención de embarazos no deseados. La mayor incidencia de embarazos sin unión, por su parte, puede estar indicando el inicio de una tendencia, muy común en los países de Europa Occidental, donde se vuelve cada vez más frecuente el tener hijos sin casarse (The Allan Guttmacher Institute, 1998).

Salta a la vista que las diferencias más notables en las características que asume el embarazo adolescente se dan entre los estratos bajos y el estrato alto, lo que sugiere que podría tratarse de situaciones cualitativamente diferentes entre ambos conjuntos de población. Estas diferencias pueden apreciarse en forma sintética en la tipología que presentamos en el cuadro 7.

6) El hecho de que el estrato de procedencia ejerza una influencia independiente de la ejercida por el contexto rural o urbano, la edad, la escolaridad y el estado conyugal en la probabilidad de que ocurra un embarazo en la adolescencia, muestra que las tendencias de este fenómeno se pueden entender únicamente a la luz de la desigualdad social imperante en el país. Sin duda, el origen social determina de manera importante no sólo las distin-

tra uno estudiando, es muy diferente cuando estamos hablando, en el primer caso, de la primaria o secundaria (entre los 12 y los 16 años de edad), que cuando estamos hablando de la preparatoria o del inicio de los estudios superiores (17 a 19 años de edad).

Cuadro 7

Tipología del embarazo adolescente según estratos socioeconómicos

<i>Estratos bajos</i>	<i>Estrato alto</i>
• Elevada proporción de embarazos adolescentes. • Una elevada proporción se da en la adolescencia temprana o intermedia (12-16 años). • En su gran mayoría las adolescentes ya habían dejado la escuela antes de embarazarse. • En su gran mayoría el primer embarazo ocurre cuando las adolescentes ya están unidas o casadas. • La tendencia que siguen las tasas de embarazo en el estrato muy bajo es aparentemente hacia una disminución.	• La proporción de embarazos adolescentes es muy baja. • La gran mayoría se da en la adolescencia tardía (17-19 años). • Una proporción importante de las adolescentes que se embaraza estaba en la escuela cuando se embarazó. • Una proporción importante de las adolescentes de este estrato que se embaraza eran solteras cuando se embarazaron. • Una proporción importante deja de estudiar por casarse y/o embarazarse. • Parece haber una tendencia creciente de embarazos en este estrato, así como en los estratos intermedios.

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007.

tas trayectorias de vida —los años de escolaridad, el inicio de la unión—, sino también el comportamiento reproductivo de los adolescentes.

Por otra parte, el hecho de que las diferencias entre estratos se acentúen entre las mujeres que cuentan con menores niveles de escolaridad, refuerza la hipótesis de que las condiciones de vulnerabilidad se agudizan en los sectores más desfavorecidos de la escala social (véase Stern, 2005).

Implicaciones para políticas públicas

De los resultados obtenidos y las interpretaciones ofrecidas pueden desprenderse varias recomendaciones para la política pública que busca incidir sobre el embarazo adolescente.

Conviene comenzar por sugerir que el “problema” del embarazo adolescente es mucho más complejo de lo que aparenta ser. No se trata de un problema, sino de varios problemas; por lo tanto, no debiera pensarse en una política pública, sino en varias políticas públicas.

Tenemos, por una parte, el caso de los embarazos adolescentes que ocurren en los estratos bajos. Si atendemos a sus posibles causas, de acuerdo con las explicaciones propuestas, para disminuir su incidencia sería necesario fortalecer las medidas de política económica y social que intentan propiciar que esta población salga de la pobreza en la que se encuentra, entre ellas la extensión de la escolarización, particularmente la de las mujeres; apoyo para el mejoramiento de la agricultura y de otras actividades que proporcionen oportunidades de trabajo y de mejores ingresos a la población de estos estratos; “empoderamiento” de la mujer y disminución de la inequidad de género.³⁶

Por otra parte, si centramos nuestra atención en las consecuencias nocivas que supuestamente derivan de este fenómeno y que, por lo tanto, forman parte del “problema”, habría que anotar que es precisamente en estos sectores de la población donde se encuentra la mayor carga de problemas de salud derivados del embarazo adolescente. Por un lado, como vimos, una proporción importante de estos embarazos se da a edades tempranas, cuando los riesgos para la salud parecerían ser mayores; por otro, la prevalencia de desnutrición y de otros problemas de salud es elevada, lo cual incrementa los riesgos. En tercer lugar, el cuidado prenatal y el acceso a servicios profesionales de salud y a instituciones hospitalarias en

³⁶ Simultáneamente debieran continuarse y fortalecerse los esfuerzos para lograr una mayor concienciación e información sobre sexualidad y anticoncepción, pero sin esperar que éstos, por sí mismos, sin los cambios socioeconómicos mencionados, puedan tener el efecto esperado (ya que no existiría una demanda efectiva para posponer la unión y, por tanto, para apropiarse de los conocimientos, la información, y el acceso a métodos de anticoncepción que podrían coadyuvar a lograr tal propósito).

caso de emergencia son mucho menores en estos estratos, predominantemente rurales, que en los urbanos, lo que acrecienta los riesgos en los casos de emergencias durante el embarazo y el parto.

Dado lo anterior, las campañas de concienciación relacionadas con los riesgos del embarazo adolescente para la salud de la mujer y del niño(a) deberían estar orientadas fundamentalmente a la población rural y a la urbana de estratos bajos, ya que en los estratos urbanos medios y altos probablemente no existen riesgos acrecentados, dada la edad más tardía a la que tienden a ocurrir los embarazos adolescentes, las mejores condiciones de salud y de nutrición existentes, así como el mejor acceso a servicios médicos y asistenciales en estos contextos.

Otro de los elementos aducidos frecuentemente como parte del “problema” del embarazo adolescente es el supuesto truncamiento de los estudios al que conduce, del cual se derivan, también supuestamente, otras consecuencias, entre ellas, limitaciones para acceder al mercado laboral y para lograr ingresos suficientes para tener un nivel de vida aceptable. Llevado a su extremo, este argumento convierte al embarazo adolescente en un determinante de la pobreza o, cuando menos, en un “mecanismo de reproducción intergeneracional de la pobreza” (Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer, 1995; Buvinik *et al.*, 1998; Alatorre y Atkin, 1998). Lo cierto es que, como hemos mencionado en otros trabajos (Stern, 1997), y como se deriva de los datos analizados en éste, es, si acaso, la pobreza la que convierte al embarazo adolescente en un mecanismo de reproducción de dichos embarazos, y no al revés.

Como hemos visto en el análisis presentado, la gran mayoría de las adolescentes de los estratos bajos que se embaraza ya había abandonado la escuela cuando se embarazó. Si es así, difícilmente pueden derivarse de dichos embarazos las supuestas consecuencias arriba mencionadas. Después de abandonar la escuela, estas jóvenes siguen siendo pobres, al igual que cuando ingresaron en ella, pero la pobreza no es una consecuencia de haber dejado la escuela ni de haberse embarazado tempranamente. Tiende a ser exactamente al revés.³⁷

³⁷ Lo que no excluye el pensar que el embarazo temprano pudiera ser una razón, adicional a muchas otras, que dificulta el que puedan acceder a otro tipo de oportunidades y a superar la situación de pobreza de la que provienen.

En este ámbito, por lo menos, la política pública reciente tiene un acierto indudable, aunque ciertamente limitado. El programa Oportunidades, que abarca ya a una proporción muy importante de las familias pobres del país, tiene como uno de sus ingredientes el proporcionar becas para que los niños y adolescentes continúen con su escolaridad. Con el fin de estimular la permanencia en la escuela de las niñas y adolescentes, cuyas tasas de deserción son mayores que las de los varones, estas becas son de un monto mayor para las mujeres que para los hombres, y la permanencia en la escuela es una condicionante para que la familia siga recibiendo los beneficios del programa. Aunque aparentemente no se han hecho esfuerzos complementarios suficientes para mejorar la calidad de los maestros y de las escuelas a las que asisten estos alumnos, es indudable que si el programa se mantiene, a mediano plazo contribuirá, si no necesariamente a disminuir radicalmente la pobreza (para lo que sería necesario multiplicar las fuentes de trabajo con remuneraciones adecuadas), sí a la formación de capital humano y a disminuir el embarazo adolescente en estos sectores de la población.

Pasando ahora a los estratos medio y alto, en los cuales pensamos que no son ya necesarias políticas que estimulen la permanencia en la escuela ni la postergación de la unión o matrimonio, aspiraciones fuertemente incorporadas desde hace tiempo por estos sectores y cada vez más convertidas en realidad, ¿cuáles serían las políticas más adecuadas?

Primero que nada, pensamos, concentrar un esfuerzo decidido en acelerar el cambio cultural que implica pasar de una sociedad en la que la legitimidad de las relaciones sexuales se encontraba vinculada directamente con la reproducción —y la legitimidad de ésta indisolublemente vinculada con una unión sancionada por la religión y, si acaso, en segunda instancia, por el Estado— a una sociedad que acepte como legítima la disociación de la sexualidad de la reproducción, y la disociación de ambas de la religión. A su vez, es importante respetar los diversos acuerdos internacionales vigentes firmados por nuestros gobiernos, tales como los derivados de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, de 1994, de la IV Conferencia Mundial de la Mujer de Naciones Unidas, celebrada en Pequín en 1995, y la Cumbre

Mundial de la Infancia, celebrada en Nueva York en 1990, reconociendo los derechos sexuales y reproductivos de todos los individuos, incluidos explícitamente los adolescentes.

Si los diversos sectores adultos de nuestra sociedad (padres, maestros, médicos, comunicadores, etc.) no aceptan la sexualidad adolescente como legítima, ¿cómo van a acceder a contribuir a educar, informar y preparar adecuadamente a los púberes y adolescentes para que, en su momento, cuando estén listos para ello, asuman con placer y responsabilidad su sexualidad y puedan acudir sin vergüenza ni remordimiento a solicitar consejería, información y apoyo para ejercerla de manera voluntaria y sin asumir el riesgo de un embarazo no deseado o de una enfermedad? Y si los propios adolescentes no se informan y preparan adecuadamente, ¿cómo van a dejar de ser víctimas de una sexualidad ejercida a pesar suyo o sin la protección adecuada?

REFLEXIONES FINALES

A partir de los resultados, puede sugerirse que predominan en nuestro país dos tipos de embarazo adolescente: los que ocurren en los sectores pobres de la población y los que ocurren entre sectores de clase media y alta. En los primeros los factores explicativos más importantes se encuentran en la falta de oportunidades educacionales y ocupacionales, así como en la alta valoración de la maternidad como proyecto de vida, mientras que en los segundos dichos factores residen principalmente en la escasa aceptación de la sexualidad adolescente que existe aún en la sociedad mexicana, que obstaculiza una educación sexual adecuada y el acceso a métodos de prevención del embarazo.³⁸

Estos dos tipos de embarazo adolescente aparentemente se traducen de una manera implícita en dos estrategias reproductivas diferentes: entre los sectores pobres muchas jóvenes se ven impulsadas a un abandono temprano de la escolaridad y a asumir una

³⁸ Estos últimos factores operan también en el ámbito de los sectores pobres, pero su importancia como factores explicativos del embarazo adolescente probablemente se ve opacada por la de los otros factores mencionados.

maternidad temprana, mientras que en sectores más privilegiados existe una gran presión para extender la escolarización más allá de la educación básica y por posponer la maternidad hasta pasada la adolescencia. Ello explica los porcentajes relativamente elevados de embarazos adolescentes entre los sectores pobres —34.1% en el estrato muy bajo y 26.2% en el bajo— en contraste con los porcentajes mucho menores en el estrato medio —15.4%— y aún más en el estrato alto —6.7% (véase la gráfica 1).

Algo se avanzó en nuestra sociedad al respecto en las últimas décadas;³⁹ sin embargo, los avances en este campo se han visto frenados en varios de sus aspectos por un régimen político que, si acaso, los acepta a regañadientes, si no es que se opone frontalmente a ellos, empujado por fuerzas conservadoras bien identificadas. Es necesario mantener, ampliar y reforzar las acciones emprendidas.

Mientras no se avance más en adoptar actitudes más realistas frente a la sexualidad adolescente y, consecuentemente, se fortalezca la educación sexual y la información precisa sobre sexualidad y anticoncepción, así como el acceso a consejería y a métodos anticonceptivos entre los jóvenes de todos los estratos, conforme proporciones crecientes de jóvenes de estratos bajos accedan a los niveles medios y superiores de educación y, por tanto, aspiren a posponer su unión o matrimonio hasta haber terminado sus estudios, tenderán a incrementarse los embarazos adolescentes sin unión, en su mayor parte inesperados y no deseados, como parece estar ocurriendo.

El papel del Estado es de central importancia para que las diversas instituciones públicas, incluyendo a los poderes Legislativo y

³⁹ Entre otros elementos, con la inclusión de aspectos de la sexualidad y la reproducción en los libros de texto gratuitos; con la reciente incorporación del tema en los programas y materiales de la instrucción secundaria; con la apertura de algunos medios de comunicación a programas explícitos de educación, información y debate sobre temáticas de sexualidad, o de programas de entretenimiento con mensajes implícitos o explícitos de educación sexual; con la multiplicación de organizaciones sociales cuyas acciones se centran en la educación sexual, la salud sexual, la paternidad responsable y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y con la puesta en la agenda gubernamental durante el sexenio 1994-2000 del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes llamado En Buen Plan, que incluía como ingrediente central la apertura de módulos de atención exclusivos para adolescentes en las clínicas y hospitales del sistema abierto de salud.

Judicial, conjuntamente con la sociedad civil organizada, puedan orquestar avances en este proceso de cambio cultural y social. No se trata de enfrentar directamente a las fuerzas conservadoras que intentan obstaculizarlo; éstas tienen el derecho de abogar por sus valores y creencias, siempre y cuando éstos no se opongan a la legislación vigente ni definan las políticas correspondientes haciendo caso omiso de la posición de otros sectores de la sociedad. Lo que debemos hacer, tanto los adultos que estemos a favor de estos cambios como los jóvenes, es exigir al Estado que cumpla con sus obligaciones no sólo de respetar, sino de hacer cumplir y de posibilitar el cumplimiento del derecho a una salud sexual y reproductiva de todos los individuos, incluyendo a los adolescentes.

Podemos vaticinar que si no se avanza, por una parte, para lograr un desarrollo económico y social que mitigue la gran desigualdad existente y disminuya la pobreza y la falta de oportunidades para los sectores mayoritarios de la población, posibilitando el acceso a la educación media superior para todos los jóvenes del país, así como oportunidades de trabajo vinculadas con ese capital humano y, por otra, para afianzar y acelerar el cambio cultural al que aludimos, pudiera mantenerse la tasa de embarazos adolescentes en los sectores menos favorecidos e incrementarse dichos embarazos en los sectores medios y altos de la población.

Llevamos por lo menos dos décadas en las que la tasa de embarazo adolescente ha venido disminuyendo sistemáticamente, pero dicha tendencia no es inmutable. Como lo atestiguan países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay, la tendencia puede revertirse y dicha tasa incrementarse incluso después de haber disminuido por un periodo prolongado (Guzmán *et al.*, 2001: 22-28).

ANEXO I

Cuadros complementarios

Cuadro A

Edad que tienen a la primera relación sexual las mujeres de 15 a 24 años,
según estrato socioeconómico del hogar

<i>Edad</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Antes de 20 años	36.1%	38.8%	26.3%	18.1%	29.3%
De 20 a 24 años	5.3%	6.5%	8.1%	7.2%	7.1%
No ha tenido relaciones sexuales	58.6%	54.7%	65.6%	74.7%	63.6%

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la ENJ de 2000.

ANEXO II

Regresiones logísticas

A) Definición de las variables introducidas en los modelos

En los tres modelos de regresión logística, las variables introducidas fueron las siguientes:

La variable dependiente en todos los modelos:

Embarazo:

0: No se embarazó en la adolescencia.

1: Sí se embarazó en la adolescencia.

Las variables independientes comunes en los modelos fueron:

Estrato socioeconómico del hogar (la categoría de referencia fue el estrato alto):

1: Estrato alto.

2: Estrato muy bajo.

- 3: Estrato bajo.
- 4: Estrato medio.

Edad (la categoría de referencia fue la edad de 15 a 17 años):

- 1: 15 a 17 años.
- 2: 18 a 19 años.
- 3: 20 a 24 años.

Tamaño de localidad (la categoría de referencia fue lo urbano):

- 0: Rural: menos de 20 000 habitantes.
- 1: Urbano: 20 000 habitantes o más.

Escolaridad (la categoría de referencia fue si había cursado al menos un grado de secundaria):

- 0: no ha cursado ningún grado de secundaria.
- 1: ha cursado al menos un grado de secundaria.

En el primer modelo el universo de estudio lo constituyeron todas las mujeres de 15 a 24 años. Además de las variables independientes comunes, se introdujo también como variable independiente el estado conyugal.

Estado conyugal (la categoría de referencia fue si estuvieron alguna vez unidas en la adolescencia):

- 0: Alguna vez unida en la adolescencia.
- 1: Soltera en la adolescencia.

En el segundo modelo el universo de estudio fueron las mujeres alguna vez unidas en la adolescencia de 15 a 24 años. Las variables independientes fueron el estrato socioeconómico, la edad, la escolaridad y el tamaño de localidad.

En el tercer modelo el universo de estudio fueron las mujeres solteras de 15 a 24 años. Las variables independientes fueron el estrato socioeconómico, la edad, la escolaridad y el tamaño de localidad.

B) *Regresión logística de las mujeres unidas*

Cuadro A

Factores asociados al embarazo de mujeres de 15 a 24 años unidas
en la adolescencia y que se embarazaron antes de los 20 años.
Razón de momios según características seleccionadas. México, 1997

<i>N=23 099</i>	<i>% de embarazo</i>	<i>Razón de momios crudas</i>	<i>P</i>	<i>Razón de momios ajustadas</i>	<i>P</i>
Edad					
15 a 17 ^a	56.5	1.00		1.00	
18 a 19	74.4	2.20	0.000	2.39	0.000
20 a 24	76.7	2.55	0.000	2.83	0.000
Escolaridad					
Secundaria y más ^a	62.1	1.00		1.00	
Menos de secundaria	75.3	2.07	0.000	1.83	0.000
Estrato socioeconómico					
Alto ^a	67.1	1.00		1.00	
Medio	69.3	1.56	0.001	1.31	0.059
Bajo	74.1	1.95	0.000	1.56	0.000
Muy bajo	78.1	2.51	0.000	1.97	0.000

^a Categorías de referencia para la comparación.

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

C) *Regresión logística de las mujeres solteras*

Cuadro B
Factores asociados al embarazo de mujeres de 15 a 24 años solteras
en la adolescencia y que se embarazaron antes de los 20 años.
Razón de momios según características seleccionadas

<i>N=23 099</i>	<i>% de embarazo</i>	<i>Razón de momios crudas</i>	<i>P</i>	<i>Razón de momios ajustadas</i>	<i>P</i>
Edad de la entrevistada (grupos de edad)					
15 a 17 ^a	1.1	1.00		1.00	
18 a 19	3.5	3.24	0.000	3.95	0.000
20 a 24	4.4	4.10	0.000	4.94	0.000
Escolaridad					
Secundaria y más ^a	1.2	1.00		1.00	
Menos de secundaria	3.8	3.84	0.000	3.53	0.000
Tamaño de localidad					
Urbana ^a	2.8	1.00		1.00	
Rural	3.1	1.15	0.004	1.32	0.002
Estrato socioeconómico					
Alto ^a	1.5	1.00		1.00	
Medio	2.2	2.11	0.000	1.59	0.019
Bajo	3.7	3.15	0.000	2.17	0.000
Muy bajo	4.4	4.63	0.000	3.31	0.000

^a Categorías de referencia para la comparación.

Fuente: C. Stern y C. Menkes, 2007. Elaboración propia con base en la Enadid de 1997.

BIBLIOGRAFÍA

Alatorre, Javier, y Lucille C. Atkin (1998), "De abuela a madre, de madre a hijos: Repetición intergeneracional del embarazo adolescente y la pobreza", en Beatriz Schmukler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*, México, Edamex-The Population Council, pp. 420-449.

- Atkin, Lucille C., Noemí Ehrenfeld y Susan Pick de Weiss (1998), "Sexualidad y fecundidad adolescente", en Ana Langer y Kathryn Tolbert (eds.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council-Edamex, pp. 39-84.
- Beltrán, Fernando, y Celia Benet (2001), "Atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes: Un paso para el bienestar futuro", en Claudio Stern y Elizabeth García (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes y jóvenes en México. Aportaciones para la investigación y la acción*, México, El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad (Sexualidad, Salud y Reproducción, Documentos de Trabajo, núm. 6).
- Buvinic, Mayra, Juan Pablo Valenzuela, Temístocles Molina y Electra González (1998), "La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: La transmisión de la pobreza en Santiago de Chile", en Beatriz Schmukler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe*, México, Edamex-The Population Council, pp. 451-492.
- Caballero, José Ramiro, y Alberto Villaseñor (2001), "El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes", *Revista Saúde Pública*, vol. 35, núm. 6, pp. 531-538.
- Chávez, Ana María, Enrique A. González, Catherine Menkes y Héctor H. Hernández (2005), "Tendencias de la fecundidad indígena en México. 1997 y 2003", trabajo publicado en el disco compacto de la XXV Conferencia Internacional de Población, Tours, Francia.
- Conapo (2002), *Proyecciones de la población de México 2000-2050*, México, Conapo.
- Escobedo Chávez, Ernesto, *et.al.* (1995), "Embarazo en adolescentes: Seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 52, núm. 7, pp. 415-419.
- Fleiz Bautista, Clara, *et al.* (1999), "Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México", *Salud Mental*, vol. 22, núm. 4, pp. 14-19.
- González de Chávez Fernández, Ma. Asunción (1999), "Algunas consideraciones sobre la sexualidad, la prevención de embarazos en la adolescencia y el aborto", en Ma. Asunción González de Chávez (comp.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, Madrid, Siglo XXI, pp. 151-172.
- González Fagoaga, Jesús Eduardo (1998), *Características demográficas y socioeconómicas del embarazo adolescente en México*, tesis de maestría, México, El Colegio de la Frontera Norte.
- Guzmán, José Miguel, *et al.* (2001), *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 1997), Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997, México.
- Instituto Nacional de la Familia y de la Mujer (1995), *Uruguay adolescente. Maternidad adolescente y reproducción intergeneracional de la pobreza*, Uruguay, Ediciones Trilce-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Luker, Kristin (1996), *Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy*, Estados Unidos, Harvard University Press.
- Menkes, Catherine, y Leticia Suárez (2003), "Sexualidad y embarazo adolescente en México", *Papeles de Población*, núm. 35, pp. 233-262.
- , y Leticia Suárez (2005), "El embarazo adolescente. ¿Es deseado?", trabajo presentado en la II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud en América Latina y el Caribe, México, Population Council.
- , Leticia Suárez y Leopoldo Núñez (2004), "Embarazo y fecundidad adolescente en México", en Fernando Lozano (coord.), *El amanecer del siglo y la población mexicana* (VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México), México, Sociedad Mexicana de Demografía (Somede), vol. 1, pp. 109-129.
- Monroy, Anameli, y Jorge Martínez Manatou (1986), *I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes, Memoria*, México, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica-Instituto Mexicano del Seguro Social-Centro de Orientación para Adolescentes, pp. 46-57.
- Moore, S., y D. Rosenthal (1993), *Sexuality in Adolescents*, Routledge, Nueva York, Adolescence Society Series.
- Núñez, L. (2002), "Incidencia, diferenciales y actitudes del aborto en México", tesis de maestría en demografía, México, El Colegio de México.
- Palma, Yolanda (2003), "Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes. Situación actual y necesidades de información en adolescentes en México", ponencia presentada en el seminario Adolescentes en México: estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva, México, El Colegio de México. (Por aparecer en un libro que será publicado por El Colegio de México con el mismo título del seminario.)
- Quilodrán, Julieta (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*, México, CEDDU-El Colegio de México.
- Rodríguez, Gabriela (2000), "Sexualidad juvenil", en José Antonio Pérez Islas (coord.), *Jóvenes: Una evaluación del conocimiento*, t. 1: *La investigación sobre juventud en México 1986-1999*, México, Instituto Mexicano de la Juventud (Jóvenes, 5).

- Román, Rosario (2000), *Del primer vals al primer bebé. Vivencias del embarazo en las jóvenes*, México, Instituto Mexicano de la Juventud (Jóvenes, 9).
- Schlaepfer, R., y C. Infante (1996), "Patrones de inicio de la vida reproductiva: Su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros", en T. Lartigue y H. Ávila (eds.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, vol. 2, México, Universidad Iberoamericana (UIA)-Plaza y Valdés.
- Singh, Susheela, *et al.* (2001), "Socioeconomic Disadvantage and Adolescent Women's Sexual and Reproductive Behavior: The Case of Five Developed Countries", *Family Planning Perspectives*, vol. 33, núm. 6, pp. 251-258.
- Stern, Claudio (1995), "Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para diferentes sectores sociales", *Demos. Carta demográfica sobre México*, núm. 8, pp. 11-12.
- (1997), "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 137-143.
- (2005), "Poverty, Social Vulnerability, and Adolescent Pregnancy in Mexico: A Qualitative Analysis", en Susana Lerner y E. Vilquin (coords.), *Reproductive Health, Unmet Needs, and Poverty. Issues of Access and Quality of Services*, París, Committee for International Cooperation in National Research in Demography (Cicred), 2005, pp. 227-279.
- Stupp, P., y J. M. Cáceres (2001), "The Relationship Between Age at Completion of Schooling and Age at First Birth in El Salvador", trabajo presentado en la XXIV Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Salvador, Bahía, Brasil, 17-23 de agosto, http://www.iussp.org/Brazil2001/s60/S60_02_stupp.pdf
- The Allan Guttmacher Institute (1998), "A New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives", disco compacto, Guttmacher Institute Resources on the Sexual and Reproductive Health of Youth, Nueva York, 1998.
- Toro, René (1992), "Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación de Apgar con la población general", *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 6, pp. 291-295.
- Welti, Carlos (1992), "La fecundidad adolescente en México", en Humberto Muñoz (comp.), *Población y sociedad en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 55-79.
- (2000), "Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México", *Papeles de Población*, núm. 26, pp. 43-87.
- (2005), "Inicio de la vida sexual y reproductiva", *Papeles de Población*, núm. 45, pp. 143-176.

Zúñiga, Elena, David Delgado y Beatriz Zubieta (2000), “Tendencias recientes del embarazo adolescente en México”, en antología del foro *Embarazo en adolescentes: Avances y retos*, México, Secretaría de Gobernación-Comisión Nacional de la Mujer.

LAS TRANSICIONES A LA VIDA SEXUAL, A LA UNIÓN Y A LA MATERNIDAD EN MÉXICO: CAMBIOS EN EL TIEMPO Y ESTRATIFICACIÓN SOCIAL

PATRICIO SOLÍS¹

CECILIA GAYET²

FÁTIMA JUÁREZ³

INTRODUCCIÓN

¿Qué tanto ha avanzado en México la disociación entre la vida sexual, la vida conyugal y la vida reproductiva? ¿Se observan en las cohortes más jóvenes trayectorias sexuales y reproductivas marcadamente diferentes? ¿Ha cambiado el calendario del inicio de la vida sexual, la vida marital y la vida reproductiva a partir de la generalización de métodos anticonceptivos modernos y de la difusión masiva de información sobre sexualidad desde el advenimiento de la epidemia de VIH/sida? ¿Qué tan homogéneos son estos comportamientos en el conjunto de la sociedad mexicana?

Estas interrogantes surgen en el contexto de una discusión más amplia sobre el cambio de los significados que se otorgan a la vida sexual en las sociedades contemporáneas. Si, como afirma Bozon (2002: 311),

los jóvenes adultos en los países desarrollados, viven relaciones sexuales duraderas, con parejas estables, antes de pensar en la cohabitación. [...] La sexualidad inicial no se basa ya sobre la fuerza de una institu-

¹ El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos (CES).

² Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), México, y Censida.

³ El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA).

ción social (el matrimonio) que la legitimaría, legitimando en el mismo movimiento a los hijos que ella engendra. La inversión en el orden de las operaciones, que hace que la sexualidad sea anterior a su reconocimiento social, cambia el significado de la actividad sexual,

es legítimo preguntarse qué tan distante o semejante es lo que ocurre en México respecto a las sociedades más industrializadas.

Sin llegar a discutir si se trata o no de tendencias que respaldarían la idea de la existencia de una “segunda transición demográfica” en los términos planteados por Lesthaeghe (1998; 1995) y Van de Kaa (1987),⁴ es interesante analizar los cambios o las permanencias en algunos de los momentos clave de las biografías sexuales, maritales y reproductivas. Las condiciones de ingreso a la vida sexual deben ser analizadas no sólo por sus posibles efectos sobre la reproducción, sino también porque se inscriben en un marco social específico, en el que quedan en evidencia las formas en que los jóvenes asumen los roles adultos que se les asignan. En particular, los cambios en el calendario del inicio sexual y su relación cada vez más débil con el matrimonio en las generaciones recientes señalarían no sólo una relajación del control directo de los adultos sobre los jóvenes, sino también el posible surgimiento de nuevas relaciones de género, en las que los miembros de la pareja comparten el interés por avanzar hacia una relación más íntima antes de dar pasos más definitivos, como serían el matrimonio, la cohabitación o la procreación (Bozon, 2003). Por otro lado, una mayor distancia entre la primera relación sexual y la primera unión indicaría una flexibilización respecto al paradigma católico imperante por mucho tiempo en la sociedad mexicana, que exigía a las mujeres el inicio

⁴ El término “segunda transición demográfica” fue introducido por Lesthaeghe y Van de Kaa en 1986 para describir los cambios en la formación familiar, disolución de uniones y patrones de reconstitución familiar en las naciones occidentales a partir de la segunda Guerra Mundial. Entre estos cambios se encuentran la posposición del matrimonio, el aumento de los que viven solos, de la cohabitación y de la prolongada residencia en el hogar paterno, así como un incremento en la procreación dentro de uniones consensuales. En cuanto a los patrones de disolución de uniones, se citan cambios como el aumento en las tasas de divorcio y las altas tasas de separación de los cohabitantes, así como la creciente reconstitución de las familias a través de la cohabitación posmarital en lugar de las segundas nupcias (Lesthaeghe, 1998).

sexual bajo la institución matrimonial y con fines exclusivos de reproducción (Quilodrán, 2003).

En México, durante un corto trayecto de menos de medio siglo, se produjeron múltiples cambios que tuvieron una gran influencia en el comportamiento sexual y reproductivo de la población. El tránsito de una sociedad con un peso importante de población rural a una predominantemente urbana permitió una mayor comunicación y acceso a los servicios de salud y de planificación familiar, así como cambios importantes en las pautas de socialización de los niños y jóvenes, entre los que se cuentan la creciente exposición a los medios masivos de comunicación y a las instituciones educativas. Así, en 1950 la población rural representaba el 56% del total, en tanto que en el año 2000 el porcentaje era de 25.3 puntos (Hernández Esquivel, 2003).⁵ En un lapso menor (de 1960 a 2000), el porcentaje de población de 15 años y más que no había asistido a la escuela se redujo de 40.1 a 10.3% (INEGI, 2005). Además, a partir de la década de los setenta se instrumentó en el país una agresiva política de planificación familiar, que incrementó significativamente el acceso a los métodos anticonceptivos y también la exposición de la población a mensajes publicitarios que promovían el control de la descendencia (Tuirán *et al.*, 2002, Juárez *et al.*, 1996; Zavala de Cosío, 1992).

Estos cambios se manifestaron también en el comportamiento reproductivo. En las últimas cuatro décadas del siglo México pasó de una fecundidad que podría denominarse “natural” a una fecundidad controlada, con niveles altos de uso de anticonceptivos y tamaños pequeños de familia (Juárez *et al.*, 1996). A principios de la década de 1960 la fecundidad alcanzó su máximo histórico de 7.2 hijos por mujer, valor que se redujo a 2.4 hijos en el año 2000 (Tuirán *et al.*, 2002). En el escenario de fecundidad natural, la descendencia final dependía ante todo de la edad de la mujer al momento de la primera unión (Juárez *et al.*, 1996: 57). Sin embargo, en México la nupcialidad ha tenido una tendencia básicamente constante, con un leve rejuvenecimiento en la década de 1960, y un retraso muy paulatino desde ese momento en adelante (Quilodrán, 2001).

⁵ Se considera población rural a aquella que reside en localidades menores a 2500 habitantes.

A partir de la década de 1970 la asociación entre la edad a la primera unión y el inicio de la vida reproductiva comenzó a experimentar cambios. Si bien la edad de la mujer a la primera unión aumentó muy lentamente, la distancia entre la edad a la unión y la edad al primer hijo se acortó (Quilodrán, 2003). Este patrón de disminución del tiempo entre la primera unión y el primer hijo al comienzo del descenso de la fecundidad, parece ser una característica de muchos países de América Latina (Juárez y Llera, 1996). Asimismo, hubo una gradual disminución en el número total de hijos, con un retraso más marcado en la transición del tercer al cuarto hijo.

Se han realizado en México varios estudios sobre la forma en que se dieron algunos de estos cambios en las primeras fases de la transición de la fecundidad (Zavala de Cosío, 1992; Quilodrán, 1990; Juárez, 1990), pero existen razones para actualizar la mirada a tiempos más recientes. En primer lugar, los trabajos realizados han enfatizado por lo general los cambios en el calendario de la primera unión y del primer hijo, pero han puesto menos atención en la edad a la primera relación sexual, en parte porque se suponía que la mayoría de las mujeres iniciaba su vida sexual al momento de la unión. Además, aun cuando hay evidencias que muestran que la proporción de adolescentes y jóvenes solteros sexualmente activos ha ido en ascenso con el paso del tiempo (Gayet *et al.*, 2003), no se han elaborado suficientes investigaciones que permitan analizar la forma en que sexualidad, unión y reproducción se entrelazan para dar lugar a posibles cambios en el modelo de la sexualidad en México.

En segundo lugar, existen sólo unos cuantos estudios que documentan lo que ha ocurrido con las cohortes más jóvenes (Welti, 2005; Pérez Amador, 2004). Al descenso de la fecundidad a través de la expansión de métodos modernos de anticoncepción se han agregado recientemente otros fenómenos que podrían haber producido cambios en estos procesos, como la generalización de la educación sexual en los planes de estudio escolares y las intensas campañas de prevención del VIH/sida a partir de la década de 1990 (Juárez y Gayet, 2005). Otro de los sucesos que ha impactado a las generaciones más jóvenes es el proceso de globalización, que lleva nuevas ideas y estilos de vida hasta las comunidades más pequeñas, y que en ocasiones pueden entrar en conflicto con normas y valores tradicionales (Lloyd, 2005).

Por último, es necesario revisar hasta qué punto los cambios en la sexualidad y su relación con otros eventos como la primera unión y el primer embarazo son uniformes en los distintos sectores sociales o, por el contrario, varían en función de la estratificación social. Una de las lecciones que pueden obtenerse de la investigación sociodemográfica en México sobre estos tres eventos —inicio sexual, unión y fecundidad— es que, cuando hay cambios, éstos no se presentan de igual manera para el conjunto de la población (Welti, 2005; García y Rojas, 2004; Mier y Terán, 2004; Tuirán, 2002; Tuirán *et al.*, 2002; García y De Oliveira, 1990; Quilodrán, 1990; Juárez, 1990). Se han reconocido diferencias en la ocurrencia de estos fenómenos según ciertas características sociales como el ámbito de residencia, el nivel escolar y otras variables económicas, especialmente en las sociedades latinoamericanas caracterizadas por ser desiguales y polarizadas (García y De Oliveira, 1990). Dentro de cada cohorte existen sectores que mantienen comportamientos similares a los de las cohortes precedentes, evidenciando así las diferencias que existen en la adopción de cambios de acuerdo al sector social de pertenencia.

De lo anterior se deriva la importancia de advertir contra la tentación de realizar estudios que asuman que el cambio social (en materia de sexualidad o cualquier otro comportamiento) se inicia de igual manera en el conjunto nacional, como si éste reflejase comportamientos sexuales uniformes que pudiesen ser resumidos en estereotipos de culturas nacionales. En este sentido, una perspectiva que incluye la estratificación social busca reivindicar, como lo plantea Michel Bozon (2002: 316), una mirada demográfica que relativiza la explicación de las diferencias por la cultura, en la medida en que descompone los fenómenos, distinguiendo la forma en que juegan las variables o los factores explicativos como la clase, el género, la oposición entre el ámbito urbano y rural, la organización del sistema matrimonial y la organización social de las edades.

El propósito de este trabajo es explorar los cambios recientes en las transiciones que definen la entrada a la vida sexual, a la vida conyugal y a la maternidad. Se busca adoptar una perspectiva que simultáneamente explore las diferencias en el tiempo y en la estratificación social, a partir de la consideración tanto de los cambios entre cohortes como de la heterogeneidad entre sectores sociales.

La presentación de los resultados se organiza de la siguiente manera: primero, se ofrece un análisis descriptivo de los cambios entre cohortes en la edad a la primera relación sexual, la edad a la primera unión y la edad al primer embarazo. Como parte de este análisis descriptivo se estudian los cambios en la secuencia temporal entre estos tres eventos. Luego se utilizan modelos de regresión logística de tiempo discreto para analizar en qué medida la cohorte y otras variables ligadas a la estratificación social inciden en el inicio de la vida sexual, así como en los riesgos en competencia entre iniciar la vida sexual antes de la unión o unirse por primera vez.

FUENTE DE DATOS, MÉTODOS Y VARIABLES

Fuente de datos

Los datos que se utilizaron en este trabajo provienen de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (Ennivih), levantada por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) y la Universidad Iberoamericana (UIA) en 2002. Esta encuesta reúne información de aproximadamente 8 440 hogares distribuidos en 150 localidades de la República Mexicana. Se trata de la línea basal para un estudio panel, en el cual se seguirá a los hogares a lo largo del tiempo (CIDE/UIA, 2004).

Además del cuestionario de hogar, se aplicó un cuestionario individual a todos los miembros del hogar mayores de 14 años de edad, por lo que se cuenta con datos para cerca de 38 000 individuos. Esta información se refiere a una amplia serie de temas, entre los cuales se encuentran los comportamientos sociales, económicos, demográficos y de salud. En particular, se realizaron preguntas retrospectivas en torno a la edad a la primera relación sexual, la edad a la primera unión (ya sea en matrimonio sancionado institucionalmente o en unión consensual) y la edad al primer embarazo, para aquellos que declararon haber experimentado cada uno de estos eventos. Estas preguntas son los insumos centrales para este trabajo. Sin embargo, en esta encuesta las preguntas sobre la primera relación sexual y el primer embarazo no se hicieron a los hombres, por lo que en esta investigación sólo se analiza la experiencia de las mujeres.

Por último, se decidió restringir el análisis a las mujeres pertenecientes a las cohortes de nacimiento 1951-1975, es decir, aquellas que tenían entre 26 y 50 años al momento de la entrevista. Esto se hizo por dos razones: en primer lugar, si bien existen técnicas para corregir los sesgos por truncamiento de la información (las cuales son utilizadas en este trabajo), se consideró preferible no incluir a grupos de mujeres muy jóvenes, en los que muchas mujeres aún no han experimentado los eventos de interés, lo cual podría contribuir a alterar la precisión en las estimaciones. En segundo lugar, las preguntas retrospectivas se realizaron sólo a mujeres menores de 50 años de edad, por lo que la fuente de datos impone un límite superior en la edad de las mujeres incluidas.

Métodos

El análisis de los datos se realiza por medio de varios procedimientos a los que comúnmente se les clasifica dentro del conjunto de técnicas conocidas como "Análisis de historia de eventos" (Allison, 1984; Blossfeld y Rohwer, 2002).

La primera de estas técnicas es la tabla de supervivencia, también llamada tabla de vida. Esta técnica permite calcular, a partir de datos retrospectivos sobre la ocurrencia de un evento y la edad a la que éste ocurrió, un conjunto de series que pueden ser utilizadas para caracterizar el calendario y la intensidad del fenómeno en estudio. También permite incorporar al análisis los casos truncados por la fecha de la entrevista, mediante un método de corrección que ajusta la población expuesta al riesgo al restar a la misma una fracción de los casos truncados en cada intervalo de tiempo (Smith, 1980; Blossfeld y Rohwer, 2002).

Una de las series de la tabla de vida es la que representa a la proporción de individuos que han experimentado el evento en cuestión a las distintas edades exactas ($1-S(x)$). Esta serie se puede graficar, así como utilizar para calcular medidas resumen del calendario del evento. En este caso se calculan cuatro medidas resumen: el primer cuartil (Q_1), la mediana (Q_2) y el tercer cuartil (Q_3), que indican las edades a las que el 25, 50 y 75% de las mujeres ya habían experimentado el evento, respectivamente, y el rango intercuartil

(Q3-Q1), que es una medida de dispersión en el calendario del evento.

La técnica de tabla de vida se utiliza en este trabajo para trazar, por medio del análisis de las diferencias entre cohortes de nacimiento, los cambios en el tiempo en la edad a la primera relación sexual, la primera unión y el primer embarazo, así como en el entrelazamiento entre estos eventos. Sin embargo, esta técnica tiene dos limitaciones. La primera es que, al ser fundamentalmente una técnica descriptiva, es útil para explorar las diferencias en una o dos dimensiones a la vez, pero no permite una aproximación de corte multidimensional. La segunda es que no facilita la realización de pruebas de hipótesis en torno a la significación estadística de las diferencias.

Para resolver estas limitaciones, en un segundo momento del análisis se estiman modelos de regresión multivariados de tiempo discreto (Allison, 1984). En este tipo de modelos, el tiempo que los individuos están expuestos al riesgo de experimentar un evento se divide en múltiples segmentos (que en este caso son de una longitud anual, por lo que se les denomina “años-persona”). Estos segmentos anuales son utilizados como observaciones (o “casos”) en un modelo de regresión logística, en el cual la variable dependiente es el logito de la probabilidad de que ocurra el evento de interés, y las variables independientes son las características de los individuos, ya sean éstas fijas o cambiantes en el tiempo.

Se ajustaron dos modelos de tiempo discreto. El primer modelo explora los factores que propician el inicio de la vida sexual. En este caso la variable dependiente es de tipo dicotómico (0 = no ha experimentado la primera relación sexual, 1 = experimentó la primera relación sexual), por lo que se optó por un modelo de regresión logística binaria. El segundo modelo se utiliza para identificar de qué manera distintos factores inciden en la probabilidad de que en cada año-persona se presente uno de los siguientes tres resultados: el inicio de la vida sexual antes de la primera unión, la primera unión antes del inicio de la vida sexual, o ninguno de los dos eventos anteriores. Este modelo incluye dos posibles transiciones de destino (tener la primera relación sexual o unirse), por lo que se inscribe en el marco de los modelos de riesgos en competencia. El modelo se especifica en forma de una regresión logística multino-

mial. Más adelante se explican con mayor detalle las características de este modelo.

Variables independientes

El análisis de los cambios en el tiempo en el calendario de la primera relación sexual, la primera unión y el primer embarazo tiene un carácter descriptivo, por lo que sólo se exploran las diferencias por cohorte de nacimiento. Las cohortes consideradas son las siguientes: 1951-1960, 1961-1970 y 1971-1975. Una vez que se controlan los efectos de la edad, el análisis de cohortes permite trazar la forma en que los cambios en el tiempo histórico han incidido sobre la vida de los individuos (Ryder, 1965; Uhlenberg, 1996), y en este caso sobre las transiciones que marcan el inicio de la vida sexual, marital y reproductiva.

Para facilitar la interpretación de las diferencias entre cohortes, conviene situarlas en su contexto histórico: las mujeres nacidas entre 1951 y 1960 vivieron su infancia e inicios de la adolescencia antes del comienzo de la política de planificación familiar y durante el periodo de mayor fecundidad en la historia reciente del país, en el que el uso de anticonceptivos era limitado y se daba predominantemente en el área urbana y por parte de la clase media. Si bien la urbanización del país estaba ya en proceso, todavía una proporción importante de estas mujeres crecieron en áreas rurales, y pocas alcanzaron altos niveles de escolaridad. En cambio, las mujeres que nacieron entre 1961 y 1970 pasaron la adolescencia y experimentaron sus transiciones a la adultez entre mediados de los setenta y finales de los ochenta, en el marco de la extensión masiva de la planificación familiar, cuando el ideal de pocos hijos se difundía con gran rapidez en las áreas urbanas, pero aún no era común en las áreas rurales. Este periodo también es el del inicio de la expansión de la educación secundaria, así como de los medios masivos de comunicación, como la televisión. Por último, las mujeres de la cohorte 1971-1975 crecieron en un país mucho más urbanizado, en el que la mayoría de las mujeres solían prolongar sus trayectorias educativas más allá de la primaria. Este grupo de mujeres experimentó su tránsito a la vida adulta a partir de mediados de los ochenta, cuando la fecun-

didad ya comenzaba a mostrar un descenso marcado tanto en áreas urbanas como rurales y la anticoncepción moderna era utilizada masivamente por las mujeres unidas. A este panorama se agrega la emergencia de la epidemia de VIH/sida en México, que desencadenó una intensa campaña de prevención en medios masivos y pudo haber ocasionado cambios sustanciales en las prácticas sexuales.

Como se señaló antes, en los modelos estadísticos se buscó incorporar, además de los efectos por cohorte, variables asociadas a la estratificación social. En este punto se hizo evidente una dificultad: las variables dependientes de los modelos aludían a eventos que tuvieron lugar en el pasado, e incluso muchos años antes en la vida de las mujeres. En este sentido, hubiera sido incorrecto utilizar variables de estratificación social del *presente* (como aquellas basadas en las características del hogar y la vivienda) y atribuir a ellas causalidad sobre eventos ocurridos *en el pasado*, pues esto viola el supuesto de precedencia temporal que es prerequisite para la imputación de causalidad (Blossfeld y Rohwer, 2002).

Esto llevó a considerar únicamente variables que aludieran a la posición de las mujeres en la estratificación social *antes* de la ocurrencia de los eventos. En la Ennvih estas variables no son muchas, pero sí suficientes para realizar una primera aproximación al problema. Las primeras dos variables son la escolaridad de la madre y el tamaño de la localidad de nacimiento (autodefinido por la entrevistada como “rancho”, “pueblo” o “ciudad”). Estas dos variables remiten a la posición social de origen, y en otro contexto han mostrado ser de gran utilidad para estudiar los efectos de la adscripción a la clase social de origen sobre el logro educativo y ocupacional (Solís, 2005; Zenteno y Solís, 2007). La inclusión de estas dos variables puede ayudar a responder la pregunta de cuáles son los efectos de la adscripción a la clase social de origen sobre la edad al inicio de la vida sexual y la probabilidad de que este inicio tenga lugar antes de la primera unión.

La tercera variable incluida en los modelos es la escolaridad de la mujer. A diferencia de las dos variables anteriores, esta variable no sólo remite a los orígenes sociales, sino también al propio logro educativo de las mujeres y en última instancia opera como variable *proxy* de su posición social. La información de la Ennvih permite reconstruir a grandes rasgos la historia educativa de las mujeres,

por lo que se decidió incluir la escolaridad en los modelos como una variable que cambia en el tiempo. Esto permitió garantizar la precedencia temporal en los efectos atribuidos a la escolaridad. Así, por ejemplo, si una mujer experimenta la primera relación sexual a los 16 años pero continua en la escuela hasta alcanzar estudios superiores, la escolaridad que se atribuye a esta mujer al momento de tener su primera relación sexual no es “licenciatura o más”, sino el nivel de escolaridad que cursaba a los 16 años.

Junto con la escolaridad, se incorporó una variable dicotómica que indica si en el año-persona en cuestión la mujer se encontraba todavía en la escuela o ya había abandonado los estudios. Esta variable permite poner a prueba hipótesis en torno a algunos de los mecanismos a través de los cuales opera la escolaridad. En la presentación de resultados se profundiza en este tema.

Por último, se incluyó a la edad de la mujer como una variable de control que también varía con el tiempo. Los años-persona se agruparon en las siguientes edades: 11 a 14 años, 16 a 19 años, 20 a 22 años y 23 años y más.

RESULTADOS

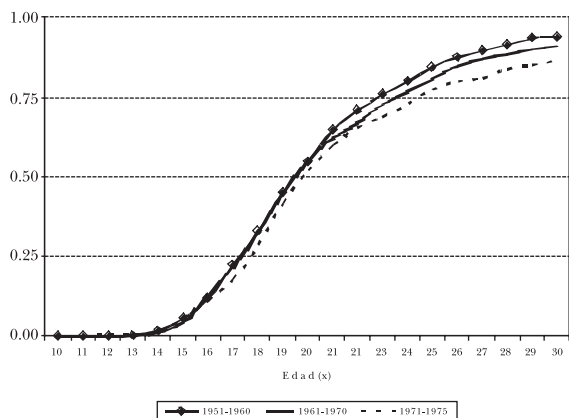
Edad a la primera relación sexual

La gráfica 1 presenta la proporción de mujeres que ya habían iniciado su vida sexual a las distintas edades exactas, según cohorte de nacimiento. Allí se observa que el calendario de este evento es muy similar para las tres cohortes hasta los 21 años de edad, pero a partir de esta edad se presentan ciertas diferencias, señalando una reducción sistemática de la proporción de mujeres que inicia su vida sexual a cada edad para las dos cohortes más recientes.

Lo anterior sugeriría cierto retraso entre las cohortes más recientes en el calendario de la primera relación sexual. Estas tendencias se reflejan en los cuartiles y la mediana de la edad a la primera relación sexual (cuadro 1). Se aprecia que la edad mediana a la primera relación sexual es relativamente estable (sólo se eleva en 0.3 en la cohorte más joven). El primer cuartil sigue esta misma tendencia. Sin embargo, es en el tercer cuartil en el que se advierten

Gráfica 1

Proporción de mujeres que habían iniciado su vida sexual a la edad exacta (x), por cohorte de nacimiento



las diferencias. Aunque ya se observa un incremento en la cohorte intermedia, éste se acentúa en la cohorte más joven (1971-1975), con un incremento de 1.6 años respecto a la cohorte más antigua (1951-1960). Esto sugiere que ha crecido la heterogeneidad en el comportamiento de las mujeres más jóvenes. Parecería que un subconjunto amplio de mujeres siguió el patrón de edad de sus antecesoras, razón por la cual no cambian ni el primer cuartil ni la mediana. Pero otro numeroso grupo ha retrasado el inicio de su vida sexual, lo que incrementa la dispersión de comportamientos al interior de la cohorte, como se puede apreciar al observar el aumento en el rango intercuartil en relación con las cohortes precedentes.

Edad a la primera unión

Con respecto a la edad a la primera unión, se observa un ligero retraso en las cohortes intermedia y joven (cuadro 2). A diferencia de lo que ocurre con la primera relación sexual, este retraso se aprecia en todos los cuartiles. Estos cambios también son mayores en el tercer cuartil, donde la edad a la primera unión es 25.1 años, en la

Cuadro 1

Cuartiles, mediana y rango intercuartil de la edad a la primera relación sexual de las mujeres mexicanas, por cohorte de nacimiento, Ennvih, 2002

<i>Cohorte</i>	<i>Medidas de calendario</i>			
	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>RI (Q3-Q1)</i>
1951-1960	17.2	19.5	22.8	5.6
1961-1970	17.3	19.5	23.5	6.2
1971-1975	17.7	19.8	24.4	6.8

cohorte intermedia 25.3 años, y en la cohorte más joven 26.7 años, es decir, una diferencia de 1.6 años entre las cohortes extremas. Este incremento llama aún más la atención si se considera que los cambios en la edad media o mediana a la primera unión en México habían sido muy paulatinos y casi imperceptibles hasta años recientes (Quilodrán, 2001).

Por otra parte, puede apreciarse que al igual que como ocurre con la primera relación sexual, la dispersión de comportamientos se ha incrementado, pues un conjunto bastante amplio de mujeres jóvenes retrasó la edad a la unión, lo que propició un mayor incremento relativo del tercer cuartil y, en consecuencia, la ampliación del rango intercuartil.

Cuadro 2

Cuartiles, mediana y rango intercuartil de la edad a la primera unión de las mujeres mexicanas, por cohorte de nacimiento, Ennvih, 2002

<i>Cohorte</i>	<i>Medidas de calendario</i>			
	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>RI (Q3-Q1)</i>
1951-1960	17.8	20.1	25.1	7.3
1961-1970	17.9	20.8	25.3	7.4
1971-1975	18.4	21.3	26.7	8.4

Edad al primer embarazo

Al igual que con el calendario de la primera relación sexual y la primera unión, en el caso de la edad al primer embarazo el primer cuartil y la mediana apenas sufren leves modificaciones. Ciertamente, la tendencia indica un leve retraso, pero los incrementos en las edades en que 25 y 50% de las mujeres ya habían experimentado este evento son pequeños. En contraste, la edad correspondiente al tercer cuartil sí se incrementa, y lo hace en forma bastante significativa. De hecho, en este caso el cambio en el tercer cuartil es mayor al observado en los otros dos eventos. Así, la edad en la que 75% de las mujeres ya habían experimentado un embarazo pasó de 24.6 años en la cohorte avanzada a 25.9 años en la cohorte intermedia y 27.1 años en la cohorte joven, es decir, un incremento de 2.5 años entre las cohortes extremas.

Este retraso en el tercer cuartil nuevamente se tradujo en una creciente dispersión en las edades en que las mujeres experimentan el primer embarazo, el cual se refleja en el incremento del rango intercuartil, que pasó de 6.4 años en la cohorte avanzada a 7.6 años en la cohorte intermedia y a 8.5 años en la cohorte joven. Tomadas en conjunto, estas tendencias revelan nuevamente lo que parece ser una gradual transición hacia un calendario más diferenciado y heterogéneo en el inicio de la vida reproductiva.

Cuadro 3

Cuartiles, mediana y rango intercuartil de la edad al primer embarazo^a para las mujeres mexicanas, por cohorte de nacimiento, Ennvih 2002

<i>Cohorte</i>	<i>Medidas de calendario</i>			
	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>RI (Q3-Q1)</i>
1951-1960	18.2	20.5	24.6	6.4
1961-1970	18.2	20.9	25.9	7.6
1971-1975	18.6	21.3	27.1	8.5

^a Embarazo que culminó en un hijo nacido vivo.

Secuencia entre los eventos

Si bien es importante estudiar los cambios en el calendario de cada evento por separado, quizá la pregunta más relevante es hasta qué punto se ha alterado la secuencia temporal entre ellos. Las pautas normativas asociadas al curso de vida suelen enfocarse tanto en las edades que se consideran “apropiadas” para que se efectúen las transiciones como en la secuencia temporal que debe existir entre ellas (Brückner y Mayer, 2004). Así, por ejemplo, tradicionalmente en México se ha considerado que las mujeres deben unirse antes de iniciar su vida sexual y tener su primer embarazo. En este sentido, la secuencia primera unión-primer relación sexual-primer embarazo podría ser considerada como la secuencia “normativa” o “tradicional”. La cuestión que surge es si esta secuencia normativa ha sido persistente en el tiempo o bien ha cedido su lugar a otro tipo de ordenamientos temporales, como las relaciones sexuales o el embarazo premaritales.

Para estudiar este problema es necesario cambiar de perspectiva analítica y adoptar un enfoque que permita seguir las trayectorias de las mujeres en el tiempo. Sin embargo, la información disponible presenta varias limitaciones, por lo cual debieron adoptarse algunos supuestos. En primer lugar, las mujeres de la cohorte más joven tenían una menor edad al momento de la encuesta, por lo que tuvieron menos tiempo para experimentar los eventos. Para controlar los efectos posibles del truncamiento se optó por contrastar las trayectorias de las tres cohortes a la edad fija de 26 años, esto es, el límite superior de edad para el que se tenía información sin truncamiento en las tres cohortes. En segundo lugar, la información retrospectiva de la Ennvih es sobre la edad a la que ocurrieron los eventos, pero no aclara qué evento ocurrió antes en aquellos casos en que dos eventos se presentan a la misma edad. Por ello, se adoptó como supuesto que los eventos que ocurren a la misma edad siguen el ordenamiento temporal de la secuencia normativa. Por ejemplo, si una mujer declaró haber tenido su primera unión y su primera relación sexual a la misma edad, entonces se asumió que la primera unión ocurrió antes de la primera relación sexual. Este supuesto, si bien puede llevar a subestimar la frecuencia de casos que no se ajustan a la secuencia normativa, garantiza que las mujeres que se clasi-

fican fuera de la secuencia normativa efectivamente están realizando una separación cronológica entre los eventos en cuestión.

En el cuadro 4 se presenta la distribución porcentual de las mujeres según la secuencia de eventos que habían experimentado hasta los 26 años de edad. Como puede apreciarse, a esta edad un número creciente de mujeres no había experimentado *ningún* evento: en la cohorte 1951-1960, 11.8% no se habían unido, no habían tenido relaciones sexuales, y (por supuesto) tampoco se habían embarazado. Esta proporción se incrementó a 13.7% en la cohorte intermedia y a 19.8% en la cohorte más joven. El crecimiento de este grupo es básicamente una confirmación, vista desde otro ángulo, de las tendencias apuntadas en las secciones previas hacia el retraso del calendario de los tres eventos. En segundo lugar, se observa una reducción de igual magnitud en la proporción de mujeres que iniciaron con la unión, que pasaron de 54.1% en la cohorte avanzada a 50.1% en la cohorte intermedia y a 44.9% en la cohorte joven. Estas reducciones se presentan tanto entre quienes luego de la unión tuvieron un embarazo como entre quienes no lo tuvieron. Por último, el porcentaje de mujeres que iniciaron con la primera relación sexual se mantiene prácticamente constante en el tiempo, con 34.1% para la cohorte avanzada, 36.2% para la intermedia y 35.3% para la cohorte joven.

En síntesis, el análisis precedente indica algunos cambios en el tiempo, aunque no de gran magnitud. En particular, se observa que la secuencia normativa “unión-primer relación sexual-embarazo” sí parece haber cedido lugar a otro tipo de trayectorias entre las mujeres de la cohorte más joven, aunque: *a)* la secuencia “normativa” es todavía la predominante, con cerca de 40% de los casos; *b)* la reducción de la frecuencia de la secuencia “normativa” se debe en primera instancia al incremento del grupo que no experimenta ningún evento, es decir, al retraso de las transiciones en su conjunto a edades posteriores a los 26 años de edad; *c)* en consecuencia, no se evidencia un incremento significativo en la proporción de mujeres que inician su vida sexual antes de la primera unión (alrededor de 35% en las tres cohortes), aunque cabría señalar que en el subconjunto de mujeres que *sí* experimentaron eventos, aquellas que iniciaron su vida sexual antes de la unión sí han aumentado su presencia, de 38.7 a 44 por ciento.

Cuadro 4

Distribución porcentual de las mujeres mexicanas a los 26 años de edad, según la secuencia temporal de los eventos que marcan el inicio de la vida sexual y reproductiva, por cohorte de nacimiento, Ennvih, 2002

<i>Eventos</i>	<i>Cohortes</i>		
	<i>1951-1960</i>	<i>1961-1970</i>	<i>1971-1975</i>
<i>Ningún evento</i>	<i>11.8</i>	<i>13.7</i>	<i>19.8</i>
<i>Evento inicial primera unión</i>	<i>54.1</i>	<i>50.1</i>	<i>44.9</i>
Unión-primer relación sexual	6.1	7.0	4.3
Unión-primer relación sexual-embarazo	48.0	43.1	40.6
<i>Evento inicial primera relación sexual</i>	<i>34.1</i>	<i>36.2</i>	<i>35.3</i>
Primer relación sexual	4.2	4.1	2.8
Primer relación sexual-unión	0.8	1.7	2.6
Primer relación sexual-embarazo	7.2	5.6	5.0
Primer relación sexual-unión-embarazo	8.6	12.5	11.6
Primer relación sexual-embarazo-unión	13.3	12.4	13.3
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

MODELOS DE TIEMPO DISCRETO

Hasta ahora se han analizado los cambios entre cohortes en el calendario y la secuencia de la primera relación sexual, la primera unión y el primer embarazo. En lo que sigue se profundizará en este análisis a través del ajuste de modelos de tiempo discreto. Estos modelos permiten, por un lado, verificar si las tendencias apuntadas son estadísticamente significativas y, por otro, incorporar algunas variables asociadas a la estratificación social. Como se señaló antes, se ajustan dos conjuntos de modelos, unos para el inicio de la vida sexual y otros para los riesgos en competencia entre iniciar la vida sexual y unirse.

Inicio de la vida sexual

En el cuadro 5 se muestran los resultados del primer conjunto de modelos. Estos resultados se presentan en forma de razones de momios. Como se explicó en la sección metodológica, se trata de modelos de tiempo discreto, por lo que las razones de momios deben interpretarse como efectos sobre la probabilidad de que ocurra el evento en cada año-persona. Debido a que es poco factible que se presenten cambios entre cohortes en la intensidad final del inicio de la vida sexual y la primera unión, también es razonable interpretar las razones de momios como efectos sobre el calendario de estos dos eventos.⁶

El modelo 1 incorpora, además de la edad de la mujer y la cohorte de nacimiento, las dos variables asociadas al sector social de origen de la mujer: escolaridad de la madre y localidad de nacimiento. En relación con la edad y la cohorte de nacimiento, puede apreciarse, en primer lugar, que la probabilidad de iniciar la vida sexual es mucho menor antes de los 18 años que después de esta edad. Las razones de momios son 2.45, 1.97 y 2.04 para las edades 18-20, 21-23 y 24 y más, respectivamente. En segundo lugar, los resultados por cohorte de nacimiento confirman la tendencia apuntada en la sección previa hacia un retraso en el calendario de la primera relación sexual, aunque sólo se presentan diferencias estadísticamente significativas entre la cohorte joven y la cohorte más antigua (con una razón de momios para la cohorte joven de 0.85).

Este modelo también sugiere que el sector social de origen tiene un efecto importante sobre el calendario del inicio de la vida sexual, aunque sólo lo hace a través de la escolaridad de la madre, ya que el tamaño de la localidad de nacimiento no presentó efectos estadísticamente significativos. Así, las probabilidades de experimentar la primera relación sexual son menores para las hijas de mujeres con algún grado de escolaridad en relación con las hijas de mujeres sin escolaridad, lo que se traduce en un retraso en el calendario de este evento. Un hecho que llama la atención es que los efectos no sean tan diferenciados según el nivel de escolaridad

⁶ Véase Bernardi (2001) para una discusión sobre la interpretación de los coeficientes de este tipo de modelos, ya sea como efectos de intensidad o de calendario.

Cuadro 5

Razones de momios de experimentar la primera relación sexual para mujeres mexicanas. Resultados de modelos logísticos de tiempo discreto

<i>Variable</i>	<i>Modelo 1</i>	<i>Modelo 2</i>
<i>Edad (vt)</i>		
14 a 17 años (Ref.)		
18 a 20 años	2.45***	1.58**
21 a 23 años	1.97***	0.74
24 años o más	2.04***	0.91
Cohorte de nacimiento		
1951-1960		
1961-1970	0.95	0.98
1971-1975	0.85**	0.89*
Escolaridad de la madre		
Sin escolaridad (Ref.)		
Primaria incompleta	0.77***	0.89*
Primaria completa	0.75***	0.92
Secundaria o más	0.72***	1.1
Localidad de nacimiento		
Ranchería		
Pueblo	0.95	
Ciudad	0.97	
Asistencia a la escuela (vt)		
No asiste a la escuela (Ref.)		
Asiste a la escuela		0.47***
Escolaridad (vt)		
Sin escolaridad (Ref.)		
Primaria incompleta		0.80*
Primaria completa		0.53***
Secundaria		0.64***
Preparatoria o más		0.35***
Escolaridad* Edad		
Primaria incompleta* 18-20 años		1.26
Primaria incompleta* 21-23 años		1.42
Primaria incompleta* 24+ años		0.95
Primaria completa* 18-20 años		1.50*

Cuadro 5

Razones de momios de experimentar la primera relación sexual para mujeres mexicanas. Resultados de modelos logísticos de tiempo discreto (continuación)

<i>Variable</i> <i>Edad (vt)</i>	<i>Modelo 1</i>	<i>Modelo 2</i>
Primaria completa* 21-23 años		2.76***
Primaria completa* 24+ años		1.89*
Secundaria completa* 18-20 años		1.43
Secundaria completa* 21-23 años		2.35***
Secundaria completa* 24+ años		2.15**
Prepa. o más* 18-20 años		2.29***
Prepa. o más* 21-23 años		4.10***
Prepa. o más* 24+ años		3.51***
Constante	0.12***	0.22***
Pseudo R² de McFadden	0.0253	0.0499
N	31099	31099

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$.

alcanzado por las madres, pues las razones de momios son similares para las hijas de mujeres con primaria incompleta, primaria completa, o secundaria y más (alrededor de 0.75). Esto indicaría que el factor que hace diferencia es si la madre asistió o no a la escuela, y no tanto el nivel de escolaridad alcanzado.

En el modelo 2 se incluyen las dos variables que se asocian al sector social de destino: el nivel de escolaridad de la mujer entrevistada y su condición de asistencia a la escuela. Debido a que la localidad de nacimiento no resultó ser estadísticamente significativa en el modelo 1, se decidió excluirla en este segundo modelo. También se exploraron las posibles interacciones entre las variables y se identificó un efecto de interacción estadísticamente significativo entre el nivel de escolaridad y la edad.

En primer lugar, se observa que en este segundo modelo los efectos de la cohorte persisten, aunque el nivel de significancia se redujo a 0.1. En contraste, los efectos de la escolaridad de la madre práctica-

mente desaparecen, lo que sugiere que éstos operan a través de las variables incorporadas al segundo modelo, esto es, la condición de asistencia a la escuela y la escolaridad de la propia mujer. En segundo lugar, es claro que la condición de asistencia a la escuela tiene un efecto muy importante sobre la probabilidad de iniciar la vida sexual y por tanto sobre el calendario de este evento. Se observa que las razones de momios son 0.47 para quienes asisten a la escuela en relación con quienes no asisten, lo que en otros términos significa una reducción a la mitad en el riesgo de experimentar la primera relación sexual.

Por último, el análisis de los efectos del nivel de escolaridad resulta más complicado, pues deben considerarse simultáneamente los efectos principales y de interacción. Para facilitar la interpretación, se estimaron riesgos relativos para cada categoría conjunta de escolaridad y edad a partir de la ecuación de regresión logística que se deriva del modelo 2, tomando como referencia a las mujeres sin escolaridad que tenían entre 14 y 17 años (véase la gráfica 2). Se aprecia que la escolaridad tiene un efecto de gran magnitud en las edades más tempranas (14-17 años). La probabilidad estimada de tener relaciones sexuales tiende a reducirse en la medida en que se incrementa la escolaridad, hasta alcanzar una reducción de 60% (riesgo relativo de 0.4) entre las mujeres que tenían algún grado de preparatoria. Sin embargo, estos efectos cambian en edades posteriores: entre los 18 y 20 años las mujeres de mayor escolaridad tienen aún menores riesgos de iniciar su vida sexual, aunque las diferencias son bastante menores; a partir de los 21 años estos efectos se invierten, pues las mujeres de mayor escolaridad (secundaria y preparatoria o más) presentan riesgos mayores que las de menor escolaridad.

En otras palabras, estos resultados ilustran, por un lado, que la escolaridad ejerce por sí misma (es decir, independientemente de la condición de asistencia a la escuela) un fuerte efecto sobre la probabilidad de inicio de la vida sexual y, por otro, que este efecto se centra fundamentalmente en el calendario de este evento, de forma tal que en la medida que se incrementa la escolaridad el inicio de la vida sexual tiende a postergarse hasta después de los 20 años de edad. Si se considera que existe una fuerte correlación entre el nivel de escolaridad alcanzado y el sector social de los individuos, entonces se puede deducir que en términos generales el ini-

cio de la vida sexual en México es más tardío en la medida en que se asciende en la jerarquía social.

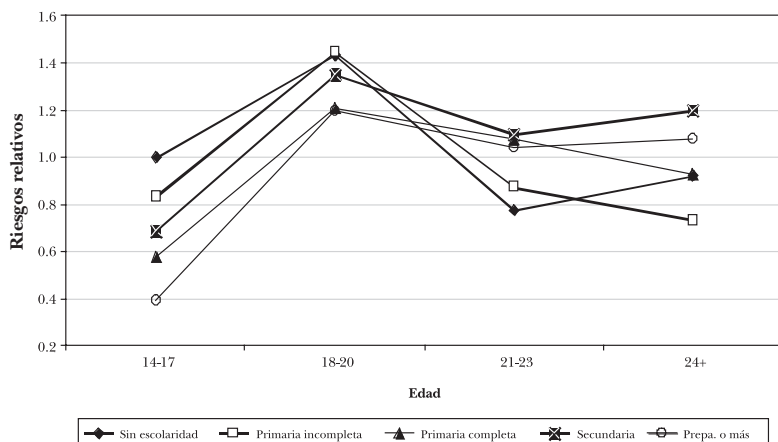
Riesgos en competencia

En este último apartado se presentan los resultados de los modelos de riesgos en competencia para la primera relación sexual y la primera unión. Debe recordarse que, cuando se trabaja en tiempo discreto, este tipo de modelos se ajustan a través de regresiones logísticas multinomiales, por lo que la exponencial de los coeficientes puede ser interpretada directamente como una razón de riesgos relativos (RRR), esto es, como la razón de cambio en la probabilidad estimada de que ocurra un evento frente a que ocurra otro. También es conveniente reiterar que se trata de modelos en donde la unidad de análisis son los años-persona en la vida de las mujeres, por lo que es perfectamente plausible que en un año-persona específico no se presente ningún evento.⁷ Como consecuencia, la variable dependiente en los modelos logísticos multinomiales no sólo asume dos valores (tener una relación sexual premarital o unirse), sino que debe ser incorporado un tercer valor para aquellos años-persona en que el “resultado” es la ausencia de cualquiera de los dos eventos.

Los resultados de los modelos se presentan en el cuadro 6. Cada modelo tiene dos ecuaciones. La primera ecuación se refiere a los riesgos en competencia de que no ocurra ningún evento *versus* que ocurra la primera unión. En términos generales, los coeficientes en esta ecuación indican hasta qué punto las variables independientes contribuyen a adelantar o posponer la primera unión. La segunda ecuación se refiere a los riesgos en competencia de que inicie la vida sexual (relación premarital) *versus* que ocurra la primera unión. Es razonable asumir que quienes no iniciaron su vida

⁷ Así sería, por ejemplo, si una mujer no experimenta ninguno de los dos eventos (la primera relación sexual o la unión) durante su vida. En el modelo de tiempo discreto, esta mujer sería representada por un conjunto de años-persona en donde la variable dependiente sería 0 (o el valor que indique no haber experimentado ningún evento) para todos los años-persona en que estuvo expuesta al riesgo de tener relaciones sexuales o unirse.

Gráfica 2
Riesgos relativos de experimentar la primera relación sexual
para las mujeres mexicanas, por edad y nivel de escolaridad^a



^a Riesgos relativos estimados con referencia a las mujeres sin escolaridad entre los 14 y 17 años de edad. Los riesgos relativos se calcularon manteniendo constantes los efectos de las otras variables incluidas en el modelo.

Fuente: Estimación con base en la ecuación de regresión logística presentada en el modelo 2 del cuadro 5.

sexual al momento de la unión lo harán una vez que se unan. Por tanto, los coeficientes de esta segunda ecuación pueden ser interpretados como si representasen el efecto de las variables independientes sobre el riesgo de tener relaciones sexuales premaritales frente a tener relaciones sexuales después de la primera unión. Al igual que en las ecuaciones del cuadro 5, se ajustan dos modelos, el modelo 3 con las variables asociadas al sector social de origen (escolaridad de la madre y tipo de localidad de nacimiento) y el modelo 4 con las variables asociadas a la escolaridad de la propia mujer.⁸

⁸ En este caso no se identificaron interacciones estadísticamente significativas.

Cuadro 6
Razones de riesgos relativos de modelos logísticos multinomiales
de tiempo discreto para las mujeres mexicanas. Riesgos en competencia
de no experimentar ningún evento frente a unirse por primera vez,
y de tener relaciones sexuales premaritales frente a unirse
por primera vez

	<i>Modelo 3</i>		<i>Modelo 4</i>	
	<i>Ningún evento versus primera unión</i>	<i>Relación premarital versus primera unión</i>	<i>Ningún evento versus primera unión</i>	<i>Relación premarital versus primera unión</i>
Edad (vt)				
14 a 17 años (Ref.)				
18 a 20 años	0.48***	1.17	0.54***	1.22*
21 a 23 años	0.47***	0.70**	0.57***	0.75*
24 años o más	0.58***	1.92***	0.76***	2.10***
Cohorte de nacimiento				
1951-1960				
1961-1970	1.14*	1.1	1.08	1.05
1971-1975	1.25**	1.50***	1.20**	1.45***
Escolaridad de la madre				
Sin escolaridad (Ref.)				
Primaria incompleta	1.33***	1.12	1.11	1.01
Primaria completa	1.38***	1.03	1.07	0.88
Secundaria o más	1.76***	1.56**	1.04	1.12
Localidad de nacimiento				
Ranchería				
Pueblo	1.12	1.24*	1.02	1.17
Ciudad	1.28***	1.71***	1.03	1.47***
Asistencia a la escuela (vt)				
No asiste a la escuela (Ref.)				
Asiste a la escuela			3.06***	1.81***
Escolaridad (vt)				
Sin escolaridad (Ref.)				
Primaria incompleta			1.01	0.65**
Primaria completa			1.47***	0.97
Secundaria			1.17	0.86
Preparatoria o más			1.46**	1.04
Constante	10.86***	0.41***	7.53***	0.47***
Pseudo R2 de McFadden	0.026		0.0464	
N	29366		29366	

* p<0.10, ** p<0.05, *** p<0.01.

Los resultados del modelo 3 muestran, como era de esperarse, que la probabilidad de que la mujer no experimente ningún evento se reduce a partir de los 18 años. Pero lo que resulta más interesante es que la probabilidad de tener relaciones sexuales premaritales se incrementa significativamente en el grupo selecto de mujeres que han pospuesto estos dos eventos hasta después de los 23 años. El riesgo relativo de tener relaciones sexuales premaritales prácticamente se duplica (es 1.92 veces mayor) a partir de los 24 años de edad en relación con los grupos de edades precedentes.

Por otra parte, en la cohorte joven se aprecian efectos positivos en ambas ecuaciones. Las RRR son 1.25 para “ningún evento” y 1.50 para “relación premarital”. Este resultado confirma en varios sentidos el análisis descriptivo de la sección previa. En primer lugar, muestra una tendencia hacia el retraso de la primera unión; en segundo lugar, indica que el riesgo relativo de iniciar la vida sexual antes de unirse se ha incrementado.⁹ Por último, revela que las tendencias recién señaladas son estadísticamente significativas.

Los efectos de las variables asociadas al sector social de origen también son estadísticamente significativos. En términos resumidos, los coeficientes sugieren que en la medida que se asciende en el sector social de origen (reflejado en la mayor escolaridad de la madre y comunidades de origen menos rurales), las mujeres tienden a retrasar la primera unión y, en el caso de las categorías extremas (con escolaridad secundaria o más y en las ciudades), a iniciar la vida sexual antes de la primera unión. Así, por ejemplo, el riesgo relativo de tener relaciones sexuales premaritales para quienes tenían una madre con secundaria o más y nacieron en una ciudad era casi 2.7 veces mayor (1.56×1.71) que para quienes tenían una madre sin escolaridad y nacieron en ranchería.

Tal como ocurre en los modelos de transición simple presentados en el cuadro 5, en este caso la inclusión del nivel de escolaridad y la condición de asistencia a la escuela (modelo 4) ocasiona que las variables asociadas al sector social de origen pierdan significancia estadística. La única variable que mantiene efectos significativos es

⁹ Si bien esto puede deberse, como lo sugiere el análisis descriptivo, a la caída en las probabilidades absolutas de unión temprana, más que al incremento en las probabilidades absolutas de iniciar la vida sexual antes de unirse.

la localidad de nacimiento, en donde la RRR de experimentar relaciones sexuales premaritales es 1.47 veces mayor para quienes nacieron en una ciudad en relación con quienes nacieron en una rancharía o pueblo.

Por último, los efectos de las variables asociadas a la escolaridad permiten destacar dos elementos. El primero es que la asistencia a la escuela juega (nuevamente) un papel muy importante como determinante del calendario y secuencia de las transiciones. En general, mientras asisten a la escuela las mujeres tienen menores riesgos de experimentar *ambos eventos* (el inicio de la vida sexual y la primera unión), es decir, tienden a retrasar ambas transiciones.¹⁰ Pero al mismo tiempo, cuando se contrastan los riesgos de tener relaciones premaritales *versus* unirse, la asistencia a la escuela inclina la balanza hacia las relaciones premaritales. Así, se estima que el riesgo relativo de tener relaciones sexuales premaritales *versus* posponerlas para después de la unión es casi 80% mayor (1.81 veces) mientras se asiste a la escuela que cuando ya no se asiste.¹¹

El segundo es que, una vez controlada la condición de asistencia a la escuela, el nivel de escolaridad no tiene efectos de gran magnitud sobre los riesgos en competencia de tener relaciones sexuales premaritales, en donde sólo el coeficiente de primaria incompleta es estadísticamente significativo (RRR de 0.64). En todo caso, parece que las mujeres de mayor escolaridad también tienden a retrasar tanto la primera unión como el inicio de su vida sexual (la RRR para ningún evento *versus* la unión es 1.48 para quienes tienen preparatoria o más frente a quienes no tienen escolaridad).

¹⁰ De hecho, los modelos no contrastan directamente el riesgo de no experimentar ningún evento frente al riesgo de tener relaciones sexuales premaritales, pero una vez conocidas las dos ecuaciones del modelo 4 es posible calcular el coeficiente que correspondería a tal contraste. La exponencial de este coeficiente es 1.69 (3.06/1.81), lo que indica que mientras asisten a la escuela las mujeres tienen un riesgo relativo casi 70% mayor de no experimentar ningún evento *versus* tener relaciones sexuales premaritales.

¹¹ Aunque en este caso habría de ejercer las mismas precauciones que en el de los efectos por cohorte: el incremento en el riesgo relativo se debe más a la caída en la probabilidad de unirse que al incremento en la probabilidad de iniciar la vida sexual antes de la unión.

CONCLUSIONES

El análisis precedente permite concluir que en tiempos recientes se han presentado cambios en el calendario del inicio de la vida sexual, la vida marital y la vida reproductiva. En términos generales, los resultados son consistentes con otras investigaciones. Welti (2005) reportó la tendencia al incremento de la edad a la primera relación sexual a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003.¹² Por otra parte, varios autores registraron, a través de estimaciones con otras fuentes de datos, la postergación del inicio de la vida en pareja. Nuestros resultados son totalmente coincidentes con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (Tuirán *et al.*, 2002: 33), y siguen la tendencia descrita por Quilodrán (2000), quien afirma que en las cohortes más jóvenes es más tardía la edad a la primera unión, ya sea ésta consensual o matrimonio legal.

Pero, más allá de estas tendencias generales, existen razones para concluir que en las cohortes más jóvenes comienza a gestarse un cambio de comportamientos en lo referente al calendario y la secuencia de las transiciones que marcan el inicio de la vida sexual, marital y reproductiva. Sin embargo, este cambio no es generalizable a todas las mujeres. De hecho, una de sus características es que sólo se observa en un grupo minoritario, aunque no tan pequeño para pasar desapercibido en las medidas resumen de calendario e intensidad utilizadas en este trabajo. Es conveniente en este punto retornar a los principales resultados del análisis empírico para delinear algunas características de este cambio.

En primer lugar, en la cohorte de nacimiento más joven incluida en este estudio (1971-1975) existe un conjunto de mujeres que aplazaron en forma bastante significativa la primera relación sexual, la primera unión y el primer embarazo. En cada uno de los eventos, este conjunto no alcanza a ser la mayoría de las mujeres de la cohorte, pues si esto fuera así los cambios se hubiesen reflejado en incre-

¹² Las edades obtenidas con esa encuesta para la primera relación sexual parecen ser más bajas que nuestros hallazgos con la Ennivih de 2002, posiblemente por la diferencia de los marcos muestrales entre las dos encuestas y los métodos de análisis utilizados.

mentos más sustanciales en la edad mediana a la que ocurren los eventos. Sin embargo, tampoco se trata de un grupo muy reducido, pues es de suficiente tamaño para generar incrementos sustantivos en el tercer cuartil. El comportamiento innovador de este conjunto de mujeres ha dado lugar a un incremento en la heterogeneidad de edades a las cuales se experimenta cada uno de los tres eventos.

En segundo lugar, también se aprecia una mayor heterogeneidad en la cohorte más joven en cuanto a la secuencia en que ocurren los eventos. A los 26 años de edad, la secuencia normativa “unión-primer relación sexual-embarazo” era aún predominante, pero cedió lugar a otro tipo de trayectorias. Un grupo creciente de mujeres posponen los tres eventos hasta después de los 26 años, y entre aquellas que no los posponen, ganan importancia las que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio. Por otra parte, si bien entre las mujeres que experimentan los eventos a edades más tardías se aprecia cierta separación entre el inicio de la vida sexual y la edad al primer embarazo, indicativa de la vivencia de una sexualidad sin fines reproductivos, la distancia entre la edad a la primera unión y la edad al primer embarazo permanece casi sin cambios, lo que sugiere que se mantiene la práctica de rápida procreación al ingresar a la vida en pareja (Hernández, 2001; Mier y Terán, 2004).

Estos resultados ilustran que entre las mujeres mexicanas se ha dado en tiempos recientes la acentuación de un modelo de sexualidad mixto, en el que coexisten dos amplios subgrupos de mujeres. Un grupo de mujeres, aún mayoritario, se caracteriza por seguir un patrón tradicional caracterizado por una unión relativamente temprana, el inicio de la vida sexual dentro de la unión, y el inicio de la vida reproductiva casi inmediatamente después de la primera unión. El segundo grupo, que ha ganado importancia relativa en tiempos recientes pero parece ser aún minoritario, se distingue del primero por experimentar las transiciones a la vida sexual, marital y reproductiva en forma más tardía y vivir un periodo de sexualidad sin búsqueda de hijos antes de la unión, aunque parece no diferenciarse mucho en términos de la estrecha conjunción entre unión y descendencia.

La cuestión que surge es: ¿quiénes forman parte de este subgrupo de mujeres que tienen un comportamiento innovador en relación con sus antecesoras? La inclusión de variables asociadas a la es-

tratación social en los modelos de tiempo discreto permite responder a esta pregunta, aunque de manera provisional y sujeta a futuras investigaciones más detalladas. El sector social de origen (medido por la escolaridad de la madre) y el de la propia mujer (medido por la escolaridad de la mujer, además de la condición de asistencia a la escuela) tuvieron efectos estadísticamente significativos sobre la probabilidad de iniciar la vida sexual y sobre el riesgo relativo de iniciar la vida sexual antes *versus* después de la unión. En pocas palabras, estos modelos sugieren que las mujeres que tienen mayor probabilidad de *posponer* todos los eventos, así como de iniciar su secuencia de eventos con el inicio de la vida sexual *antes* de la unión, son las que pertenecen a los sectores medios y altos, esto es, las que provienen de familias donde la madre tenía un alto nivel relativo de escolaridad, las residentes en áreas urbanas y las que lograron mayores niveles de escolaridad y, por tanto, asistieron durante mayor tiempo a la escuela. Estos indicios llevan a respaldar la hipótesis de que se están presentando cambios sustanciales en los patrones de sexualidad, nupcialidad y reproducción entre las mujeres de los sectores medios y altos urbanos en México.

Los grandes cambios que México ha experimentado en materia reproductiva, como la difusión de la anticoncepción y el descenso de la fecundidad, se iniciaron primero en un selecto grupo de mujeres, muy probablemente de clase media y residentes en las ciudades, para más tarde generalizarse al resto de la población. Esto dio lugar inicialmente a una creciente heterogeneidad en los comportamientos, que más tarde se redujo en la medida en que las nuevas prácticas se difundieron al conjunto de la población. La pregunta que surge al revisar los resultados de este trabajo es si es que estamos ante un cambio secular de esta misma naturaleza, aunque esta vez orientado a los eventos que marcan la entrada en la vida en pareja y el disfrute de la sexualidad. Ciertamente, tal como ocurrió con la transición en la fecundidad, el cambio parece comenzar a gestarse entre los sectores medios y altos urbanos y ha generado ya una mayor heterogeneidad en las trayectorias sexuales, maritales y reproductivas. Pero ¿es previsible que se difunda rápidamente al conjunto de la sociedad mexicana? ¿Son estos incipientes cambios el prólogo de transformaciones más amplias, que derivarán en la generalización a todos los sectores sociales de fenómenos como

la disociación entre el inicio de la vida sexual y la vida marital y el incremento en la edad a la unión? ¿O bien reflejan nuevas heterogeneidades más profundas y permanentes, ligadas a la creciente desigualdad social?

BIBLIOGRAFÍA

- Allison, P. D. (1984), *Event History Analysis Regression for Longitudinal Event Data*, Beverly Hills, California, Sage Publications.
- Bernardi, F. (2001), "Is it a Timing or a Probability Effect? Four Simulations and An Application of Transition Rate Models to the Analysis of Unemployment Exit", *Quality & Quantity*, 35: 231-252.
- Blossfeld, H. P., y G. Rohwer (2002), *Techniques of Event History Modeling*, Mahwah, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Bozon, M. (2002), "Démographie et sexualité", en Graziella Caselli, Jacques Vallin y Guillaume Wunsch (dirs.), *Démographie: Analyse et synthèse*, tomo 2, París, INED, pp. 303-321.
- (2003), "At what Age do Women and Men have their First Sexual Intercourse? World Comparisons and Recent Trends", *Population and Societies*, núm. 391, junio, pp. 1-4.
- Brückner, H., y K. U. Mayer (2004), "The De-standardization of the Life Course: What it Might Mean and if it Means Anything Whether it Actually Took Place", ponencia presentada en la Conferencia de Neuchâtel del Comité de Investigación sobre Estratificación Social y Movilidad, mayo.
- CIDE/UIA (2004), Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares. Disponible en www.mxfls.uia.mx/. Acceso: 17/11/2004.
- García, B., y O. de Oliveira (1990), "Social Sectors and Reproduction in Mexico", en M. Bronfman *et al.*, *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, The Population Council/DHS, Demographic and Health Surveys Further Analysis Series, núm. 7, abril, pp. 1-3.
- , y O. Rojas (2004), "Las uniones conyugales en América Latina: Transformaciones en un marco de desigualdad social y de género", *Notas de Población*, año XXXI, núm. 78, pp. 65-96.
- Gayet, C., F. Juárez, L. Pedrosa y C. Magis (2003), "Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual", *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 5, pp. 632-640.
- Hernández Esquivel, J. C. (2003), "La distribución territorial de la pobla-

- ción rural”, en Conapo, *La situación demográfica de México, 2003*, México, Conapo, pp. 63-75. Disponible en www.conapo.gob.mx
- INEGI (2005), Indicadores seleccionados sobre nivel de escolaridad, promedio de escolaridad, aptitud para leer y escribir y alfabetismo, 1960 a 2000. Disponible en www.inegi.gob.mx. Acceso: 23/11/2005.
- Juárez, F. (1990), “Reproductive Behavior and Social Sectors in Mexico”, en M. Bronfman *et al.*, *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, The Population Council-DHS, Demographic and Health Surveys Further Analysis Series, núm. 7, abril, pp. 9-14.
- , y C. Gayet (2005), “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas”, *Papeles de Población*, nueva época, año 11, núm. 45, julio-septiembre, pp. 177-219.
- , y S. Llera (1996), “The Process of Family Formation During the Fertility Transition”, en J. M. Guzman, S. Singh, G. Rodriguez y E. Panтелides, *The Fertility Transition in Latin America*, Oxford, Oxford University Press, pp. 48-73.
- , J. Quilodrán, y M. E. Zavala de Cosío (1996), “De una fecundidad Natural a una controlada: México 1950-1980”, en F. Juárez, J. Quilodrán y M. E. Zavala de Cosío, *Nuevas pautas reproductivas en México*, México, El Colegio de México, pp. 23-70.
- Kaa, D. van de (1987), “Europe’s Second Demographic Transition”, *Population Bulletin*, vol. 41, núm. 1.
- Lesthaeghe, R. (1995), “The Second Demographic Transition: An Interpretation”, en K. O. Mason y A. M. Jensen, *Gender and Family Change in Industrialized Countries*, Oxford, Clarendon Press, pp. 17-62.
- (1998), “On Theory Development and Applications to the Study of Family Formation”, *Population and Development Review*, vol. 24, núm. 1, marzo, pp. 1-14.
- Lloyd, C. (2005) (ed.), *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, The National Academies Press.
- Mier y Terán, M. (2004), “Pobreza y transiciones familiares a la vida adulta en las localidades rurales de la península de Yucatán”, *Población y Salud en Mesoamérica, Revista electrónica*, vol. 2, núm. 1, art. 5, julio-diciembre. Disponible en ccp.ucr.ac.cr/revista.
- Pérez Amador, A. (2004), “La disociación entre la vida sexual y conyugal de las mujeres y los varones urbanos en México”, ponencia presentada en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Caxambú, Brasil, septiembre.
- Quilodrán, J. (1990), “Entrance into Marital Union and into Motherhood by Social Sectors”, en M. Bronfman *et al.*, *Social Sectors and Reproduction*

- in Mexico*, The Population Council-DHS, Demographic and Health Surveys Further Analysis Series, núm. 7, abril, pp. 4-8.
- (2000), “Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio”, *Papeles de Población*, núm. 25, julio-septiembre, pp. 9-33.
- (2001), *Un siglo de matrimonio en México*, México, El Colegio de México.
- (2003), “La familia. Referentes en transición”, *Papeles de Población*, año 9, núm. 37, pp. 51-82.
- Ryder, N. B. (1965), “The Cohort as a Concept in the Study of Social Change”, *American Sociological Review*, 30, 843-861.
- Smith, D. (1980), “Life Table Analysis”, *WFS Technical Bulletins*, núm. 6.
- Solís, P. (2005), “Cambio estructural y movilidad ocupacional en Monterrey, México”, *Estudios Sociológicos*, 23.
- Tuirán, R. (2002), “Transición demográfica, curso de vida y pobreza en México”, en C. Rabell Romero y M. E. Zavala de Cosío, *La fecundidad en condiciones de pobreza*, México, IIS-UNAM, pp. 119-167.
- , V. Partida, O. Mojarro y E. Zúñiga (2002), “Tendencias y perspectivas de la fecundidad”, en Conapo, *La situación demográfica de México, 2002*, México, Conapo, pp. 29-48. Disponible en www.conapo.gob.mx
- Uhlenberg, P. (1996), “Mutual Attraction: Demography and Life-Course Analysis”, *The Gerontological Society of America*, 36: 226-229.
- Welti, C. (2005), “Inicio de la vida sexual y reproductiva”, *Papeles de Población*, nueva época, año 11, núm. 45, julio-septiembre, pp. 143-176.
- Zavala de Cosío, M. E. (1992), *Cambios en la fecundidad en México y políticas de población*, México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica.
- Zenteno, R., y P. Solís (2007), “Tendencias recientes en la movilidad ocupacional en el México urbano”, *Estudios Demográficos y Urbanos* (en prensa).

RELACIONES DE GÉNERO Y DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA EN LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LAS NORMAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN MÉXICO

IVONNE SZASZ¹

El objetivo de este trabajo consiste en explorar, mediante el análisis de una encuesta por muestreo y la revisión de algunos estudios previos, la existencia de normativas diferenciadas sobre la sexualidad para hombres y mujeres mexicanos, así como la manera en que la pertenencia a distintos estratos socioeconómicos señala variaciones en esas normas. El análisis exploratorio que aquí se emprende se refiere a tres aspectos de las actividades sexuales que declararon hombres y mujeres en una encuesta sobre salud reproductiva: la actividad sexual de la población soltera, la cercanía o distancia entre el inicio de las relaciones sexuales y el inicio de la vida conyugal y las expresiones de iniciativa y autonomía de los sujetos en las prácticas sexuales en la vida conyugal. Seleccionamos un conjunto de variables que nos aproximan a las relaciones de género al expresar las normas que prevalecen sobre las actividades sexuales entre hombres y mujeres y las cruzamos por el sexo y estrato socioeconómico de los declarantes, controlando también esas expresiones por el grupo de edad. El estudio se restringe exclusivamente a las actividades heterosexuales referidas a coitos entre hombres y mujeres declaradas en una encuesta nacional en hogares aplicada a la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1998 y recupera los conocimientos previos obtenidos en otros estudios basados en encuestas por muestreo. Como un apoyo para la

¹ Profesora investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.

interpretación de los resultados, se revisaron también algunas investigaciones cualitativas sobre la sexualidad en el ámbito conyugal.

Este estudio se inserta en un debate teórico surgido en Europa, que plantea la reciente transformación de las relaciones íntimas en las sociedades occidentales contemporáneas. Diversos autores argumentan sobre una diferenciación de las relaciones íntimas en estas sociedades respecto de fuerzas sociales tradicionales, tales como las instituciones matrimoniales y religiosas, el parentesco y la estratificación por clases sociales (Giddens, 1992; Beck, 1992; Beck y Beck-Gernsheim, 1995; Bozon, 1998 y 2004; Blais, 2006). Otros autores reconocen una profunda transformación de las relaciones íntimas en las sociedades europeas, ocurrida en los últimos 40 años, pero fundamentan teóricamente que las sexualidades continúan siendo construidas por las jerarquías sociales y las relaciones de poder, indicando que este control social ha transformado sus métodos. La sexualidad es concebida, para estos autores, como un campo de poder en el cual intervienen relaciones de dominación, desigualdades, discriminación y violencia (Foucault, 1976; Parker, 1991; Weeks, 1998; Aggleton y Parker, 2002; Bozon, 2004). En lugar de una revolución o liberalización de las normas sobre la sexualidad, estos autores señalan que ha ocurrido una individualización e interiorización de esas normas, que han remplazado la represión por la proliferación y abundancia de discursos sobre lo sexual, incluyendo el discurso científico, y por la atribución de responsabilidades individuales en el descubrimiento de “verdades” sobre la propia sexualidad (Foucault, 1976; Bozon, 2004; Weeks, 1998). En esta investigación se trata de buscar indicios sobre presencia o ausencia de las instituciones y estructuras sociales en la configuración contemporánea de las normas sobre la sexualidad entre hombres y mujeres en México, así como indicios de individualización y de interiorización de las normas sobre la sexualidad y, eventualmente, de autonomización de las relaciones íntimas respecto de las fuerzas sociales.

Las interrogantes que dieron origen a esta investigación exploratoria sobre las normas sociales que se expresan en las declaraciones de hombres y mujeres mexicanos sobre sus actividades sexuales en una encuesta aplicada a fines del siglo xx procuran retomar este debate para un contexto latinoamericano caracterizado por la persistencia de desigualdades de género, étnicas y socioeconómicas

muy profundas y por procesos de modernización desiguales que lo hacen heterogéneo y complejo desde el punto de vista cultural. Las normas que regulan la sexualidad de los mexicanos pueden haber cambiado con la distribución masiva de técnicas anticonceptivas modernas a partir de los años setenta del siglo xx, con la incorporación de las mujeres urbanas al trabajo extrahogareño ocurrida en las últimas décadas, con la profunda influencia de los medios audiovisuales de comunicación, los cambios ocurridos en los mercados de trabajo a partir de los años ochenta y la emigración masiva de trabajadores hacia los Estados Unidos y entre distintas regiones del país y, hasta cierto punto, con el desarrollo de los movimientos feministas y de los movimientos sobre la diversidad sexual que han promovido debates públicos sobre el derecho a elegir en torno a las relaciones íntimas. También es posible que en algunos sectores las normas sobre la sexualidad estén experimentando recientemente una involución conservadora, que se vincula con las asociaciones que establecen sectores no científicos entre la epidemia del VIH/sida y actitudes liberales hacia la sexualidad, generando posibles procesos de estigmatización y discriminación frente a la creciente aceptación de posibilidades diversas de elección individual. Estas reacciones conservadoras se relacionan con complejos procesos políticos y culturales que dan origen al resurgimiento de fundamentalismos religiosos en una sociedad que al mismo tiempo continúa experimentando procesos de secularización e individuación.

En este contexto histórico específico, se busca explorar a través del análisis bivariado de datos de una encuesta por muestreo, de las investigaciones previas basadas en encuestas y de los argumentos planteados por algunos estudios cualitativos la posible presencia o ausencia de una separación entre las prácticas íntimas heterosexuales y las instituciones sociales (matrimonio, parentesco, relaciones de género y clases sociales), aunada a la existencia de decisiones personales autónomas en el dominio de la sexualidad, o al menos de interiorización y flexibilización de las normas sobre la sexualidad. En las sociedades europeas contemporáneas se ha documentado que a partir de los años setenta del siglo xx ha aumentado la demanda por el bienestar personal en la intimidad y ha aumentado el potencial para una mayor libertad de elección en las relaciones sexuales, junto con un progresivo debilitamiento del poder del

Estado, las fuerzas económicas y las instituciones sociales en las decisiones relativas a la intimidad (Blais, 2006; Bozon, 1998 y 2004; Giddens, 1992; Beck, 1992). En el contexto europeo se afirma que las relaciones íntimas que se desvinculan de las instituciones, reglas y fuerzas sociales se hacen más complejas, con mayor potencial de conflictos de pareja, más inciertas, pero con mayor posibilidad de amoldarse más a los deseos personales y las necesidades de gratificación individual que a distintas formas de dominación. Se trataría de formas de autonomía personal en la regulación de las relaciones íntimas que no acarrearían la amenaza de sanciones o exclusiones sociales, pero que harían más difícil la conciliación de deseos y necesidades individuales en las parejas, quienes basarían la continuidad de las relaciones en la confianza mutua (Giddens, 1992; Bozon, 2004; Blais, 2006). En esta investigación se trata de explorar la presencia y la fuerza de estas tendencias en las normas sobre la sexualidad entre hombres y mujeres en México, una sociedad con fuertes jerarquías de clase y cuyas relaciones de género están experimentando algunas transformaciones (García y De Oliveira, 1994 y 2006; Amuchástegui y Rivas, 2004).

Las interrogantes iniciales fueron: ¿las normas que orientan las prácticas sexuales de los mexicanos son semejantes para hombres y mujeres?, ¿las semejanzas y las diferencias entre las actividades sexuales que declaran hombres y mujeres en una encuesta por muestreo se mantienen al comparar su pertenencia a distintos estratos socioeconómicos?, ¿la normatividad que parecen expresar las declaraciones de hombres y mujeres mexicanos a fines del siglo xx da cuenta de controles institucionales, de controles interiorizados o de espacios de autonomía individual en las relaciones íntimas?

El enfoque teórico del estudio se basa en las corrientes críticas contemporáneas de las ciencias sociales que entienden las relaciones de género y las sexualidades como socialmente construidas. Un supuesto que subyace a la aproximación metodológica que se intenta es que las respuestas de una muestra aleatoria de individuos a preguntas estandarizadas sobre sus actividades sexuales nos aproximan a la enunciación de las normas vigentes para esas personas, aunque puedan ser una aproximación poco adecuada a las prácticas mismas. Las actividades sexuales no dejan registro social y están sujetas a múltiples interpretaciones y construcciones de significa-

dos, por lo que puede existir una distancia entre las respuestas en una encuesta por muestreo y las actividades que se trata de identificar. Sin embargo, las encuestas por muestreo aproximan a las respuestas normativas sobre los fenómenos que se trata de investigar.

Esta investigación dialoga, desde el punto de vista teórico e interpretativo, con las corrientes de pensamiento que postulan la existencia de una transformación de las relaciones íntimas en las sociedades contemporáneas, así como una creciente interiorización e individualización de las normas sobre los comportamientos sexuales. Pero busca no trasladar sin crítica los modelos teóricos desarrollados en otro tipo de sociedades y reexaminarlos a partir del contexto social mexicano. Este tipo de reinterpretación es de especial interés para la investigación en población, puesto que se debate actualmente la existencia de una segunda transición demográfica en Europa. Esta transición estaría referida a transformaciones recientes en la institución matrimonial, en la ruptura del lazo que existía entre relaciones sexuales y reproducción, la incertidumbre en los mercados laborales y las nuevas opciones de trayectoria laboral para las mujeres, que han acarreado como consecuencia una separación entre emparejamiento heterosexual y matrimonio y una reducción drástica en la fecundidad marital, que ha descendido a niveles inferiores al remplazo poblacional. Además de debatirse si estos cambios constituyen una segunda transición de alcances universales, se discuten las posibilidades de difusión de los cambios demográficos iniciados en Europa hacia el resto de los países del mundo. En lugar de considerar que los procesos de modernización e individuación son grados más avanzados o más atrasados en una escala evolutiva encabezada por los países noroccidentales del continente europeo, en este artículo se busca analizar los procesos que ocurren en México sobre la sexualidad a partir de la historia y las experiencias específicas del contexto en que ocurren.

La hipótesis que guía el trabajo propone que en México coexisten diferentes tipos de normatividades sobre las prácticas sexuales. Una de esas diferencias se refiere a las normas sobre las actividades sexuales que son adecuadas para los hombres y para las mujeres, que marcan distinciones en autonomía y posibilidades de decidir. A su vez, planteamos que estas normas diferenciadas por sexo se expresan de manera distinta en diferentes estratos socioeconómi-

cos. Se propone que los procesos de individuación y de autonomía de las mujeres coexisten en México con una sociedad altamente jerarquizada por género y por clase social. Estas jerarquías definen desigualdades en las posibilidades materiales y culturales necesarias para negociar relaciones interpersonales equitativas y para ejercer autonomía en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo.

APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL
DE LAS SEXUALIDADES DESDE UNA PERSPECTIVA DEMOGRÁFICA

El presente trabajo comprende las declaraciones que hacen los entrevistados en una encuesta al ser interrogados sobre sus actividades sexuales, en su mayor parte referidas al contexto de las relaciones maritales. Intento esta aproximación a pesar de que entiendo las actividades sexuales de las personas como prácticas socialmente construidas e imbuidas de significados culturales. A pesar de que comparto los argumentos que consideran que esas prácticas y significados no pueden ser aprehendidos a través de instrumentos estandarizados y precodificados que ignoran a los contextos culturales y a los sujetos, intento aproximarme a las adhesiones a diferentes normatividades que se pueden desprender de sus respuestas. Aunque desde el punto de vista metodológico pueda ser una aproximación reducida y burda, considero que las semejanzas y diferencias sistemáticas en las respuestas y la regularidad de su relación con el sexo y la pertenencia de clase de quienes responden pueden arrojar pistas para la interpretación de las relaciones entre género, clase y construcciones culturales sobre la sexualidad. Por otra parte, rescato la utilidad de algunos indicadores demográficos para la aproximación a las magnitudes que asumen las adhesiones a diferentes normatividades a escala nacional.

La demografía contemporánea se está aproximando a la comprensión de las sexualidades como construcciones culturales. Poco a poco se ha ido distanciando de las ideas decimonónicas sobre lo sexual como un funcionamiento universal de los cuerpos, regido por la naturaleza, que se expresaría en conductas individuales definidas por desarrollos biológicos, actitudes psicológicas y elecciones racionales. Al comprender el carácter socialmente construido de

las normas y prácticas sexuales, la sociodemografía ha desarrollado algunos indicadores que contribuyen al análisis comparativo de lo que las personas de diferente sexo, edad y ubicación social declaran sobre sus actividades sexuales en una encuesta por muestreo. A pesar de sus limitaciones, considero que estos indicadores constituyen aproximaciones útiles para la comprensión de las normas referidas a las actividades sexuales reportadas, ubicándolas como prácticas sociales.

Las herramientas demográficas permiten establecer las fechas en que ocurren algunos eventos, permiten ubicar esos eventos en periodos de referencia históricos y en etapas de la trayectoria de vida de los individuos, permiten determinar algunas características de las relaciones entre las personas y su duración. Además, permiten clasificar a los individuos por características tales como el sexo, la edad y el estrato socioeconómico, para comparar las declaraciones sobre estos eventos, y observar los vínculos entre las actividades sexuales heterosexuales reportadas y las prácticas conyugales, reproductivas y productivas.

En el contexto internacional, los indicadores demográficos sobre las diferencias entre países y regiones del mundo en cuanto a las actividades sexuales reportadas en encuestas por muestreo señalan la existencia de diferentes tipos de sociedades. En los países del norte y algunos del centro de Europa, la unión marital se ha hecho más tardía y el inicio de la vida sexual se ha separado de la unión marital incluso para las mujeres, existiendo trayectorias sexuales semejantes entre los hombres y las mujeres: ambos sexos inician sus actividades sexuales a edades tempranas y a las mismas edades, en relaciones o encuentros completamente desvinculados de la vida marital. Tanto en los Estados Unidos como en el centro y norte de Europa, el inicio de las actividades sexuales de hombres y mujeres ocurría en años anteriores a edades semejantes, pero más tardías, y para ambos, pero sobre todo para las mujeres, ese inicio era cercano al comienzo de la vida marital, de manera que los principales cambios recientes consisten en el inicio más temprano de las relaciones sexuales para ambos sexos y su desvinculación del matrimonio, cambios que se relacionan con la prolongación de la educación media superior, que es universal en esos países, y con el uso de anticonceptivos entre la población soltera (Bozon, 2003).

En el otro extremo, en muchas sociedades latinoamericanas, en Italia, España y Grecia y en algunos países de Asia, persiste una elevada valoración y cierto control de la virginidad de las mujeres, así como un inicio de las relaciones sexuales relativamente tardío en las mujeres y cercano a las uniones conyugales. El uso de anti-conceptivos se concentra en las mujeres unidas que ya tienen hijos. Los varones tienen un comienzo de la vida sexual más temprano que las mujeres, vinculado a presiones sociales y demostraciones de afirmación de la virilidad, existiendo proporciones importantes de inicio sexual con trabajadoras del sexo comercial y con mujeres mayores. En estas sociedades, las trayectorias sexuales de mujeres y hombres son muy diferenciadas, vinculándose las primeras con la vida marital, mientras que entre los hombres esas trayectorias están separadas, sobre todo del inicio de las uniones maritales. En otros contextos sociales, las mujeres se unen maritalmente desde la pubertad, empezando su vida sexual y procreativa muy temprano, mientras que los hombres se unen maritalmente a una edad mucho más tardía, existiendo una fuerte diferencia de edad entre los esposos y un amplio periodo de sexualidad premarital para los hombres, como ocurre en varios países del África subsahariana (Bozon, 2003).

A su vez, los estudios de género y su aplicación a la demografía han desarrollado indicadores para aproximarse a la medición de otros conceptos complejos, como los grados de autonomía individual, expresados en la posibilidad de tomar algunas decisiones, en la libertad de movimiento de las mujeres y en la ausencia de violencia familiar (García, 2003). Algunas de las encuestas sociodemográficas actuales —como la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (Ensare) 1998 que se analiza en este trabajo— permiten relacionar ese tipo de indicadores con las declaraciones sobre las prácticas sexuales. Si bien las preguntas habituales se han dirigido hacia la capacidad de las mujeres para tomar decisiones relativas a la anticoncepción, la posibilidad de trabajar fuera del hogar, la crianza de los hijos y los gastos del hogar, en este trabajo exploro la posibilidad de analizar otras dimensiones más complejas y referidas a las actividades sexuales. Se trata de las respuestas de hombres y mujeres sobre la toma de iniciativa para iniciar relaciones sexuales

en el contexto matrimonial y sobre la capacidad de las mujeres para expresar o no la falta de deseo de tener una relación sexual específica con su esposo, sea que enfrenten o no una respuesta violenta a esa negativa. Este tipo de preguntas se han analizado en investigaciones cualitativas sobre las actividades y los significados sexuales, como en la investigación de Hirsch (2003) sobre hombres y mujeres mexicanos de una ciudad de provincia con fuerte actividad migratoria hacia los Estados Unidos. En este trabajo se intentó analizar esas respuestas en una encuesta por muestreo representativa de una amplia proporción de los mexicanos y mexicanas, confrontando su variación según los estratos sociales de pertenencia de las personas.

LAS NORMAS SOBRE EL INICIO DE LAS ACTIVIDADES SEXUALES EN MÉXICO Y LA RELACIÓN ENTRE VIDA SEXUAL Y VIDA CONYUGAL

La actividad sexual en soltería como prerrogativa masculina y de sectores de altos ingresos

Los antecedentes de otras investigaciones basadas en encuestas por muestreo sobre las actividades sexuales de los jóvenes no distinguen, por lo general, entre jóvenes solteros y jóvenes maritalmente unidos. Señalan una proporción mucho mayor de adolescentes sexualmente activos entre los hombres que entre las mujeres, así como una frecuencia mucho mayor de relaciones ocasionales entre los hombres y una edad media de inicio de las relaciones sexuales menor que para las mujeres (Magis *et al.*, 2004; Gayet y cols., 2003; Juárez y Gayet, 2005; Echarri y Pérez-Amador, 2001, entre otros). Además de ser mucho menor la proporción de mujeres adolescentes que han iniciado su actividad sexual, una proporción importante de ellas se unen maritalmente y tienen hijos antes de cumplir los 20 años, mientras que entre los varones la proporción de adolescentes unidos maritalmente y de padres adolescentes es insignificante (Quilodrán, 2001; Rojas, en este volumen; Contreras, 2006). Además de esta edad algo más tardía en que las mujeres jóvenes inician las relaciones sexuales, existen indicios de que las empiezan cada vez más tarde (Szasz, 2001a; Welti, 2005) e incluso más tarde que las mujeres de los Estados Unidos y otros países latinoamericanos (Welti, 2005).

El análisis de la Ensare de 1998 es consistente con esos estudios previos, pero aporta aspectos adicionales: el análisis de la población soltera sexualmente activa (sin limitarla a los menores de 20 años y sin incluir a las mujeres que se unen maritalmente antes de esa edad) y la distribución de esa población por estratos socioeconómicos.

En la Ensare, las mujeres dicen haber iniciado las relaciones sexuales a los 19.7 años en promedio, un año y medio más tarde que los varones. Una proporción muy minoritaria de las mujeres solteras (13%) respondieron haber tenido relaciones sexuales y casi la mitad de ellas ya habían tenido hijos. Entre los hombres solteros, 46% declara haber tenido actividad sexual y únicamente 1% declara que ha tenido hijos. Casi 80% de los solteros que dicen haber tenido relaciones sexuales son hombres. De manera que esta mayor propensión masculina a la actividad sexual y esta restricción normativa a la actividad sexual de las mujeres no ocurre solamente antes de los 20 años, sino durante toda la etapa de soltería. Otro aspecto novedoso que aporta el análisis de la Ensare de 1998 es la concentración de esta población soltera sexualmente activa en los estratos socioeconómicos medios y altos: 79% de las solteras que se declaran sexualmente activas y 70% de los hombres solteros que afirman ser sexualmente activos se ubica en esos grupos medios y altos, que agrupan alrededor de 40% de la población entrevistada.

Además de estas normas sobre acceso diferenciado a las relaciones sexuales, los hombres y las pocas mujeres solteras que declaran haberlas iniciado lo hicieron con tipos de parejas distintas. Un 90% de las escasas mujeres solteras sexualmente activas dicen haber iniciado con un novio y 9% con un amigo, mientras poco más de la mitad de los hombres declaran su primer encuentro sexual fuera de una relación de noviazgo, especialmente con una amiga, y en muy pocos casos esas relaciones dieron origen a un hijo o hija. En síntesis, menos de 15% de las mujeres solteras reconocen tener relaciones sexuales, cerca de la totalidad las han iniciado con un novio, cuatro quintas partes corresponden a estratos medios y altos y casi la mitad ha tenido hijos como consecuencia de esas relaciones. En cambio, cerca de la mitad de los hombres solteros dicen que han tenido relaciones sexuales, muy pocos de ellos han tenido hijos y poco más de la mitad iniciaron esas relaciones sexuales fuera del

contexto de una relación de noviazgo, sugiriendo trayectorias sexuales más diversificadas en ellos que en el caso de las mujeres, y mayores posibilidades de experimentar relaciones sexuales fuera del noviazgo, sobre todo en los estratos medios y altos.

Es interesante notar que los grupos de edad más jóvenes de hombres y mujeres representados en la encuesta, nacidos entre 1973 y 1978, dicen haber tenido su primera relación sexual a una edad media semejante, e incluso un poco mayor, que las personas nacidas antes de 1963 (cuadro 1). Esta tendencia aparece de manera consistente en las distintas investigaciones basadas en datos de encuestas y permite contrarrestar la difundida creencia de que la mayor parte de los jóvenes mexicanos están iniciando sus actividades sexuales más temprano que las generaciones mayores. Además de un inicio un poco más tardío de las relaciones sexuales, en promedio, en las generaciones más jóvenes disminuye notablemente la proporción de varones que dice haber iniciado sus relaciones sexuales con una trabajadora del sexo comercial o con una desconocida y aumenta la proporción de quienes las empezaron con una amiga. Las mujeres de todos los grupos de edad dicen haber tenido la primera relación sexual con el esposo o con el novio, pero en los grupos de edades mayores es mucho más alta la presencia del esposo y entre las más jóvenes aumenta la importancia del novio.

Cuadro 1
Edad media a la primera relación sexual según grupos de edad

<i>Edad media a la primera relación sexual</i>	<i>Grupos de edad</i>			
	<i>20-24</i>	<i>25-29</i>	<i>30-34</i>	<i>35 y más</i>
Mujeres	20.31	20.58	19.36	19.56
Hombres	18.35	18.73	17.67	17.96

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998.

*La coincidencia entre inicio sexual y vida conyugal
para las mujeres de los estratos bajos*

Los estudios previos revisados se refieren a las mujeres unidas maritalmente, y en ellas aparece una gran cercanía entre actividades sexuales y vida marital (Quilodrán, 1990 y 2001; Mejía, 2002). Aunque la mayor parte de las mujeres mexicanas se unen maritalmente antes de concebir a su primer hijo, poco más de la cuarta parte conciben a su primer hijo estando solteras. Esta cifra es bastante cercana a la proporción de mujeres maritalmente unidas que declaran haber iniciado sus relaciones sexuales antes de su primera unión conyugal (Szasz, 2001a; Mejía, 2002). Esto sugiere que casi la totalidad de las mujeres unidas que declaran haber tenido relaciones premaritales en diferentes encuestas (casi siempre en una relación de noviazgo) experimentaron un embarazo como consecuencia de esas relaciones, mientras que la mayor parte declara que inició sus relaciones sexuales en el momento de unirse y que se unieron antes de concebir a su primer hijo. Para estas mujeres que se unieron antes de concebir a su primer hijo, el tiempo transcurrido entre la primera unión y el nacimiento del primer hijo es de 1.1 o 1.2 años según los datos de cuatro encuestas, indicando que existe una gran cercanía entre primera relación sexual, primera unión conyugal y concepción del primer hijo para las mujeres mexicanas (Szasz, 2001a; Mejía, 2002).

Además de esta cercanía con que las mujeres empiezan su vida sexual y su vida conyugal y reproductiva, cerca de la mitad de las mujeres mexicanas empiezan su vida marital residiendo con su pareja en el hogar de otras personas (mayoritariamente los padres del esposo).² Esta división entre una mitad de mujeres mexicanas que inician su vida marital en residencias neolocales y otra mitad que la inician en patrones de residencia patrilocales, sugiere que la primera unión sexual y conyugal de la mitad de las mujeres mexicanas no solamente no está precedida por un noviazgo prolongado, sino que

² Tanto la Enfes de 1987 como la Enaplaf de 1995 y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar) de 2003 señalan que en los albores del nuevo milenio alrededor de la mitad de las mujeres unidas iniciaron su vida marital viviendo con otras personas mayores, predominantemente los padres del varón.

comienza posiblemente como una unión consensual iniciada por el rito del “robo de la novia” o por una fuga consentida por los jóvenes y por los familiares o conocidos que les dan hospedaje, haciendo coincidir el inicio de las relaciones sexuales con el inicio de una unión conyugal (Echarri y Pérez-Amador, 2001; Contreras, 2006; Rodríguez y De Kejzer, 2003; Samuel *et al.*, 1991).

Los escasos indicios de diferencias por sectores sociales en los estudios previos basados en encuestas se refieren sobre todo a la comparación de las poblaciones rurales con las urbanas y a los niveles de escolaridad. Los análisis de encuestas son coincidentes en señalar que las mujeres rurales y las mujeres de los estados con mayores proporciones de población indígena empiezan su vida sexual a edades más tempranas y más cercanas a las uniones maritales que las mujeres urbanas. Las diferencias parecen aún mayores si se comparan mujeres con diferentes grados de escolaridad (Szasz, 2001a; Marston, Juárez e Izazola, 2004; Welti, 2005; Stern, 1995; Stern y Menkes, en este volumen).

Aunque pocas encuestas han preguntado a los hombres mexicanos sobre sus actividades sexuales, en todas ellas sus respuestas indican una marcada distancia entre el inicio de las relaciones sexuales con mujeres y la formación de una pareja conyugal. Únicamente una pequeña proporción de varones dice que la pareja de su primera relación sexual fue su esposa, y la distancia entre la edad media en que los hombres mexicanos inician su primera unión conyugal y la edad media que señalan varias encuestas para la primera relación sexual de los varones mexicanos es de varios años (Szasz, 1998; Quilodrán, 2001; Gayet y cols., 2003; Rojas, en este volumen; Contreras, 2006; Echarri y Pérez-Amador, 2001; Parrado, 2005; Pérez-Amador, 2004).

Al comparar en la Ensare de 1998 las edades medias en que la población unida o casada tuvo su primera relación sexual y su primera unión conyugal, se confirma que los hombres experimentaron sexualmente más del doble de años entre esos dos eventos que las mujeres (cuadro 2). Las edades medias y los datos descritos anteriormente indican que los varones inician sus relaciones sexuales más temprano, en una proporción mayor siendo solteros, sin reconocer la existencia de hijos producto de esas relaciones, con una diversidad de tipos de parejas sexuales, y que permanecen en esa condición varios años más que las pocas mujeres (sobre todo de

clases medias y altas) que inician sus relaciones sexuales con un novio siendo solteras. Nuevamente, nuestro análisis por estrato socioeconómico aporta un elemento adicional: entre las mujeres de los estratos medios y altos, al posponerse la edad a la primera unión conyugal es mayor el número de años que quienes iniciaron las relaciones sexuales siendo solteras permanecen solteras (entre tres y cuatro años en estos estratos más acomodados). Aunque hay mucho más hombres en estos estratos que declaran actividad sexual estando solteros y permanecen solteros más tiempo que las mujeres de su misma condición socioeconómica (entre cinco y siete años), la presencia de un grupo de mujeres de estos sectores que admiten haber permanecido varios años solteras después de haber iniciado sus relaciones sexuales puede sugerir la presencia de una normatividad alternativa que permite separar la vida sexual de la unión conyugal para las mujeres de los estratos medio y alto.

Cuadro 2

Población unida maritalmente por sexo y edad media a la primera relación sexual y a la primera unión conyugal y diferencia en años entre edad a la primera relación sexual y a la primera unión, según estrato socioeconómico

	<i>Estrato socioeconómico</i>				
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	<i>Total</i>
<i>Hombres</i>					
Edad media primera unión	23.88	22.75	23.47	25.16	23.38
Edad media primera relación sexual	18.07	18.23	18.36	18.48	18.26
Diferencia edad primera relación sexual y edad primera unión	5.81	4.52	5.11	6.68	5.12
<i>Mujeres</i>					
Edad media primera unión	19.75	20.18	23.71	23.32	21.72
Edad media primera relación sexual	17.97	18.33	19.55	20.63	19.18
Diferencia edad primera relación sexual y edad primera unión	1.78	1.85	4.16	2.69	2.54

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998.

En otras palabras, para los hombres de todos los estratos se observa una distancia temporal entre inicio sexual e inicio de la vida marital, pero ésta es mayor en los estratos medios y altos. Para las mujeres de los estratos bajos la norma de cercanía entre inicio sexual e inicio de la vida marital es más estricta, de manera que estas mujeres parecen tener pocas posibilidades de experimentar sexualmente antes de una unión marital. La desigualdad de género se expresa de otra manera en los estratos medios y altos, donde si bien existe cierta experimentación de prácticas sexuales para las mujeres, esta posibilidad está más restringida para ellas que para los varones de su mismo estrato social. Por una parte, se restringe a las relaciones de noviazgo, como se señaló anteriormente; por otra, implica una edad más tardía de inicio de las relaciones sexuales de las mujeres de los sectores medio y alto (cuadros 3 y 4).

Además de la Ensare de 1998, en otras cuatro encuestas levantadas en la última década (Enaplaf, 1995; Encoplaf, 1996; Enajuv, 2000, y Ensa, 2000) se observó también que la edad promedio en que los hombres declaran haber comenzado sus relaciones sexuales es menor que la edad que declaran las mujeres, y que la diferencia de edad media a la primera relación sexual entre hombres y mujeres es mayor en los estratos medios y altos (cuadro 4). Esta diferencia se debe a que la edad de inicio de relaciones sexuales que declaran las mujeres de estratos medio y alto es mayor, y que los hombres inician su actividad sexual a una edad semejante, independientemente del estrato socioeconómico.

Cuadro 3

Población derechohabiente del IMSS por sexo, edad media a la primera relación sexual y diferencia entre mujeres y hombres, según estrato socioeconómico

<i>Edad media a la primera relación sexual</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	<i>Total</i>
Mujeres	17.69	18.65	21.91	21.88	19.69
Hombres	17.89	18.11	18.54	18.37	18.21
Diferencia mujeres-hombres	-0.20	0.54	3.37	3.51	1.48

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998.

Cuadro 4

Diferencia en la edad media de mujeres y varones a la primera relación sexual según estrato socioeconómico en diferentes encuestas

	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
<i>Enaplaf, 1995</i>				
Mujeres	18.73	20.26	22.13	25.35
Hombres	19.70	19.27	18.85	18.68
Diferencia	0.97	0.99	3.28	6.67
<i>Encoplaf, 1996</i>				
Mujeres	19.00	20.59	22.45	25.00
Hombres	17.89	18.11	18.54	18.37
Diferencia	1.11	2.48	3.91	6.63
<i>Enajuv, 2000</i>				
Mujeres	17.85	18.05	18.62	19.67
Hombres	17.65	17.55	17.53	17.52
Diferencia	0.22	0.5	1.09	2.15
<i>Ensa, 2000</i>				
Mujeres	17.79	18.61	19.72	20.78
Hombres	18.41	18.08	18.04	18.06
Diferencia	-0.62	0.53	1.68	2.72

Fuente: Elaboración propia con base en Enaplaf, 1995; Encoplaf, 1996; Enajuv, 2000, y Ensa, 2000.

Los datos anteriores parecen sugerir que las desigualdades sociales se asocian con normativas de género más estrictas para las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos, mientras que las normas de género que separan en los varones las actividades sexuales del noviazgo y de la vida marital (y que por tanto señalan un significado diferente de la sexualidad para hombres y mujeres) atraviesan los distintos sectores sociales.

Este significado diferente de la sexualidad para hombres y mujeres de los diferentes estratos socioeconómicos se aprecia claramente al analizar en tipo de pareja con quienes iniciaron sus relaciones sexuales. Más de dos tercios de las mujeres (unidas y solteras) entre-

vistadas en la Ensare de 1998 expresan que su primera pareja sexual fue su esposo y otro tercio señala que esa pareja fue su novio. Un 1.3% dice que inició esas prácticas con un amigo y 1% con otro tipo de parejas (desconocido, familiar, otro) (cuadro 5).

En contraste con esos dos tercios de mujeres que empezaron las relaciones sexuales con el esposo en el momento de casarse o unirse, apenas 12.6% de los hombres entrevistados en la misma encuesta dice haber iniciado sus relaciones sexuales con la esposa, en el momento de unirse maritalmente. Cerca de 80% de los varones dice haber iniciado sus prácticas sexuales en un contexto diferente de la pareja conyugal, principalmente con una amiga. Un porcentaje cercano a 20% de los hombres (más que quienes dicen que se iniciaron con la esposa) empezaron a tener vida sexual con una desconocida o con una trabajadora del sexo comercial (cuadro 6).

El principal indicio de diferenciación por estratos socioeconómicos de estas normas de género que establecen reglas distintas para la sexualidad en hombres y en mujeres se refiere a la mayor presencia del noviazgo como contexto del inicio sexual en los estratos medio y alto (34 y 39% de las mujeres de esos estratos empezaron la vida sexual con un novio y 37 y 36% de los hombres de esos sectores lo hicieron con una novia). Sin embargo, en todos los estratos, más de 60% de las mujeres asocian inicio sexual con esposo y con inicio de la unión marital y el resto con noviazgo, mientras que en todos los estratos más de la mitad de los hombres dicen haber empezado la vida sexual fuera del matrimonio y del noviazgo, implicando un significado muy diferente del que parece tener para las mujeres la pregunta sobre primera relación sexual.

Mientras el significado de las prácticas sexuales que las mujeres declaran en esta encuesta está ligado exclusivamente a la unión marital o el noviazgo, los hombres le otorgan una gama diversa de expresiones, sea con una pareja afectiva o sea con mujeres con quienes no mantuvieron ese tipo de lazos. Nuevamente, estas desigualdades de género aparecen mediadas por las desigualdades de clase social. Entre las mujeres de los estratos muy bajo y bajo, las posibilidades de empezar las relaciones sexuales con un novio —la única expresión de distancia entre vida sexual y vida marital que manifiestan algunas mujeres— se reduce a cerca de 30% de los casos, mientras que en los estratos medio y alto esa proporción se

Cuadro 5

Distribución porcentual de las mujeres por persona con quien tuvieron relaciones sexuales la primera vez, según estrato socioeconómico

<i>Con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Esposo	65.5	65.2	63.1	60.6	64.0
Novio	28.5	33.0	34.0	38.9	33.8
Amigo	1.9	1.3	1.8	0.2	1.3
Desconocido	3.8	0.2	0.2	0.2	0.6
Otro	0.4	0.3	0.1	0.1	0.3
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998. N= 5 136 404.

Cuadro 6

Distribución porcentual de los hombres por persona con quien tuvieron relaciones sexuales la primera vez, según estrato socioeconómico

<i>Con quien tuvo relaciones sexuales la primera vez</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Esposa	12.9	14.1	11.5	9.4	12.6
Novia	29.0	31.7	36.9	33.5	33.2
Amiga	37.8	35.4	29.3	32.8	33.5
Desconocida	9.4	8.6	10.2	9.3	9.2
Prostituta	9.8	8.1	9.4	11.0	9.1
Otra	1.1	2.1	2.7	4.0	2.4
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998. N= 6 091 257.

acerca más a 40% de los casos. Entre los hombres, el inicio con la esposa es más frecuente en los estratos bajos, mientras que el comienzo con la novia o con una amiga aumenta en los estratos medio y alto. La desconocida y la trabajadora del sexo comercial no varían como opción en los distintos estratos sociales, y en el caso de

las “otras” hay una mayor proporción de “conocidas” y “empleadas domésticas” en los estratos medio y alto. Estas cifras sugieren que las mujeres —y en una medida muy pequeña también los hombres— se encuentran mucho más constreñidas socialmente a reducir su experiencia sexual a la vida conyugal cuando pertenecen a los estratos bajos, mientras que en los estratos medio y alto tienen al menos mayor posibilidad de relaciones sexuales en el noviazgo. Los pocos varones que se inician con la esposa se concentran en los estratos bajos, y quienes empiezan con la novia su experiencia sexual se concentran en los estratos medio y alto, pero un porcentaje mayoritario de los hombres de todos los estratos dicen iniciar su vida sexual en relaciones diferentes del noviazgo. Al controlar estos datos por grupos de edad, se mantienen las diferencias por estrato socioeconómico, pero se aprecia que los hombres y mujeres que empezaron la vida sexual con una novia son mucho más escasos después de los 35 años, por lo que la importancia de la experiencia sexual en las relaciones de noviazgo parece haberse iniciado apenas a fines de los años setenta del siglo xx.

LAS RELACIONES SEXUALES EN LA PAREJA CONYUGAL Y LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES

A diferencia de los interesantes estudios basados en encuestas que se refieren a las relaciones sexuales en la adolescencia y las edades de inicio de las relaciones sexuales, prácticamente no encontramos antecedentes de este tipo de estudios referidos a la dinámica de las relaciones sexuales en la pareja conyugal.

Algunas investigaciones refieren relaciones sexuales ajenas al ámbito conyugal en los hombres. Así, por ejemplo, en una encuesta levantada en la ciudad de México en 1993 se encontró que cerca de una cuarta parte de los entrevistados tuvieron su última relación sexual con una pareja no estable y cerca de 90% de esas relaciones eran con una amiga, una amiga-novia o una conocida (Nieto, 1997). A su vez, en la Ensayo de 1998 una cuarta parte de los hombres maritalmente unidos entrevistados declararon haber tenido relaciones sexuales con otras mujeres estando unidos o casados (Szasz y Rojas, 2005). En un estudio con población migrante en Durham, Parrado

y Flippen encontraron elevadas proporciones de hombres que tenían relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial durante su estancia en los Estados Unidos, especialmente entre quienes no estaban viviendo con su esposa o compañera en el país del norte y quienes se iniciaban sexualmente en ese país (Parrado, 2005; Parrado y Flippen, 2006). Aunque estos datos se refieren únicamente a migrantes hacia los Estados Unidos, son importantes porque una elevada proporción de los mexicanos trabajan en un lugar distinto de donde residen con su pareja conyugal. Finalmente, en la Ensar de 2003 se encontró que más de 70% de los hombres unidos reportaron parejas sexuales previas a la primera unión conyugal (Contreras, 2006).

En general, los datos de encuestas sobre las mujeres sugieren que la actividad sexual declarada se restringe a las relaciones conyugales y en una proporción minoritaria se extiende también a las relaciones de noviazgo previas a la vida conyugal. En el caso de los hombres, además del espectro más amplio de posibles parejas sexuales —incluyendo relaciones ocasionales comerciales y no comerciales—, se declara un número de parejas sexuales previas a la vida marital mayor que uno, y en una proporción significativa se reportan relaciones simultáneas con más de una pareja sexual incluso durante la vida marital. No encontramos investigaciones recientes sobre la dinámica de las relaciones sexuales dentro de la pareja conyugal, pero en una investigación publicada en 1997 que se refiere a la Edepam levantada en 1988, más de 30% de las mujeres unidas opinaban que es el hombre quien debe decidir cuándo tener relaciones sexuales en la pareja conyugal; 60% opinaba que debían decidir ambos, y apenas 7% señalaba que debían decidir las mujeres. En esa misma encuesta, 75% de las mujeres opinaba que lo que más une a una pareja son los hijos. Finalmente, aunque 55% opinaba que las relaciones sexuales eran igualmente importantes para ambos miembros de la pareja conyugal, 40% de las mujeres unidas entrevistadas en la Edepam opinaron que eran más importantes para el hombre porque las necesita más, por su temperamento, por su naturaleza o para desahogarse (Figueroa, 1997).

Esta escasez de estudios representativos sobre la dinámica de las relaciones sexuales en las parejas conyugales contrasta con el conocimiento generado por la demografía para otros países y nos permi-

te pensar que el análisis de la Ensare de 1998 en este aspecto nos permite un primer acercamiento a la existencia o ausencia de transformaciones en las relaciones íntimas en el contexto mexicano.

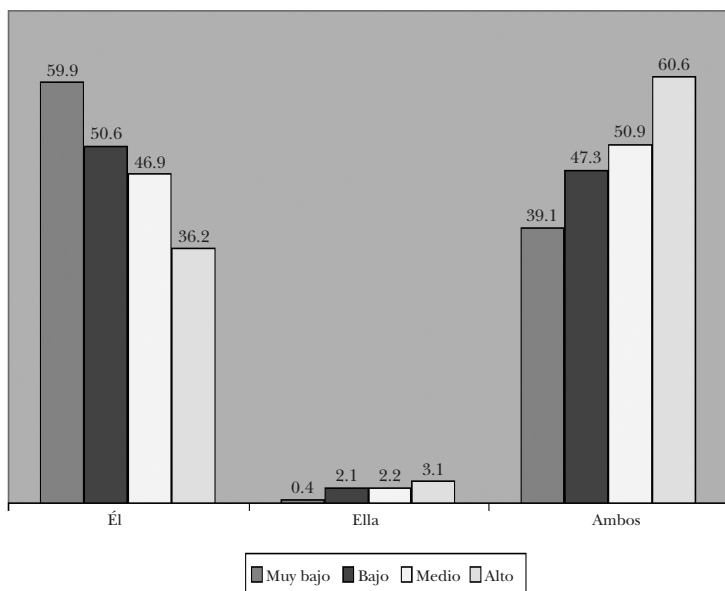
En la Ensare de 1998, frente a la pregunta sobre quién toma la iniciativa para tener relaciones sexuales en la vida marital, 50% de las mujeres unidas y 45% de los hombres unidos dicen que “él” toma la iniciativa, y apenas 2% de las mujeres y 3% de los hombres señalan que es “ella” quien toma la iniciativa. El restante 48% de las mujeres y 51% de los hombres entrevistados dicen que “ambos” toman la iniciativa para tener relaciones sexuales. Nuevamente, se aprecia una clara diferencia definida por las relaciones de género, en el sentido que tanto hombres como mujeres consideran que las mujeres no pueden o no deben tomar por sí solas la iniciativa para iniciar un encuentro sexual, ni siquiera en el contexto de la vida matrimonial. Este tipo de desigualdad de género es más acentuada en los estratos bajo y muy bajo, donde la mayoría de las mujeres dice que es él quien toma la iniciativa y disminuyen los casos en que ella la toma, mientras que en los estratos medio y alto cobra mayor importancia la opción de que ambos toman la iniciativa (gráficas 1 y 2).

Al controlar estos datos por grupos de edad, observamos que las diferencias por estrato se mantienen en todos los grupos de edades jóvenes, pero se hacen menos notorias después de los 35 años, donde la toma de iniciativa de “él” pasa a ser mayoritaria en todos los estratos y “ambos” se reduce a 40% de las respuestas.

En cuanto a la frecuencia con que tuvieron relaciones sexuales en el año anterior a la entrevista, casi 80% de los hombres afirma que esa frecuencia fue semanal o de dos a tres veces por semana, contra 60% de las mujeres que hablan de esa frecuencia. A la inversa, 15% de las mujeres unidas dice que no tuvo relaciones sexuales en el año anterior a la entrevista, mientras que entre los hombres, apenas 2% dice que no tuvo relaciones en el periodo de referencia (cuadro 7). O sea, 15% de las mujeres dice no haber tenido relaciones sexuales y otro 25% dice que las tuvo ocasionalmente, mientras que casi la totalidad de los hombres sí tuvo relaciones sexuales y una abrumadora mayoría dice que las tuvo frecuentemente. Este tipo de afirmaciones se relaciona con los significados diferentes que tiene para hombres y mujeres aún la sexualidad en el contexto

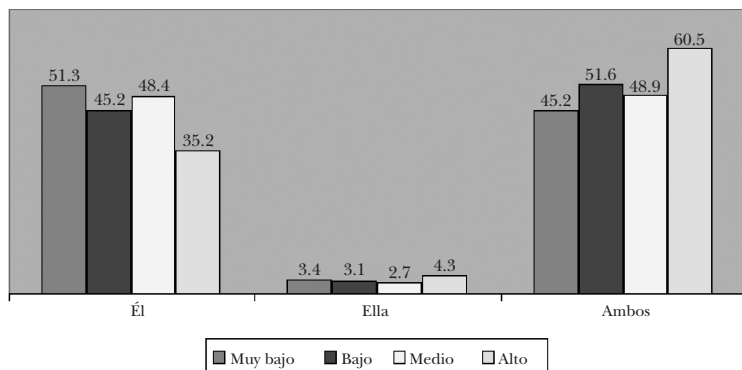
Gráfica 1

Distribución porcentual de las mujeres unidas por quien toma la iniciativa para tener relaciones sexuales, según estrato



Gráfica 2

Distribución porcentual de los hombres unidos por quien toma la iniciativa para tener relaciones sexuales, según estrato socioeconómico



marital. El 20% más de hombres que tienen relaciones sexuales con frecuencia (posiblemente unidos con esposas que no las tienen con la misma frecuencia) y 15% más de hombres que tienen relaciones sexuales (posiblemente unidos con esposas que dicen que no las tienen) pueden estarse refiriendo a prácticas sexuales fuera de la pareja conyugal... o bien a que los hombres unidos tienden a exagerar la existencia o la frecuencia de las prácticas sexuales conyugales... o las mujeres tienden a negar su existencia o su frecuencia. Estas diferencias se vinculan con concepciones profundamente diferentes sobre las necesidades y posibilidades eróticas de hombres y mujeres que se encuentran unidos maritalmente.

Cuadro 7

Distribución porcentual de la población derechohabiente del IMSS unida maritalmente por si tuvieron relaciones sexuales y frecuencia de relaciones sexuales en el último año, según sexo

<i>Frecuencia de relaciones sexuales en el último año</i>	<i>Hombres</i>	<i>Sexo Mujeres</i>	<i>Total</i>
No tuvo relaciones sexuales	2.2	15.4	8.8
Menos de una vez por semana	20.2	24.8	22.5
Diario, 2 o 3 veces por semana o semanalmente	77.6	59.8	68.7
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998. N= 10 011 900.

Al preguntar a los hombres maritalmente unidos si su pareja ha sentido gran placer físico en las relaciones sexuales, 91% afirma que sí lo ha sentido, contra 79% de las mujeres unidas maritalmente. A la inversa, mientras apenas 2% de los hombres, casi todos de los estratos medio y bajo, dicen que su pareja nunca ha sentido gran placer físico al tener relaciones sexuales, 8% de las mujeres dicen que no lo han sentido nunca, ni siquiera a veces. El porcentaje de mujeres que dicen haber experimentado un gran placer físico en sus relaciones sexuales sube a 85% en las menores de 30 años y baja a 74% en las mayores de 35 años, sin que exista una variación significativa por estrato socioeconómico.

Otra variable se refiere a si alguna vez el esposo le ha solicitado a su pareja conyugal tener relaciones sexuales y ella no ha querido. Un 86% de las mujeres expresa que cuando no desea tener relaciones se lo dice a su pareja, y 54% de los hombres expresa que su pareja no ha querido tener relaciones sexuales alguna vez. Esta respuesta es bastante diferenciada por sexo, indicando que posiblemente las mujeres exageran sus posibilidades de comunicación verbal con la pareja conyugal sobre aspectos sexuales, o que los varones están poco atentos a las expresiones verbales de sus cónyuges. La proporción de mujeres que le dicen a su esposo cuando no desean tener relaciones sexuales es algo mayor en los estratos medio y alto, mientras que la proporción de hombres que han recibido una negativa de sus esposas es mayor en los sectores bajos y medio, que agrupan a la gran mayoría de la población entrevistada en la Ensare (cuadros 8 y 9). Casi la mitad de los hombres que han recibido una negativa de sus esposas (48%) dicen que les molesta que ella no quiera tener relaciones sexuales, y esta proporción es algo mayor en los estratos bajo y muy bajo (cuadro 11). Al preguntar a las mujeres cómo reacciona su pareja cuando ella le dice que no quiere tener relaciones sexuales, 12% de ellas afirma que “nunca se lo dice” (16% en el estrato bajo expresa que nunca se lo dice), 30% señala que el esposo la insulta, la regaña, se enoja, se molesta, se siente mal o se pone triste (proporción que aumenta a 35% en el estrato bajo y baja a 26% en los estratos medio y alto) y 1% dice que la obliga a tener relaciones sexuales (proporción que sube a 3% en el estrato muy bajo). Un 8% afirma que su esposo “no dice nada” y 49% responde que la convence, le platica, la comprende o la entiende (cuadro 10).

Estas proporciones algo mayores de mujeres que afirman que los esposos se enojan, insultan, regañan y obligan cuando ella expresa que no desea las relaciones sexuales suben a 45% en los estratos bajos para las mujeres de 35 años o más y casi la totalidad de los pocos casos en que la obliga a tener relaciones sexuales a pesar de que ella no quiere se sitúan también en mujeres de estos estratos, sobre todo en las mayores de 34 años.

Si más de la mitad de los hombres se enfrenta con situaciones en las que él quiere tener relaciones sexuales y la esposa no quiere, y más de 10% de las mujeres afirma que no le comunica nunca a su cónyuge cuando ella no quiere tener relaciones sexuales, nos

Cuadro 8
Distribución porcentual de las mujeres unidas maritalmente
por si le dicen o no a su pareja cuando no desean tener relaciones
sexuales, según estrato socioeconómico

<i>Si no desea tener relaciones sexuales</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Se lo dice a su pareja	82.9	86.4	86.0	90.9	86.8
A veces	0.0	1.7	1.7	0.4	1.4
No se lo dice	16.9	11.9	12.0	8.7	11.8
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998. N= 4080 871.

Cuadro 9
Distribución porcentual de los hombres unidos maritalmente
por si su pareja no ha querido tener relaciones sexuales alguna vez,
según estrato socioeconómico

<i>Pareja no ha querido tener relaciones sexuales alguna vez</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Sí	49.3	57.1	55.1	46.7	54.4
No	50.7	42.9	44.9	53.3	45.6
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998. N= 4 763 034.

encontramos con situaciones de falta de acuerdo sobre el deseo de sostener actividades sexuales en la pareja conyugal, al menos ocasionalmente. Estas respuestas sugieren una abrumadora presencia de concepciones culturales que atribuyen los deseos eróticos exclusivamente a los varones, y sitúan a las esposas como personas que, además de no tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales, participan en ellas aceptando o rechazando los deseos del varón. Además, una minoría ni siquiera se atreve a manifestar cuando no quiere responder a esos deseos viriles, un tercio de ellas se expo-

Cuadro 10
Distribución porcentual de las mujeres maritalmente unidas
por cómo reacciona su pareja cuando ella le dice que no desea tener
relaciones sexuales

<i>Reacción de la pareja cuando ella dice que no desea tener relaciones sexuales</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Ella nunca se lo dice	15.9	11.7	11.6	8.4	11.5
Él se enoja o se molesta, la insulta o la regaña, se pone triste o mal	26.4	34.8	27.6	23.6	30.7
La obliga a tener relaciones	2.9	1.1	0.7	0.0	1.0
No le dice nada	10.6	7.6	7.5	7.4	7.7
La convence, platica	0.3	0.4	0.7	0.7	0.5
La comprende, entiende	43.7	44.3	51.9	59.9	48.6
Otro	0.7	0.1	0.0	0.0	0.0
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998. N= 4 198 398.

Cuadro 11
Distribución porcentual de los hombres maritalmente unidos
por si les molesta que su pareja no quiera tener relaciones sexuales,
según estrato socioeconómico

<i>Le molesta que no quiera</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>				<i>Total</i>
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>	
Sí	50.0	47.8	48.4	46.8	48.0
No	50.0	52.2	51.6	53.2	52.0
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Ensare de 1998. N= 2 591 646.

ne a enojos, molestias, insultos o regaños cuando manifiesta que no desea complacerlos, y todavía una pequeñísima proporción (que en números absolutos ascendería a más de 40 000 mujeres) afirma ser sometida por el esposo a tener relaciones sexuales de manera obligada a pesar de haberle manifestado que no las desea. Este tipo de violación marital, que actualmente constituye un delito penal, afecta sobre todo a las mujeres de estratos bajos y muy bajos y de 35 años o más, y es inexistente en las mujeres del estrato alto.

Por último, una cuarta parte de los hombres entrevistados en la Ensare de 1998 afirma que ha tenido relaciones sexuales con otras mujeres estando casado o unido, proporción que es algo mayor en los sectores medio y alto, mientras que únicamente 2% de las mujeres entrevistadas se encuentra en esa situación (Szasz y Rojas, 2005). Aunque la posibilidad de afirmar que se han tenido relaciones extramaritales es muy pequeña entre las mujeres, cabe señalar que esta proporción es del doble de las mujeres que se atrevieron a afirmar en esta misma encuesta que habían experimentado un aborto provocado alguna vez en su vida, que es de 1% (véase Ortiz-Ortega, Salas y Meza, en este volumen). Aunque la negación de estas prácticas se relaciona con el estigma y la discriminación a la que pueden ser sometidos sus protagonistas, es muy claro que para una proporción significativa de los varones maritalmente unidos no existe el temor a ser estigmatizados por tener prácticas sexuales extramaritales, sobre todo si pertenecen a los sectores más acomodados. Al contrario, dada la frecuencia con que se declaró este tipo de prácticas, en las cuales además los varones afirman en la mitad de los casos que no usan protección en esas relaciones extraconyugales, parece sugerir que se trata de prácticas afirmadoras de la masculinidad, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres (Szasz y Rojas, 2005). Entre ellas, las prácticas que sugieren la posibilidad de ser estigmatizadas, discriminadas o rechazadas son precisamente aquellas en las cuales ellas expresan deseos eróticos propios (y no solamente intención de complacer los deseos de la pareja marital), aquellas en las cuales toman la iniciativa, o simplemente aquellas en las cuales se atreven a no complacer cuando no lo desean.

En general, este análisis de las respuestas de hombres y mujeres sobre sus prácticas sexuales en la Ensare de 1998 sugiere que, aún en los albores del siglo *xxi* y en las generaciones más jóvenes, en

México persisten profundas desigualdades de género en el ejercicio de las actividades sexuales más convencionales (la actividad coital entre hombres y mujeres maritalmente unidos) y que estas desigualdades se matizan al articularse con las desigualdades de clase social y generacionales, de tal manera que son las mujeres de los estratos bajo y muy bajo y las de 35 años o más quienes experimentan en mayor medida construcciones culturales de género que llevan a desigualdades profundas en las experiencias sexuales. La autorización social para acceder a los deseos eróticos y a los placeres corporales en las relaciones conyugales está más referida a los deseos y necesidades sexuales de los varones y aun entre ellos está algo diferenciada por clases sociales. De la misma manera, aun las mujeres que se pliegan a las normas dominantes sobre la sexualidad, restringiendo sus prácticas a la vida heterosexual conyugal, experimentan en un número minoritario pero importante la vida sexual marital como deber conyugal o se exponen a situaciones de violencia y tensión por apenas manifestar sus intenciones de abstenerse frente a las demandas de sus esposos, mientras que casi la totalidad de las mujeres de todos los estratos sociales y grupos de edad no parecen atreverse a tomar la iniciativa para iniciar relaciones sexuales con sus maridos.

APORTES DE ALGUNOS ESTUDIOS CUALITATIVOS SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES EN LAS UNIONES MARITALES

Las investigaciones cualitativas sobre la sexualidad heterosexual en México sugieren la coexistencia de distintos sistemas culturales y normativos sobre las sexualidades. En un mismo país se superponen ideas basadas en las normas más conservadoras del parentesco y la institución matrimonial, con ideas y representaciones científicas sobre impulsos corporales naturales de los individuos que deben ser regulados por el Estado, conjuntamente con ideas modernizantes sobre la realización individual difundidas por el sistema escolar y los medios de comunicación. Las ideas modernas sobre la sexualidad norman sobre todo el erotismo de los sectores sociales medios, de los ámbitos urbanos y de los contextos afectados por la migración a los Estados Unidos, que adoptan estilos de vida de los países alta-

mente desarrollados. Coexisten también con discursos surgidos de los movimientos por la expresión de las sexualidades alternativas y las organizaciones de mujeres, que interactúan con la abrumadora presencia de la comercialización publicitaria de diversos objetos sexuales y con el resurgimiento de movimientos conservadores que pugnan por la imposición de normas únicas basadas en reglas morales. Esta coexistencia de argumentos diferenciados sobre la normatividad de las sexualidades ha sido calificada por algunos autores como “hibridación cultural”, retomando las propuestas de García Canclini (Amuchástegui, 1996; Nehring, 2005; Carrillo, 2005).

Las culturas sexuales mexicanas contemporáneas han sido definidas como complejas en algunas investigaciones socioculturales, pues a pesar de que las personas con mayor experiencia urbana hablan de tener capacidad para tomar decisiones sobre su cuerpo y están expuestas a los discursos modernos, nunca se separan totalmente de las expectativas y valores sociales del tradicionalismo católico (Amuchástegui, 2001; Carrillo, 2005). Los discursos modernos del individualismo y la libertad de decisión parecen ser reinterpretados en la cultura mexicana. Amuchástegui se refiere a la existencia de dos fuentes de resistencia a las concepciones individualistas sobre la sexualidad: las concepciones indígenas prehispánicas sobre el cuerpo y la persona como partes del grupo social y de la naturaleza, y las tradiciones hispánicas sobre la solidaridad y la unidad del grupo comunitario y familiar. Estas resistencias llevarían a reinterpretar los discursos modernos y a una construcción híbrida de los individuos, quienes valoran altamente tanto las pertenencias grupales y el respeto a las normas comunitarias y familiares, como los encantos del individualismo y del consumo modernos (Amuchástegui, 2001; Hirsch, 2003; Carrillo, 2005). Una característica de estas formas de resistencia es que no se manifiestan como confrontaciones y transgresiones abiertas, sino como ambigüedades, formas veladas de tolerancia, dobles discursos y silencios en los cuales los cuerpos —y no las palabras— adquieren un protagonismo silente en los encuentros eróticos (Amuchástegui, 2001; Prieur, 1994; Carrillo, 2005; Díaz, 1998). Estas ambigüedades, que se expresan en estrategias de enmascaramiento, sutilezas, juegos de apariencias y dobles discursos, permiten que los diversos recursos culturales disponibles para que las personas interpreten sus actividades sexua-

les no choquen entre sí ni se eliminen mutuamente, sino que coexistan con cierto grado de tolerancia, con esfuerzos por evitar conflictos y sin necesidad de llegar a un reconocimiento explícito de las actividades transgresoras (Prieur, 1994; Amuchástegui, 2001; Hirsch, 2003; Carrillo, 2005).

Considero que otro elemento importante para comprender la complejidad de las culturas sexuales en México es la prolongada existencia de un Estado laico, la universalización de la educación pública gratuita en los niveles básico y secundario y el importante acceso de sectores medios y populares a la educación media y superior de carácter público, que coexisten con la afiliación religiosa católica de 85% de la población y con la importancia de la jerarquía eclesiástica y de organizaciones civiles ligadas a ella como actores políticos en los últimos años. El proceso de secularización vivido a lo largo del siglo xx ha mermado la influencia de las instituciones que transmiten principios absolutos sobre las prácticas íntimas y sus posibilidades de imposición y control son débiles, pues no están asociadas a aparatos de control directo ni a sanciones eficaces (Bozon, 2004). Sin embargo, a nivel comunitario, los juicios sociales basados en normas de género desiguales sobre la sexualidad generan procesos de estigmatización y discriminación que refuerzan las desigualdades sociales preexistentes. De esta manera, incluso las normas interiorizadas sobre la sexualidad se convierten en mecanismos contemporáneos de reproducción de las desigualdades sociales y de procesos de exclusión y de marginación (Aggleton y Parker, 2002).

Las investigaciones cualitativas que abordan diferentes aspectos de las sexualidades coinciden en señalar que los sujetos reinterpretan las normas dictadas por la jerarquía católica y por las generaciones mayores sobre las prácticas íntimas según las situaciones, adhiriendo frecuentemente a los discursos científicos modernos y a los mensajes modernizadores de los medios de comunicación para adecuar las interpretaciones a sus experiencias. También señalan que se establecen distintos tipos de negociaciones con las parejas sexuales que buscan, para algunos de los protagonistas, lograr un encuentro sexual, y para otros, transformar un encuentro o una serie de encuentros eróticos en una relación duradera, o mantener en el tiempo una relación estable. Tanto las negociaciones con las parejas sexuales como las reflexiones individuales sobre las propias

experiencias sexuales están sujetas a complejas construcciones de significados en las que intervienen las normas hegemónicas, pero también se toman en cuenta el contexto social y cultural, las posibilidades de experimentar sanciones, y el contexto mismo de la relación con la pareja sexual, así como la importancia que los sujetos le atribuyen a la continuidad de esa relación (Amuchástegui, 2001 y 2007; Hirsch, 2003; Rodríguez y De Keijzer, 2003; Amuchástegui y Rivas, 2004; Carrillo, 2005; Ortiz-Ortega *et al.*, 2006; Núñez, 2007).

Una investigación cualitativa de Amuchástegui y Rivas que se llevó a cabo en diferentes contextos de México propone que, aun en este contexto de mayores posibilidades de reinterpretación de las normas, las construcciones de género son estructurantes de las subjetividades sexuales de hombres y mujeres mexicanos. Proponen que si bien muchas mujeres se han apropiado de la posibilidad de regular su vida reproductiva, esto ha sido mucho más sencillo y exitoso que la autodeterminación en cuanto al deseo y al placer. Para las mujeres las prácticas sexuales se restringen a la formación de parejas maritales, a la unión conyugal y a la intención de procrear, reforzando las normas mediante sanciones sociales que las califican como promiscuas y poco confiables si expresan sus deseos y placeres, y sobre todo si lo hacen fuera del contexto matrimonial y reproductivo. Estas normatividades se expresan de manera importante en las experiencias sexuales de los sujetos, y aunque se entrecruzan con discursos subalternos sobre la equidad de género y el derecho al placer, son reforzadas por estructuras sociales que organizan la desigualdad de género, como la división sexual del trabajo y la hegemonía de la heterosexualidad reproductiva, que se mantienen como discursos reguladores. Las jerarquías de género y la hegemonía de la institución marital se ejemplifican en la manera culpable con que la mayor parte de las mujeres que entrevistaron se refieren al ejercicio de su cuerpo y la manifestación de su deseo y placer sexual en el ámbito conyugal, las referencias al débito conyugal que hicieron algunas en consideración a las necesidades de sus esposos y las exigencias de desempeño sexual que expresaron los hombres entrevistados (Amuchástegui y Rivas, 2004).

Entre las investigaciones cualitativas que proponen la presencia de fuertes diferencias por edad y según el momento histórico en las normatividades sobre el género y la sexualidad en México desta-

ca una investigación entre hombres de distintas generaciones. En su investigación antropológica con hombres de un contexto agrícola urbanizado del norte del país, Núñez encuentra que los adultos mayores entienden el vínculo de pareja conyugal como la apropiación mutua de los trabajos de “mantener” por parte de los hombres y “atender” por parte de las mujeres, que genera marcadas desigualdades de género en el ejercicio de la sexualidad. Si bien cada uno de los cónyuges debe cumplir con sus obligaciones y tienen derechos que exigir a su pareja, la obligación de atención implica una disposición de 24 horas y una restricción al espacio hogareño que es permanente para las mujeres, mientras que el derecho de las mujeres a la apropiación de los productos del trabajo de los hombres les sigue permitiendo a ellos disponer de tiempo libre y acceso a espacios públicos. Las complejas construcciones de significados que fundamentan este tipo de vínculo de pareja permiten comprender las dinámicas de poder y las posibilidades de bienestar de hombres y mujeres en la vida marital, expresados en la historia de sus experiencias, en que las generaciones mayores expresan muy poca articulación de discursos críticos sobre las estructuras de género que condicionan sus vidas. Las experiencias de los adultos mayores se refieren a dos tipos de mujeres, unas que “se echan a perder” y se comportan como hombres y otras respetables, confiables, con las que se puede establecer un vínculo de pareja porque no amenazan la honorabilidad de su hombría, que son las mujeres de su casa. Asimilan la energía de trabajo de los hombres con energía sexual, expresan que sus esposas nunca fueron iniciadoras de encuentros sexuales y no saben —ni parece importarles— si ellas alguna vez experimentaron placer en los encuentros sexuales. Consideran que los hombres tienen necesidades sexuales y que las mujeres “los atienden” a ellos y a sus necesidades. No consideran que los hombres tienen derecho al cuerpo de “sus” mujeres, sino que tienen derecho a ser atendidos por ellas en virtud del vínculo conyugal, en el cual ellos participan siendo responsables y trabajadores. Ellos se “ganan la voluntad” de ellas para tener relaciones sexuales en virtud de que cumplen con sus obligaciones como esposos. Un hombre trabajador es querido por su esposa y ese cariño y aceptación se expresa en el trabajo de atención sexual que ella le brinda. La atención sexual es un reconocimiento y retribución a su hombría, al

hecho de ser un hombre que cumple, un hombre trabajador y con energía. Este intercambio desigual les da derecho a los hombres a la exclusividad sexual de ella. Las esposas tienen derecho a que los hombres canalicen su energía en trabajo y productos para ellas y sus hijos, mientras que el tiempo y la energía “libres” de los hombres, incluyendo la sexual, les pertenece a ellos (Núñez, 2007).

Varias investigaciones cualitativas se refieren a estas diferencias entre las concepciones de las personas mayores y los más jóvenes con respecto a la sexualidad. Aunque en las generaciones más jóvenes el vínculo de pareja no parece establecerse exclusivamente en este tipo de intercambio desigual de obligaciones, sino en ideas sobre el amor romántico y el bienestar íntimo, el orden de género incide especialmente en los grados de independencia individual de las mujeres en las relaciones de pareja, su capacidad para experimentar como sujetos de deseos eróticos, el grado de control social que existe sobre sus actividades sexuales y la posibilidad o imposibilidad material y cultural que tienen de negociar la vida sexual con sus parejas o de exponerse a vivir solas —sin una pareja masculina— sin perder legitimidad social (Rivas, 1995 y 1998; Szasz, 2001b; Amuchástegui y Rivas, 2004; Hirsch, 2003).

Las transformaciones de las normas sobre las relaciones interpersonales hacia una modalidad más electiva, que contempla ciertos grados de individualidad de ambos miembros de una pareja y mayor negociación de las prácticas sexuales entre ellos, han transformado las expectativas de fidelidad conyugal, en el sentido de que las mujeres demandan un trato más recíproco, exigiendo la exclusividad sexual de ambos miembros de la pareja y afirmando su propia fidelidad en el amor, más que en la obligación (Hirsch, 2003; Szasz, 2001b). A la par de esta mayor demanda de fidelidad masculina, la posibilidad de negociar relaciones sexuales más satisfactorias parece haber aumentado para algunas mujeres mexicanas, aumentando también sus demandas sobre la calidad de la relación sexual conyugal (Hirsch, 2003; Rivas, 1995 y 1998; Módena y Mendoza, 2001; Rodríguez y De Keijzer, 2003; Amuchástegui y Rivas, 2004).

Sin embargo, las mayores posibilidades de desplazamiento y de interacciones con otros hombres para las mujeres, así como sus mayores grados de autonomía en la toma de decisiones y mayor acceso al trabajo remunerado —a pesar de la persistencia en la división

tradicional del trabajo doméstico y de las desigualdades que experimentan las mujeres en los mercados de trabajo— generan profundos conflictos y contradicciones en la vida de pareja y en las experiencias subjetivas de hombres y mujeres (García y De Oliveira, 2006; Hirsch, 2003; Amuchástegui y Rivas, 2004; Ortiz-Ortega *et al.*, 2006; Amuchástegui, 2007).

Otro de los estudios cualitativos que hace énfasis en una clara diferencia generacional en las normas que construyen la sexualidad conyugal es el de Jennifer Hirsch (2003). Mientras que en las generaciones de adultos mayores predominan las normas de respeto mutuo y de un intercambio en el cual los varones proveen económicamente y proporcionan protección y autoridad mientras las mujeres proporcionan trabajo reproductivo y atención sexual, las parejas más jóvenes se involucran en intercambios menos tangibles de bienestar y afecto mutuo (Hirsch, 2003; Módena y Mendoza, 2001; Núñez, 2007). En el primer tipo de normatividad, los hijos y el intercambio de obligaciones son fundamentales para la continuidad de las relaciones, mientras que en el segundo tipo de normas, el bienestar emocional procedente de una intimidad sexual satisfactoria juega un papel importante en esa continuidad (Szasz, 2001b; Hirsch, 2003; Jiménez, 2007; D'Aubeterre, 2000; Amuchástegui y Rivas, 2004).

Aunque no existe una línea clara de división entre estas diferentes orientaciones normativas, que suelen coexistir de manera ambigua y contradictoria en una misma persona según las circunstancias, Hirsch propone que en su investigación antropológica las diferencias entre normatividades emergieron sobre todo frente a las preguntas sobre actividades sexuales en la pareja conyugal. Éstas se referían a la posibilidad, para las mujeres, de tomar la iniciativa para tener las relaciones sexuales, para decir “no” cuando el cónyuge quiere tener relaciones sexuales y la mujer no las desea, y para aceptar la posibilidad de que las mujeres puedan experimentar placer físico durante los encuentros sexuales maritales sin considerarlo vergonzoso o indecente. La autora identifica al menos dos sistemas normativos: un paradigma de intercambio de obligaciones, obediencia y atención sexual, y otro de compañerismo sexual o relaciones de confianza. Sin embargo, hace presente que estas líneas de delimitación no fueron claras, existiendo una permanente tensión

en las mujeres entre el deseo de complacer a sus esposos, el miedo de ser consideradas indecentes, la percepción de sus maridos como excesivamente demandantes de encuentros sexuales y las mucho más limitadas posibilidades de expresar sus propios deseos y necesidades sexuales (Hirsch, 2003).

A su vez, en sus entrevistas con hombres jóvenes, Hirsch encuentra que ellos consideran a una buena intimidad sexual como la base para una unión conyugal satisfactoria y duradera, mientras que entre hombres mayores encuentra un mayor énfasis en las responsabilidades viriles de mantener el hogar y las femeninas de atender y realizar las tareas reproductivas y en las jerarquías. Los más jóvenes consideran importante la fidelidad masculina —aunque imperdonable la infidelidad femenina— y estiman que ambos cónyuges tienen responsabilidad en la satisfacción sexual mutua, poniendo énfasis en la comunicación en la pareja. Sin embargo, estas ideas coexisten con la convicción de que los impulsos sexuales de los varones son irresistibles y con la consideración de que la infidelidad o incluso la separación se justifican si un hombre no obtiene adecuada satisfacción sexual en su hogar (Hirsch, 2003). La autora señala que en las relaciones conyugales parecen coexistir nuevas y viejas ideologías sobre el cuerpo y sus placeres, así como construcciones de género contradictorias, en las cuales coexisten sueños de intimidad sexual igualitaria con persistentes desigualdades de género. Algunos varones, sobre todo en las generaciones jóvenes, han cedido a sus esposas la posibilidad de decir “no” cuando no desean una relación sexual, asumiendo que pueden ser más satisfactorias si ambos consienten, pero ni ellos ni ellas aceptan que sean las esposas quienes tengan posibilidad de centrarse en sus propios deseos eróticos como fuente de satisfacción personal, sino que pueden acceder relativamente a esos deseos como un camino para el bienestar de la pareja (Hirsch, 2003).

La posibilidad de que una mujer priorice los lazos de compañerismo sexual por encima de los lazos que crean los hijos y las obligaciones no parece depender solamente de contextos culturales donde predominen los discursos modernos sobre la sexualidad. Dependen también de las características del esposo y de la relación de pareja: si un hombre se muestra sorprendido o celoso por una mínima expresión de iniciativa o deseo sexual de su esposa, ella

aprende rápidamente que mostrando su deseo pierde poder en las relaciones conyugales, y prefiere basarlas en el respeto en lugar de la satisfacción sexual mutua. Para esta autora, tanto la sexualidad conyugal basada en el respeto y el intercambio de obligaciones como aquella basada en la intimidad sexual, pueden ser interpretadas como estrategias de las mujeres, a través de las cuales ellas se imaginan y se construyen a sí mismas como sujetos sexuales *en respuesta* a las demandas específicas de las relaciones maritales en las que participan (Hirsch, 2003). Pero las posibilidades de ideologías modernas en la pareja sobre la satisfacción sexual mutua parecen depender altamente de la autosuficiencia económica, social y afectiva de la pareja conyugal y de las posibilidades de autonomía decisoria y libertad de movimiento de las mujeres. Es en contextos sociales con ingresos adecuados y movilidad social que las afirmaciones sobre el compañerismo sexual en la pareja conyugal han llegado a tener más prestigio que las declaraciones sobre el respeto, la obediencia y el uso sexual de las mujeres. Un discurso de género que alude a las ideas modernas sobre la sexualidad parece proporcionar mayor estatus de cultura urbana a hombres y mujeres que las declaraciones de sus mayores sobre la sexualidad conyugal como obligación de las mujeres, pero estas ideas también constituyen una opción que les permite a muchas mujeres interpretar y justificar sus acciones, aunque sea de manera ambigua, con juegos de apariencias y utilizando dobles discursos que les permiten preservar sus pertenencias grupales y familiares (Amuchástegui, 2001; Prieur, 1994; Hirsch, 2003; Amuchástegui y Rivas, 2004; Carrillo, 2005).

Finalmente, aunque las investigaciones cualitativas no abordan sistemáticamente la influencia de las desigualdades socioeconómicas en la construcción de normas sobre las sexualidades, algunas apuntan hacia la mayor posibilidad de negociar la calidad de los encuentros sexuales y de disfrutar esas experiencias que tienen las mujeres que no experimentan precariedad económica y no viven la unión conyugal como la única alternativa de subsistencia adecuada para ellas y para sus hijos. Pero incluso en sectores acomodados, algunos estudios refieren que las mujeres suelen postergar sus propios deseos eróticos y poner en primer plano la importancia de satisfacer al esposo para mantener la continuidad de las relaciones (Hirsch, 2003; Valdés *et al.*, 1996).

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de las respuestas de hombres y mujeres sobre tres aspectos de sus actividades sexuales en la Ensare de 1998 sugiere la coexistencia de normativas diferenciadas sobre la sexualidad heterosexual en México. En todas ellas se observa una desigualdad marcada entre las normas para hombres y mujeres, pero existen también diferencias por estrato socioeconómico que se manifiestan aun si se toman en consideración los cambios generacionales en las ideas dominantes sobre las sexualidades.

En los tres aspectos de las actividades sexuales declaradas por hombres y mujeres que se analizaron en este trabajo, las desigualdades de género son manifiestas, aunque en algunos casos son más rígidas y en otros aparecen más interiorizadas y flexibles. Mientras existe una clara autorización para la experimentación de relaciones sexuales para los hombres solteros, que responde a normas de género que los impulsan a demostrar desempeño sexual, y la mayor parte de ellas ocurren fuera de relaciones de noviazgo o matrimonio, la proporción de mujeres que refieren haber experimentado relaciones sexuales siendo solteras dicen haberlo hecho exclusivamente en una relación de noviazgo, independientemente de si eran adolescentes o eran adultas cuando las experimentaron. Las edades de inicio sexual son más tardías para las mujeres, y más cercanas a la unión conyugal, mientras que los hombres refieren edades más tempranas para iniciar esas experiencias, más distantes de las uniones maritales en el tiempo, y con una diversidad de posibles parejas sexuales entre las que destacan las amigas. Una vez iniciada la vida conyugal, las desigualdades de género se manifiestan en diversas expresiones que sugieren concepciones de necesidades sexuales diferentes para los hombres y persistencia de concepciones sobre la importancia de que las mujeres unidas respondan a la iniciativa de sus esposos.

El principal aporte de este análisis de una muestra representativa de amplios sectores de la población mexicana es la aparente influencia de las desigualdades socioeconómicas en esas normativas diferenciadas por género. En los sectores más acomodados, tanto para hombres como para mujeres, las experiencias sexuales en una relación de noviazgo son mucho más frecuentes, la distancia

entre inicio sexual y comienzo de la vida marital es mayor, la respuesta de que “ambos” cónyuges toman la iniciativa para empezar las relaciones sexuales en la vida conyugal es más frecuente que la iniciativa exclusiva del esposo y aumenta la proporción de mujeres que le expresan al esposo cuando ellas no quieren tener relaciones sexuales y que no sufren insultos ni regaños ni violencia cuando expresan su intención de abstenerse. Aunque al controlar por grupos de edad se observa que lo anterior ocurre sobre todo entre las personas de 34 años o menos, en las de 35 años y más la diferencia por estratos socioeconómicos se mantiene, en el sentido que las normas más restrictivas de género, con mayor diferenciación entre las actividades sexuales adecuadas para hombres y las autorizadas para mujeres, y que limitan más la vida sexual femenina al espacio conyugal, son más marcadas en los sectores socioeconómicos bajo y muy bajo. En los sectores medio y alto no solamente se asemejan más las actividades declaradas por hombres y mujeres, sino que las respuestas de ambos expresan cierta capacidad de decisión de las mujeres en relación con la sexualidad, aunque también muestran a las mujeres como sujetos con necesidades sexuales diferentes de las de los hombres.

En relación con el debate teórico sobre la transformación de las relaciones íntimas en las sociedades contemporáneas, el análisis realizado sugiere que en amplios sectores de la sociedad mexicana las instituciones matrimoniales y religiosas continúan teniendo una influencia importante en la configuración de las relaciones de género, que en México aparecen estructurando claramente las normas sobre la sexualidad entre hombres y mujeres. Sin embargo, sobre todo en los sectores socioeconómicos medios y altos y en las generaciones más jóvenes esas normas aparecen reinterpretadas e individualizadas, de tal manera que algunos aspectos del emparejamiento heterosexual tienden a ser más parecidos en hombres y mujeres. Es así que un grupo significativo de hombres y mujeres de esos sectores sostienen relaciones sexuales en el contexto de una relación de noviazgo y permanecen solteros varios años después de haber iniciado su vida sexual. Dentro de la unión conyugal expresan en proporciones importantes que mujeres y hombres participan conjuntamente en tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales y aceptan que las mujeres se abstengan de sostener esas

relaciones cuando no las desean. Mi interpretación de estos indicios es que las profundas desigualdades socioeconómicas que persisten en México intervienen de manera importante en la configuración de las relaciones de género y de las normas sobre el comportamiento sexual adecuado para hombres y mujeres, debido al poder que ejercen las fuerzas económicas sobre las decisiones individuales en contextos de extrema desigualdad de oportunidades y fuerte estratificación social de clase.

Si bien en México parece confluir una importante influencia de las concepciones modernas sobre la sexualidad y de las ideas sobre el bienestar individual y el derecho a tomar decisiones sobre el propio cuerpo, estas ideas modernizadoras parecen traducirse más en una interiorización de los controles sociales en los sectores sociales medio y alto que en una verdadera democratización de las relaciones íntimas. Esto último se puede atribuir a que las fuertes jerarquías de género y clase social que persisten en la sociedad mexicana delimitan importantes desigualdades materiales y de recursos culturales para que las mujeres de los sectores socioeconómicos bajo y muy bajo puedan prescindir de los controles sociales y comunitarios y puedan vivir procesos de individuación semejantes a los de las mujeres de los sectores medio y alto. Estas últimas, aunque ejercen cierta autonomía en las decisiones relativas a su sexualidad en el contexto conyugal, parecen seguir teniendo la necesidad de complacer los requerimientos de sus parejas masculinas para mantener la continuidad de las relaciones matrimoniales. Mi interpretación sobre la persistencia de las desigualdades de género y su mayor intensidad en los estratos socioeconómicos más pobres propone que existe una vinculación entre las relaciones de poder y subordinación de género, los intercambios eróticos y la desigualdad en el acceso a recursos materiales y simbólicos que persiste entre hombres y mujeres en México. Es posible que la terminación de los estudios entre los 15 y los 16 años que experimentan casi la mitad de los jóvenes mexicanos, la no incorporación a los mercados de trabajo de 80% de las mujeres adolescentes que abandonan los estudios a esa edad y el hecho que cerca de la mitad de las mujeres adultas de México no ejerzan un trabajo remunerado puede influir en que incluso en las generaciones jóvenes las mujeres maritalmente unidas brinden atención sexual a cambio de la continuidad de la

relación matrimonial que les proporciona, entre otras cosas, sustento y estatus socioeconómico.

Aunque la Ensare nos proporciona pocos indicios de la búsqueda de satisfacción de deseos eróticos de las mujeres en los encuentros sexuales maritales, es interesante que la gran mayoría de los hombres y mujeres de todos los sectores socioeconómicos atribuyen importancia al placer de las mujeres en los encuentros sexuales conyugales y sobre todo en los estratos medio y alto las mujeres se atreven a decirle a su esposo cuando no quieren tener relaciones sexuales sin verse expuestas a enojos, regañones, insultos ni otras formas de violencia. El único indicio de expresión de deseos o necesidades personales puede ser el tomar o no la iniciativa para iniciar un encuentro sexual con el esposo o la esposa. Pero si consideramos el tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales como una posibilidad de expresar los deseos y necesidades personales, esta expresión de deseos individuales continúa reservada exclusivamente a los varones (o a “ambos”) incluso en los sectores medio y alto. Otro indicio se refiere a la aceptación social de las relaciones sexuales extramaritales de los hombres sin un correlato semejante para las mujeres, que se observa incluso en los más modernizados sectores sociales medio y alto.

La coexistencia de distintos regímenes normativos para hombres y mujeres y para diferentes sectores socioeconómicos parece expresar un proceso de modernización desigual de las sexualidades, que en los sectores más pobres continúa muy vinculada con controles e instituciones sociales tradicionales, y que en todos los estratos permite suponer una influencia de la desigual división del trabajo por sexo en las distintas posibilidades que parecen experimentar las mujeres mexicanas para priorizar los deseos eróticos y de gratificación personal en las relaciones sexuales maritales de la misma manera que sus esposos. Sin embargo, la propia complejidad cultural de México puede permitir que aun en los sectores más pobres algunas mujeres incorporen y reinterpreten las ideas modernas como lo hacen muchas en los sectores medio y alto. La mayor flexibilidad de las normas que acarrearán los discursos de la modernidad les permiten mayores márgenes de negociación personal. Dependiendo del contexto de las relaciones mismas, algunas mujeres parecen encontrar formas de acceder a su propio bienestar sexual

manteniendo al mismo tiempo la continuidad de las relaciones conyugales satisfactorias para ellas. El acceso a estos recursos culturales parece estar fuertemente mediado por las posibilidades materiales de subsistencia y movilidad social que experimentan las mujeres.

Las normas sobre la sexualidad entre hombres y mujeres se apartan de lo que ocurre en los países del norte de Europa y los Estados Unidos, donde las actividades y las trayectorias sexuales de hombres y mujeres son semejantes y desvinculadas del matrimonio, pero también parecen diferenciarse —sobre todo en los sectores medio y alto y en las generaciones jóvenes— del comportamiento marcadamente desigual por sexo que ha observado la demografía para los países latinoamericanos.

Los resultados de este estudio señalan la importancia de reconstruir historias locales sobre la cultura y las sexualidades en México en lugar de adoptar sin revisión alguna los modelos teóricos surgidos en otros contextos. Sugiero como hipótesis interpretativa que las condiciones materiales condicionan las posibilidades de autonomía personal de las mujeres y que tanto en hombres como en mujeres afectan las posibilidades de resistir los mandatos de género y de acceder de esa manera a sus deseos y placeres más íntimos. Pero propongo también que en los distintos grupos sociales algunas particularidades culturales de México pueden servir como recurso para reacomodar tanto los mandatos tradicionales como las ideas modernas sobre la sexualidad. Es posible que las reglas sobre el silencio y la privacidad de la intimidad junto con los acuerdos sociales sobre las expresiones públicas de la sexualidad permitan a hombres y mujeres mexicanos —sobre todo de los sectores con mayores ingresos y de las generaciones más jóvenes— reinterpretar las ideas modernas sobre la sexualidad amoldándolas a sus deseos y búsqueda de bienestar personal, manteniendo al mismo tiempo ciertos juegos de apariencias para no poner en riesgo sus pertenencias grupales y familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Aggleton, P., y R. Parker (2002), "Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: Un marco conceptual e implicaciones para la acción", en *Sexualidad, salud y reproducción número 9*, documento de trabajo del

- Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México, El Colegio de México, pp. 3-40.
- Amuchástegui, A. (1996), "El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un reto de investigación", en I. Szasz, S. Lerner (comps.) y A. Amuchástegui (col.), *Para comprender la subjetividad. La investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, pp. 137-172.
- (2001), *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*, México, Population Council-Edamex.
- (2007), "Ética, deseo y masculinidad: La difícil relación entre lo sexual y lo reproductivo", en *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México, El Colegio de México, pp. 121-140.
- , y M. Rivas (2004), "Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: Notas para la discusión", en *Estudios Demográficos y Urbanos* 57, vol. 19, núm. 3, pp. 543-547.
- Ariza, M., y O. de Oliveira (coords.) (2004), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, IIS-UNAM.
- Beck, U. (1992), *Risk Society. Towards a New Modernity*, Londres, Sage Publications.
- , y E. Beck-Gernsheim (1995), *The Normal Chaos of Love*, Cambridge, Polity Press.
- Blais, M. (2006), "Vulnerability to HIV Among Regular Male Partners and the Social Coding of Intimacy in Modern Societies", en *Culture, Health and Sexuality*, vol. 8, núm. 1, enero-febrero, pp. 31-44.
- Bozon, M. (1998), "Demografia e Sexualidade", en Ma. C. Loyola (coord.), *A sexualidade nas ciencias humanas*, Río de Janeiro, Brasil, Editora da Universidade do Estado do Río de Janeiro, pp. 227-251.
- (2002), "Démographie et sexualité", en G. Caselli, J. Vallin y Z. Wunsch (coords.), *Démographie: Analyse et synthèse*, París, INED, tomo 2, pp. 303-321.
- (2003), "At what Age do Women and Men have their First Sexual Intercourse? World Comparisons and Recent Trends", *Population and Societies*, núm. 391, pp. 1-4.
- (2004), "La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes", en J. Morquet (coord.), *Normes et conduites sexuelles. Approches Sociologiques et Ouvertures Pluridisciplinaires*, Louvain-La Neuve, Academia-Bruylant, pp. 15-33.
- , y H. Leridon (1993) (coords.), "Sexualité et Sciences Sociales. Les apports d'un enquête", *Population* 48, año 5, septiembre-octubre, pp. 1173-1550.

- Bronfman, M., y N. Minello (1995), "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH", en M. Bronfman, *et al.*, *Sida en México. Migración, adolescencia y género*, México, Información Profesional Especializada, pp. 15-90.
- , y J. Rubin-Kurtzman (1995), "Comportamiento sexual de los inmigrantes mexicanos a Los Ángeles: Prácticas de riesgo para la infección por VIH", ponencia presentada en la V Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México, México, El Colegio de México, del 5 al 9 de junio.
- Carrillo, H. (2005), *La noche es joven. La sexualidad en México en la era del sida*, México, Océano.
- Castro, R. (1998), "Uno de hombre con la mujer es como la corriente eléctrica: Subjetividad y sexualidad entre los hombres de Morelos", *Debate Feminista*, año 9, vol. 18, octubre, pp. 105-130.
- Contreras, J. M. (2006), "Informe sobre la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003-Cuestionario Varones", Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México (borrador).
- Cosee, I. (2006), "Cultura y sexualidad en la Argentina de los 60': Usos y resignificaciones de la experiencia transnacional", *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe*, vol. 19, núm. 2, julio-diciembre (en proceso).
- D'Aubeterre, M. (2000), *El pago de la novia*, México, El Colegio de Michoacán-Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Díaz, R. (1998), *Latino Gay Men and HIV*, Nueva York, Routledge.
- Echarri, C., y J. Pérez-Amador (2001), "Becoming Adults: Life Course Transitions in Mexican Young People", ponencia presentada en la XXIV Conferencia General de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), San Salvador de Bahía, Brasil, septiembre.
- Fagetti, A. (1998), *Tentzonhuehue. El simbolismo del cuerpo y la naturaleza*, Puebla, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla-Plaza y Valdés.
- Figueroa, J. G. (1997), "Algunas reflexiones sobre el enfoque de género y la representación de la sexualidad", *Estudios Demográficos y Urbanos* 34 y 35, vol. 12, núms. 1 y 2, El Colegio de México, enero-agosto, pp. 201-243.
- Foucault, M. (1976), *La volonté de savoir. Histoire de la sexualité*, tomo 1, París, Gallimard.
- García, B. (2003), "Empoderamiento y autonomía de las mujeres en la investigación sociodemográfica actual", *Estudios Demográficos y Urbanos* 53, vol. 18, núm. 2, mayo-agosto, pp. 221-253.

- García, B., y O. de Oliveira (1994), *Trabajo y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- (2006), *Las familias en el México metropolitano. Visiones femeninas y masculinas*, México, El Colegio de México.
- Gayet, C., F. Juárez, L. Pedrosa y C. Magis (2003), “Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual”, *Salud Pública de México*, vol. 45, suplemento 5, pp. 632-640.
- Giddens, A. (1992), *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*, Stanford, University of California Press.
- Gutmann, M. (2000), *Ni macho ni mandilón. Ser hombre de verdad en la ciudad de México*, México, El Colegio de México.
- Hirsch, J. (2003), *A Courtship after Marriage. Sexuality and Love in Mexican Transnational Families*, Berkeley, University of California Press.
- Jiménez, L. (2007), “Sexualidad, vida conyugal y relaciones de pareja. Experiencias de algunos varones de los sectores medio y alto de la Ciudad de México”, en *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México, El Colegio de México, pp. 185-240.
- Juárez, F., y C. Gayet (2005), “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas”, *Papeles de Población*, nueva época, año 11, núm. 45, julio-septiembre, pp. 177-219.
- Lewontin, R. (1995), “Sex, Lies and Social Science”, en *The New York Review of Books*, 20 de abril, pp. 24-29.
- Magis C., C. Gayet, J. Gutiérrez, F. Juárez, S. Bertozzi, S. Noriega, E. Bravo, C. Pervilhac y J. García (2004), “A New Approach to hiv/aids Surveillance: The Mexican Experience”, ponencia presentada en la XV Conferencia Internacional sobre sida.
- Marston, C., F. Juárez y J. Izazola (2004), “Young Unmarried Men and Sex: Do Friends and Partners Shape Risk Behaviour?”, *Culture, Health and Sexuality*, vol. 6, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 411-424.
- Mejía, G. (2002), “Concepciones prenupciales en México”, tesis para optar al grado de maestra en demografía, El Colegio de México, junio.
- Michael, R., J. Gagnon, E. Laumann y G. Kolata (1994), *Sex in America. A Definitive Survey*, Nueva York, Warner Books.
- Módena, M. E., y Z. Mendoza (2001), *Géneros y generaciones. Etnografía de las relaciones entre hombres y mujeres de la ciudad de México*, México, Population Council-Edamex.
- Nehmad, G. (1996), *La autonomía femenina y su influencia en el espaciamiento y número de hijos*, tesis para optar al grado de maestra en demografía, El Colegio de México.

- Nehring, D. (2005), "Reflexiones sobre la construcción cultural de las relaciones de género en México", *Papeles de Población*, nueva época, año 11, núm. 45, julio-septiembre, pp. 221-245.
- Nieto, B. (1997), "Uso del condón en hombres con parejas no estables", tesis para obtener el grado de maestro en población, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México, 91 pp.
- Núñez, G. (2007), "Vínculo de pareja y hombría: 'Atender y mantener' en adultos mayores del Río Sonora, México", en A. Amuchástegui e I. Szasz (coords.), *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México, El Colegio de México, pp. 141-184.
- Ortiz-Ortega, A., A. Amuchástegui y M. Rivas (2006), "Porque yo los traje al mundo. La negociación de los derechos de las mujeres en México", en R. Petchesky y K. Judd (comps.), *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, políticas y religiones*, México, El Colegio de México, pp. 251-300.
- , G. Salas y P. Meza (en esta obra), "Mujeres que declaran abortos en México", en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México.
- Parker, R. (1991), *Bodies, Pleasures and Passions: Sexual Culture in Contemporary Brazil*, Boston, Beacon Press.
- , y J. Gagnon (1995), *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World*, Nueva York y Londres, Routledge.
- Parrado, E. (2005), correspondencia personal con Ivonne Szasz, 24 de agosto de 2005.
- , y Ch. Flippen (2006), "Migration and Sexuality: A Comparison of Mexicans in Sending and Receiving Communities", ponencia presentada en la Reunión Anual de la Population Association of America, Los Ángeles, del 30 de marzo al 1° de abril.
- Pérez Amador, A. (2004), "La disociación entre el inicio de la vida sexual y la unión conyugal en México: Dos aproximaciones metodológicas", tesis para optar al grado de maestra en demografía, México, El Colegio de México.
- Prieur, A. (1994), "Power and Pleasure: Male Homosexuality and Construction of Masculinity in Mexico", ponencia presentada en el 48 International Americanists Congress, Estocolmo, Suecia, del 4 al 9 de julio.
- Quilodrán, J. (1990), "Entrance into Marital Union and into Motherhood by Social Sectors", en M. Bronfman *et al.*, *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, Nueva York, El Colegio de México-The Population Council, Demographic and Health Surveys Further Analysis Series, núm. 7, abril, pp. 4-8.

- Quilodrán, J. (2001), *Un siglo de matrimonio en México*, México, El Colegio de México.
- Rivas, M. (1995), "Cambios y permanencias en los significados de la sexualidad femenina. Una visión trigeracional", *Salud Reproductiva y Sociedad*, órgano informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, año II, núm. 5, enero-abril, pp. 7-12.
- (1998), "Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales", en I. Szasz y S. Lerner (coords.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp. 137-154.
- Rodríguez, G., A. Amuchástegui, M. Rivas y M. Bronfman (1995), "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del sida", en M. Bronfman et al., *Sida en México. Migración, adolescencia y género*, México, Información Profesional Especializada, pp. 91-200.
- Rodríguez, G., y B. de Keizer (2003), *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*, México, Population Council-Edamex.
- Rojas, O. (en esta obra), "Reproducción masculina y desigualdad social en México", en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México.
- Rosas, C. (2007), "El desafío de ser hombre y no migrar. Estudio de caso en una comunidad del centro de Veracruz", en *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*, México, El Colegio de México, pp. 277-310.
- Salgado, N. (1998), "Migración, sexualidad y sida en mujeres de origen rural: Sus implicaciones psicosociales", en I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp. 155-173.
- Samuel, O., S. Lerner y A. Quesnel (1994), "Hacia un enfoque demo-anropológico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación", *Estudios Demográficos y Urbanos* 25, vol. 9, núm. 1, enero-abril, pp. 71-104.
- Stern, C. (1995), "La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas", en *Temas selectos. Carta sobre población*, vol. 1, núm. 1, México, Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población.
- (1997), "El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica", *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 137-143.
- , y C. Menkes (en esta obra), "Embarazo adolescente y estratifica-

- ción social”, en S. Lerner e I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México.
- Szasz, I. (1996), “Separating Sexual Intercourse and Reproduction in a Rural Context of Mexico”, ponencia presentada en la conferencia Reconceiving Sexuality: Internacional Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, Brasil, del 14 al 17 de abril.
- (1998), “Sexualidad y género: Algunas experiencias de investigación en México”, *Debate Feminista*, año 9, vol. 18, octubre, pp. 77-103.
- (2001a), “La investigación sobre sexualidad y el debate sobre los derechos reproductivos en México”, en J. Gómez de León y C. Rabell (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, Conapo-Fondo de Cultura Económica, pp. 365-397.
- (2001b), “Significados de la sexualidad, la reproducción y la anti-concepción”, en *Sexualidad, salud y reproducción, Documentos de trabajo 3*, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.
- , y O. Rojas (2005), “Ejercicio de poder en las relaciones conyugales y prácticas sexuales de riesgo”, ponencia presentada en la XXV Conferencia Internacional de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Tours, Francia, del 18 al 23 de julio.
- Uribe *et al.* (2003), “El sida en las mujeres: Logros y asignaturas pendientes”, *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 17, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 255-270.
- Valdés, T., J. Gysling y M. Benavente (1996), “Power and Sexuality in Upper-Middle Class Women’s Lives”, ponencia presentada en la conferencia Reconceiving Sexuality: Internacional Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, Brasil, del 14 al 17 de abril.
- Vendrel, J. (1999), *Pasiones ocultas. De cómo nos convertimos en sujetos sexuales*, Barcelona, Ariel.
- Viveros, M. (2003), “Orientaciones íntimas en las primeras experiencias sexuales y amorosas de los jóvenes. Reflexiones a partir de algunos estudios de casos colombianos”, en J. Olavaría (ed.), *Varones adolescentes: Género, identidades y sexualidades en América Latina*, Santiago de Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Weeks, J. (1998), “La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades”, en I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, pp. 199-221.
- Welti, C. (2005), “Inicio de la vida sexual y reproductiva”, *Papeles de Población*, nueva época, año 11, núm. 45, julio-septiembre, pp. 143-176.

*Salud reproductiva y condiciones
de vida en México, tomo I,*

se terminó de imprimir en el mes de junio de 2008
en los talleres de Editorial Color, S.A. de C.V.
Naranjo 96 bis PB, col. Santa María La Ribera
11320 México, D.F.

Diseño de portada: Irma Eugenia Alva Valencia.

Tipografía y formación: Ángela Trujano.

La edición estuvo al cuidado de Carlos Mapes,
bajo la supervisión de la Dirección de Publicaciones de
El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

Ante la subutilización de los resultados de la amplia y rica base de datos que subyace en las numerosas encuestas nacionales realizadas en la última década del siglo xx sobre el comportamiento sexual y reproductivo de la población en México, el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México convocó a diversos expertos en este campo para elaborar un análisis selecto, novedoso y riguroso de la misma que muestre la pertinencia y relevancia teórica y metodológica de privilegiar las dimensiones de desigualdad social, étnica, de género y generacional para dar cuenta de las condiciones de vida que rodean diversos aspectos de dicho comportamiento en la actualidad.

El presente volumen (tomo I) ofrece los resultados de ocho textos elaborados por diversos autores que abordan los siguientes temas: el camino recorrido de este proceso de investigación colectivo y plural, la construcción de un esquema para diferenciar a la población en estratos sociales, las desigualdades sociales y las necesidades no satisfechas en salud reproductiva, así como las desigualdades socioeconómicas y las prácticas sexuales y reproductivas.

Esperamos que las reflexiones teórico-metodológicas y las evidencias empíricas que se presentan ilustren acerca de la heterogeneidad de comportamientos y sobre todo acerca de los rezagos en esta materia que caracterizan a amplios sectores de la población que se encuentran en las condiciones más desfavorables y de mayor vulnerabilidad.

ISBN 978-968-12-1349-7

