

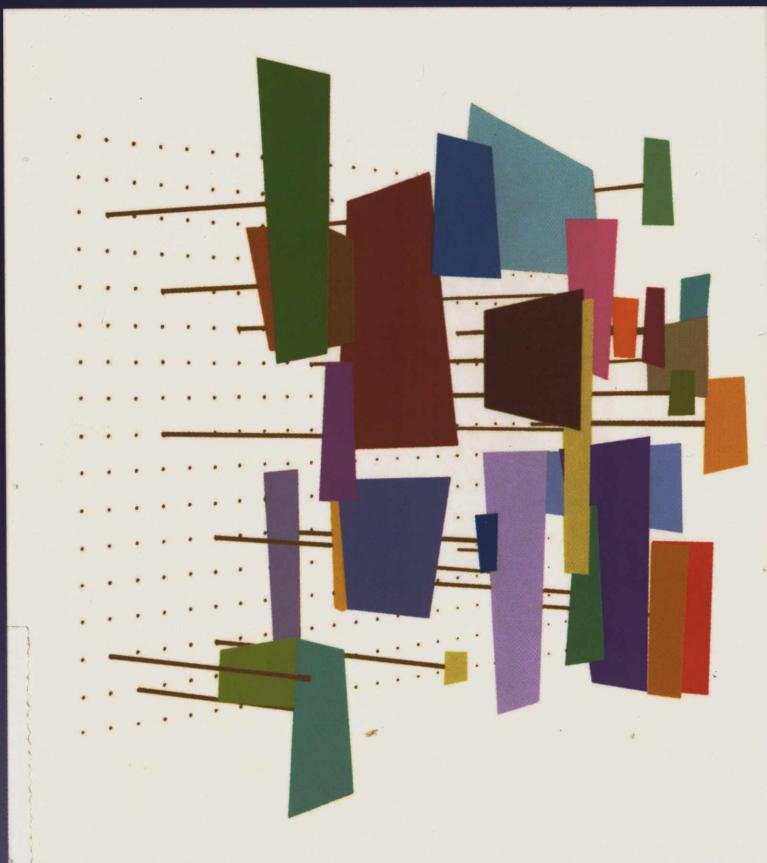
Salud reproductiva y condiciones de vida en México

Tomo II

Susana Lerner

Ivonne Szasz

Coordinadoras



EL COLEGIO DE MÉXICO

**SALUD REPRODUCTIVA Y CONDICIONES
DE VIDA EN MÉXICO**

Tomo II

**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES
PROGRAMA SALUD REPRODUCITIVA Y SOCIEDAD**

SALUD REPRODUCTIVA Y CONDICIONES DE VIDA EN MÉXICO

Tomo II

*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)
978-968-12-1350-3 (Tomo II)

Impreso en México

ÍNDICE

IV. DESIGUALDADES DE GÉNERO Y CLASE Y SUS EXPRESIONES EN LA SALUD REPRODUCTIVA

Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México <i>Marina Ariza y Orlandina de Oliveira</i>	11
Actitudes hacia la reproducción y control de la fecundidad en las parejas mexicanas, <i>Irene Casique</i>	47
Reproducción masculina y desigualdad social en México, <i>Olga Rojas</i>	95

V. DESIGUALDAD ÉTNICA, MATERNIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres, <i>Gisela Espinosa Damián</i>	141
Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas, <i>Graciela Freyermuth Enciso y Cecilia de la Torre Hernández</i>	203

VI. EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN LA SALUD REPRODUCTIVA

La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias?, <i>Raquel Abrantes Pêgo y Blanca Pelcastre Villafuerte</i>	255
Efectos de las condiciones de vida y de la adhesión al IMSS en prácticas adecuadas para el cuidado de la salud reproductiva de la población derechohabiiente, <i>Doroteo Mendoza Victorino, Isabel Padilla Vallejo y Leticia de la Cruz Mejía</i>	303

VII. TEMAS DE FRONTERA Y DEMANDAS CIUDADANAS

La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS, <i>Soledad González Montes y Juan Manuel Contreras</i>	333
Mujeres que declaran abortos en México, <i>Adriana Ortiz-Ortega, Guadalupe Salas y Villagómez y Patricia Meza Romero</i>	381
Factores de desigualdad social asociados a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la población mexicana, <i>José Ramiro Caballero Hoyos y Alberto Villaseñor Sierra</i>	453

IV. DESIGUALDADES DE GÉNERO Y CLASE Y SUS EXPRESIONES EN LA SALUD REPRODUCTIVA

GÉNERO, CLASE Y CONCEPCIONES SOBRE SEXUALIDAD EN MÉXICO

MARINA ARIZA¹
y ORLANDINA DE OLIVEIRA²

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo hacemos un intento por examinar empíricamente las interrelaciones propuestas en el nivel teórico entre el género y la clase como ejes de inequidad social. Nuestro propósito es destacar la relevancia de las diferencias de género en la adhesión de los individuos a ciertos códigos normativos, y sopesar la medida en que estas discrepancias se modifican de acuerdo con la pertenencia de clase. Para aproximarnos a las vinculaciones entre género y clase partimos de la caracterización de estratos socioeconómicos y de la distinción entre hombres y mujeres. Analizamos la medida en que ser hombre o mujer implica compartir distintas concepciones sobre la sexualidad, evaluando el grado de conservadurismo/liberalismo³ contenido en ellas. Mediante el análisis de la adhesión diferencial de hombres y mujeres a las visiones estereotipadas sobre las prácticas sexuales, nos acercamos a las diferencias de género que se manifiestan en las opiniones individuales.

¹ Marina Ariza, investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. Correspondencia: Instituto de Investigaciones Sociales, Circuito Mario de la Cueva S/N; 04510 México, D. F. Correo electrónico: ariza@servidor.unam

² Orlandina de Oliveira, profesora investigadora del Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México. Correspondencia: El Colegio de México, Camino al Ajusco, núm. 20, Col. Pedregal de Sta. Teresa; 10740 México, D. F.; correo electrónico: odoeolive@colmex.mx

³ En este trabajo entendemos por conservadurismo la resistencia al cambio (afirmación de la tradición) en el manejo de la sexualidad y el comportamiento reproductivo.

Es importante tener presente que existe una distancia variable entre la mayor o menor adhesión a los códigos sociales que prescriben las conductas sexuales normativas y las prácticas sexuales efectivamente desplegadas por los hombres y las mujeres en su diario vivir. Una manifestación ostensible de esta distancia la tenemos en los frecuentes desfases entre las concepciones, los deseos y las necesidades reproductivas de las parejas, y las medidas realmente adoptadas por ellas para prevenir (o espaciar) los embarazos o evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual (Szasz, 1998).⁴

A pesar de que la sexualidad engloba un conjunto amplio de aspectos —desde la construcción cultural e histórica del deseo y el erotismo hasta las categorías que ordenan y dan sentido subjetivo a la experiencia sexual, los que a su vez se relacionan con los dominios de la familia, la comunidad y el Estado—, debido al tipo de datos en que se sustenta nuestro análisis, nos circunscribimos al ámbito de la normatividad sexual en el nivel individual, y no al de los comportamientos, por dos razones metodológicas complementarias: 1) en lo que refiere a la sexualidad, la prescripción normativa codifica y polariza de manera nítida los comportamientos aceptables para hombres y mujeres, facilitando los contrastes entre lo permitido y lo condenable para uno u otro sexo; 2) este aspecto provee un plano equiparable de comparación entre las declaraciones verbales de hombres y mujeres sobre la vida sexual, cosa que se dificultaría en la dimensión de los comportamientos por la inevitable disimilitud entre la experiencia femenina y la masculina. A través de su poder sancionador (generación de miedos, culpas, castigos y represiones), los códigos normativos cumplen una función reguladora

⁴ En la medida en que un código normativo tiene una función coercitiva, en que los hechos sociales tratan de imponerse, el llamado desfase entre las concepciones y los comportamientos es, desde el punto de vista sociológico, un resultado esperable. La socialización no produce automáticamente individuos que actúan en perfecta armonía con los códigos normativos como elementos de cohesión social, lo que tornaría innecesarias medidas de acatamiento como el castigo o el rechazo social, presentes en todas las sociedades. De ahí la importancia sociológica de la desviación como aproximación a la norma. Fue Durkheim quien señaló que a los hechos morales —como aspectos internos— había que acercarse indirectamente, a través de hechos externos que los simbolizaran, como los códigos legales, por ejemplo (Durkheim, 1967; Giddens, 1977).

de los comportamientos individuales y familiares. Su internalización asegura el consenso necesario respecto del discurso ideológico hegemónico, prescribiendo las sanciones respectivas para los que infrinjan su acatamiento. Cuanto más rígidas y conservadoras se tornan las concepciones sobre la sexualidad y más universales pretendan ser sus valores, mayor resistencia ofrecerán para acoger la desviación (o innovación) normativa implícita en las prácticas sexuales divergentes (Dover, 1998).

Para acercarnos al estudio de las concepciones sobre la sexualidad utilizamos la información proveniente de la Encuesta de Salud Reproductiva (Ensare) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1998. Esta encuesta incluye dos muestras de la población derechohabiente: una de mujeres (5 405 casos) y otra de hombres (2992 casos). Unimos las dos muestras en una base de datos que cuenta con 8 397 casos. Se trabajó con la muestra ponderada y reescalada.⁵

Con el propósito de medir el grado de conservadurismo/liberalismo de las opiniones emitidas alrededor de ciertas normas sexuales,⁶ partimos de una serie de ítems ante los cuales los entrevistados manifestaron su acuerdo o desacuerdo.⁷ Es importante aclarar que el mayor o menor grado de adhesión verbal de las personas a los principios normativos condensados en estos ítems no

⁵ Es importante hacer notar que el instrumento de recolección de información presenta varias limitaciones no despreciables de cara a nuestros objetivos analíticos: 1) reproduce en cierta medida la concepción hegemónica sobre sexualidad, estereotípicamente orientada al control de la sexualidad femenina; 2) posee un sesgo claramente heterosexual en la visión subyacente de la sexualidad; 3) no siempre las preguntas hacen la diferenciación de la información por sexo, lo que limita considerablemente el potencial analítico de los datos. Por los aspectos antes mencionados, resulta claro que son pocas las posibilidades que la encuesta brinda para conocer la normatividad que rige las sexualidades masculinas en el México actual.

⁶ Entre las muchas acepciones que puede tener la palabra *norma*, dos resultan pertinentes para nuestro análisis: 1) la que califica a un fenómeno como normativo por constituir un curso de acción empíricamente predominante en una sociedad; 2) la que alude al carácter axiológico, moral, de los hechos sociales. Este último es el aspecto que nos interesa rescatar.

⁷ Aunque analíticamente hubiera sido deseable cubrir más ampliamente el campo temático, nos limitamos a utilizar los ítems disponibles en la encuesta con las salvedades ya enumeradas.

nos proporciona lo que harán (o han hecho) efectivamente en la situación dada (dimensión de comportamiento), ni lo que es necesariamente su creencia íntima (dimensión de saber como discurso), pues el contexto situacional de la entrevista que indaga sobre un asunto privado muy cargado valorativamente y la apelación a los códigos morales vigentes implícita en la afirmación normativa que encierra la pregunta tienden poderosamente a promover la respuesta socialmente "esperada". No obstante estas limitaciones, creamos que el examen de las disimilitudes en el grado de adhesión declarativa o no a estos principios normativos generales arrojará luz sobre la intersección entre género, clase y sexualidad en el México contemporáneo.

Para aproximarnos a ella utilizamos varias herramientas estadísticas. A través del *análisis factorial* identificamos, en primer lugar, las dimensiones alrededor de las cuales se articulan las concepciones sobre el control de la sexualidad, tal y como quedaban manifiestas en los ítems señalados. Recurrimos, en segundo lugar, al *análisis de conglomerados* para clasificar cada una de las dimensiones encontradas y ubicar a la población estudiada en términos del carácter muy conservador, conservador, liberal o muy liberal de sus opiniones. Construimos luego un índice ponderado que resume las distintas dimensiones en un *continuum* de conservadurismo/liberalismo en las opiniones sobre sexualidad, proporcionando una idea de la variabilidad de la población. Recurrimos, finalmente, a un *análisis de regresión lineal* para detectar las características individuales que explican por qué algunas personas sostienen opiniones más conservadoras (o liberales) que otras. Nos interesa en especial determinar si la interacción entre sexo y sector socioeconómico contribuye a explicar las variaciones encontradas en el *continuum* conservadurismo/liberalismo, una vez contemplados ciertos rasgos sociodemográficos como la edad, la escolaridad, la ocupación, el estado civil y la condición migratoria. El control estadístico de estas características es fundamental para evaluar en qué medida la condición social de ser hombre o mujer influye en las opiniones acerca de la sexualidad, independientemente de los rasgos diferenciales de la subpoblación a la que pertenecen. Partimos de la hipótesis de que, una vez controladas sus características sociodemográficas, hombres y mujeres difieren entre sí y por sector social en el grado de adhesión a los

preceptos normativos que procuran regular el comportamiento sexual debido tanto a la construcción sociocultural de la sexualidad como al peso decisivo de las condiciones materiales de existencia.⁸

GÉNERO, CLASE Y SEXUALIDAD

Como es sabido, el género constituye un sistema de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores en torno a la diferencia sexual entre los seres humanos que organiza la relación entre los sexos de manera jerárquica, establece los procesos de división sexual del trabajo y las formas de control de la sexualidad, asegurando, entre otras cosas, la reproducción humana y social (Barbieri, 1992 y 1996; Scott, 1990; Lamas, 1986; Rubin, 1986). La creciente complejidad de este campo de estudio ha permitido profundizar el conocimiento acerca de las variadas articulaciones del género con otras esferas sociales.

Si bien en sus primeras formulaciones teóricas el género y el sexo se identificaban al punto de que era frecuente hablar de un sistema “sexo/género” como tal, el desarrollo del campo temático ha desembocado en la diferenciación analítica de ambos como espacios interrelacionados pero irreductibles el uno al otro (Caplan, 1987). La sexualidad comparte con el género su naturaleza construida, su concreción como producto sociohistórico de las relaciones que se establecen alrededor del cuerpo y su significado, pero se distancia de él porque no se aboca a la elaboración cultural de la diferenciación sexual-anatómica, sino a la de los territorios del deseo y el placer (Vance, 1989). Sin embargo, como señala Caplan (1987), su estrecha interrelación resulta patente en el hecho

⁸ La construcción de los sectores económicos, como aproximación empírica a la clase social, se realizó con base en la combinación de tres criterios: 1) las condiciones de la vivienda; 2) la escolaridad relativa promedio de los miembros del hogar, y 3) la actividad asociada al mayor ingreso del hogar. Se construyeron así tres grandes sectores socioeconómicos: el muy alto, el alto medio y el bajo, que a su vez pueden ser desglosados. Dado que la encuesta que manejamos se restringe a la subpoblación derechohabiiente, la representación de los estratos difiere de la nacional al encontrarse subrepresentados los del sector *muy bajo*. Para la metodología de construcción de los estratos, véase Echarri, en esta obra.

de que el género se expresa también a través de la sexualidad, y que cada sexo tiene una sexualidad particular socialmente construida.

Como construcción social, la sexualidad es el producto de sistemas sociales y culturales que moldean tanto la experiencia sexual como las formas en que la entendemos e interpretamos (Parker y Gagnon, 1994), y da cuenta de profundas variaciones intersociales (Szasz, 1998). Su concepto refiere a comportamientos, prácticas y hábitos que involucran el cuerpo, así como relaciones sociales, ideas, moralidades y significados creados en torno a los deseos y comportamientos sexuales. De acuerdo con Hear y Parkin (1987, citado por Minello, 1998), la sexualidad es uno de los aspectos integrantes de un proceso que permea toda la política del cuerpo, y no un conjunto de prácticas aisladas y discretas. Para Foucault, la sexualidad es precisamente un saber que conforma las maneras en que pensamos y entendemos el cuerpo (Foucault, 1981).⁹ El cuerpo es, por tanto, el aspecto central de la sexualidad como proceso social. Parafraseando a Bourdieu (1999), los sexos están inscritos en los cuerpos porque el mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada, y esos principios de visión y de división sexuante se perpetúan en otros ámbitos sociales.¹⁰

El lugar y/o la ascendencia de la sexualidad serían distintos según el tipo de sociedad de que se trate. Se plantea, de modo hipotético, que en las sociedades estructuradas a partir del parentesco la sexualidad estaría imbricada en otras esferas e instituciones sociales, y las restricciones sobre la conducta sexual se centrarían de manera principal en prevenir —a través del tabú del incesto— las uniones que amenazaran la supervivencia del grupo (consanguinidad, homosexualidad, bestialismo) (Rubin, 1989; Caplan, 1987).

⁹ Recordemos que para Foucault el individuo es inevitablemente un productor de verdad, de saberes, y que ésta no es más que el conjunto de reglas que establecen lo que se entiende como falso o cierto, válido o no válido, en un determinado momento histórico. Poder y saber son actividades indisociables, puesto que el primero sólo se ejerce a través del segundo. La articulación y el funcionamiento del discurso son intrínsecos a las relaciones de poder.

¹⁰ Sería lo que Bourdieu denomina el *inconsciente androcéntrico*. Retomando sus palabras: “la definición sexual de los órganos sexuales, lejos de ser una simple verificación de las propiedades naturales, directamente ofrecidas a la percepción, es el producto de una construcción operada [...] a través de la acentuación de algunas diferencias o de la escotomización de algunas similitudes...” (Bourdieu, 1999: 27).

En las sociedades modernas, por el contrario, el proceso de diferenciación social habría desembocado en una relativa autonomización de la esfera de la sexualidad respecto de los demás ámbitos sociales, en virtud de la cual ésta adquiere una importancia algo desmesurada en comparación con otros placeres y actividades humanas (comer, beber). Un rasgo distintivo de la sexualidad en las sociedades altamente diferenciadas sería su papel como eje definitorio de la identidad personal. Su ascendencia desmedida es reconocible, según lo constata Foucault entre otros, en la preeminencia que posee en el discurso social, al punto de constituir casi una obsesión.¹¹ Si, de acuerdo con Rubin, en el sistema sexual propio de las sociedades estructuradas alrededor del parentesco el tabú del incesto era la principal medida de control sexual, las sociedades modernas se ensañan sobre la masturbación y el conjunto de prácticas sexuales divergentes (Rubin, 1989).

Basándose en trabajos de carácter antropológico, Ortner y Whitehead (1996: 144) muestran cómo la construcción de la sexualidad incide diferencialmente sobre las categorías de lo femenino y lo masculino. En las sociedades modernas, la sexualidad atraviesa la concepción de la feminidad jerarquizando a las mujeres en rangos que otorgan al mayor autocontrol la mayor dosis de valoración positiva, y viceversa. La vinculación entre sexualidad y reproducción se aplica sólo a los miembros subordinados de la relación de género: las mujeres; para los hombres, por el contrario, la sexualidad funge como una afirmación de la masculinidad. Estudios de corte cualitativo realizados en México muestran la vigencia de la prescripción normativa que inhibe a las mujeres autoconcebirse como sujetos de deseo; en contraste con el carácter intrínsecamente sexuado de la identidad masculina (Amuchástegui, 2001), ello determina una relación ambivalente de la mujer hacia su propio cuerpo, manifiesta en la evocación de imágenes de “suciedad” o “maldad” cuando se refieren a él. La dimensión de la maternidad como

¹¹ Desde una lectura filosófica del discurso contemporáneo de la sexualidad, el hecho de que ésta haya pasado a constituir, ya desde Schopenhauer, tanto una clave gnoseológica (fuente de conocimiento) como ética (código de conducta) explicaría el sentido de su centralidad en las sociedades modernas, en contraste con las antiguas (Puleo, 1992). Tal transmutación guarda sin duda más de una relación con el proceso general de secularización.

consecuencia indisociable del libre ejercicio de la sexualidad tiene, en el imaginario de muchas mujeres, una función redentora respecto del hecho en sí mismo condonable de la “entrega” sexual. La autora citada encuentra un efecto perdurable de las imágenes normativas predominantes sobre la subjetividad de las mujeres mexicanas por ella entrevistadas.

Tal como expresa Weeks (1998), es en la esfera de la sexualidad donde el género, la clase y la raza manifiestan en forma nítida sus estructuras de dominación y subordinación; de ahí la relevancia de las relaciones de poder para definir las concepciones y los comportamientos sexuales. El poder es, en efecto, un aspecto central de las relaciones intergenéricas y sexuales (Amuchástegui, 1994; Rivas, 1994; Figueroa, 1997).¹² Weeks (1998), siguiendo a Foucault, considera que la producción de discursos sobre la sexualidad constituye un complejo dispositivo de control sobre los individuos, que no se basa en la prohibición sino en la creación e imposición de formas modernas de regulación social.¹³

La consideración, simultánea o no, de la clase, el género y la etnia como ejes de inequidad social forma parte de una concepción *multidimensional* de la estratificación. En parte por el empuje de la crítica feminista y de los estudios de género, y también por la perdida de importancia de la pertenencia de clase como elemento de cohesión e identidad social (Hobsbawm, 1996; Touraine, 1998; Beck, 1998), en la actualidad se reconoce como rasgo distintivo de las sociedades modernas la multiplicidad de formas de solidaridad y afiliación (Grusky, 1994). El supuesto que anima la investigación es que el cruce de varios de estos ejes de diferenciación y pertenencia social acarrea consecuencias dispares para individuos ubicados en ellos, cuyo sentido no siempre es previsible. En el caso que nos ocupa, presenciamos el cruce de tres sistemas de estratificación

¹² De acuerdo con Foucault, el poder tiene un carácter reticular y transversal. No es una entidad física o un bien finito cuya distribución escasea; en estricto sentido no se *posee*. Es algo que funciona en cadena y no tiene un *locus*; son más bien los individuos los que circulan en sus redes. El poder se conoce por sus *efectos*, y su característica esencial es la represión (Foucault, 1992).

¹³ Es precisamente la poca fuerza otorgada a la represión como aspecto estratégico de la sexualidad lo que se ha señalado como uno de los flancos débiles del planteamiento de Foucault, por lo demás extraordinariamente influyente.

complejos: la clase, el género y la sexualidad, de los cuales nos interesa destacar la intersección entre el primero y el segundo, a partir de ciertas concepciones predominantes en el tercero.¹⁴

Cuando hablamos de estratificación genérica aludimos al acceso desigual de hombres y mujeres a los bienes y valores sociales por el simple hecho de su pertenencia de género (Chafetz, 1984). Ciertas instituciones o procesos sobresalen como decisivos en la conformación de este modo de estratificación social. Destacan entre ellos los socioculturales implicados en la definición social de masculinidad y feminidad, el poder económico relativo de las mujeres *vs.* el de los hombres, y la capacidad de disciplinamiento y coerción social de las instituciones centrales al sistema de dominación (Estado, Iglesia, escuela, etc.). Las sociedades difieren en el grado de apertura o rigidez de la estratificación genérica, pues existe una relación distinta en cada caso entre el tipo de sociedad y la jerarquía de género que le es afín (Wermuth y Monges, 2002).¹⁵

El cruce entre clase y género puede arrojar grados variables de inequidad según el tipo de sociedad que se trate. Al abordar estas relaciones en el caso de un contexto altamente jerárquico como lo fue la sociedad colonial mexicana, Stern (1999) encuentra un reforzamiento entre las inequidades de clase y género, acentuado por la división étnica en castas por entonces prevaleciente. Estructuradas alrededor de la matriz sociocultural “honor/vergüenza”, común a algunas sociedades mediterráneas, la categorización de los hombres y las mujeres arrojaba un saldo diferencial dependiendo

¹⁴ De acuerdo con Dahrendorf (1979: 105), una sociedad socialmente estratificada es aquella en la que 1) existen ciertos bienes que han de ser distribuidos; 2) estos bienes son estimados y, consecuentemente, ansiados por los miembros de aquélla, y 3) dichos bienes son desigualmente distribuidos entre los miembros de la sociedad. La estratificación atañe por tanto a la distribución desigual de las compensaciones.

¹⁵ Al construir tipológicamente los modelos de sociedad por estratificación de género, Wermuth y Monges (2002) señalan a las sociedades agrarias como aquellas en las que existe el mayor grado de inequidad relativo entre los sexos. En las sociedades preclasistas, con un medio ambiente favorable a la participación productiva de las mujeres, y en ausencia de un Estado centralizado y burocrático, las probabilidades para una mayor ascendencia de las mujeres serían más altas. En las sociedades posindustriales, donde predominan familias nucleares estratificadas por clase, habría mayor igualdad relativa que en las agrarias, pero grados de inequidad comparables a los de las sociedades hortícolas avanzadas.

de su ubicación socioespacial. La mayor masculinidad (honorabilidad, se entiende) correspondía al hombre situado en la cúspide de la pirámide social, que contaba con los recursos para dar fe pública de su solvente condición de proveedor y hombre de honor, valores indisociables. Paralelamente, la máxima feminidad correspondía a sus iguales mujeres, pues sólo ellas contaban con los recursos para observar —o mostrar que así lo hacían— las reglas de moralidad que hacían de su conducta un hecho encomiable. En el México colonial de esos años, los hombres y las mujeres situados en la base de esta estructura piramidal detentaban los más bajos grados de honor (más bien deshonor) y vergüenza (degradación) relativos: la menor masculinidad y/o feminidad posibles.

Es inherente a cualquier sistema de estratificación social el establecimiento de los mecanismos institucionales que definen los aspectos sociales deseables, valiosos socialmente (bienes simbólicos) y, por contraste, los que no, así como también las reglas que regulan cómo se distribuyen tales bienes a lo largo del entramado de posiciones de la jerarquía social (Grusky, 1994). Resulta claro que en el caso de la estratificación genérica, lo masculino posee por regla general una mayor valoración social que lo femenino, y esta oposición inicial se replica a través de una serie de bipolaridades análogas en cada ámbito o entorno social (público/privado; afectivo/instrumental; etc.). En virtud de esta primigenia atribución valorativa, las mujeres y los hombres poseen un acceso diferencial a los bienes materiales y simbólicos de la colectividad, una desigual ascendencia y poder social. No cabe duda de que en la conformación de estas asimetrías intervienen de manera inextricable procesos de diversa índole y alcance, y que resulta difícil deslindar cuál de ellos tiene una prioridad causal, pero lo que interesa destacar aquí es que la generación de estas significaciones sociales dispares y asimétricas referidas a la diferencia sexual presuponen, de acuerdo con Bourdieu (1999), el ejercicio de una violencia simbólica en virtud de la cual la visión androcéntrica del mundo impone los significados sociales hegemónicos y deja poco espacio a los sectores o grupos subordinados para fraguarse una visión independiente.¹⁶

¹⁶ En palabras del autor: "Los dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciénd-

Pero también la sexualidad es un sistema de estratificación social, un eje de organización que jerarquiza a las personas en grados ascendentes o descendentes de respetabilidad y estima, de prestigio y poder, de acuerdo con su fidelidad a los códigos normativos dominantes que definen el “buen” (válido moralmente) manejo del cuerpo culturalmente sexuado, del erotismo y del placer. Varios son los puntos nodales de la ideología sexual vigente como sistema normativo: 1) la base “natural” (innata e instintiva) de la actividad sexual; 2) la heterosexualidad como la pauta moral por autonomía del vínculo sexual; 3) el énfasis en el carácter reproductivo-monogámico de la sexualidad femenina *versus* el sentido lúdico-afirmativo de la sexualidad masculina; 4) el sustrato religioso-punitivo de su estructura de valores, entre otros aspectos.¹⁷

Tal y como lo señala Rubin (1989: 136-137), en la cima de la pirámide erótica se encuentran los heterosexuales reproductores casados, seguidos por los heterosexuales monógamos no casados agrupados en parejas, y por el resto de los heterosexuales. A medida que descendemos hacia los peldaños más bajos de la escala de conductas sexuales, los que infringen los estatutos de la moral dominante son tildados de enfermos mentales, faltos de respetabilidad, criminales, degenerados, etc., negándoseles el apoyo económico e institucional. De acuerdo con Caplan (1987), la homosexualidad masculina atenta contra el orden vigente, pues se da por sentado que los hombres asumen características femeninas. El lesbianismo, por su parte, cuestiona la superioridad masculina al tornar prescindible el recurso al compañero sexual varón. Curiosamente, las operaciones de cambio de sexo carecen de sanción moral negativa,

dolas aparecer de este modo como naturales [...] La violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente a la dominación) cuando no dispone para imaginárla o para imaginarse a sí mismo [...] de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hace que esa relación parezca natural" (Bourdieu, 1999: pp. 50-51).

¹⁷ La Ensare de 1998, base de nuestro análisis, traduce en parte el espíritu de la ideología sexual dominante. Reiteramos que nuestro análisis se restringe al examen de la aceptación o no de esta ideología en la forma estereotipada en que se presenta en las encuestas en general, lo que conserva el valor de dialogar con el punto de vista hegemónico. No nos es posible, sin embargo, acercarnos a las voces disidentes, a las otras sexualidades, incluidas las distintas masculinidades.

pues tendrían una finalidad correctiva: la de readecuar, armonizar, la subjetividad con la biología (*ibidem*).¹⁸

Existen complejas vinculaciones entre la desigualdad de género, la sexualidad y el sistema político y social. Son precisamente instancias sociales clave, como el Estado y la escuela, las encargadas de elaborar y transformar las asimetrías sociales en principios normativos, y desplegar los mecanismos de coerción necesarios para asegurar su cumplimiento (Bourdieu, 1999; Stern, 1999). Algunos analistas han encontrado el punto de conexión entre la sexualidad y la organización económico-política en general, y coinciden en afirmar que el control que han ejercido instituciones como el matrimonio y la familia sobre el cuerpo de las mujeres (su sexualidad y capacidad de procreación) ha servido para garantizar la paternidad, la transmisión de la herencia y la dominación masculina en sentido general, entre otros fines (Lévi-Strauss, 1969; Stolcke, 1982; Rubin 1986; Godelier, 1986).¹⁹

Naturalmente que en la internalización de estos códigos normativos juega un papel central el proceso de socialización. Por medio de éste se exalta la sexualidad masculina, sus expresiones de erotismo y la diversidad de experiencias sexuales; mientras se enfatiza el rol reproductivo y maternal de las mujeres. Dichos códigos y preceptos morales son continuamente recreados por los hombres y las mujeres con base en los significados que proporcionan el lenguaje, la historia y la cultura (Berger y Luckmann, 1967; Hare-Mustin y Marecek, 1994; Barbieri, 1996).

Por todos los aspectos antes discutidos adquiere pertinencia el examen de la valoración diferencial que hombres y mujeres otorgan a los cánones sexuales vigentes. Es nuestro interés conocer el grado de rechazo o adhesión verbal a ciertos modelos normativos,

¹⁸ Los datos recogidos a partir de la Ensare muestran que en México, a fines del siglo xx, 96.5% de los hombres y 96.1% de las mujeres afiliados al IMSS desaprueban que una persona pueda tener relaciones sexuales con otra de su mismo sexo (véase el cuadro 1). Estos elevados porcentajes ponen de manifiesto el rechazo ideológico a la homosexualidad prevaleciente en algunos sectores de la sociedad mexicana.

¹⁹ De acuerdo con Steve Stern (1999), México es el país latinoamericano en donde los arquetipos de masculinidad y feminidad están más intensamente entrelazados con la mitología de la autodefinición nacional. Recuérdese en todo caso la perdurabilidad del mariánismo como ideario femenino.

pues ello puede sacar a relucir importantes diferencias de género en el campo de las percepciones. Partimos de la idea de que la normatividad social prescribe una pauta de conducta moral que se pretende universal, pero que es continuamente disputada por otros códigos alternativos situados en los márgenes de la estructura social (los llamados saberes sometidos). Además, como señalamos con anterioridad, existe siempre una distancia entre los discursos normativos hegemónicos y los comportamientos cotidianos de las personas; distancia variable, pero que en todo caso da cuenta de una dialéctica de “conformidad activa y desviación” de la norma (Stern, 1999), acallada por la historia oficial, pero que constituye el campo real de la acción humana.²⁰

En la medida en que las mujeres constituyen el polo subordinado de la construcción de género, y en que la ideología sexual dominante promueve un mayor control relativo de su sexualidad, es probable que ellas muestren mayor aquiescencia con las prescripciones normativas que anatematizan la dimensión activa de su sexualidad y realzan en cambio su función reproductora; que se muestren en general más conservadoras y menos independientes del discurso sexual dominante. Investigaciones realizadas a mediados de los años ochenta del siglo xx en sectores populares del país han encontrado una fuerte identificación entre sexualidad y reproducción, en especial entre las mujeres de mayor edad. En esos sectores eran casi siempre los hombres quienes decidían cuándo tener relaciones sexuales, además de que muy pocas veces ellas disfrutaban plenamente esta dimensión de sus vidas (Benería y Roldán, 1992). Otros estudios han mostrado, sin embargo, un papel más activo en la vida sexual de las mujeres más escolarizadas, aunque a veces esta mayor actividad puede constituirse en una importante fuente de conflicto (García y Oliveira, 1994). Datos de la encuesta en que nos sustentamos (Ensare) revelan que ya a fines de los años noventa del siglo xx son muy pocas las mujeres afiliadas al IMSS (8.3%) que continúan

²⁰ La bibliografía sobre sexualidad ofrece numerosos ejemplos de este distanciamiento fáctico respecto de la prescripción normativa como hecho coercitivo. Tal es el caso de los estudios de Godard y Abramson (citados por Caplan 1987: 20), quienes, si bien ofrecen interpretaciones divergentes, constatan la práctica frecuente de relaciones premaritales en contextos donde, paradójicamente, se otorga una alta valía social a la virginidad y al control sexual de las mujeres en general.

suscribiendo la idea de que las relaciones sexuales son sólo para tener hijos, porcentaje que es mayor (11.6%) entre los sectores bajos, y menor (3.9%) entre los altos. No obstante, es preciso no olvidar que se trata de una población relativamente selecta, que presenta mejores condiciones socioeconómicas. Es posible que el respaldo a la identificación entre sexualidad y reproducción sea mayor en el total de la población mexicana.

Existen también aspectos de la sexualidad que son compartidos por las mujeres de todos los sectores sociales. En su estudio sobre la moral burguesa en México, Hierro (1990) hace hincapié en el doble código normativo que rige la vida sexual de hombres y mujeres de las clases altas, aspecto corroborado también por otras investigadoras en los sectores medios y populares de la ciudad de México (Barbieri, 1984 y 1990; Benería y Roldán, 1992; Oliveira, 1998). El uso instrumental de la sexualidad como medio para asegurar la permanencia del cónyuge y disuadirlo de sostener relaciones extramaritales (en una relación de competencia real o imaginaria con otras mujeres) parece ser otra pauta que permea todos los sectores sociales (Figueroa y Liendro, 1994; Hierro, 1990). Datos de la Ensare revelan también una gran homogeneidad intersectorial entre las mujeres afiliadas al IMSS cuando son interrogadas acerca de si las relaciones sexuales sólo deben sostenerse por amor (el porcentaje de acuerdo con esta aseveración asciende a 85%, con independencia del sector socioeconómico de que se trate) (véase el cuadro 1).

En el análisis de la información disponible que hacemos a continuación, dos son las inquietudes que tratamos de resolver: ¿hasta qué punto las diferencias entre hombres y mujeres se mantienen independientemente del sector social de pertenencia y de sus rasgos sociodemográficos? ¿Es que el sector social tiene una influencia similar sobre las concepciones sexuales individuales de la población masculina y femenina?

LAS CONCEPCIONES SOBRE SEXUALIDAD Y SUS PRINCIPALES DIMENSIONES

Nuestra fuente de información, la Ensare, cuenta con una serie de preguntas que indagan —a partir de un conjunto de afirmaciones normativas— la opinión de la población derechohabiiente sobre

ciertos aspectos de la sexualidad. En general, estos ítems o prescripciones valorativas se refieren directa o indirectamente a situaciones de control del comportamiento sexual; a saber, si se está de acuerdo o no con tener vida sexual antes del matrimonio, establecer relaciones extramaritales, tener más de una pareja sexual, o sostener vínculos eróticos con personas del mismo sexo. Se inquiere también acerca de la conveniencia de proporcionar educación sexual a los niños, y sobre la importancia de los roles reproductivos y sexuales de las mujeres (véase el cuadro 1).

Con el propósito de examinar si estos ítems se articulan entre sí apuntando hacia un concepto articulador y subyacente *de control de la sexualidad*, y de si éste es de naturaleza uni o multidimensional, recurrimos a la técnica estadística del *análisis factorial*. Ésta nos permitió establecer jerárquicamente el número de dimensiones analíticas a emplear e identificar cuáles eran los ítems o prescripciones valorativas incluidos en ellas. Partimos de un conjunto de 15 ítems, eliminando primero los de baja communalidad; esto es, aquellos que presentan una tenue correlación con los demás ítems considerados, aspecto que denota su posible pertenencia a otro campo normativo de control de la vida sexual.²¹ Con los 12 ítems restantes el análisis factorial diferenció cinco dimensiones o factores alrededor de los cuales se estructuran las aseveraciones sobre el control de la sexualidad. Este solo hecho denota que el *control de la sexualidad* como concepto articulador o “estructura subyacente” es de carácter multidimensional.

A partir del examen de los ítems incluidos en cada factor buscamos la denominación conceptual que mejor sintetizara su contenido. Al primer factor obtenido estadísticamente, que engloba la valoración de las relaciones sexuales antes del matrimonio, lo lla-

²¹ Los ítems eliminados fueron: *a*) si sólo se debe tener relaciones sexuales por amor; *b*) que una persona tenga relaciones sexuales con otra persona de su mismo sexo, y *c*) que las relaciones sexuales en la mujer sean sólo para tener hijos. La eliminación de estos ítems no significa que no sean relevantes en el estudio de la sexualidad en México, sólo indica que no presentan la misma variabilidad entre la población analizada que los demás. Gran parte de los entrevistados está de acuerdo con el ítem *a* y en desacuerdo con los ítems *b* y *c* (véase el cuadro 1). La muy baja variabilidad de las respuestas de la población analizada en torno a estos ítems denota que se trata de aspectos altamente estereotipados en la normatividad sexual hegemónica.

Cuadro 1
Porcentaje de hombres y mujeres con concepciones más conservadoras sobre la sexualidad

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
En desacuerdo con que los hombres tengan relaciones sexuales antes de casarse (V1)	34.4	58.4	49.9
En desacuerdo con que las mujeres tengan relaciones sexuales antes de casarse (V2)	55.9	73.5	67.3
En desacuerdo con que una pareja de adolescentes, que no esté casada, tenga relaciones sexuales (V3)	65.5	83.4	77.1
En desacuerdo con que un hombre soltero tenga más de una pareja sexual (V4)	81.1	92.2	88.2
En desacuerdo con que una mujer soltera tenga más de una pareja sexual (V5)	90.2	96.2	94.1
En desacuerdo con que los hombres casados tengan relaciones sexuales con otra persona distinta de la pareja (V6)	87.3	96.5	93.2
En desacuerdo con que las mujeres casadas tengan relaciones sexuales con una persona distinta de la pareja (V7)	94.1	97.6	96.4
De acuerdo con que la madre es la principal responsable del cuidado diario de los hijos (V8)	31.4	52.4	44.9
De acuerdo con que el amor por los hijos es más importante que el amor a la pareja (V9)	13.7	33.9	26.7
De acuerdo con que para el hombre es más importante tener relaciones sexuales que para la mujer (V10)	19.9	43.4	35.1
De acuerdo con prohibir la educación sexual a los menores de 10 años (V11)	32.3	36.1	34.7
De acuerdo con que sólo los padres hablen de sexualidad a los hijos (V12)	24.2	25.1	24.8
En desacuerdo con que una persona tenga relaciones sexuales con otra de su mismo sexo (V13)	96.5	96.1	96.2
De acuerdo con que sólo deben tener relaciones sexuales por amor (V14)	72.6	84.9	80.6
De acuerdo con que las relaciones sexuales en las mujeres sólo sean para tener hijos (V15)	11.3	8.3	9.3

Fuente: Ensare, 1998.

mamos *opiniones sobre la virginidad*. Al segundo, referido a la posibilidad de tener más de una pareja sexual cuando se es soltero, lo nombramos *opiniones sobre la fidelidad*. El tercero, que comprende el posicionamiento frente a las relaciones extramaritales, lo denominamos *monogamia*.²² El cuarto —compuesto por aseveraciones respecto de la importancia relativa del rol reproductivo (responsabilidad en el cuidado de los hijos, la rivalidad o competencia entre el amor de la pareja y el amor a los hijos) y de la sexualidad en los hombres y las mujeres— lo llamamos *opiniones acerca de la reproducción versus la sexualidad*.²³ El quinto y último factor, referido la educación sexual de los hijos, lo denominamos *opiniones acerca de una educación sexual restrictiva* (véase el cuadro 2).

A través de estas cinco dimensiones —vinculadas entre sí por nociones teóricamente relevantes— nos acercarnos indirectamente al concepto de control de la sexualidad como eje o vector de la ideología sexual dominante. En conjunto, estas cinco dimensiones —jerárquicamente ordenadas— dan cuenta de 65.8% de la varianza total de las opiniones o declaraciones verbales emitidas por los entrevistados en su mayor o menor adhesión a los principios normativos en cuestión. El primer factor estadístico, la *virginidad*, absorbe 23.1% de la varianza; el segundo, *fidelidad*, 14.0%; el tercero, *monogamia*, 10.5%; el cuarto y quinto, *reproducción versus sexualidad y educación sexual restrictiva*, 9.6 y 8.6% de la variabilidad total, respectivamente (véase el cuadro 3).

²² En estricto sentido, los conceptos *fidelidad* y *monogamia* se yuxtaponen; el segundo implica en parte al primero. En este capítulo utilizamos la noción de fidelidad para referirnos a las personas que, aun estando solteras, mantienen una sola pareja. En la bibliografía especializada el concepto *monogamia* sirve para clasificar una forma de matrimonio; por eso, lo restringimos a las personas casadas que no tienen relaciones extramaritales.

²³ Los entrevistados que privilegian la reproducción frente a la sexualidad son aquellos que consideran que la responsabilidad del cuidado de los hijos compete a las madres, que el amor por los hijos es más importante que el de la pareja y que la sexualidad es más importante para los hombres que para las mujeres.

Cuadro 2
Matriz con rotación varimax y normalización kaiser

<i>Variables*</i>	<i>Factores</i>				
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
V1	0.840				
V2	0.869				
V3	0.710				
V4		0.873			
V5		0.876			
V6			0.846		
V7			0.871		
V8				0.649	
V9				0.706	
V10				0.665	
V11					0.792
V12					0.757

Fuente: Ensare, 1998.

* Véase la definición de las variables en el cuadro 1.

Factores: 1 Virginidad; 2 Fidelidad; 3 Monogamia; 4 Reproducción *vs.* sexualidad; 5 Educación sexual.

Cuadro 3
**Resumen de los resultados del análisis factorial entre las variables
sobre sexualidad**

<i>Variables*</i>	<i>Comunalidades</i>	<i>Factor</i>	<i>Eigenvalores</i>	<i>% de varianza</i>	<i>% acum.</i>
V1	0.729	1	2.772	23.100	23.100
V2	0.781	2	1.676	13.966	37.066
V3	0.537	3	1.262	10.518	47.585
V4	0.812	4	1.157	9.638	57.223
V5	0.800	5	1.030	8.579	65.802
V6	0.770				
V7	0.779				

Cuadro 3

Resumen de los resultados del análisis factorial entre las variables sobre sexualidad (continuación)

Variables*	Comunalidades	Factor	Eigenvalores	% de varianza	% acum.
V8	0.459				
V9	0.526				
V10	0.481				
V11	0.633				
V12	0.591				

Fuente: Ensare, 1998.

* Véase la definición de las variables en el cuadro 1.

Factores: 1 Virginidad; 2 Fidelidad; 3 Monogamia; 4 Reproducción *vs.* sexualidad; 5 Educación sexual.

Tan sólo los tres primeros, *virginidad, fidelidad y monogamia*, explican cerca de la mitad (47.6%) de toda la varianza en los ítems considerados. Los dos factores restantes (la reproducción *vs.* la sexualidad, y la educación restrictiva de los hijos) tienen una menor importancia relativa; aún así, dan cuenta de 18.2% de la varianza. Las tres primeras dimensiones engloban ítems acerca de la virginidad, la fidelidad y la monogamia femenina y masculina. No obstante, es necesario destacar que el control social —manifiesto en el desacuerdo respecto de su transgresión— es más marcado en el caso de las mujeres que de los varones. Como puede observarse en el cuadro 1, las discrepancias entre el comportamiento esperado de hombres y mujeres son mucho más acentuadas en el caso de la virginidad que en lo referente a la fidelidad y la monogamia. Si bien en sentido general un porcentaje importante de hombres y mujeres desaprueba que las jóvenes pierdan su virginidad antes de casarse, son las mujeres entrevistadas las que expresan un mayor grado de desacuerdo con tal afirmación, dando cuenta así de una actitud más restrictiva hacia sí mismas. En efecto, 73.5% de la población femenina entrevistada está en desacuerdo con que las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio, cifra que se reduce a 58.4% cuando ellas opinan sobre este mismo aspecto refe-

rido a los varones. Los hombres, en contraste, se muestran más permisivos consigo mismos que con la conducta sexual de las mujeres: sólo 34.4% no ve con buenos ojos que los varones tengan relaciones sexuales antes de casarse, pero esa cifra se coloca por encima del 50% (55.9%) cuando se les inquire sobre la posibilidad de que las mujeres hagan lo mismo (véase el cuadro 1).

Al hablar de la virginidad como elemento de control de la sexualidad aludimos principalmente al control de la sexualidad femenina. Amplios sectores de la población analizada, sobre todo masculina, otorgan legitimidad a las relaciones sexuales premaritales en el caso de los varones.

Con el propósito de describir *el grado de conservadurismo o liberalismo* de la población en su conjunto utilizamos el *análisis de conglomerados* como técnica estadística para agrupar cada uno de los factores en categorías que minimizaran la variabilidad interna y maximizaran la externa. A partir de este procedimiento logramos los cuatro grupos con mayor homogeneidad interna (y heterogeneidad externa), que denominamos: muy conservadores, conservadores, liberales, muy liberales. Es en torno a los tres primeros factores que se ubican las posturas *muy conservadoras* (46.9, 22.6 y 43.3%, respectivamente). En contraste, cuando los entrevistados opinan acerca de la importancia relativa de la reproducción *vs.* la sexualidad femenina, por un lado, y la educación sexual de los hijos, por el otro, se eleva el porcentaje de las posturas muy liberales (34.4 y 29.7%) (véase la gráfica 1). Sólo 8.6 y 13.4% de los entrevistados se revelan como muy conservadores a este respecto.²⁴

Llama la atención la fuerza de la virginidad, la fidelidad y la monogamia en el control de la sexualidad como concepto estructurante. Reproducción *vs.* sexualidad, y educación sexual de los hijos se encuentran más bien en otro plano o nivel analítico, y parecen

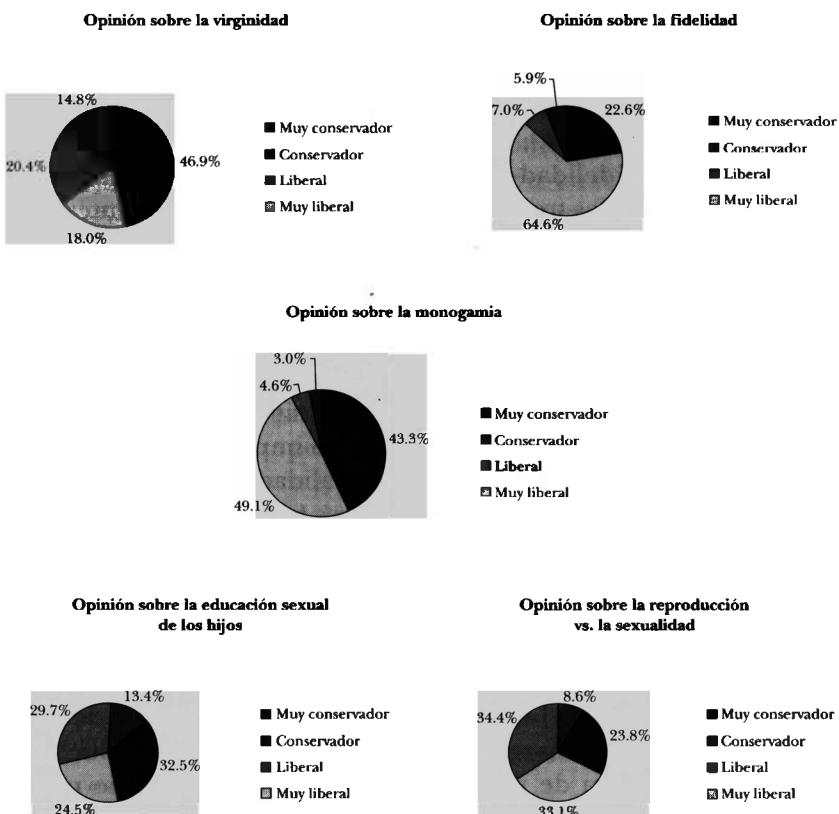
²⁴ El caso extremo de una postura muy conservadora en todas las dimensiones sería aquella que está a favor de la virginidad, la monogamia y la fidelidad para hombres y mujeres; considera que la madre es la principal responsable del cuidado de los hijos; que el amor por los hijos es prioritario sobre el amor a la pareja, y que las relaciones sexuales son más importantes para los hombres que para las mujeres. Apoya a su vez la prohibición de la educación sexual a los niños menores de 10 años, y el que los padres sean los únicos en hablar de sexualidad a los hijos.

expresar un cierto consenso social logrado a través de la larga gestión planificadora del Estado en materia de reproducción y control poblacional por un lado, así como del esfuerzo formativo encaminado a la provisión de conocimientos biológicos del aparato reproductivo a los menores en las escuelas. Ambos aspectos recogen el efecto secular de la medicalización (y profilaxis) de la vida sexual, tan consustancial a la visión contemporánea de la sexualidad (Foucault, 1981; Rubin, 1989; Vance, 1989). Vista más de cerca, la trilogía virginidad-fidelidad-monogamia guarda una extraordinaria coherencia lógica: las tres dimensiones refieren directamente al establecimiento de límites a la permisividad o conducta sexual posible. Conservarse intacta sexualmente antes del matrimonio, es decir, "pura"; no tener más de una pareja sexual cuando se es soltero(a), y conservarse monógamo(a) una vez contraídas las nupcias; es decir, evitar la multiplicidad de parejas sexuales, la exploración y la posible alternancia de parejas, sirven en conjunto a la finalidad de limitar el potencial subversivo implícito en un relacionamiento erótico que cuestione la naturalidad de las instituciones sociales prevalecientes. Además, estos tres factores parecen describir el comportamiento a seguir en tres momentos sucesivos de la vida intersexual: la virginidad como conducta adecuada para las etapas tempranas de la vida en pareja; la fidelidad para las situaciones en que se ha iniciado claramente ya la fase del cortejo y el noviazgo, y la monogamia para la institucionalización social de esta relación marcada por el matrimonio legítimo. Tres pautas de control para tres momentos sucesivos y distintos, que dan un buen espaldarazo, dicho sea de paso, a la familia y el matrimonio como medios de integración y control social.

De estas tres dimensiones jerarquizadas por el análisis estadístico, queremos llamar la atención acerca de la virginidad femenina. Por sus claras connotaciones bíblicas y judeocristianas, ésta es quizás la más emblemática de todas las prescripciones dirigidas a "encauzar" (regular, controlar) la vida sexual. En efecto, cuando una mujer ha dejado de ser virgen, se dice que ha sufrido una "pérdida", así como Eva perdió la inocencia al comer el fruto del árbol prohibido. La idea de pérdida remite a la de caída, vacío, culpa irremisible y por tanto, a la necesidad de redención, redención que en este caso se logra a través de la maternidad.

Gráfica 1

Grado de conservadurismo/liberalismo en las diferentes dimensiones del control de la sexualidad. Población afiliada al IMSS, 1998



Fuente: Ensare, 1998.

No es fortuito que a la virginidad femenina se atribuya una carga moral tan fuerte, pues ella representa la iniciación, la entrada a la vida sexual. De acuerdo con los estudiosos de la cultura, la historia del culto a la Virgen de Cristo recoge las concepciones que cada época teje alrededor de la mujer (Bartra, 1996), que en las culturas de raíz cristiana han estado invariablemente signadas por la dualidad: mujer santa ("buena") vs. mujer "mala" (puta, ramera), siendo

la vinculación con la sexualidad el eje definitorio. En el caso de la cultura mexicana, Bartra (1996) refiere que son la Malinche y la Virgen de Guadalupe las dos Marías —encarnaciones de un mismo mito original— las que se funden en el arquetipo de la mujer mexicana.²⁵ El autor resalta el carácter fundacional de los sucesos de Tabasco (1519) (canje de mujeres) y de Tepeyac (1531) (aparición de la Virgen de Guadalupe) en la configuración del perfil de la mujer mexicana actual y de la cultura e identidad nacionales (*ibidem*).

La idea de la virginidad femenina como un bien, un don o regalo cuya ausencia representa una pérdida parece ostentar una relativa universalidad, al menos en las culturas con una fuerte impronta católica. Algunos estudios recientes han encontrado significaciones alternativas o emergentes asociadas a la virginidad, como por ejemplo la idea de “estigma”, o la de “paso necesario, deseable e inevitable, en un proceso gradual y sostenido de aprendizaje y crecimiento” (Carpenter, 2002). Cuando las personas visualizan la virginidad como un estigma, procuran desembarazarse de ella lo más pronto posible, pues ser virgen es sinónimo de impericia y falta de conocimiento (*ibidem*). En el estudio referido, ésta es una simbolización más frecuente en los hombres; las mujeres, en cambio, suscriben más, aunque no exclusivamente, la idea de virginidad como bien, don o regalo a preservar para ser intercambiado sólo en una ocasión muy particular. De todos modos, la noción de “regalo” o “bien” sigue siendo la predominante, aun cuando se aprecian cambios en las generaciones más jóvenes hacia una concepción menos moralizante (Carpenter, 2002).

Significados muy similares han sido encontrados en México en sectores rurales y urbanos (Amuchástegui, 2001), sobre todo en lo que se refiere a la idea de la virginidad como bien sagrado para las mujeres, como algo que deben preservar, cuidar e intercambiar sólo en el momento del matrimonio. Aunque algo atenuadas, estas concepciones eran compartidas también por los sectores urbanos analizados (*ibidem*).

²⁵ De modo muy interesante, el autor refiere que el nacimiento histórico de las dos figuras femeninas remite a una situación de canje de mujeres cuando, de acuerdo con Bernal Díaz del Castillo, en 1519 Hernán Cortés permutó en Tabasco, como condición para la paz, una imagen de la Virgen a cambio de 20 doncellas, entre ellas la Malinche (*ibidem*).

Como bien nos lo recuerda Carpenter (2002), los estudios clásicos de Mauss sobre el intercambio de regalos —de los cuales hay buenos ejemplos en antropología contemporánea (véanse Lévi-Strauss y Rubin)— señalan que el sentido último del acto de proporcionar (y/o recibir) un regalo es el fortalecimiento de los lazos sociales entre quienes intercambian, lazos que refuerzan la solidaridad y minimizan situaciones potenciales de peligro o amenaza. El obsequiar un regalo conlleva implícita una expectativa de reciprocidad, que puede o no ser satisfecha, lo que en parte depende de la buena disposición (o interés) del que ha recibido el obsequio.

Carpenter (2002) destaca que ésta es precisamente la situación que tiene lugar cuando las personas atribuyen a la virginidad el sentido de bien o regalo: conservan una expectativa de reciprocidad, de que van a recibir algo a cambio, y ese algo suele ser el sentido de compromiso y de afecto con la persona que lo otorga. Desde luego, cuando un bien es muy valorado no se cede así no más, sin esperar a cambio otro igualmente valioso. Este tipo de vinculación con la virginidad queda corroborado por nuestros datos, pues las mujeres mexicanas entrevistadas valoran muy frecuentemente la “pérdida” de la virginidad como un acto de amor y de entrega —aparentemente disociado de su connotación erótica— que esperan sea correspondido en la misma medida.

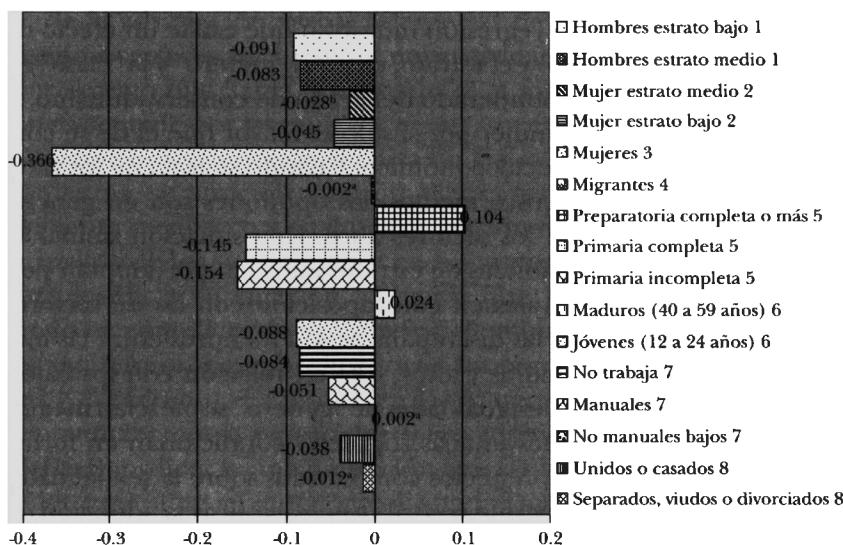
FACTORES EXPLICATIVOS DEL GRADO DE CONSERVADURISMO O LIBERALISMO

En este apartado mostramos los resultados del ajuste de un modelo de *regresión lineal múltiple* dirigido a evaluar las características sociodemográficas que mejor explican los cambios en el grado de conservadurismo/liberalismo en las opiniones respecto de la sexualidad de la población derechohabiente entrevistada. Mediante él se evalúa también la pertinencia de considerar conjuntamente el sexo y el estrato socioeconómico como factores explicativos de estas diferencias.

Utilizamos como variable dependiente un índice ponderado que mide el grado de conservadurismo/liberalismo de las opiniones, el cual fue elaborado teniendo en cuenta los pesos factoriales de cada una de las cinco dimensiones encontradas. En el conjunto de

variables independientes incluimos algunos rasgos sociodemográficos (edad, sexo, condición migratoria y estado civil) y socioeconómicos (grupo ocupacional de la persona y estrato socioeconómico de su hogar). Para captar la interacción entre el sexo y el sector social construimos una serie de variables que diferencian a las mujeres y a los hombres de los estratos alto, medio y bajo (véase la gráfica 2).²⁶

Gráfica 2
Resultados de la regresión lineal para explicar el índice
de conservadurismo/liberalismo de las concepciones sobre sexualidad
(coeficientes betas estandarizados)



Fuente: Ensare, 1998.

^a No significativo.

^b Significativo al 0.10%.

1 Comparado con hombres estrato alto.

2 Comparado con mujeres estrato alto.

3 Comparado con hombres.

4 Comparado con nativos.

5 Comparado con secundaria completa.

6 Comparado con adultos.

7 Comparado con no manuales altos.

8 Comparado con solteros.

²⁶ Las variables fueron sometidas a las pruebas de multicolinealidad correspondientes y como el resultado fue negativo, esto es, no se encontró multicolinealidad, se decidió incluir en el modelo el estrato socioeconómico del hogar y las variables individuales mencionadas.

El conjunto de las características incluidas en el modelo explica 20.5% de la variabilidad de las concepciones sobre sexualidad. Los coeficientes de regresión indican que —entre todos los aspectos considerados— es el hecho de ser *mujer* lo que impacta más fuertemente la variación en el índice ponderado. El signo negativo del coeficiente confirma que ellas son mucho menos liberales que ellos (más conservadoras), una vez controlado el resto de las variables. Una mirada a las diferentes dimensiones deja ver que este mayor conservadurismo femenino se manifiesta cuando se trata de emitir opiniones acerca de la *virginidad*, por un lado, y la importancia de la *reproducción frente a la sexualidad*, por otro (datos no presentados en los cuadros).

Los coeficientes de regresión muestran que existe un efecto de interacción entre el sexo y el estrato, entre el “género” y la “clase” en la variación del índice ponderado del grado de conservadurismo, si bien el impacto de ser mujer por sí solo es mayor que el de su conjunción con el estrato socioeconómico. Cuando se trata de los varones, sea de sectores bajos o medios, las opiniones son en general menos liberales que en los sectores altos. Una situación similar se verifica en las mujeres: son las de estratos altos las que adoptan posturas verbales más liberales en contraposición con las de sectores medios y bajos, aunque las discrepancias son menores entre las mujeres de los sectores medios y altos, que en relación con los bajos. Queda claro así que las desigualdades de “género” se mezclan inextricablemente con otras desventajas sociales y condicionan en forma particular las ideas y/o prejuicios compartidos sobre la sexualidad.

Algunos otros rasgos que contribuyen a explicar la adopción de posturas de menor liberalismo (o mayor conservadurismo) son, en orden decreciente: carecer de estudios o contar solamente con primaria completa, en contraste con tener secundaria o más; ser joven (12-24 años) frente a ser adulto (25-39 años); no desempeñar una actividad laboral, o bien realizar labores manuales, por oposición a las ocupaciones no manuales altas (profesionales y técnicos), y estar unido o casado, en vez de soltero. De este conjunto de resultados, la influencia de la escolaridad, del estado civil y de la ocupación sigue la dirección esperada.

Sin embargo, sorprende el hecho que los jóvenes adopten posturas más conservadoras que los adultos en torno a la sexualidad.

Esperábamos que, en un contexto de incipiente cambio de las pautas demográficas relacionadas con el proceso de formación familiar (disminución de la edad de la primera relación sexual; incremento de las relaciones sexuales prematrimoniales; aumento de los embarazos adolescentes; mayor libertad de elección de la pareja), los jóvenes sostuvieran opiniones más liberales que los adultos. Sin embargo, el coeficiente de regresión negativo no deja lugar a dudas: una vez controladas las demás características, los jóvenes son más conservadores que los adultos, al menos en su aquiescencia verbal de las prescripciones normativas en boga.

Los resultados sintetizados en los párrafos precedentes proporcionan un panorama complejo, si bien sociológicamente coherente, de la adscripción verbal diferencial de hombres y mujeres de distintos sectores sociales a la normatividad sexual vigente. El primer aspecto que llama la atención es la solidez del conservadurismo sustentado por las mujeres, el que, sin embargo, está a tono con la menor independencia relativa de los saberes o discursos dominantes que su posición subordinada les permite. Es sabido que un elemento intrínseco a cualquier situación de dominación social es la *creencia* de los subordinados en los argumentos que se esgrimen para justificar su sujeción, creencia que los convierte en cierto modo en cómplices de su situación de minusvalía social (ahí están los numerosos ejemplos históricos proporcionados por la esclavitud y el racismo). Es lo que en la primera parte de este capítulo denominábamos la *violencia simbólica*, suscribiendo la propuesta de Pierre Bourdieu. La manifestación más clara de esta interiorización se encuentra en el autocontrol que las mujeres ejercen sobre su cuerpo, en la autorrepresión del deseo erótico en aras de alcanzar o “merecer” el bien simbólico (el prestigio) otorgado a aquellas que se mantienen fieles al principio normativo. En este caso el valor asociado a la conducta es la “pureza”, la castidad o la ausencia de mácula.

Prosiguiendo con la analogía religiosa, una vez que han iniciado la vida sexual, a las mujeres les queda la exaltación de su función reproductora como medio para expiar el “pecado original”. Así, de nueva cuenta, el acto sexual queda despojado de sus connotaciones eróticas, neutralizado, y la mujer exenta de sus faltas. El hecho de que en ciertos sectores de la población femenina mexicana de prin-

cipios del siglo XXI la sexualidad todavía se asocie con imágenes de suciedad, de mancha o falta (Amuchástegui, 2001) explica hasta cierto punto el énfasis que dichos sectores otorgan a la reproducción por encima de la sexualidad. En otros, no obstante, como lo corroboran nuestros datos, ambas esferas han empezado a separarse. Estos aspectos están íntimamente relacionados con el papel preponderante de la maternidad en la conformación de la identidad femenina. Algunas encuestas realizadas en el país en el universo de la población joven muestran que la maternidad continúa siendo la principal meta hacia la que encauzan sus vidas, seguida de la unión conyugal asociada también a la concepción biológica (García y Oliveira, 1994; Figueroa, 1997; Szasz, 2001). En congruencia con estos datos, es frecuente que las mujeres suscriban la idea de que la sexualidad es más importante y necesaria para los varones por su "naturaleza" y "temperamento" que para ellas (Mitchell, 1974; Figueroa, 1997).

En cuanto a las diferencias de las mujeres por sector social de pertenencia (el "género" y la "clase"), los datos corroboran que sólo aquellas situadas en los peldaños superiores de la estructura de clase dan cuenta de una relativa liberalidad en el manejo de su sexualidad. Se trata de una población selecta que cuenta con más recursos materiales y culturales para negociar relaciones de pareja menos jerárquicas y atenuar las restricciones que acotan el ejercicio de la sexualidad femenina (Zalduondo y Bernard, 1994; Szasz, 2001). Es conocido el efecto multiplicador de algunos cambios sociodemográficos sobre la situación de la mujer, en particular la elevación de la escolaridad y la expansión de las ocupaciones profesionales y técnicas. Estos aspectos se asocian también con relaciones de género más igualitarias, como la creciente vinculación de los cónyuges en el cuidado de hijos, la mayor injerencia de las esposas en la toma de decisiones y su mayor libertad de movimiento (García y Oliveira, 2003).

Desde nuestro punto de vista, y como señalamos con anterioridad, las dimensiones de la virginidad, la fidelidad y la monogamia, las que tuvieron un peso preponderante en la explicación de la varianza en el análisis factorial, constituyen la tríada que pauta la conducta sexual desde el inicio de la vida erótica hasta la institucionalización del matrimonio: preservación de la virginidad, sobre

todo femenina; restricción de la diversidad de intercambios antes del matrimonio, y exclusividad sexual después de éste. Dicha trilogía conforma un ideal de vida sexual que —según lo que nuestros datos sugieren— es respaldado con más ahínco por las personas de los sectores populares, independientemente del sexo, y en menor medida, por las de clase media. Las diferencias por sector social en la adhesión a estos principios normativos son más nítidas entre los hombres, los que sostienen posiciones claramente diferenciables en los estratos alto, medio y bajo; en las mujeres, en cambio, tienden a difuminarse las distancias entre los sectores medios y altos.

Por último, el acentuado conservadurismo de los jóvenes en relación con los adultos parece vincularse precisamente con el carácter normativo de las aseveraciones sometidas a evaluación. Se trata de afirmaciones generales sobre el “deber ser” que constituyen un aspecto nodal del esquema de valores que preside el proceso de socialización en el que están inmersos. En nuestra mirada, los jóvenes y los menores, a diferencia de los adultos, cuentan con poca experiencia contrafáctica que pueda erigirse en fuente de cuestionamiento, en base para un saber alternativo sobre la sexualidad y el manejo del cuerpo. Investigaciones encaminadas a evaluar la calidad de las relaciones intrafamiliares respaldan este planteamiento hipotético, pues son pocos los comportamientos desplegados hasta ahora entre los jóvenes que denotan la búsqueda de una mayor equidad en sus relaciones intergenéricas (Casique, 2001; García y Oliveira, 2002 y 2003). No obstante, es patente la necesidad de estudios en profundidad que nos aproximen a un mejor conocimiento de los jóvenes, sus concepciones, su diversidad y experiencias.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo del presente trabajo hemos intentado realizar una aproximación empírica a las implicaciones del cruce entre la clase y el género como criterios de estratificación social, a partir de una serie de concepciones valorativas sobre la sexualidad. Esta aproximación adolece de las limitaciones propias de un análisis que trata de asir, a través de simples variables (sexo, estrato social), relaciones sociales complejas como las que caracterizan a la distribución jerárquica

de hombres y mujeres según el género o la clase y su interacción. Esta limitación se asume, no obstante, como el primer paso hacia la profundización en el conocimiento de la diversidad de las relaciones de género en su conexión con otros procesos sociales.

Con base en los resultados de una encuesta probabilística con representación nacional llevada a cabo en la población derechohabiente del IMSS, hemos procurado rastrear las implicaciones diferenciales de ser mujer u hombre —de la construcción social de la diferencia sexual— y de la ubicación socioestructural de clase en las manifestaciones verbales acerca de las prácticas sexuales expresadas por el conjunto de la población entrevistada.

La aproximación metodológica elegida ha descansado en la combinación de varias técnicas estadísticas: el análisis factorial, el análisis de conglomerados, la construcción de un índice ponderado y la regresión múltiple. Mediante el primero identificamos las dimensiones alrededor de las cuales se articulaban las afirmaciones prescriptivas sobre el control de la sexualidad como concepto eje del sistema normativo. La jerarquía de las dimensiones —seleccionada por el análisis factorial— dio pie a su vez a la elaboración de un índice ponderado, que mide el grado de conservadurismo relativo de la población en cuestión. En vista de que tales dimensiones encerraban grados diversos de conservadurismo (o liberalismo) en relación con el manejo de la sexualidad, el análisis de conglomerados sirvió para clasificar a la población entrevistada en grupos según el nivel de conservadurismo manifestado en cada una de ellas (del máximo al mínimo). Fue finalmente el análisis de regresión múltiple el que nos permitió encontrar no sólo los factores sociodemográficos asociados con los distintos niveles de conservadurismo/liberalismo, sino la pertinencia relativa del “género”, por un lado, y del “género” y la “clase”, por el otro, para explicar el posicionamiento diferencial de las personas ante su sexualidad y la de los otros.

Si bien coherentes desde un punto de vista sociológico, los resultados no dejan de ser llamativos, y pueden ser resumidos en tres aspectos principales: 1) existe un fuerte respaldo de la población derechohabiente mexicana a los aspectos del sistema normativo que mayor control ejercen sobre la sexualidad, expresado en el peso de la tríada virginidad-fidelidad-monogamia como dimensiones jerárquicas; 2) este respaldo es mayor en la población femenina que

en la masculina, una vez controladas todas las demás variables, lo que confirma el efecto diferencial de la construcción de género respecto de la sexualidad, tal y como se recoge en las manifestaciones verbales; 3) la intersección entre el estrato y el sexo no es indiferente para la posición asumida: hombres y mujeres varían notablemente en el *continuum* conservadurismo/liberalismo según su ubicación social (estrato, “clase”), si bien más los primeros que las segundas. En sentido general, a medida que ascendemos en la estructura social es mayor la distancia que las personas de uno u otro sexo muestran respecto del polo conservador dentro del *continuum*.

La preeminencia relativa de la virginidad-fidelidad-monogamia, pero sobre todo de la primera, en las concepciones normativas sostenidas por la población derechohabiente, un subconjunto hasta cierto punto selecto del resto de la población mexicana dejó en evidencia hasta qué punto resulta estratégico para el mantenimiento del *status quo* vigente prevenir en cada momento de la vida sexual —desde su inicio (virginidad) hasta su institucionalización vía el matrimonio (fidelidad-monogamia)— la multiplicidad y la alternancia de parejas como conductas potencialmente perturbadoras. Este aspecto permite intelegrir uno de los modos en que el género, como eje de estratificación social, se entrecruza con la propia jerarquía descrita por la construcción de la sexualidad, para otorgar a aquellos que se desvían de la pauta normativa dominante de heterosexualidad y monogamia valoraciones sociales decrecientes en la escala de prestigio y poder social. Muestra, en otras palabras, las mutuas relaciones de autonomía y dependencia entre el género y la sexualidad como esferas de relación social.

Por otro lado, la paradoja, bastante desalentadora, de que sean aquellas personas objeto de un mayor control sexual relativo —las mujeres y los jóvenes— quienes respalden con mayor vehemencia las posiciones conservadoras, fue interpretada por nosotros como expresión de la menor independencia relativa de los discursos sociales dominantes (las “verdades” o saberes) que su posición subordinada les brinda, aspecto que a su vez denota la fuerza de la violencia simbólica ejercida contra ellos.

Los resultados que arroja la mirada conjunta a la clase y el género, lo que en lenguaje estadístico se conoce como la interacción, no dejan dudas acerca de la mayor importancia relativa del género

sobre la intersección entre ambos para explicar las disimilitudes encontradas en el grado de conservadurismo/liberalismo hacia la sexualidad en esta población particular. Si bien las diferencias por clase en el tipo de orientación predominante se replican casi por igual en los hombres y las mujeres describiendo un patrón según el cual las posiciones tienden a hacerse más conservadoras a medida que descendemos en la estructura social, es la pertenencia de género, la adscripción social a uno u otro sexo socialmente construido, el aspecto que más decididamente influye sobre la postura más conservadora o liberal que se muestre. Este aspecto por sí solo reafirma la pertinencia del género como eje de diferenciación social.

BIBLIOGRAFÍA

- Amuchástegui, Ana (2001), *Virginidad e iniciación sexual, experiencias y significados*, México, Edamex-The Population Council.
- (1994), “Culturas híbridas. El significado de la virginidad y la iniciación sexual para jóvenes mexicanos”, ponencia presentada en el Taller sobre Metodología Cualitativa de Investigación, México, El Colegio de México, 19-24 de septiembre.
- Barbieri, Teresita de (1984), *Mujeres y vida cotidiana*, México, Fondo de Cultura Económica-IIS-UNAM.
- (1990), “Sobre géneros, prácticas y valores: Notas acerca de posibles erosiones del machismo en México”, en Juan Manuel Ramírez Sáiz (coord.), *Normas y prácticas morales y cívicas en la vida cotidiana*, México, CIIH-UNAM-Miguel Ángel Porrúa.
- (1992), “Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica”, *Revista Interamericana de Sociología*, año VI, vol. 2, núm. 2, mayo-agosto, pp. 147-178.
- (1996), “Certezas y malos entendidos sobre la categoría género”, en Laura Guzmán Stein y Gilda Pacheco (comps.), *Estudios básicos de derechos humanos*, IV, San José, Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos-Comisión de la Unión Europea, pp. 47-84.
- Bartra, Roger (1996), *La jaula de la melancolía*, México, Grijalbo.
- Beck, Ulrich (1998), *La sociedad del riesgo*, Barcelona, Paidós, Básica.
- Benería, Lourdes, y Marta Roldán (1992), *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la ciudad de México*, México, El Colegio de México-Fondo de Cultura Económica.

- Berger, Peter, y Thomas Luckmann (1967), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bourdieu, Pierre (1999), *La dominación masculina*, Barcelona, Anagrama.
- Caplan, Pat (1987), “Introduction”, en Pat Caplan (ed.), *The Cultural Construction of Sexuality*, Londres y Nueva York, Routledge, pp. 1-30.
- Carpenter, Laura M. (2002), “Gender and Meaning and Experience of Virginity Loss in the Contemporary United States”, *Gender & Society*, vol. 16, núm. 3, junio, pp. 345-365.
- Casique, Irene (2001), *Power, Autonomy and the Division of Labor in Mexican Dual-Earner Families*, Lanham, Nueva York, Oxford, University Press of America.
- Chafetz, Janet Saltzman (1984), *Sex and Advantage. A Comparative Macro-Structural Theory of Sexual Stratification*, Totowa, Nueva Jersey, Rowman & Allanheld.
- Dahrendorf, Ralph (1979), *Las clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial*, Madrid, Ediciones Rialp.
- Dover, Michael (7/31/1998), “Archetypes and Stereotypes”, en *Valley Men*, Men’s Resource Center of Western Massachusetts.
- Durkheim, Émile (1967), *La división del trabajo social*, Buenos Aires, Schapire.
- Echarri, Carlos (en esta obra), “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo (1997), “Algunas reflexiones sobre el enfoque de género y la representación de la sexualidad”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34-35, vol. 12, núms. 1 y 2, enero-agosto, pp. 201-243.
- , y Eduardo Liendro (1994), “Algunos apuntes sobre la presencia del varón en la toma de decisiones reproductivas”, trabajo presentado en el Seminario sobre Hogares, Familias: Desigualdad, Conflicto, Redes Solidarias y Parentales, México, Aguascalientes, 27-29 de junio.
- Foucault, Michel (1981), *Historia de la sexualidad. I. La voluntad de saber*, México, Siglo XXI Editores.
- (1988), *Historia de la sexualidad. II. El uso de los placeres*, México, Siglo XXI Editores.
- (1992), *Microfísica del poder*, Madrid, Las ediciones de la Piqueta.
- García, Brígida, y Orlandina de Oliveira (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- (2002), “El ejercicio de la paternidad en el México metropolitano”, en Marina Ariza y Orlandina de Oliveira (coords.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, IIS-UNAM.
- (2003), “Trabajo extradoméstico y relaciones de género: Una nueva

mirada”, ponencia presentada en el seminario internacional Género, familias y trabajo: Rupturas y continuidades. Desafíos para la investigación y la acción pública, Clacso y Área de Sociología por el Grupo de Trabajo de la Facultad de Ciencias Sociales de la República, Montevideo, 10-11 de abril.

Giddens, Anthony (1977), *El capitalismo y la moderna teoría social*, Barcelona, Labor.

Godelier, Maurice (1986), *La producción de grandes hombres, poder y dominación masculina entre los baruya de Nueva Guinea*, Madrid, Akal.

Grusky, David B. (1994), *The Contours of Social Stratification. Class, Race and Gender in Sociological Perspective*, Standford, Westview Press.

Hare-Mustin, Rachel, y Janet Marecek (1994), *Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos*, Barcelona, Herdez.

Hearn, Jeff, y Wendy Parkin (1987), *Sex at Work; the Power and Paradox of Organization Sexuality*, Nueva York, St. Martin's.

Hierro, Graciela (1990), “La doble moral burguesa mexicana vs. la nueva moral de la igualdad”, en Juan Manuel Ramírez Sáiz (coord.), *Normas y prácticas morales y cívicas en la vida cotidiana*, México, CIIH-UNAM-Miguel Ángel Porrúa.

Hobsbawm, Eric (1996), *Historia del siglo xx (1914-1991)*, Barcelona, Grijalbo-Mondadori.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 1997 (Enadid), México.

Lamas, Marta (1986), “La antropología feminista y la categoría de género”, *Nueva Antropología*, vol. 8, núm. 30, México, pp. 173-198.

Lévi-Strauss, Claude (1969), *The Elementary Structure of Kinship*, Boston, Beacon Press.

Minello, Nelson (1998), “De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica”, en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comps.), *Sexualidades en México: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, Centro de estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.

Mitchell, J. (1974), *La condición de la mujer*, México, Extemporáneos.

Oliveira, Orlandina de (1998), “Familia y relaciones de género en México”, en Beatriz Schmukler (coord.), *Familias y relaciones de género en transformación*, México, Population Council, pp. 23-52.

Ortner, Sherry B., y Harriet Whitehead (1996), “Indagaciones acerca de los significados sexuales”, en Marta Lamas (comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG-UNAM-Miguel Ángel Porrúa, pp. 127-179.

- Parker, R., y J. Gagnon (eds.) (1994), *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in Postmodern World*, Londres y Nueva York, Routledge.
- Puleo, Alicia (1992), *Dialéctica de la sexualidad. Género y sexo en la filosofía contemporánea*, Madrid, Cátedra.
- Rivas, M. (1994), *Cambios en la sexualidad femenina. Un estudio de tres generaciones*, informe de investigación, México, The Population Council.
- Rubin, Gayle (1986), "El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo", *Nueva Antropología*, vol. 8, núm. 30, pp. 95-145.
- _____. (1989), "Reflexionando sobre el sexo: Notas sobre una teoría radical de la sexualidad", en Carole Vance (comp.), *Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Revolución pp. 113-190.
- Scott, Joan W. (1990), "El género: Una categoría útil para el análisis histórico", en James S. Amelang y Mary Nash (comps.), *Historia y género: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Valencia, Alfons el Magnànim.
- Stern, Steve (1999), *La historia secreta del género. Mujeres, hombres y poder en México en las postimerías del periodo colonial*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Stolcke, Verena (1982), "The Exploitation of Family Morality: Labour Systems and Family Structure on São Paulo Coffee Plantations", *Boletim do Departamento do Trabalho Agricola*, núm. 72.
- Szasz, Ivonne (1998), "Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México", en I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Sexualidades en México: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- _____. (2001), "La investigación sobre sexualidad y el debate sobre los derechos reproductivos en México", en José Gómez de León y Cecilia Rabell Romero (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo xxi*, México, Conapo-Fondo de Cultura Económica.
- Touraine, Alain (1998), *¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Vance, Carole (1989), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Revolución.
- Weeks, Jeffrey (1998), *Sexuality and its Discontents. Meanings, Myths and Modern Sexualities*, Londres y Nueva York, Routledge.
- Wermuth, Laurie, y Miriam Monges (2002), "A Structural Model for Examining Case Examples of Women in Less-Developed Countries", *A Journal of Women Studies*, Frontiers Editorial Collective, 30 de abril, vol. 23, núm. 1, p. 1.

Zalduondo, B., y J. M. Bernard (1994), "Meanings and Consequences of Sexual Economic Exchange: Gender, Poverty and Sexual Risk Behaviour in Urban Haiti", en R. Parker y J. Gagnon, *Conceiving sexuality: Approaches to Sex Research in Postmodern World*, Londres y Nueva York, Routledge.

ACTITUDES HACIA LA REPRODUCCIÓN Y CONTROL DE LA FECUNDIDAD EN LAS PAREJAS MEXICANAS

IRENE CASIQUE¹

INTRODUCCIÓN

Este trabajo intenta revisar y comparar las actitudes de hombres y mujeres mexicanos en torno a la reproducción y la planificación familiar, así como examinar algunas características de los miembros de la pareja y contextuales que juegan un papel relevante en la adopción de métodos anticonceptivos por parte de la pareja. Para ello hago uso de dos encuestas mexicanas, relativamente recientes, que han levantado información al respecto tanto entre hombres como entre mujeres.

Muy recientemente, la mayoría de los estudios empíricos en torno a la fecundidad, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos en México, así como en otros países, se han fundamentado en información proveniente exclusivamente de las mujeres, asumiendo que estos datos proporcionan información bastante aceptable y confiable sobre el comportamiento y posturas de sus esposos o compañeros (Figueroa, 1998a; Mundigo, 1998; Greene y Biddlecom, 1997; Bankole y Singh, 1998). Sin embargo, desde la década de los noventa, particularmente desde la Conferencia de El Cairo, ha crecido de manera importante el interés y la preocupación por las implicaciones y la validez de estudios y conocimientos generados considerando sólo una cara de la moneda (Thomson, McDonald y Bumpass, 1990; Dodoo, 1993; Dodoo, Luo y Panayotova, 1997; Thomson, 1997; Biddlecom, Casterline y Pérez, 1997). Ello

¹ Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Cuernavaca, México; correo electrónico: irene@correo.crim.unam.mx

ha conducido al desarrollo de un número creciente de encuestas y estudios que consideran información proveniente de ambos miembros de la pareja.

Dos de los principales cuestionamientos que se hacen al enfoque tradicional (que sólo considera datos basados en encuestas a mujeres) son: 1) que se ignora o se descuida el papel de los hombres en la reproducción y, por tanto, no se contribuye a la promoción de una participación y responsabilidad compartida en cuanto a reproducción y paternidad, y 2) que se asume que las parejas son unidades homogéneas y democráticas, ignorando aspectos cruciales como las negociaciones en condiciones desiguales de poder, y el vínculo entre poder y toma de decisiones.

Otro aspecto íntimamente relacionado con estos cuestionamientos, que ha sido también sujeto de debate, es la decisión en torno a cuál es la unidad de análisis más adecuada para el estudio de las conductas reproductivas: ¿el individuo o la pareja? A la luz de algunas tendencias actuales, como tasas de divorcio en aumento o el incremento de padres y madres solteros, podría pensarse que el acercamiento desde la perspectiva individual es más adecuado (Greene y Biddlecom, 1997).

Sin embargo, la adopción de la pareja como unidad de análisis proporciona valiosos elementos en torno a las interacciones entre hombres y mujeres, que una perspectiva individual no proporciona, señalando pistas y elementos sobre el rol que diversos aspectos —tales como la comunicación entre ellos o el poder de decisión de cada uno de los miembros de la pareja— juegan en el comportamiento reproductivo de la pareja y cómo las actividades y experiencias de cada miembro por separado de la pareja confluyen en la definición de un resultado (Ezeh, 1993; Bankole y Singh, 1998; Becker, 1996). En la relación entre hombre y mujer, el poder es un factor central que define cómo y quién toma las decisiones en diversos aspectos de la relación y la vida en común, con implicaciones en las actitudes y conductas de los individuos. La esfera de la reproducción y en general de la salud reproductiva no es una excepción, y las relaciones de poder entre la pareja afectan las decisiones sobre la reproducción y su control, la sexualidad y, finalmente, la salud misma de ambos miembros de la pareja (Beckman, 1983; Figueiroa, 1998b; Cohen y Burger, 2000).

En este trabajo adoptamos a la pareja como unidad de análisis, esperando con ello movernos en dirección a una perspectiva de investigación más apropiada y equitativa, que nos permita entender mejor la influencia relativa que cada uno de los miembros de la pareja ejerce en el proceso de reproducción y su control, y por tanto visualizar con mayor claridad el papel que tanto hombres como mujeres desempeñan en la planificación familiar en México.

ANTECEDENTES

Tradicionalmente el estudio de las decisiones sobre la reproducción humana —o la fecundidad— ha sido abordado desde el marco teórico provisto por el modelo económico de Becker (1981), que asume al hogar —y a la pareja— como una unidad funcional que combina recursos y estrategias, sin contemplar las posibilidades de conflictos que entre hombre y mujer pueden existir respecto a ideales, intereses y metas (Mason, 1987; Dodoo, 2001). Asumiendo tal homogeneidad de intereses entre la pareja, resultaba sencillo centrar todo el análisis de factores que influyen en la fecundidad y en el uso de anticonceptivos en torno a la mujer.

La incorporación de elementos tales como los procesos de negociación y toma de decisiones entre los miembros de la pareja, y la perspectiva masculina en el análisis de toma de decisiones respecto a la reproducción, han reclamado un marco teórico más amplio, que dé cabida tanto a las preferencias individuales de ambos miembros de la pareja como a las concordancias y desacuerdos entre ellos respecto a ideales reproductivos y uso de anticonceptivos. Este nuevo marco teórico coloca como sujeto central no a la mujer, sino a la pareja, visualizándola como unidad compleja y potencialmente conflictiva.

La toma de decisiones en una pareja en torno a la reproducción de la misma es un aspecto diverso y complejo de analizar. Múltiples elementos inciden en las decisiones que una pareja toma en torno a cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y cómo prevenir embarazos no deseados. En primer lugar cada miembro de la pareja tiene sus propios ideales al respecto, que en ocasiones pueden coincidir con los de su pareja pero en otras pueden diferir significati-

vamente. Adicionalmente estas ideas y expectativas individuales no actúan por separado, sino que interactúan y se redefinen en la vida de pareja, bien por la vía del consenso alcanzado mediante discusiones y acuerdos al respecto o por la vía de la dominación de un miembro de la pareja sobre el otro (Ezeh, 1993; Mason, 1987).

Otro aspecto fundamental a considerar es que los procesos de toma de decisiones respecto a la reproducción en las parejas no se dan en el vacío, sino que son definidos culturalmente (Djanmba, 1995). El contexto social determina en buena medida las ideas y actitudes que se asumen en torno a la reproducción mediante normas e ideales socialmente impuestos respecto, por ejemplo, al tamaño ideal de la familia y respecto a la manera apropiada en que deben resolverse las diferencias de expectativas y deseos entre la pareja. Y con frecuencia estas normas definen diferentes capacidades de incidir y decidir para hombres y mujeres, no sólo en torno a la reproducción sino en otros múltiples aspectos de la vida. Evidentemente, las normas e ideales sociales son interpretados y asumidos de manera diferencial por los individuos, en virtud de sus características y experiencias personales, expresándose esto en diversas conductas reproductivas al final (Lerner y Quesnel, 1994).

La prevalencia de un modelo patriarcal en América Latina, y en nuestro caso concreto para México con dominio hegemónico de los hombres sobre las mujeres, y sustentado tanto por hombres como mujeres, ha sido ampliamente documentado (Guttman, 1996; Oavarriá *et al.*, 2002; Barbieri, 1984). En el ámbito de la reproducción, no pocas veces se ha reportado, para México y otros países, que el hombre tiene más influencia que su compañera en la toma de decisiones respecto al número de hijos que tiene, su espaciamiento y el uso de anticonceptivos (Bankole y Singh, 1998; Ezeh, 1993; Lasse y Becker, 1997; Casique, 2003).

Sin embargo, también se ha señalado que la dominación masculina en el ámbito de las decisiones reproductivas puede haberse exagerado (Bankole y Singh, 1998) y, en cualquier caso, es mediada por múltiples factores contextuales e individuales, y no es por tanto una realidad única ni invariable. Resultados de recientes encuestas demográficas en salud (DHS), levantadas fundamentalmente en países de Asia y África, arrojan que los hombres tienden a aprobar el uso de anticonceptivos y a conocer sobre métodos anticonceptivos

en mayor medida de lo que los estereotipos sobre los hombres proponen (Cohen y Burger, 2000). También algunos estudios han encontrado que en diversos contextos los hombres no son más pronatalistas que las mujeres (Ezeh, Seroussi y Raghers, 1996; Jejeebhoy y Kulkarni, 1989; Mehryar, Mostafavi y Agha, 2001).

Respecto al uso de anticonceptivos se conoce que durante las últimas cuatro décadas su uso se ha extendido de manera acelerada en México, ubicándose el porcentaje de usuarias en cerca de 71% de las mujeres en edad fértil (Tuirán *et al.*, 2002). Esta alta prevalencia actual de uso de anticonceptivos en México es resultado en buena medida de los cambios en las políticas de población y de la expansión de programas de planificación familiar iniciados en la década de los setenta (Mojarro y Zúñiga, 1999). Con la promulgación de la Ley General de Población en 1974 se estableció la obligación del Estado de proveer servicios de planificación familiar, y en 1984 la Ley General de Salud incluye dichos servicios de planificación familiar como parte de los servicios de salud que proporciona el Estado. Otros factores —como el proceso de urbanización, la extensión y generalización de la educación, y cambios en los valores y actitudes de los individuos respecto al tamaño ideal de familia y a la crianza de los hijos— han contribuido también a este rápido proceso de expansión del uso de anticonceptivos entre las parejas mexicanas.

Al mismo tiempo es posible identificar elementos tanto a nivel contextual como individual —tales como zona de residencia, estrato socioeconómico, nivel educativo, edad de la mujer, tipo de unión, etc.— que definen una prevalencia de uso de anticonceptivos diferenciada para las parejas en distintos subgrupos de la población mexicana. Por ejemplo, aunque ha disminuido en su magnitud durante las últimas décadas, persiste una brecha importante en el porcentaje de mujeres en edad reproductiva que son usuarias de métodos anticonceptivos entre zonas urbana y rural: mientras en la zona urbana 73% de las mujeres eran usuarias en 1997, en las zonas rurales este porcentaje sólo alcanzaba 54% en ese mismo año (Mojarro y Zúñiga, 1999).

Las diferencias en el uso de anticonceptivos, según nivel socioeconómico de la población mexicana, también han sido documentadas en trabajos previos, reportándose una prevalencia de 56%

entre mujeres pobres frente a 71% de mujeres no pobres usuarias en 1995 (Gómez de León y Hernández, 1998).

A nivel de los individuos y la pareja, diversos elementos favorecen los niveles de desacuerdo en la pareja respecto a la reproducción y a la adopción de anticonceptivos: largas diferencias de edad entre esposos (Mason, 1983), bajo nivel socioeconómico, escasa comunicación entre los miembros de la pareja (Kritz *et al.*, 1995; Lasee y Becker, 1997; Cohen y Burger, 2000), asimetrías entre los miembros de la pareja respecto a su fecundidad y bajo estatus de la mujer (Jejeebhoy, 1991).

La información y los estudios existentes en México sobre uso de anticonceptivos se han centrado fundamentalmente en la población femenina. El rol de los varones ha sido frecuentemente ignorado o dibujado desde la percepción de sus parejas, y en algunos casos referido como obstáculo a la opción de control de la fecundidad por parte de las mujeres. En este trabajo intentamos avanzar en la incorporación de ambos miembros de la pareja en el análisis de la reproducción y control de la fecundidad, empleando información de encuestas aplicadas tanto a hombres como mujeres.

OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO

Los objetivos fundamentales de este análisis son dos: primero, identificar y comparar las posturas y actitudes de hombres y mujeres mexicanos frente a la planificación familiar, así como su nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos; el segundo objetivo es analizar el efecto que las semejanzas o diferencias en cuanto a características sociodemográficas e ideales reproductivos entre los miembros de la pareja, así como algunos factores contextuales, ejercen sobre el uso de anticonceptivos.

Lo que sabemos respecto a la posición de los hombres mexicanos en torno a la reproducción familiar y el uso de anticonceptivos con base en información proporcionada por ellos —y no por sus esposas o compañeras— es todavía insuficiente. De ahí que iniciamos este trabajo intentando dar respuesta a preguntas básicas: ¿cuáles son las posturas de los hombres mexicanos respecto a la planificación familiar? ¿Qué tanto saben sobre métodos anticon-

ceptivos? ¿Qué tan favorables son al uso de anticonceptivos en su pareja? ¿Cómo se diferencian estas características de aquellas correspondientes a sus esposas? ¿En qué medida se diferencian las ideas y posturas de los hombres mexicanos de aquellas que sus esposas les atribuyen?

En seguida abordamos una revisión del efecto de diversas variables sociodemográficas y de ideales reproductivos, definidas a nivel de pareja, así como de algunos elementos contextuales, sobre el uso de anticonceptivos por parte de las parejas.

DATOS Y MÉTODOS

Datos

Para el desarrollo de este trabajo se emplearon dos encuestas: Encoplaf, 1996 (Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar), y Ensare, 1998 (Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente). La selección de estas dos encuestas obedece al interés de incorporar en el análisis información de ambos miembros de la pareja y ambas encuestas levantaron no sólo cuestionario de mujeres sino también de hombres, lo que permite mayor riqueza en el análisis al incorporar directamente la información proporcionada por los hombres sobre sus ideas y conductas respecto a la reproducción y su control.

La Encoplaf de 1996 incluye información sobre los nueve estados prioritarios (más pobres) de México: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz. La composición de la muestra es 52% rural y 48% urbana. Los cuestionarios para hombres y mujeres incluyen preguntas sobre el conocimiento, actitud y uso de anticonceptivos de los individuos, así como de características generales de los individuos, ideales reproductivos, nupcialidad y fecundidad. De la muestra total de 3 711 individuos (1 956 mujeres y 1 755 hombres), 1 021 hombres y mujeres son parejas y constituyen la submuestra de la Encoplaf analizada en este trabajo.

Los hombres y mujeres entrevistados en la Encoplaf tienen entre 15 y 64 años de edad; dos tercios de ellos tienen entre 25 y 44

años. La edad media es 36 años para los hombres y 32 para las mujeres. La mayoría de los individuos entrevistados tiene un bajo nivel educativo, particularmente entre las mujeres, con una media de 5.2 años de escolaridad para ellas y de 6.38 para los hombres. La mayoría de las parejas entrevistadas constituyen primeras uniones legales, con 3.6 hijos en promedio.

La segunda encuesta analizada en este trabajo es la Ensare de 1998. Los hogares objetivo de esta encuesta fueron aquellos en los que había al menos una o un residente habitual que fuera derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y cuya edad oscilara entre 12 y 54 años en el caso de las mujeres y de 12 a 59 años para los varones. En cada hogar derechohabiente se entrevistó a todas las mujeres derechohabientes en este rango de edad, mientras que en el caso de los varones se seleccionó, mediante muestreo aleatorio simple, a un solo hombre en cada hogar. La muestra de mujeres es representativa a nivel nacional y a nivel de tres grandes regiones: estados del norte, estados prioritarios (correspondientes a las nueve entidades con menor nivel de desarrollo socioeconómico) y estados no prioritarios. Las muestras de varones y la de hogares son representativas sólo a nivel nacional (IMSS, 2000).

La muestra final de mujeres entrevistadas es de 5 405 mujeres y la de varones es de 2 992 individuos. Al identificar los casos en que ambos miembros de una pareja fueron entrevistados, se obtiene una submuestra de 1 604 parejas con representatividad sólo a nivel nacional (que es la representatividad que alcanza la muestra de varones), que constituye la base del análisis aquí desarrollado.

Es importante señalar que, dada la distribución territorial de cobertura del IMSS (los lugares en donde existen clínicas o unidades del Seguro Social), la muestra de la encuesta es básicamente población urbana, la cual puede además caracterizarse como perteneciente, fundamentalmente, a un nivel socioeconómico medio. Por tanto, y aunque la representatividad de la misma es a nivel nacional, es obvio que estamos hablando de un sector particular de ella, con características "privilegiadas" en términos, por ejemplo, de condiciones de la vivienda, nivel educativo alcanzado, número de hijos promedio, etc., cuando se contrastan sus indicadores con los de la población general. Baste con señalar que las mujeres de la muestra de parejas de la Ensare de 1998 reportan una escolaridad de 7.85

años en promedio y los hombres de 8.97 años, significativamente por encima de la que se observa para mujeres y hombres de la Encoplaf: 5.20 y 6.38 años de escolaridad, respectivamente. La edad promedio de los individuos en la Ensare es bastante similar a la de los individuos de la Encoplaf; ligeramente mayor en el caso de las mujeres de la Ensare con una edad media de 34.47 años, y el número promedio de hijos en las parejas de esta muestra es de 2.9.

Las características generales de las parejas de las dos submuestras analizadas en este trabajo se resumen en el cuadro 1. La comparación de la distribución de la variable estrato socioeconómico en una y otra encuesta confirma que la Encoplaf corresponde mayoritariamente a población de estratos muy bajo y bajo, con 80.71% de los hogares ubicados en esas dos categorías. En tanto que para la Ensare, aun cuando el mayor porcentaje de población se ubica en el estrato bajo (53%), los estratos más altos concentran también una proporción importante de la muestra: 40% de los hogares corresponden a los estratos medio y alto.

Cuadro 1
Características generales de las parejas

Variable	Encoplaf 1996 (N=1 604)	Ensare 1998 (N=1 021)
Estrato socioeconómico hogar		
Muy bajo	37.3	7.5
Bajo	43.4	52.6
Medio	16.6	28.0
Alto	2.7	11.1
	Mujeres	Hombres
Edad		
15-19	5.9	2.9
20-24	16.1	11.7
25-34	34.9	33.0
35-44	32.8	31.5
45 +	10.3	20.9
	Mujeres	Hombres

Cuadro 1
Características generales de las parejas (continuación)

	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
Edad media	32.5	35.9	34.6	36.7
Nivel de escolaridad				
Sin escolaridad	15.4	9.3	1.1	1.7
Primaria incompleta	29.8	28.5	13.9	12.4
Primaria completa	24.4	23.1	20.6	20.0
Posprimaria	20.9	21.5	32.8	33.5
Posecundaria	7.3	10.3	15.7	16.1
Universitario	2.2	7.4	16.0	16.3
Años promedio de escolaridad	5.2	6.4	7.9	9.0
Estatus marital				
Casados	82.1	83.1	90.4	89.6
Unión	17.9	16.9	9.6	10.4
Número promedio de hijos	3.6	3.6	2.9	2.9
Número ideal de hijos	3.4	3.5	3.0	3.0

Finalmente, es importante destacar que el hecho de que la muestra de la Ensare esté constituida exclusivamente por individuos derechohabientes del IMSS introduce otro eje de diferenciación importante entre las dos muestras de población analizadas en este trabajo, con un mayor acceso y participación de los individuos de la Ensare en acciones y programas de salud reproductiva. Respecto, por ejemplo, al uso de anticonceptivos, el IMSS representaba para 1997 la fuente primordial de obtención de anticonceptivos del país, abasteciendo a la tercera parte de las usuarias a nivel nacional (Mojarro y Zúñiga, 1999). Ello sin duda contribuye a una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos entre las parejas de la Ensare (esta idea la retomamos más adelante en la sección sobre uso de anticonceptivos).

Las significativas diferencias entre las muestras de las dos encuestas empleadas, no sólo en cuanto a su acceso y exposición a programas de salud reproductiva, sino también en términos, por ejemplo, de su composición urbana, y de los estratos socioeconómicos preponderantes, plantean la importancia de establecer, a lo largo del trabajo, un análisis comparativo en el que se asume que ambas muestras representan fragmentos no opuestos pero sí diferenciados del conjunto de la población mexicana. En ese sentido nos interesa también corroborar, en la medida en que los indicadores nos lo permiten, la influencia de esas variables estructurales diferenciadas sobre las actitudes y conductas de las parejas en torno a su reproducción.

Descripción de las variables

El cuadro 2 sintetiza las características de las variables incluidas en el análisis como variables de control en el análisis de regresión. Empleando la información proporcionada tanto por la mujer como por su esposo sobre sus características individuales, se construyeron variables de pareja, donde las características de cada miembro de la pareja son descritas en relación con el otro miembro (variables relacionales), tales como edad, educación, número de hijos e ideales reproductivos.

Por otra parte, ambas encuestas incorporan algunos indicadores sobre poder de decisión y autonomía de las mujeres, que nos permiten aproximarnos a las relaciones de poder en la pareja. La incorporación de esta información en el análisis de la reproducción permite revisar la influencia de los niveles de poder de decisión y de autonomía de las mujeres en las conductas finalmente adoptadas por las parejas para el control de la fecundidad. Las dos encuestas nos proporcionan información de dos distintos aspectos del empoderamiento femenino: 1) el poder de decisión de la mujer frente a una serie de decisiones familiares respecto a su pareja, y 2) la autonomía de la mujer para realizar distintas actividades sin requerir el permiso de su esposo o compañero.² Haciendo uso de

² En el caso de las mujeres de la Encoplaf de 1996, una submuestra de ellas fue entrevistada previamente en la Enaplaf de 1995 (Encuesta de Comunicación en Pla-

Cuadro 2
Variables empleadas en el análisis

<i>Variables independientes</i>	<i>Encoplaf 1996</i>	<i>Ensare 1998</i>
Índice de poder de decisión de la mujer	Rango 5-14	Rango 0-6
Índice de autonomía de la mujer	Rango 0-9	Rango 0-12
Estrato socioeconómico del hogar	1. Muy bajo 2. Bajo 3. Medio-Alto 0. Unión legal 1. Unión libre	1. Muy bajo-Bajo 2. Medio 3. Alto 0. Unión legal 1. Unión libre
Unión libre (variable dummy)	0. Unión legal 1. Unión libre	0. Unión legal 1. Unión libre
Zona rural (variable dummy)	0. Urbana 1. Rural	
Trabajo de la mujer (variable dummy)	0. No realiza trabajo extradoméstico 1. Realiza trabajo extradoméstico	0. No realiza trabajo extradoméstico 1. Realiza trabajo extradoméstico
Edad de la mujer	Rango 15-49	Rango 15-55
Años de escolaridad de la mujer	Rango 0-18	Rango 0-22
Número de hijos de la mujer	Rango 0-16	Rango 0-12
Edad	1. Él tiene cinco años o más que ella 2. Él tiene de uno a cuatro años más que ella 3. Tienen la misma edad 4. Ella tiene de uno a cuatro años más que él 5. Ella tiene cinco años o más que él 1. Él tiene cinco años o más que ella 2. Él tiene de uno a cuatro años más que ella 3. Tienen la misma escolaridad 4. Ella tiene de uno a cuatro años más que él 5. Ella tiene cinco años o más que él	1. Él tiene cinco años o más que ella 2. Él tiene de uno a cuatro años más que ella 3. Tienen la misma edad 4. Ella tiene de uno a cuatro años más que él 5. Ella tiene cinco años o más que él 1. Él tiene cinco años o más que ella 2. Él tiene de uno a cuatro años más que ella 3. Tienen la misma escolaridad 4. Ella tiene de uno a cuatro años más que él 5. Ella tiene cinco años o más que él
Escolaridad		
Hijos nacidos vivos	1. Ella tiene más hijos que él 2. Tienen igual número de hijos 3. Él tiene más hijos que ella	1. Ella tiene más hijos que él 2. Tienen igual número de hijos 3. Él tiene más hijos que ella

Cuadro 2
Variables empleadas en el análisis (continuación)

<i>Variables independientes</i>	<i>Encoplaf 1996</i>	<i>Ensare 1998</i>
Número ideal de hijos	1. Él quiere tres o más hijos que ella 2. Él quiere uno o dos hijos más que ella 3. Quieren igual número de hijos 4. Ella quiere uno o dos hijos más que él 5. Ella quiere tres o más hijos que él	1. Él quiere tres o más hijos que ella 2. Él quiere uno o dos hijos más que ella 3. Quieren igual número de hijos 4. Ella quiere uno o dos hijos más que él 5. Ella quiere tres o más hijos que él
Deseo de tener más hijos	1. Los dos quieren más hijos 2. Ninguno quiere más hijos 3. Ella quiere más, pero él no 4. Él quiere más, pero ella no	1. Los dos quieren más hijos 2. Ninguno quiere más hijos 3. Ella quiere más, pero él no 4. Él quiere más, pero ella no
Índice de conocimiento de métodos anticonceptivos	1. Ella conoce bastante más que él 2. Ella conoce poco más que él 3. Tienen igual conocimiento 4. Él conoce poco más que ella 5. Él conoce bastante más que ella	1. Ella conoce bastante más que él 2. Ella conoce poco más que él 3. Tienen igual conocimiento 4. Él conoce poco más que ella 5. Él conoce bastante más que ella
Índice de acceso a métodos anticonceptivos	1. Ella tiene más acceso que él 2. Ella tiene poco más acceso que él 3. Tienen igual acceso 4. Él tiene poco más acceso que ella 5. Él tiene más acceso que ella	
Comunicación hacia la pareja respecto de la planificación familiar	1. Ninguno habla a su pareja sobre PF 2. Los dos hablan a su pareja sobre PF 3. Ella habla pero él no 4. Él habla pero ella no	
Meta principal en la vida	1. Ambos metas de autosuperación 2. Ambos metas tradicionales 3. Ella tradicional y él autosuperación 4. Él tradicional y ella autosuperación	1. Ambos metas de autosuperación 2. Ambos metas tradicionales 3. Ella tradicional y él autosuperación 4. Él tradicional y ella autosuperación
Diferencia en actitud hacia la planificación	1. Ella bastante más favorable que él 2. Ella algo más favorable que él 3. Tienen la misma actitud (ref.) 4. Él algo más favorable que ella 5. Él bastante más favorable que ella	

esta información construimos un índice de poder de decisión de la mujer y un índice de autonomía de la mujer (los anexos 1 y 2 presentan las preguntas utilizadas en la construcción de cada índice, así como los valores atribuidos a las respuestas). En ambos casos se tratan de índices aditivos, estimados a partir de la simple sumatoria de los valores obtenidos en las distintas preguntas involucradas en cada índice, con base en las respuestas proporcionadas por las mujeres.³ Ambos índices son incorporados también en el análisis de regresión, en un intento de evidenciar los posibles efectos que el poder de decisión de la mujer y su autonomía ejercen en el uso de anticonceptivos de las parejas de estas dos muestras.

Finalmente, se incluyen también dos variables referidas al contexto socioeconómico⁴ y estructural: la variable estrato socioeconómico y la variable zona rural.

Es importante notar que algunas de las variables que se emplean como predictivas sólo están disponibles (o pudieron ser calculadas) para la Encoplaf de 1996; es el caso de las variables zona rural, índice de acceso a métodos anticonceptivos, diferencia en actitud hacia la planificación y comunicación en la pareja respecto a planificación familiar. De ahí que los modelos planteados para una y otra base de datos no son exactamente los mismos. Otras variables existen para ambas encuestas, pero no son construidas empleando exactamente la misma información en ambos casos, tal como sucede con el índice de poder de decisión de la mujer y el índice de autonomía de la mujer. Finalmente, no todas las variables estimadas aparecen en los modelos de regresión incluidos en el trabajo, ya que algunas de ellas, al no mejorar significativamente los modelos, fueron descartadas en el proceso de análisis.

nificación Familiar), encuesta en la que se incluyeron preguntas sobre autonomía y poder de decisión de la mujer. Para la muestra de mujeres de la Encoplaf utilizamos esta información de la de 1995, que sólo está disponible para la submuestra de mujeres que fueron entrevistadas en ambas ocasiones (518 cuando sólo consideramos a mujeres casadas o en unión).

³ Una discusión más amplia de los criterios adoptados en la construcción de estos índices puede verse en Casique, 2003.

⁴ Para información sobre la construcción de los estratos socioeconómicos, véase el artículo de Carlos Echarri en esta publicación.

Estructura del trabajo y herramientas metodológicas empleadas

En la primera parte del análisis intentamos dar respuesta, a través de estadísticas descriptivas, a las preguntas planteadas previamente en los objetivos respecto a cuál es la actitud de hombres y mujeres mexicanos en relación con la planificación familiar, qué tanto conocen sobre métodos anticonceptivos, y qué tanto difieren entre sí hombres y mujeres en estos aspectos. En el apartado referente a actitud hacia la planificación familiar nos basamos sólo en información del total de parejas de la Encoplaf, ya que no existe información similar en la Ensare. En el apartado sobre conocimiento y acceso de anticonceptivos si empleamos datos de ambas encuestas.

En una segunda parte de nuestro trabajo analizamos el uso de anticonceptivos en la pareja. Para ello determinamos primeramente cuáles son las parejas en necesidad potencial de anticonceptivos. Seguidamente, exploramos las variables de pareja y variables contextuales que inciden de manera significativa en el uso de métodos anticonceptivos de la misma, empleando modelos de regresión logit.

DESCRIBIENDO A HOMBRES Y MUJERES RESPECTO A SU ACTITUD FRENTE A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SU CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Actitud hacia la planificación familiar

La postura de mujeres y hombres mexicanos respecto a la planificación familiar es en primer lugar diversa, dependiendo de múltiples características, tales como la edad, escolaridad, estrato socioeconómico y contexto urbano o rural de los individuos. Reconociendo esta diversidad, exploramos en esta sección algunos aspectos que ayudan a precisar las actitudes de los hombres, y también de las mujeres, a este respecto.

Analizando la información recogida en la Encoplaf en relación con la actitud de los hombres frente a la planificación familiar, encontramos que las respuestas efectivamente varían de manera significativa (chi-cuadrado significativa) según el estrato socioeconómico del hogar al que pertenece el hombre: a medida que se eleva el

estrato socioeconómico aumenta el porcentaje de hombres que se declaran de acuerdo con el uso de algún método de planificación familiar por parte de su esposa y disminuye el porcentaje de aquellos que no están de acuerdo o no saben (véase el cuadro 3).

Cuadro 3

Encoplaf 1996. Actitud del hombre respecto a la planificación familiar según estrato socioeconómico (N=999)

<i>Actitud del hombre reportada por él</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>		
	<i>Muy bajo</i>	<i>Bajo</i>	<i>Medio-Alto</i>
De acuerdo	76.39	86.37	91.88
Desacuerdo	21.49	12.95	7.61
No sabe	2.12	0.68	0.51
Total	100.00	100.00	100.00

De manera similar se observan diferencias significativas entre la actitud reportada por hombres en áreas urbanas y de aquellos que están en áreas rurales, con un mayor porcentaje de individuos de acuerdo con la planificación familiar (PF) en áreas urbanas que en áreas rurales (véase el cuadro 4). En función de los porcentajes observados de hombres a favor de la planificación familiar, se observa un paralelismo entre las zonas rurales y el estrato socioeconómico muy bajo, y entre las zonas urbanas y el estrato bajo.

Estos resultados, en realidad bastante esperables, reiteran la existencia de diferencias muy marcadas en la actitud de los hombres hacia la planificación familiar —y en general en sus comportamientos reproductivos— en función de características contextuales, como la zona de residencia y el estrato socioeconómico. Las diferencias entre zonas urbanas y rurales han sido ampliamente referidas en trabajos previos y atribuidas fundamentalmente a divergencias tanto en los ideales reproductivos entre los individuos de zonas urbanas y rurales como a diferencias de acceso —físicas, económicas y sociales— a los servicios (Mojarro y Zúñiga, 1999).

Por otra parte, estas diferencias observadas evidencian las variaciones que entre los mismos hombres mexicanos se dan en cuanto a

su actitud frente a la planificación familiar y la importancia de no intentar reducir dicha variación a un estereotipo único o simplificado.

Cuadro 4

Encoplaf 1996. Actitud del hombre respecto a la planificación familiar según estrato socioeconómico (N=1 021)

<i>Actitud del hombre reportada por él</i>	<i>Zona</i>	
	<i>Urbana</i>	<i>Rural</i>
De acuerdo	84.76	73.66
Desacuerdo	11.06	17.69
No sabe	4.18	8.65
Total	100.00	100.00

En buena medida lo que se conoce hasta ahora sobre la postura de los hombres mexicanos en cuanto al empleo de métodos anticonceptivos se ha fundamentado en información proporcionada por las esposas o compañeras de los hombres, y sólo de manera reciente se han desarrollado encuestas que también (o exclusivamente) entrevistan a los hombres sobre diversos aspectos reproductivos. La Encoplaf de 1996, al plantear preguntas tanto a hombres como a mujeres sobre la actitud de los varones respecto al empleo de métodos de planificación familiar por parte de su pareja, nos permite contrastar los datos obtenidos y, por tanto, el nivel de concordancia entre lo que las mujeres declaran sobre la actitud de sus compañeros respecto a la planificación familiar y lo que ellos mismos afirman (véase el cuadro 5).

En este cuadro podemos observar que el nivel de acuerdo entre lo planteado por hombres y mujeres es bastante alto: en 74% de las parejas la mujer describe a su compañero como de acuerdo con la PF y ello coincide con las afirmaciones del propio compañero. Sin embargo, el porcentaje de hombres a favor de la PF es más alto según el reporte de los hombres que el de las mujeres: 89 frente a 79%; la diferencia responde al hecho de que 10% de las mujeres afirma que su esposo no está de acuerdo o que no sabe cuál es la postura de éste frente a la PF, en tanto que el esposo afirma estar de

Cuadro 5

Encoplauf 1996. Actitud del hombre respecto al empleo de métodos de planificación familiar según su propio reporte y la reportada por su esposa (N=992)

<i>Actitud del hombre reportada por la mujer</i>	<i>Actitud del hombre reportada por él mismo</i>				<i>Total</i>
	<i>De acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>No sabe</i>		
De acuerdo	73.79	4.94	0.40		79.13
Desacuerdo	5.95	8.47	0.20		14.62
No sabe	4.13	1.51	0.60		6.25
Total	88.87	14.92	1.20		100.00

acuerdo. Por otra parte, del total de hombres reportados por sus esposas a favor de la PF, 5% de ellos se declara en desacuerdo con ésta.

Cuando el cuadro 5 es calculado discriminando estrato socioeconómico de las parejas (cuadro no incluido), se puede observar que las discrepancias sobre la actitud de los hombres frente a la PF—entre lo planteado por ellos mismos y por las mujeres— se reducen de manera significativa a medida que se pasa de un estrato muy bajo al estrato alto: en el estrato muy bajo 76% de los hombres se declaran de acuerdo con la planificación familiar, mientras las mujeres señalan a 67% de los hombres con esa actitud positiva; en el estrato alto estos porcentajes se incrementan y se acercan entre sí: 92 y 90%, respectivamente. En tanto que entre área rural y área urbana las discrepancias entre los reportes de hombres y mujeres respecto a la actitud del hombre frente a la PF son menos amplias: en el área rural 79% de los hombres se declaran a favor de la PF, en tanto que las mujeres reportan un 74%; mientras que en el área urbana los porcentajes respectivos son de 89 y 85%.

En síntesis, los datos sugieren que aun cuando prevalece un alto nivel de acuerdo entre lo reportado por hombres y mujeres sobre este particular, se registran diferencias significativas entre uno y otro reporte, con una tendencia a declarar entre las mujeres un más bajo porcentaje de hombres a favor del empleo de algún método por su compañera, y que además estas diferencias son más amplias en los

estratos socioeconómicos más bajos. Si esta diferencia indica un sobreinforme de los hombres o un subreporte de las mujeres, no es algo simple de establecer. En cualquier caso, diversos factores podrían estar determinando la diferencia observada —tales como escasa comunicación entre los miembros de la pareja, afirmaciones sustentadas en distintos elementos, inconsistencias entre ideas y acciones, etc.—, pero la confirmación de la diferencia entre unos reportes y otros sin duda reafirma la necesidad de considerar información proveniente de ambos miembros de la pareja.

En cuanto a la responsabilidad de los individuos respecto a la adopción de algún método anticonceptivo, cuando se le pregunta a los hombres a quién en la pareja corresponde la responsabilidad de hacer algo para no tener hijos, 82% responde que a ambos miembros de la pareja y entre las mujeres 80% responde de la misma manera. Sin embargo, si se comparan las respuestas obtenidas por pareja, se observa que el porcentaje de parejas que coincide en proporcionar esa respuesta baja a 67% (vease el cuadro 6). También en este caso el porcentaje de parejas que coinciden en señalar a ambos miembros de la pareja como responsables de hacer algo para no tener hijos se incrementa significativamente al pasar de un estrato más bajo a otro más alto: 59% en el estrato muy bajo, 71% en el estrato bajo y 75% en el estrato medio-alto. En cambio, no se observan diferencias al respecto entre áreas urbana y rural, siendo el porcentaje correspondiente de 68% en ambas (información no incluida en el cuadro).

Cuadro 6

Encoplaf 1996. Responsabilidad de hacer algo para no tener hijos, según respuesta de hombres y de mujeres (N=997)

<i>Respuesta de las mujeres</i>	<i>Respuesta de los hombres</i>				<i>Total</i>
	<i>Ambos</i>	<i>Esposo</i>	<i>Esposa</i>	<i>Otros</i>	
Ambos	67.42	6.82	4.81	0.70	79.75
Esposo	6.02	2.81	1.00	0.00	9.83
Esposa	7.42	1.00	1.10	0.10	9.62
Otros	0.60	0.20	0.00	0.00	0.80
Total	81.46	10.83	6.91	0.80	100.00

La discrepancia en cuanto a quién corresponde la responsabilidad de hacer algo para no tener hijos posiblemente se traduce en fallas o conflictos en la pareja en torno a la adopción de anticonceptivos. En este caso, 30% de las parejas no coinciden en sus ideas al respecto, pero el hecho de que la mayoría de las discrepancias (71%) quedan definidas por una situación en la que algún miembro de la pareja piensa que la responsabilidad es de los dos y el otro piensa que es sólo de uno de ellos no parece representar el escenario más conflictivo o de vacío de responsabilidad para la adopción de anticonceptivos. En síntesis, los elevados porcentajes de hombres, mujeres y parejas que ubican la responsabilidad de hacer algo para no tener hijos en ambos miembros de la pareja sugieren una actitud en la mayoría de los hombres —y de las mujeres— frente a la planificación familiar de responsabilidad compartida entre hombre y mujer, y no como ámbito de imposición de control masculino o de incumbencia sólo femenina.

Otro aspecto de la planificación familiar, la responsabilidad de las decisiones respecto al número de hijos y cuándo tenerlos, es asumida de manera muy similar a la responsabilidad de usar algún método anticonceptivo tanto por hombres como por mujeres en la muestra de la Encoplaf (véase el cuadro 7). Alrededor de 80% de hombres y de mujeres ubican la responsabilidad de estas decisiones en ambos miembros de la pareja y 69% de las parejas coincide al respecto. No obstante, 10% de los hombres y 12% de las mujeres se entienden todavía a sí mismos como responsables únicos de tales decisiones.

Si realizamos el mismo cruce discriminando estrato socioeconómico (cuadro no incluido) nuevamente se observan diferencias significativas entre un estrato y otro, en el cual se incrementa sistemáticamente el porcentaje de parejas que ubican la responsabilidad de estas decisiones en ambos miembros al elevarse el nivel socioeconómico de la pareja: 61% en el estrato muy bajo, 72% en el estrato bajo y 80% en el estrato medio-alto. En cambio, no se observan diferencias significativas cuando se comparan zonas urbanas y rurales, alcanzando 69% de las parejas en ambos tipos de localidades.

Cuadro 7

Encoplaf 1996. Responsabilidad de decisiones respecto al número de hijos y el momento de tenerlos, según respuesta de hombres y de mujeres (N=998)

Respuesta de las mujeres	Respuesta de los hombres				Total
	Ambos	Esposo	Esposa	Otros	
Ambos	69.45	6.21	3.61	0.50	79.77
Esposo	5.11	1.80	1.10	0.00	8.01
Esposa	7.52	2.00	2.00	0.10	11.62
Otros	0.30	0.20	0.00	0.10	0.60
Total	82.38	10.21	6.71	0.70	100.00

Conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos

A fin de conocer y comparar la información sobre métodos anticonceptivos de hombres y mujeres, se estimaron dos índices tanto para hombres como para mujeres: un índice de conocimiento de anticonceptivos y un índice de acceso a anticonceptivos.

El índice de conocimiento va de un valor de 0 a 20, y refleja el conocimiento del individuo sobre 10 tipos de métodos anticonceptivos. Un segundo índice, de acceso a los anticonceptivos, mide el conocimiento de los individuos en términos de dónde es posible obtener un determinado método anticonceptivo.

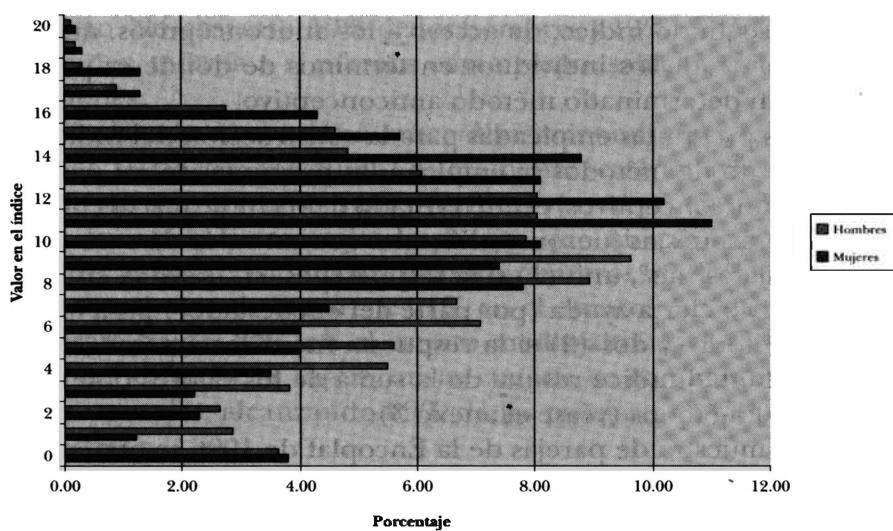
En las preguntas empleadas para la construcción del índice de conocimiento de métodos se emplean las preguntas sobre diversos métodos anticonceptivos; el entrevistado debía indicar si lo conocía o no. Las respuestas fueron codificadas con un valor de cero (0) si la respuesta es "no", uno (1) si la respuesta es "sí", pero el entrevistado requirió cierta ayuda (por parte del encuestador) para identificar el método, y dos (2) si la respuesta fue directamente "sí". El valor final en el índice resulta de la suma de los valores obtenidos para los 10 métodos (véase el anexo 3).

En la muestra de parejas de la Encoplaf de 1996 se obtiene un valor medio del índice de conocimiento de 9.93 puntos para las mujeres y de 8.86 puntos para los hombres. En general, tanto mujeres

como hombres están concentrados en los valores intermedios de la escala (de 8 a 14 puntos), lo que sugiere un conocimiento de nivel intermedio sobre anticonceptivos para ambos sexos (véase la gráfica 1). Sin embargo, la distribución de las mujeres en este índice se observa ligeramente más cargada en valores altos que la de los hombres. La concentración de los hombres en los cinco valores más bajos del índice (de 0 a 4) es de 18%, mientras que el porcentaje correspondiente para las mujeres es de 13%; por otra parte, la concentración de hombres en los cinco más altos valores del índice (16 a 20) es de 4.22%, en tanto que 7.4% de las mujeres quedan en esos valores.

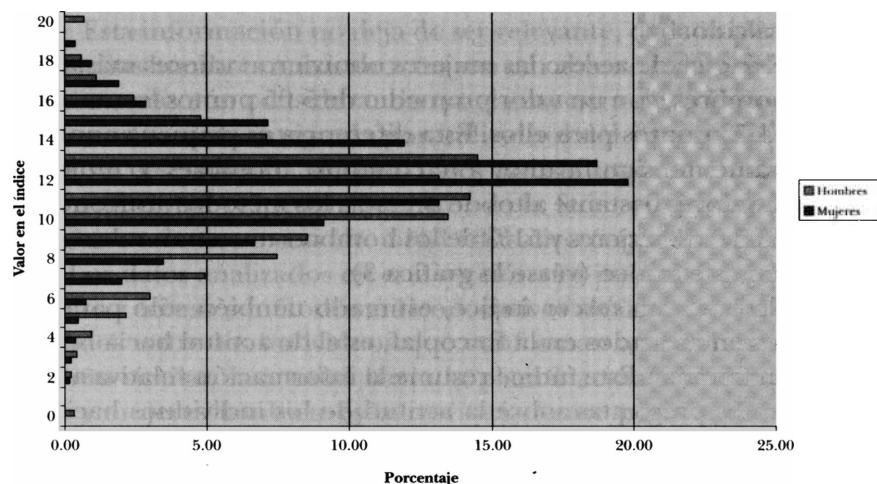
Como indicador de la consistencia de estos índices se estimó el coeficiente alfa de Cronbach, el cual indica la coherencia interna entre los aspectos (preguntas) incluidos para la conformación del índice. Ambos índices (para hombres y para mujeres) muestran una consistencia interna bastante alta, siendo el valor de alfa de Cronbach de 0.84 para el índice de las mujeres y de 0.83 para el de los hombres.

Gráfica 1
Encoplaf 1996. Distribución de hombres y mujeres en el índice de conocimiento de anticonceptivos



Respecto a la muestra de parejas de la Ensare, las mujeres arrojan un valor medio en este índice de 12.03 puntos y los hombres uno de 10.95 puntos (diferencia estadísticamente significativa). De manera similar a lo que se observa en la muestra de la Encoplaf, los individuos de ésta se concentrarán también mayoritariamente en los valores centrales del índice, de tal manera que los valores de 10 a 14 puntos agrupan a 72% de las mujeres y a 62.44% de los hombres. A diferencia de lo que ocurre en los individuos de la muestra de la Encoplaf, es muy pequeño el porcentaje de individuos de la Ensare que quedan ubicados en los primeros cinco valores (los más bajos) de la escala: 1.82% de las mujeres y 4.19% de los hombres, y en cambio son mayores los porcentajes de individuos en los últimos cinco valores de la escala —13.26% de las mujeres y 9.54% de los hombres— que los observados para la Encoplaf (véase la gráfica 2).

Gráfica 2
Ensare 1998. Distribución de hombres y mujeres en el índice de conocimiento de anticonceptivos



Estos datos, junto con mayores valores medios tanto para mujeres como para hombres en la Ensare respecto a la Encoplaf, nos permiten confirmar un mayor conocimiento general de los méto-

dos anticonceptivos entre las parejas de la Ensare respecto a las de la Encoplaf. El hecho de que la muestra de la Encoplaf sea en un 52% rural, y con una más baja escolaridad promedio respecto a la población de la Ensare, explica en buena medida este más bajo conocimiento de anticonceptivos.

La consistencia de los índices de conocimiento estimados para hombres y mujeres de la muestra de la Ensare es más baja que la encontrada para los índices correspondientes de la Encoplaf: el índice de conocimiento de las mujeres tiene un alfa de Cronbach de 0.67 y el de hombres de 0.78. Ambos valores, sin embargo, señalan una consistencia aceptable (mayor de 0.65).

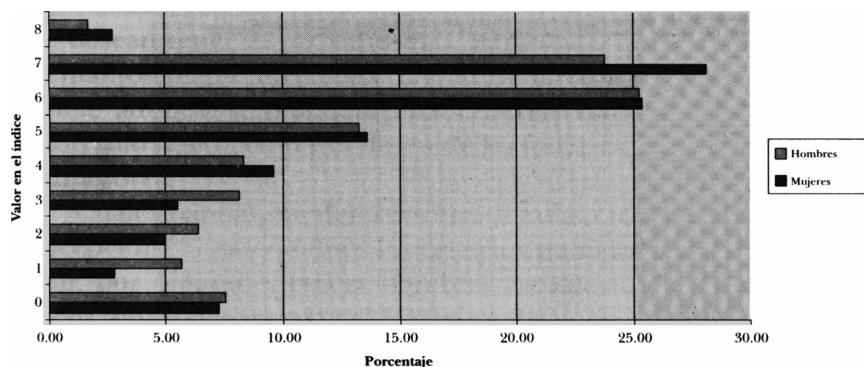
El índice de acceso a anticonceptivos contabiliza las respuestas de los individuos a las preguntas concernientes al conocimiento sobre dónde conseguir ocho distintos métodos y, por tanto, el índice va desde un valor mínimo de 0 a uno de 8, donde cero es el valor que representa a los individuos que no saben cómo acceder a ninguno de los ocho métodos referidos, y 8 representa el valor de quienes indicaron saber cómo y dónde conseguir los ocho métodos (véase el anexo 4). Este índice sólo fue estimado para los individuos de la Encoplaf, ya que la Ensare no incluyó las preguntas empleadas para su cálculo.

En el índice de acceso las mujeres obtuvieron valores más altos que los hombres, con un valor promedio de 5.05 puntos frente a un valor de 4.73 puntos para ellos. Esta diferencia es pequeña aunque estadísticamente significativa. En conjunto, hombres y mujeres muestran valores bastante altos de acceso a los métodos anticonceptivos: 56% de las mujeres y 51% de los hombres muestran valores de 6 o más en este índice (véase la gráfica 3).

Finalmente, un tercer índice, estimado sólo para los individuos encuestados en la Encoplaf, es el de actitud hacia la planificación familiar. Este índice resume la información relativa a cinco diferentes preguntas sobre la actitud de los individuos hacia la planificación familiar. Los valores del índice van de 0 a 10, representando 10 una actitud muy favorable hacia la planificación familiar (véase el anexo 5). Los valores obtenidos por las mujeres y los hombres en este índice son prácticamente iguales: 8.59 y 8.40, respectivamente, indicando en ambos grupos una actitud altamente favorable hacia la planificación familiar. Para ambos grupos los va-

Gráfica 3

Encoplaf 1996. Distribución de hombres y mujeres en el índice de acceso a anticonceptivos



lores de alfa de Cronbach (0.73 para las mujeres y 0.75 para los hombres) señalan una consistencia relativamente alta del índice.

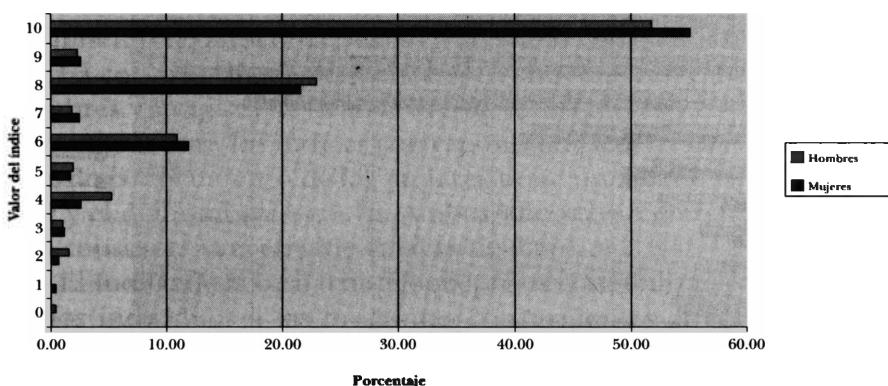
En general, tanto hombres como mujeres muestran una actitud altamente favorable hacia la planificación familiar, con más de la mitad de ambos grupos representados por el valor más alto del índice. Esta información no deja de ser relevante, dada la idea común de que los hombres mexicanos no son tan abiertos a la planificación familiar, más aún considerando que la muestra de la Encoplaf está en buena medida integrada por individuos del área rural y de bajo nivel socioeconómico, de los cuales podría esperarse una actitud más tradicional respecto al control de la fecundidad que la de los hombres urbanos o con alto nivel educativo (véase la gráfica 4).

Los datos analizados en esta sección nos indican que el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos alcanza niveles bastante elevados entre los individuos que conforman ambas muestras. De manera similar, la actitud hacia la planificación familiar de hombres y mujeres también es mayoritariamente positiva. Estos datos confirman y sustentan la relativamente alta prevalencia del uso de anticonceptivos que tiene lugar en el México de hoy: en 2002 se estimaba que 71.4% de las mujeres unidas en edad fértil usan anticonceptivos (Tuirán *et al.*, 2002).

Los niveles de conocimiento y acceso a anticonceptivos de las mujeres son ligeramente mayores a los de los hombres, pero aun-

Gráfica 4

Encoplaf 1996. Distribución de hombres y mujeres en el índice de actitud hacia la planificación familiar



que dichas diferencias son estadísticamente significativas, no parece tratarse de diferencias amplias que ubiquen a unos y otras en condiciones demasiado diferentes de conocimiento o acceso. Una situación similar se observa respecto a las actitudes hacia la planificación de hombres y mujeres, con valores ligeramente más altos entre las mujeres, pero no sustancialmente distintos.

LAS PAREJAS Y EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Para evaluar las características de las parejas que promueven o inhiben de manera significativa el uso de anticonceptivos y, por tanto, los factores que a nivel de pareja definen la adopción de métodos anticonceptivos, es necesario primero definir dos aspectos que guardan estrecha relación con el problema: en primer lugar, cuáles son las parejas que están en necesidad potencial de anticonceptivos y, en segundo lugar, cómo definimos el uso de anticonceptivos cuando la unidad de análisis es la pareja.

El uso o no de anticonceptivos adquiere relevancia y significado en tanto está referido a parejas que por su fecundidad acumulada y por sus deseos reproductivos pueden ser considerados como en situación potencial de usar anticonceptivos, y para quienes la

adopción de anticonceptivos representa un beneficio. Tradicionalmente el estatus de necesidad potencial de anticonceptivos es establecido sólo para las mujeres con base en su condición de fecundidad actual, sus deseos de reproducción futura y el momento en que desean tener el próximo hijo. Pero dado que en este trabajo intentamos mantener como unidad de análisis a la pareja, no es posible adoptar simplemente los criterios tradicionales, considerando sólo la situación y el deseo de las mujeres, e ignorando la de los hombres.

¿Cuáles parejas pueden ser consideradas en necesidad de anticoncepción? Si extendemos los criterios tradicionales podemos estimar, por separado, cuáles hombres y cuáles mujeres, dados sus deseos reproductivos para el futuro, podrían considerarse en dicho estatus. Aquellos individuos que no desean tener más hijos, aquellos que están inseguros al respecto y aquellos que sí desean tenerlos pero después de dos años son considerados como en necesidad de anticonceptivos. Los individuos que desean tener un hijo durante los próximos dos años son clasificados como en no necesidad de anticonceptivos.

El problema surge cuando dicho estatus es comparado para ambos miembros de la pareja; entonces se hace obvio que los deseos reproductivos de los dos no siempre coinciden. En la muestra de 1 021 parejas de la Encoplaf, 17% de ellas están en desacuerdo acerca del deseo de tener otro hijo (en 11% de ellas el hombre desea tener otro hijo pero no la mujer y en 6% se presenta la situación opuesta). En la muestra de parejas de la Ensare estos porcentajes son algo más reducidos: en 7.83% de las parejas el hombre desea tener más hijos pero la mujer no, y en 4.67% es ella quien quiere más hijos y él no.

El deseo de tener otro hijo no es el único criterio para establecer la necesidad potencial de anticonceptivos de los individuos, sino también el momento en que se desea tener ese hijo (antes de dos años o después de dos años). Tal información está disponible en la Encoplaf, pero no en la Ensare. De tal manera que la definición que adoptamos para establecer el estatus potencial de necesidad de anticonceptivos de los individuos de una y otra encuesta no es el mismo. En el caso de la Encoplaf adoptamos el criterio tradicional de combinar deseos reproductivos y el momento en que se

desea el próximo hijo. Para la Ensare combinamos la información sobre deseos reproductivos y la información sobre si el último hijo fue planeado o no. Uno y otro criterio probablemente identifican a diferentes porcentajes de una misma muestra en necesidad de anticonceptivos y, por tanto, no son equivalentes; pero dada la ausencia de información similar para ambas encuestas no contamos con una mejor alternativa.

Si combinamos el estatus potencial de los dos miembros de la pareja podemos definir el estatus de necesidad de anticonceptivos de ella. En los casos en que los dos miembros de la pareja tienen opuestos estatus de necesidad de anticoncepción habría dos opciones básicas para establecer el estatus de la pareja (véanse las gráficas 5 y 6). Una primera opción es considerar que sólo aquellas parejas en que ambos miembros coinciden en sus deseos reproductivos están en necesidad de anticoncepción (726 parejas en la Encoplaf y 397 en la Ensare). Una segunda opción es que, en tanto alguno de los miembros de la pareja puede ser definido como en necesidad de anticoncepción, también la pareja sería considerada en tal estatus (887 parejas en la Encoplaf y 730 en la Ensare). La primera opción lleva, obviamente, a un menor número de parejas consideradas en necesidad de anticoncepción que la segunda.

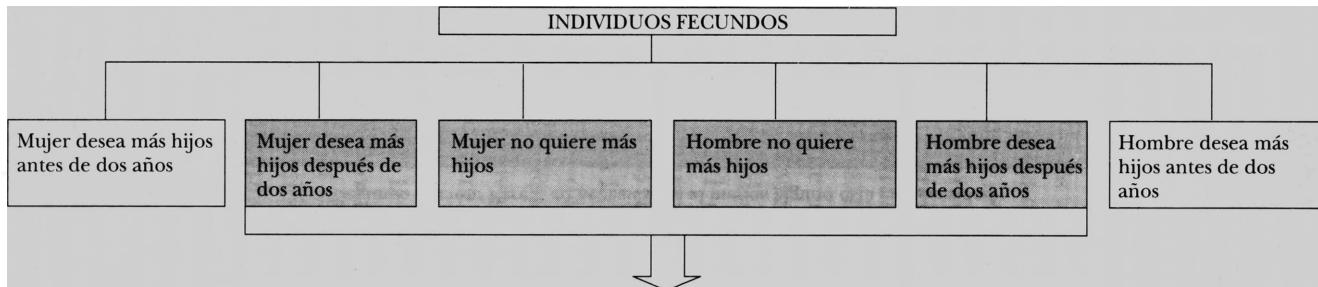
En este trabajo adoptamos la segunda opción; es decir, consideramos que la necesidad de anticonceptivos de cualquiera de los miembros de la pareja colocaría a la pareja en necesidad de ellos, aun cuando no exista entre ellos acuerdo al respecto.

El otro aspecto que necesita ser definido es el uso de anticonceptivos en las parejas. Una vez más los datos evidencian que lo que las mujeres declaran respecto al uso de anticonceptivos en la pareja (respecto a anticonceptivos empleados por ellas o sus compañeros) no necesariamente corresponde a lo que al respecto declaran sus compañeros. Estas disparidades pueden ser originadas por factores como uso de anticonceptivos con parejas extramaritales, empleo de métodos por algún miembro de la pareja sin el conocimiento del otro, diferencias en la percepción de los miembros al respecto, fallas en la comunicación, etcétera.

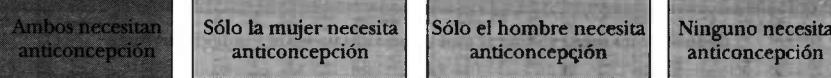
En la muestra de parejas de la Encoplaf 53% de las parejas coinciden en el uso de anticonceptivos por uno de ellos o ambos, y 33% de las parejas coinciden en que ninguno de los dos usa méto-

Gráficas 5

Parejas en necesidad de anticoncepción en la Encoplaf de 1996



Primera opción: Pareja en necesidad sólo si ambos están en necesidad



Segunda opción: Pareja en necesidad si al menos alguno está en necesidad



Individuos en necesidad de anticonceptivos

Parejas en necesidad de anticonceptivos

Gráfica 6

Parejas en necesidad de anticoncepción en la Ensare de 1998



dos anticonceptivos. Pero en 6% de las parejas la mujer afirma que usa y el hombre no, y en 8% de las parejas sólo el hombre declara el uso de anticonceptivos en la pareja. Para el caso de la Ensare, 82% de las parejas coincide en que alguno de los dos emplea algún método anticonceptivo y 13% coincide en que no usan, y sólo en 2% de las parejas el hombre dice que usan y ella no, y en otro 3% de las parejas ella indica que usan y él no.

Como se puede observar, los porcentajes de parejas en desacuerdo no son elevados: 14% en la Encoplaf y 5% en la Ensare. No obstante, podemos considerar dos opciones para identificar a las parejas que usan anticonceptivos en cada muestra: cuando ambos miembros de la pareja coinciden al respecto o cuando se asume que la pareja usa anticonceptivos si al menos uno de los miembros declara que lo hace. De nuevo la segunda opción maximiza el número de parejas que usan anticonceptivos, mientras que la primera lo minimiza. Y nuevamente optamos en este trabajo por la segunda opción, estimando una variable de uso de anticonceptivos que adopta el valor de 1 cuando cualquiera o ambos miembros de la pareja reportan el uso de anticonceptivos y 0 cuando ambos declaran que la pareja no usa anticonceptivos.

Si examinamos la prevalencia de uso de anticonceptivos en las parejas —aquellas definidas como en necesidad de anticoncepción— de ambas encuestas, se puede observar que efectivamente el uso de anticonceptivos es más extendido entre las parejas de la Ensare (78%) que entre las de la Encoplaf (67%). Incluso si comparamos el uso de anticonceptivos entre las parejas urbanas de la Encoplaf con las de la Ensare, sigue evidenciándose una mayor prevalencia en esta última muestra. Como mencionábamos previamente, la muestra de la Ensare al ser población derechohabiente del IMSS está por definición más expuesta a los programas de PF que la muestra de la Encoplaf. Ello sin duda contribuye a la diferencia en estas cifras (véase el cuadro 8).

Examinamos a continuación el papel que diversas características de las parejas juegan en la adopción de métodos anticonceptivos mediante un análisis de regresión logística. Como base del análisis empleamos las submuestras de parejas en necesidad de anticonceptivos de cada encuesta, y usamos como variables predictivas las diferencias y semejanzas de los miembros de la pareja en carac-

terísticas sociodemográficas, ideales y valores distintos. Los resultados de las regresiones logísticas se presentan en los cuadros 9 y 10.

Cuadro 8

Uso de anticonceptivos en las parejas definidas en necesidad potencial

	<i>Encoplaf 1996</i>		<i>Ensare 1998</i>	
	<i>Rural</i>	<i>Urbano</i>	<i>Total</i>	<i>Total</i>
No usan	37.99	28.37	33.37	22.02
Sí usan	62.01	71.63	66.63	77.98
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Encoplaf 1996 y Ensare 1998. Cálculos de la autora.

Cuadro 9

Regresión logit: uso de anticonceptivos en la pareja, Encoplaf 1996

<i>Variables explicativas</i>	<i>Razones de probabilidad</i>
Estrato socioeconómico	
Muy bajo	0.3495**
Bajo ^a	
Medio-Alto	1.9222
Unión libre (dummy)	2.2633*
Zona rural (dummy)	0.5273*
Diferencia en escolaridad en la pareja	
Él cursó 5 años o más que ella	2.7402*
Él cursó de 1 a 4 años más que ella	1.4404
Tienen la misma escolaridad ^a	
Ella cursó de 1 a 4 años más que él	2.2847
Ella cursó 5 años o más que él	19.0565*
Diferencia en total de hijos vivos	
Ella tiene más hijos que él	0.4040*
Igual número de hijos ^a	
Él tiene más hijos que ella	0.4554

Cuadro 9

Regresión logit: uso de anticonceptivos en la pareja, Encoplaf 1996
(continuación)

<i>Variables explicativas</i>	<i>Razones de probabilidad</i>
Diferencia en número ideal de hijos	
Él quiere 3 o más hijos que ella	0.9657
Él quiere 1 o 2 hijos más que ella	0.8858
Quieren igual número de hijos ^a	
Ella quiere 1 o 2 hijos más que él	0.4867*
Ella quiere 3 o más hijos que él	0.6727
Diferencia en el deseo de tener otro hijo	
Los dos quieren más hijos	0.3722
Ninguno quiere más hijos ^a	
Ella quiere más pero él no	1.3769
Él quiere más pero ella no	0.2991*
Diferencia en actitud hacia la planificación	
Ella tiene una actitud bastante más favorable que él	2.2986
Ella tiene una actitud algo más favorable que él	0.4575*
Tienen la misma actitud ^a	
Él tiene una actitud algo más favorable que ella	0.6466
Él tiene una actitud bastante más favorable que ella	1.2888
N	454
Grados de libertad	38
Log Likelihood	-194.4702
Pseudo R2	0.2303

* p<0.005. ** p<0.01. *** p<0.001.

^a Categoría de referencia.

El cuadro 9 muestra los resultados de regresión para el uso de anticonceptivos por las parejas de la Encoplaf. El modelo de regresión incluye tanto variables individuales y de pareja como variables contextuales. En este cuadro se incluyen solamente las variables que resultaron significativas y se omiten aquellas que aun siendo parte del modelo de regresión no evidencian en este modelo final

efectos significativos sobre el uso de anticonceptivos en la pareja; tales variables son edad de la mujer, años de escolaridad de la mujer, número de hijos de la mujer, índice de poder de decisión de la mujer, índice de autonomía de la mujer, diferencias de edad en la pareja, diferencias en el índice de conocimientos de anticonceptivos y diferencias en el acceso a métodos anticonceptivos.

Los resultados señalan dos variables que incrementan de manera significativa el uso de anticonceptivos en las parejas: la unión libre, con un uso 2.6 veces mayor respecto a las parejas legalmente casadas, y las diferencias amplias de escolaridad entre los miembros de la pareja. Cuando el hombre tiene cinco años o más de escolaridad que su pareja, el uso de anticonceptivos —respecto a parejas con la misma escolaridad— aumenta 2.74 veces, y cuando es la mujer quien tiene cinco años o más de escolaridad que su compañero, la razón de probabilidad correspondiente aumenta 19 veces. Se observa así que la escolaridad mucho mayor de alguno de los miembros de la pareja incide positivamente en la adopción de métodos anticonceptivos, siendo particularmente amplio este efecto cuando es la mujer la que tiene más años de escolaridad.

Al mismo tiempo diversos factores reducen significativamente las probabilidades de uso de anticonceptivos en la pareja: estrato socioeconómico muy bajo, residencia en zona rural, el hecho de que la mujer tenga más hijos que su pareja, cuando el número ideal de hijos de la mujer es uno o dos hijos más que los que querría su compañero, cuando sólo el hombre pero no la mujer desea otro hijo y cuando la mujer tiene una actitud algo más favorable que su compañero respecto a la planificación familiar.

Los efectos significativos y negativos de un bajo estrato socioeconómico y de la residencia en áreas rurales confirman la relevancia de estos aspectos contextuales en la adopción de métodos anticonceptivos en la pareja, indicando que, aun controlando por características individuales y de la pareja, aquellas parejas de bajo nivel socioeconómico y las que residen en áreas rurales están en situación de desventaja —con menores probabilidades de usar anticonceptivos— respecto a grupos de población urbana y de más elevado estrato socioeconómico.

El efecto negativo de un número ideal de hijos algo mayor en la mujer, que aparece a primera vista contrario a lo que se espera-

ría, parece sugerir que cuando el hombre tiene una actitud menos favorable que su compañera respecto a la planificación familiar es su actitud más negativa —y no la actitud positiva de ella— la que prevalece en cuanto a la adopción de anticonceptivos.

En cuanto al uso de anticonceptivos en las parejas de la Ensare, los resultados de la regresión logística se muestran en el cuadro 10. También este cuadro presenta sólo aquellas variables que arrojaron efectos significativos sobre las probabilidades de uso de anticonceptivos en las parejas. En esta muestra, dos factores evidencian un efecto positivo y significativo sobre la razón de probabilidad de uso de anticonceptivos en la pareja: los años de escolaridad de la mujer y que el hombre tenga un número ideal de hijos mayor que el de su compañera en uno o dos hijos. Por cada año adicional de estudios de la mujer la razón de probabilidad se incrementaría 15%, mientras que el efecto de la diferencia en el número ideal de hijos a favor de él parece estar actuando a favor del menor número de hijos que quiere la mujer y no del mayor número de hijos que quiere el hombre, ya que la razón de probabilidad de uso —respecto a parejas con el mismo número ideal de hijos— es dos veces mayor.

Cuadro 10

Regresión logit: uso de anticonceptivos en la pareja, Ensare 1998

<i>Variables explicativas</i>	<i>Razones de probabilidad</i>
Estrato socioeconómico	
Muy bajo	1.0063
Bajo ^a	
Medio	0.4535*
Alto	0.9880
Edad de la mujer	
Años de escolaridad de la mujer	
Diferencia en edad en la pareja	
Él mayor cinco o más años	0.4075*
Él mayor de uno a cuatro años	0.8848
Ambos la misma edad ^a	

Cuadro 10

Regresión logit: uso de anticonceptivos en la pareja, Ensare 1998
(continuación)

<i>Variables explicativas</i>	<i>Razones de probabilidad</i>
Ella mayor de uno a cuatro años	1.0939
Ella mayor cinco o más años	0.6407
Diferencia en número ideal de hijos	
Él quiere tres o más hijos que ella	2.0766
Él quiere uno a dos hijos más que ella	2.3370*
Quieren igual número de hijos ^a	
Ella quiere uno o dos hijos más que él	1.2834
Ella quiere tres o más hijos que él	0.6253
Diferencia en índice de conocimiento de anticonceptivos	
Ella conoce bastante más que él	0.3289*
Ella conoce poco más que él	0.3582*
Tienen igual conocimiento ^a	
Él conoce poco más que ella	0.5639
Él conoce bastante más que ella	0.4673
N	649
Grados de libertad	33
Log Likelihood	-274.8155
Pseudo R2	0.1800

* p<0.05. ** p<0.01. *** p<0.001.

^a Categoría de referencia.

Varios factores tendrían un efecto negativo sobre el uso de anticonceptivos en esta muestra. El primer efecto significativo que se señala en el cuadro es el de estrato medio. Curiosamente, los resultados sugieren que la razón de probabilidad del uso de anticonceptivos en el estrato medio es 55% menor al correspondiente para el estrato bajo, lo que contradice la tendencia esperada y observada en el caso de la muestra de la Encoplaf: a mayor estrato socioeconómico mayor uso de anticonceptivos. Una posible explicación podría ser la práctica más extendida de esterilizaciones femeninas o

implantación del DIU por autoridades médicas, sin la debida información y consentimiento del paciente, entre poblaciones más vulnerables como las del estrato bajo. En cualquier caso se trata de un resultado que habría que reexaminar más cuidadosamente para poder ofrecer una explicación satisfactoria y sustentada sobre esto.

Incrementos en la edad de la mujer, una diferencia de edad de cinco o más años a favor del hombre en la pareja y que la mujer conozca poco o bastante más que su pareja de métodos anticonceptivos son los otros factores que se muestran ejerciendo un efecto negativo en el uso de anticonceptivos en la pareja. En este caso observamos que un mayor conocimiento sobre anticonceptivos en la mujer no conlleva a un mayor uso de anticonceptivos en la pareja, en tanto que el efecto negativo que ejerce más bien parece responder a un menor conocimiento del hombre al respecto. En cualquier caso, este resultado coincide con hallazgos previos de que en ocasiones —aun cuando la mujer tiene más educación y está más motivada para usar métodos anticonceptivos— ellas podrían no usarlos por desacuerdos con el esposo y/o la oposición de éste acerca de su uso (Casique, 2003).

Las variables introducidas en este modelo de regresión que no resultaron significativas (y por tanto no se incluyeron en el cuadro 10) son unión libre, índice de poder de decisión de la mujer, índice de autonomía de la mujer, diferencias en el total de hijos vivos, diferencias en el deseo de tener otro hijo, diferencias en el índice de conocimientos de anticonceptivos y diferencias en las metas de vida.

Finalmente, es importante comentar que para ninguna de las dos muestras analizadas los resultados evidencian un efecto significativo de los indicadores de poder de decisión de la mujer y de la autonomía de la mujer. Estos resultados contradicen evidencias halladas en trabajos previos de que tanto el poder de decisión de la mujer como la autonomía de ella tienen un efecto positivo, incrementando las probabilidades de uso de anticonceptivos de las mujeres en México (Casique, 2003). Las diferencias metodológicas del análisis empleado entonces y ahora pueden ser en parte responsables de sus discrepancias: aquel trabajo usaba la muestra de mujeres de la Enapaf de 1995, y sólo variables individuales de la mujer —o del esposo, pero suministradas por la mujer— eran introducidas en el análisis de regresión, en tanto que ahora estamos empleando muestras de

parejas y variables relacionales de la pareja. Es posible que la introducción de ciertas características de las mujeres en relación con las de sus compañeros —tales como diferencias en edad o diferencias en educación— dé cuenta en estos modelos relacionales de los efectos que de otra manera atribuiríamos a los indicadores de empoderamiento. Pero evidentemente se plantea aquí la necesidad de continuar explorando esta relación entre niveles de poder de decisión de las mujeres y su autonomía con el uso de anticonceptivos en las parejas mexicanas en trabajos futuros, que permitan establecer con mayor claridad y precisión la relevancia de estos elementos de empoderamiento en el control de la reproducción de las parejas.

COMENTARIOS FINALES

En respuesta a nuestras preguntas iniciales sobre la postura del hombre mexicano frente a la reproducción y el control de la fecundidad, los datos de la Encoplaf de 1996 sugieren que mayoritariamente los hombres de esta muestra son favorables a la planificación familiar; asumen que la responsabilidad de decidir cuántos hijos tener y de hacer algo para no tenerlos es una realidad que comparten con su esposa o compañera, tienen un conocimiento medio-alto sobre métodos anticonceptivos y son favorables al uso de anticonceptivos por parte de su pareja. Al mismo tiempo se evidencian importantes diferencias en las posturas de los hombres dependiendo de elementos como el estrato socioeconómico y la región rural o urbana.

En conjunto, hombres y mujeres mexicanos no parecen diferir ampliamente en cuanto a metas reproductivas y en actitud hacia la planificación familiar. Aunque en cada uno de estos dos grandes grupos los datos evidencian variaciones en ideales y actitudes respecto a metas reproductivas y control de la fecundidad, existe fundamentalmente un predominio de ideas y actitudes comunes, que plantean —al nivel del discurso— el proceso de toma de decisiones reproductivas como responsabilidad de ambos miembros y una actitud bastante favorable hacia la planificación familiar.

Cuando estas actitudes e ideales son comparados a nivel de pareja el escenario se complica algo más: las discrepancias no sólo en

torno a ideales reproductivos sino también en cuanto a las características sociodemográficas de los miembros de la pareja adquieren un mayor peso específico, afectando el número de hijos que finalmente tienen, así como el uso o no de anticonceptivos por parte de la pareja.

Cuando analizamos los factores que influyen significativamente en la diferencia entre número ideal de hijos e hijos tenidos entre hombres y mujeres, se observan resultados diferenciados que sugieren dinámicas diferenciadas para unos y otros: el conjunto de variables significativas es fundamentalmente distinto para cada grupo. En el análisis de los factores que afectan el uso de anticonceptivos en las parejas dos resultados llaman particularmente la atención. En primer lugar, para la muestra de la Encoplaf se observa que cuando la mujer tiene una actitud más favorable que la de su esposo hacia la planificación familiar, se reduce significativamente la probabilidad de uso de anticonceptivos. En segundo lugar, para la muestra de la Ensare se observa que cuando la mujer tiene un conocimiento sobre métodos anticonceptivos mayor que el de su compañero, también se reducen las probabilidades de que la pareja use algún método. Estos dos resultados nos parecen particularmente relevantes porque ponen de manifiesto el proceso de interacción entre las características de ambos miembros, así como la subordinación de determinadas características de la mujer en relación con la de sus compañeros.

En síntesis, si bien entre las parejas de ambas muestras prevalecen altos porcentajes de hombres y mujeres coincidiendo en términos de ideales reproductivos y posturas frente al control de la fecundidad, lo que sustentaría la conclusión de que en el caso de las parejas mexicanas parece ser más el consenso que la oposición el marco para la toma de decisiones reproductivas, también se observan elementos que sugieren que cuando es el disenso el que prevalece respecto a metas e ideales reproductivos entre hombre y mujer, son los ideales del hombre los que tienden a prevalecer en mayor medida.

Para concluir, los resultados de este trabajo confirman la necesidad de mantener como unidad de análisis a las parejas en estudios futuros. Los análisis a nivel agregado que comparan hombres contra mujeres, sin controlar la relación de pareja, pueden arrojar mayores niveles de concordancia que los encontrados a nivel de pareja.

Por otra parte, el papel que pueden jugar las relaciones de género y de poder sólo se hace evidente cuando se trabaja a nivel de parejas. Finalmente, es evidente que la investigación cuantitativa, por medio de encuestas, tiene grandes limitaciones para el estudio de los procesos de toma de decisión en torno a la reproducción y control de la fecundidad de las parejas. Es necesario complementar y profundizar el análisis de decisiones en torno a la reproducción mediante técnicas cualitativas como entrevistas a profundidad.

ANEXO 1
Índice de poder de decisión de la mujer

Índice de poder de decisión de la mujer (Encoplaf 1996)

Preguntas	Respuestas		
	<i>Él</i>	<i>Ambos</i>	<i>Ella</i>
¿Quién toma las decisiones en su pareja?			
1. Cuántos hijos tener	0	1	2
2. Cómo criar a los hijos	0	1	2
3. Qué gastos cotidianos realizar	0	1	2
4. A qué familiares o amigos visitar	0	1	2
5. Cuándo tener relaciones sexuales	0	1	2

Rango de valores del índice: 0-10

Consistencia del índice: alpha de Cronbach = 0.64

Índice de poder de decisión de la mujer (Ensare 1998)

Preguntas	Respuestas		
	<i>Él</i>	<i>Ambos</i>	<i>Ella</i>
Generalmente, ¿quién de los dos toma las decisiones en la...			
1. Distribución del gasto en el hogar?	0	1	2
2. Distribución del tiempo libre?	0	1	2
3. Crianza y educación de los hijos?	0	1	2

Rango de valores del índice: 0-6

Consistencia del índice: alpha de Cronbach = 0.64

Distribución de mujeres en índices de poder de decisión

<i>Encoplaf 1996</i>		<i>Ensare 1998</i>	
<i>Valor del índice</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Valor del índice</i>	<i>Porcentaje</i>
0	0.7	0	7.18
1	4.63	1	4.94
2	3.47	2	15.24
3	5.41	3	34.00
4	8.88	4	21.77
5	15.06	5	6.01
6	45.45	6	10.86
7	10.23		
8	3.86		
9	1.54		
10	0.77		

ANEXO 2
Índice de autonomía de la mujer

Índice de autonomía de la mujer (Encoplaf 1996)

Preguntas	Respuestas y valores asignados	
	<i>Sí</i>	<i>No</i>
¿Usted le pide permiso a su esposo para...		
1. Salir sola?	0	1
2. Salir con los hijos?	0	1
3. Hacer gastos cotidianos?	0	1
4. Visitar amigas?	0	1
5. Visitar familiares?	0	1
6. Trabajar?	0	1
7. Estudiar?	0	1
8. Usar anticonceptivos?	0	1
9. Participar en actividades comunitarias?	0	1

Rango de valores del índice: 0-9

Consistencia del índice: alpha de Cronbach = 0.86

Índice de autonomía de la mujer (Ensare 1998)

Preguntas	Respuestas y valores asignados		
	Pide permiso	Avisa	Ninguno
Generalmente, ¿usted le pide permiso o le avisa a su esposo para...			
1. Salir sola?	0	1	2
2. Salir con los hijos?	0	1	2
3. Hacer gastos cotidianos?	0	1	2
4. Visitar amistades?	0	1	2
5. Visitar familiares?	0	1	2
6. Participar en actividades comunitarias?	0	1	2

Rango de valores del índice: 0-12

Consistencia del índice: alpha de Cronbach = 0.85

Distribución de mujeres en índices de autonomía

Encoplaf 1996		Ensare 1998	
Valor	Porcentaje	Valor	Porcentaje
0	41.22	0	5.75
1	13.93	1	2.36
2	10.69	2	3.74
3	8.21	3	5.04
4	5.73	4	8.16
5	4.58	5	14.22
6	4.01	6	36.07
7	4.39	7	12.16
8	3.05	8	5.32
9	4.20	9	2.05
		10	2.40
		11	1.16
		12	1.57

ANEXO 3
Índice de conocimiento de anticonceptivos

¿Ha oido hablar de...?

Pastilla o píldora

Dispositivo, DIU o aparato

Inyecciones

Norplant, tubitos o implantes

Ovulo, jaleas o diafragma

Preservativos o condón

Operación femenina, ligadura u OTB

Operación masculina o vasectomía

Ritmo, calendario, Billings o abstinencia

Retiro o coito interrumpido

Respuestas y valores asignados

Sí = 2

Sí, con ayuda = 1

No = 0

Rango: 0-20

Distribución de hombres y mujeres en el índice de conocimiento

Menos conocimiento	Valor del Índice	Encoplaf 1996		Ensare 1998	
		Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	0	3.80	3.63	0.07	0.31
	1	1.20	2.85	0.06	0.07
	2	2.30	2.65	0.14	0.19
	3	2.20	3.83	0.23	0.42
	4	3.50	5.50	0.35	0.95
	5	4.00	5.59	0.45	2.14
	6	4.00	7.07	0.76	2.97
	7	4.50	6.67	1.97	4.95
	8	7.80	8.93	3.47	7.48
	9	7.40	9.62	6.65	8.53
	10	8.10	7.85	9.06	13.47
	11	11.00	8.05	13.13	14.22
	12	10.20	8.05	19.79	13.15
	13	8.10	6.08	18.69	14.51
	14	8.80	4.81	11.94	7.09
	15	5.70	4.61	7.16	4.79
	16	4.30	2.75	2.84	2.39
	17	1.30	0.88	1.89	1.08
	18	1.30	0.29	0.97	0.58
	19	0.30	0.20	0.38	0.02
	20	0.20	0.10	0.02	0.68
Más conocimiento					

ANEXO 4
Índice de acceso a métodos anticonceptivos

¿Sabe dónde conseguir...

Pastilla o píldora?

Dispositivo, DIU o aparato

Inyecciones

Norplant, tubitos o implantes

Óvulos, jaleas o diafragma

Preservativos o condón

Operación femenina, ligadura u OTB

Operación masculina o vasectomía

Ritmo, calendario, Billings o abstinencia

Retiro o coito interrumpido

Respuestas y valores asignados

Sí = 1

No = 0

Valores: 0-8

Distribución en el índice de acceso a anticonceptivos

Menos acceso

Valor del índice	Encoplaf 1996	
	Mujeres	Hombres
0	7.25	7.54
1	2.84	5.68
2	5.00	6.37
3	5.48	8.13
4	9.60	8.33
5	13.61	13.22
6	25.37	25.27
7	28.11	23.80
8	2.74	1.67
Total	100.00	100.00

Más acceso

ANEXO 5
Índice de actitud hacia la planificación familiar

<i>Preguntas</i>	<i>Respuestas y valores asignados</i>		
	<i>Acuerdo</i>	<i>Desacuerdo</i>	<i>No sabe</i>
a) Una pareja tiene derecho a decidir cuántos hijos tener	2	0	1
b) Una persona debe tener todos los hijos que Dios le mande	0	2	1
c) Los jóvenes solteros deben conseguir métodos de planificación familiar si los necesitan	2	0	1
d) Si un hombre deja a su esposa usar un método de planificación familiar muestra debilidad	0	2	1
e) Las familias que planifican viven mejor económicamente	2	0	1

Rango de valores: 0-10

Distribución de hombres y mujeres en el índice de actitud

<i>Actitud menos positiva</i>	<i>Valor del índice</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
0	0.00	0.39	
1	0.40	0.10	
2	0.70	1.57	
3	1.20	0.98	
4	2.51	5.22	
5	1.71	1.87	
6	11.84	10.93	
7	2.41	1.77	
8	21.46	22.93	
9	2.61	2.36	
10	55.17	51.87	
Total	100.00	100.00	

↓

Actitud más positiva

BIBLIOGRAFÍA

- Bankole, Akinrinola, y Susheela Singh (1998), "Couple's fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man's Voice", *International Family Planning Perspectives*, 24(1): 15-24.
- Barbieri, Teresita de (1984), *Mujeres y vida cotidiana*, México, Fondo de Cultura Económica-Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.
- Becker, S. (1996), "Couples and Reproductive Health: A Review of Couples Studies", *Studies in Family Planning*, 27: 291-306.
- Beckman, L. J. (1983), "Communication, Power and the Influence of Social Networks in Couple Decisions on Fertility", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 2, pp. 415-443, Nueva York, Academic Press.
- Biddlecom, Ann, John B. Casterline y Aurora Pérez (1997), "Spouses' Views of Contraception in the Phillipines", *International Family Planning Perspectives*, 23(3): 108-115.
- Casique, Irene (2003), "Uso de anticonceptivos en México. ¿Qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina?", *Papeles de Población*, 35: 209-232.
- Cohen, Sylvie, y Michele Burger (2000), "Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health", *Technical Paper*, núm. 3, United Nations Population Fund.
- Djamba, Yanyi K. (1995), "Family Planning in Africa: Old Beliefs and New Perspective", *African Population Studies/Etude de la Population Africaine*, 10(1), 13 pp.
- Dodoo, F. (1993), "A Couple Analysis of Micro Level Supply/Demand Factors in Fertility Regulations", *Population Research and Policy Review*, 12(2): 93-101.
- (1998), "Men Matter: Additive and Interactive Gendered Preferences and Reproductive Behavior in Kenya", *Demography*, 35(2): 229-242.
- , Ye Luo y Evelina Panayotova (1997), "Do Male Reproductive Preferences Really Point to a Need to Refocus Fertility Policy?", *Population Research and Policy Review*, 16: 447-455.
- (2001), "Fertility Preferences and Contraceptive Use: A Profitable Nexus for Understanding the Prospects for Fertility Decline in Africa", *Workshop on Prospects for Fertility Decline in High Fertility Countries*, United Nations Secretariat, Population Division, Nueva York, 9-11 de julio.
- Ezech, Alex Chika (1993). "The Influence of Spouses Over Each Other's Contraceptive Attitudes in Ghana", *Studies in Family Planning*, 24(3): 163-174.

- Ezeh, A.C., M. Seroussi y H. Raggers (1996), "Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences", *Demographic and Health Surveys (DHS), Comparative Studies*, núm. 18, Macro International, Calverton.
- Figueroa, Juan Guillermo (1998a), "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones", en S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México.
- (1998b), "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva", *Cuadernos de Salud Pública*, 14 (1): 87-96.
- Gómez de León, José, y Daniel Hernández (1998), *Pobreza y uso de métodos anticonceptivos en el México rural*, Seminario Pobreza, Fecundidad y Planificación Familiar, México, CICRED/IIS-UNAM/UNFPA.
- Greene, Margaret, y Ann Biddlecom (1997), "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles", Policy Research Division-Working Paper, núm. 103, The Population Council, Nueva York.
- Guttman, Mathew (1996), *The Meanings of Macho. Being a Macho in Mexico City*, Berkeley, University of California.
- Jejeebhoy, S. (1991), "Women's Status and Fertility: Successive Cross-Sectio nal Evidence from Tamil Nadu, India, 1970-1980", *Studies in Family Planning*, 22: 217-230.
- , y S. Kulkarni (1989), "Reproductive Motivation: A Comparison of Wives and Husbands in Maharashtra, India", *Studies in Family Planning*, 20: 264-272.
- Kritz, M. M., P. Makinwa-Adebuseye y F. Du (1995), Women's Decision-Making Inputs, Spousal Agreement and Family Planning in Nigeria, ensa yo presentado en la 1995 Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco, California.
- Lasse, Ashraf, y Stan Becker (1997), "Husband-Wife Communication About Family Planning and Contraceptive Use in Kenya", *International Family Planning Perspectives*, 23(1): 15-20.
- Lerner, Susana, y André Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México", en Francisco Alaba y Gustavo Cabrera (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México.
- Makinwa-Adebuseye, Paulina, y Mary M. Kritz (1997), "Reproductive Decision-Making in Nigeria: an Overview", *African Population Studies/ Etude de la Population Africaine*, 12(1), 18 pp.
- Mason, Karen Oppenheimer, y Anju Malhotra (1987), "Differences Between Women's and Men's Reproductive Goals in Developing Countries", *Population and Development Review*, 13(4): 611-638.

- Mason, Karen Oppenheimer, y Herbert L. Smith (2000), "Husbands' versus Wives' Fertility Goals and Use of Contraception: The Influence of Gender Context in Five Asian Countries", *Demography*, 37(3): 299-311.
- Mehryar, Amir, F. Mostafavi y Homa Agha (2001), "Men and Family Planning in Iran", ponencia presentada en la XXIV Conferencia Mundial de la IUSSP, Bahía, Brasil, agosto.
- Mojarro, Octavio, y Elena Zúñiga (1999), "Veinticinco años de planificación familiar en México", en Conapo, *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población.
- Mundigo, Axel (1998), "Re-conceptualizing the Role of Men in the Post-Cairo Era", Seminar on Men, Family Formation and Reproduction, IUSSP, Committee on Gender and Population, Buenos Aires, Argentina.
- Olavarriá, J., T. Valdés, G. Guajardo, R. Parini y T. Tomicic (2002), "Panorama de la investigación sobre el rol y las responsabilidades de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres: identificación de tendencias emergentes, vacíos y desafíos (1994-2002)", INSTRAW (mimeo.).
- Thomson, Elizabeth (1997), "Couple Childbearing Desires, Intentions, and Births", *Demography*, 34(3): 343-354.
- , Elaine McDonald y Larry Bumpass (1990), "Fertility Desires and Fertility: Hers, His, and Theirs", *Demography*, 27(4): 579-588.
- Tuirán, Rodolfo, Virgilio Partida, Octavio Mojarro y Elena Zúñiga (2002), "Tendencias y perspectivas de la fecundidad", en Conapo, *La situación demográfica de México*, México, Consejo Nacional de Población.

REPRODUCCIÓN MASCULINA Y DESIGUALDAD SOCIAL EN MÉXICO¹

OLGA ROJAS²

INTRODUCCIÓN

Durante la segunda mitad del siglo xx, México experimentó significativas transformaciones demográficas caracterizadas sobre todo por un descenso acelerado de la fecundidad y un aumento sistemático en la esperanza de vida. En materia de fecundidad, la reducción empezó a registrarse hacia finales de los años sesenta (con las generaciones nacidas posteriormente a 1936) y sobre todo en las localidades urbanas, ganando terreno posteriormente en las localidades rurales. Entre 1967 y 1986 las tasas globales de fecundidad de las mujeres mexicanas pasaron de 7.5 a 3.8 hijos por mujer, y hacia 1998 la fecundidad femenina se había reducido ya a 2.6 hijos por mujer (Zavala, 2005). Hoy en día el declive de esta variable es tal que se plantea incluso como posible que el país se encuentre en un nivel de remplazo generacional hacia 2005 (Conapo, 2004).

La particularidad de este proceso de transición de la fecundidad en México ha sido la activa participación del Estado para favorecer la reducción de esta variable a partir de 1973. Se ha señalado con frecuencia que esta significativa transformación demográfica en materia de fecundidad ha estado muy relacionada con el avance de los programas de planificación familiar y con el notable incre-

¹ Quiero agradecer la colaboración de la doctora Rosalba Rojas en la elaboración de este documento, así como los valiosos comentarios y sugerencias de Juan Guillermo Figueroa, Brígida García, Doroteo Mendoza, Susana Lerner e Ivonne Szasz, que contribuyeron a mejorar de manera sustantiva este trabajo.

² Profesora investigadora del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México; correo electrónico: orojas@colmex.mx

mento de la práctica anticonceptiva moderna entre las parejas conjugales mexicanas (Mier y Terán y Partida, 2001).

Hay que señalar que estas tendencias en la regulación de la fecundidad estuvieron también muy relacionadas con el surgimiento de nuevas representaciones en cuanto al tamaño de la procreación, ya que las parejas mexicanas ya no consideraban que una descendencia numerosa fuera necesaria para la organización de sus unidades domésticas, ni que la ayuda de los hijos en otras etapas constituyera un apoyo para su sobrevivencia (Lerner y Quesnel, 1994).

Éste es el contexto en el que entonces se dan las condiciones adecuadas para modificar la práctica reproductiva, en el cual puede entonces analizarse la intervención del Estado y sus instituciones de salud no sólo en las prácticas reproductivas y de anticoncepción, sino también como ámbito de socialización y difusión de normas y hábitos de procreación (Lerner, Quesnel y Yanes, 1994).

Sin embargo, se reconoce que los programas institucionales de planificación familiar han orientado prioritariamente sus estrategias hacia las mujeres, haciendo de ellas las principales responsables del uso efectivo de la anticoncepción en el país (Conapo, 2004).

Por otro lado, hoy en día resulta fundamental señalar que a 10 años de haberse celebrado la Quinta Conferencia Internacional de Población de El Cairo (1994), el enfoque de salud reproductiva ha contribuido no sólo a ampliar la investigación social en torno a la reproducción humana, sino sobre todo a incorporar analíticamente dimensiones relacionadas con la desigualdad de género y con la inequidad socioeconómica —esta última ya había sido abordada con profundidad en los estudios latinoamericanos sobre reproducción humana durante los años setenta y parte de los ochenta del siglo xx, particularmente por los investigadores de la Comisión sobre Población y Desarrollo del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clacso) (Szasz y Lerner, 2002)—. Por ello, nuevos actores sociales han sido considerados en estos esfuerzos de investigación, y entre ellos los varones han adquirido creciente importancia.

Tradicionalmente la investigación demográfica en torno a la fecundidad ha centrado su análisis en la experiencia vivida y declarada por las mujeres (Watkins, 1993), ya que se asume que, por ser ellas quienes experimentan los embarazos (en tanto proceso fisiológico), son quienes de manera directa pueden brindar la informa-

ción que se requiere para contar con una buena medición de la fecundidad. Ello ha propiciado, en buena medida, que las políticas y programas interesados en regular la fecundidad, o bien en brindar servicios para que las personas decidan sobre la misma, se centren en los procesos reproductivos de las mujeres y en sus prácticas sexuales (Figueroa, 1998).

Lo anterior ha propiciado que las referencias a los varones en materia reproductiva se basen en algunas ocasiones en las respuestas directas de las mujeres, las cuales incluso se aceptan como más confiables en aquellos casos en que los varones contestan de manera distinta (Fariyal *et al.*, 1993), o bien se sustenten en supuestos sobre su comportamiento reproductivo muchas veces considerados como obvios sin ponerse en cuestionamiento, a pesar de que hay ya evidencias provenientes de la investigación que obligarían a matizarlas (Greene y Biddlecom, 2000). Todo ello se deriva del prejuicio que existe en el ámbito demográfico respecto a los varones, a quienes se considera como informantes no relevantes o poco confiables respecto a los componentes de los procesos reproductivos de las parejas (Figueroa, 1998).

De aquí se entiende entonces que existan pocos desarrollos teóricos para interpretar la reproducción desde la experiencia de los varones y que no se cuente con suficientes esquemas analíticos —como en el caso de los estudios sobre las mujeres—, que de manera directa o indirecta permitan orientar la generación de información para conocer la forma en que la población masculina construye sus experiencias reproductivas (Figueroa, 1998).

Este entorno es una referencia relevante para el trabajo que ahora se presenta y cuyo objetivo es ilustrar diversas características de las prácticas reproductivas de una población masculina particular: los varones derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Para ello utilizamos los datos provenientes de la Encuesta de Salud Reproductiva³ con población derechohabiente que dicha institución realizó en 1998.

Cabe destacar que en el caso de la sociedad mexicana —como buena parte de las sociedades latinoamericanas—, caracterizada por ser desigual y polarizada, se ha considerado desde hace tiempo

³ A la que denominaremos de aquí en adelante Ensare.

que la pertenencia de las personas a diferentes sectores o estratos sociales constituye un factor de vital importancia que permite un mejor entendimiento de los diversos dinamismos demográficos, en particular de las prácticas sociales asociadas a la reproducción, tema que nos ocupa en este trabajo. La desigualdad en las condiciones de vida entre los diferentes estratos socioeconómicos implica también desigualdad en las elecciones y en las oportunidades para elegir, cuestiones que influyen directamente en las prácticas sociales de las personas (García y Oliveira, 1990).

Por ello, el eje de análisis de este trabajo será la desigualdad social, a la que consideramos como contexto sociocultural estructurante y diferenciador de las experiencias y prácticas reproductivas de las personas. Nuestra aproximación a esta desigualdad será a través de la estratificación de la población en estudio —aparentemente homogénea dada su residencia urbana y su derecho a los servicios de salud del IMSS— en dos estratos socioeconómicos: bajo y medio. Interesa señalar que el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México conformó originalmente para esta encuesta cuatro estratos socioeconómicos: 1) muy bajo, 2) bajo, 3) medio y 4) alto, a partir de un índice de desigualdad social basado en tres características fundamentales de los hogares: *a*) la calidad de la vivienda; *b*) la escolaridad media relativa de todos los miembros del hogar, y *c*) la ocupación mejor remunerada de los miembros del hogar (véase el artículo de Carlos Echarri en este mismo libro). Sin embargo, debido a la escasa proporción de hombres derechohabientes entrevistados en esta encuesta de los estratos muy bajo y alto (véase el cuadro 1), y con la finalidad de facilitar el análisis, decidimos agrupar a los hombres entrevistados de estrato muy bajo y bajo en un solo estrato, al que denominaremos en adelante *estrato bajo*; en tanto que agrupamos a los varones de estrato medio y alto en otro que llamaremos *estrato medio*.

A lo largo del trabajo hacemos comparaciones entre los varones de ambos estratos socioeconómicos —al igual que dentro de dichos estratos al dividir a la población en estudio en distintos grupos de edad—, a fin de detectar la existencia de diferencias, semejanzas y matices en las características que asumen diversas dimensiones de sus experiencias reproductivas, con el afán de aportar algunos elementos explicativos de las mismas y de su posible in-

Cuadro 1
Proporción de varones unidos por estrato socioeconómico

<i>Estrato socioeconómico</i>	<i>Porcentaje</i>
Muy bajo	8.6 (258)
Bajo	51.3 (1536)
Medio	28.9 (864)
Alto	11.2 (334)
Total	100.0 (2992)

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

fluencia sobre el nivel de la fecundidad⁴ de estos varones. Al mismo tiempo planteamos preguntas y sugerimos posibles hipótesis interpretativas de lo encontrado, que bien pueden orientar futuros esfuerzos de investigación sobre el tema.

Cabe resaltar, como ya se ha dicho, que en este estudio también valoramos el análisis de la ubicación diferencial en el tiempo histórico-social de la población masculina en estudio, para lo cual hemos conformado cuatro grupos de edad:

- a) Jóvenes (de 20 a 29 años).
- b) Adultos jóvenes (de 30 a 39 años).
- c) Adultos de edad media (de 40 a 49 años).
- d) Adultos mayores (de 50 a 59 años).

Las dimensiones que hemos identificado para analizar con mayor detalle las experiencias reproductivas masculinas son las siguientes:

- Las primeras transiciones vitales de los varones: el inicio de la actividad sexual y de la vida conyugal.
- El número de uniones y su repercusión en el número de hijos tenidos.

⁴ Nos aproximaremos a este nivel de fecundidad mediante una medida de corte transversal: el promedio de hijos nacidos vivos de los varones unidos al momento de la encuesta.

- La llegada del primer hijo.
- Los hijos de relaciones extraconyugales.
- La regulación actual de la fecundidad conyugal.

LA FUENTE DE INFORMACIÓN Y LA POBLACIÓN MASCULINA EN ESTUDIO

La Ensare fue aplicada a nivel nacional en hogares de personas de rechohabitantes del IMSS, los cuales son predominantemente urbanos. La realización de esta encuesta incluyó un cuestionario de hogar, otro para las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) y otro muy similar para la población masculina de 12 a 59 años.⁵ Además, hay que señalar que si bien la población entrevistada se restringe a la población derechohabiente del IMSS,⁶ se trata de una encuesta sobre la salud reproductiva de esta población y no de una encuesta demográfica tradicional, que amplifica de manera significativa las posibilidades para la exploración con más detalle de algunas características de la experiencia reproductiva de las parejas. Para el caso de los varones derechohabientes, quienes constituyen nuestra población de interés, esta encuesta brinda información no sólo sobre el total de hijos nacidos vivos en cada unión conyugal, sino también de los hijos tenidos como producto de relaciones extraconyugales.⁷ Se abunda también en datos sobre el uso de anticoncepción para regular la fecundidad conyugal (con la pareja estable), particularizando en el tipo de método usado.⁸

Dado nuestro interés por analizar las prácticas reproductivas de los varones, hemos acotado a la población masculina en estudio a aquella que al momento de la encuesta contaba con edades entre

⁵ Para ampliar la información respecto al diseño metodológico de esta encuesta, consultese el documento de Mendoza *et al.* (2000a).

⁶ La muestra de hogares estuvo conformada por 4569; la de mujeres fue de 5 405; en tanto que la muestra masculina estuvo constituida por 2992 varones.

⁷ Se entiende, de acuerdo con la pregunta que se planteó a los varones entrevistados, que se trata de relaciones establecidas por ellos con otras mujeres de manera simultánea a sus relaciones conyugales.

⁸ Para mayor detalle sobre los temas abordados en el cuestionario de varones, véase Rojas y Lerner (2001).

los 20 y los 59 años y que además estaba unida.⁹ Este recorte fue necesario porque en esta población encontramos casi la totalidad de los casos de varones entrevistados que habían tenido hijos nacidos vivos y que estaban cohabitando con su cónyuge.¹⁰ En este sentido, cabe destacar que al seleccionar sólo a los varones unidos la estructura por edad se modifica de manera notable respecto a aquella de la muestra masculina general. Al disminuir la población joven —de 20 a 29 años— e incrementarse de manera proporcional la población de 30 años y más se observa un obvio envejecimiento relativo. De tal suerte que las características sociodemográficas de la población masculina unida y con edades entre los 20 y los 59 años,¹¹ agrupada según el estrato socioeconómico, son las siguientes:

Cuadro 2
Características sociodemográficas de los varones unidos de 20 a 59 años

Características	Estrato socioeconómico		
	Bajo	Medio	Total
Total	62.5 (1 180)	37.5 (709)	100.0 (1 889)
Edad	100.0	100.0	100.0
Jóvenes (20-29 años)	31.2	17.0	26.2 (495)
Adultos jóvenes (30-39 años)	32.0	33.9	34.3 (647)
Adultos de edad media (40-49 años)	19.8	27.9	23.7 (448)
Adultos mayores (50-59 años)	17.0	21.2	15.8 (299)
Edad promedio	36.9	39.9	38.1

⁹ Entendemos por población unida a aquella que al momento de ser encuestada se encontraba en unión libre o casada en matrimonio civil y/o religioso.

¹⁰ Hemos dejado de lado a la población adolescente —con edades entre los 12 y los 19 años— y a la población soltera, independientemente de su edad, ya que en ellas se encontraron muy pocos casos de varones con al menos un hijo nacido vivo. También dejamos de lado a la población masculina separada, divorciada y viuda, porque además de estar representada por muy pocos casos en la encuesta, nos interesa analizar los dinamismos conyugales en materia reproductiva y anticonceptiva.

¹¹ Esta subpoblación masculina corresponde a 63.14% del total de la muestra; es decir, a 1 889 casos que, de acuerdo con el factor de expansión, corresponden a 4 600 261 varones unidos derechohabientes del IMSS.

Cuadro 2
Características sociodemográficas de los varones unidos de 20 a 59 años
(continuación)

<i>Características</i>	<i>Estrato socioeconómico</i>		
	<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Total</i>
Escolaridad	100.0	100.0	100.0
Sin escolaridad y primaria			
incompleta	18.3	5.7	13.5 (255)
Primaria completa	22.9	12.2	19.9 (375)
Secundaria	35.6	28.1	35.4 (669)
Preparatoria	15.2	21.7	16.8 (317)
Universidad	8.0	32.3	14.5 (273)
Cónyuge trabaja	100.0	100.0	100.0
Sí	22.3	41.2	26.7 (504)
No	77.7	58.8	73.3 (1 385)
Tipo de unión actual	100.0	100.0	100.0
Matrimonio (civil y/o religioso)	84.9	91.1	87.1 (1 646)
Unión libre	15.1	8.9	12.9 (243)
Hijos nacidos vivos	100.0	100.0	100.0
0	5.3	7.3	6.7 (127)
1	20.6	14.4	17.5 (330)
2	26.9	25.2	27.1 (511)
3 o 4	27.7	41.4	33.1 (625)
5 o más	19.5	11.7	15.5 (293)
<i>Promedio de hijos nacidos vivos</i>	<i>3.1</i>	<i>2.8</i>	<i>2.9</i>

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

De acuerdo con los datos de la encuesta, observamos que la población masculina unida derechohabiente del IMSS es predominantemente joven, ya que poco más de 60% tenía al momento de la encuesta menos de 40 años. En cuanto al nivel de escolaridad cabe señalar que, aunque cerca de las dos terceras partes de los varones encuestados había alcanzado el nivel de la enseñanza secundaria, no deja de llamar la atención que una proporción importante (poco más de 30%) contaba solamente con estudios de primaria o

inferiores. Se trata en su mayoría de obreros o empleados, por lo que no es de extrañar que poco más de 60% de nuestra población de interés pertenezca al estrato socioeconómico bajo.

Por otro lado, destaca el hecho de que la mayoría de las cónyuges de estos varones (73.3%) no desempeñaba una actividad económica; es decir, se trata de amas de casa. Por lo que respecta al tipo de unión, hay que comentar que si bien la gran mayoría de las parejas derechohabientes se encuentra unida en matrimonio (87.1%), una proporción nada despreciable se halla unida consensualmente (12.9%).

Es importante comentar que al subdividir a la población masculina unida en dos estratos socioeconómicos: bajo y medio, la estructura por edad resultante para cada uno de ellos no es la misma. Como se muestra en el cuadro 2, la población masculina de estrato bajo es significativamente más joven¹² que aquella de estrato medio, ya que poco más de 60% son menores de 40 años. Y, a su vez, en este último estrato se encuentran proporcionalmente más representados los adultos de edad media y los adultos mayores (quienes tienen 40 años y más, y representan en este estrato casi 50%). Estas diferencias en las estructuras por edad de los estratos socioeconómicos deberán ser tomadas en consideración en los análisis subsiguientes.

Si se observa el grado de escolaridad alcanzado por los derechohabientes, pueden constatarse claras diferencias entre ambos estratos socioeconómicos, que evidencian las desiguales condiciones y oportunidades para acceder a la educación. Mientras una abrumadora mayoría de los varones de estrato medio (82%) tiene un nivel de secundaria y más, este nivel de escolaridad sólo lo tiene poco menos de 60% de los varones de estrato bajo. Más aún, baste observar que 32% de los hombres de estrato medio cuentan con estudios de licenciatura, en tanto que a la universidad sólo ha asistido 8% de los derechohabientes de estrato bajo.

Respecto a la condición de actividad de las cónyuges de estos varones, observamos que es más común en el estrato medio que ellas se encuentren insertas en el mercado de trabajo, pues alcan-

¹² Lo cual tiene que ver, como lo veremos más adelante, con la propensión observada entre los varones de estrato bajo a unirse a edades más tempranas que los varones de estrato medio.

zan una proporción de 41.2%, que representa casi el doble de aquella correspondiente a las cónyuges de estrato bajo (22.3%).¹³

Por lo que se refiere al tipo de unión conyugal actual de los derechohabientes del IMSS, también encontramos diferencias importantes entre ambos estratos, ya que la cohabitación (unión libre) resulta ser más común entre las parejas de estrato bajo (15.1%) que entre aquellas de estrato medio (8.9%).

En cuanto al tamaño de las descendencias masculinas según el estrato socioeconómico, hay diferencias que se aprecian más claramente a partir del tercer hijo, ya que una buena parte de los varones de estrato medio (41.4%) tiene entre tres y cuatro hijos, mientras que una proporción bastante menor (27.7%) de los derechohabientes de estrato bajo tiene este número de hijos. Esta situación se invierte al considerar descendencias de cinco o más hijos, puesto que tener este número de hijos parece ser más común entre los varones de estrato bajo (casi 20%), en tanto que sólo 11.7% de los derechohabientes de estrato medio ha tenido cinco o más hijos. Estos porcentajes adquieren mayor relevancia si tomamos en cuenta que la población masculina de estrato bajo tiene una estructura por edad más joven que aquella de la población de estrato medio, como ya se había mencionado.

Consideramos que las diferencias que hemos encontrado entre los varones que estamos estudiando, de acuerdo con su pertenencia a uno u otro estrato socioeconómico, constituyen factores importantes que pueden estar dando forma a las experiencias reproductivas masculinas, y por ello habrán de ser tomadas en consideración a la hora de analizar las diversas dimensiones en las que las hemos desglosado para su estudio.

LA FECUNDIDAD MASCULINA

En este apartado analizamos el nivel de la fecundidad masculina de los derechohabientes del IMSS, de acuerdo con su pertenencia a uno u otro estrato socioeconómico. Para aproximarnos a su estimación

¹³ Esta mayor participación económica de las mujeres en los estratos medios ha sido reportada en diversos estudios (García y Oliveira, 1990; García y Oliveira, 1994).

utilizamos —pese a su evidente limitación analítica— el promedio de hijos nacidos vivos¹⁴ tenidos por los varones.

Si bien nos acercamos a la estimación del nivel de la fecundidad masculina, no buscamos en esta ocasión su comparación y mucho menos su coincidencia con la estimación de la fecundidad femenina. Para revisar comparaciones en este sentido, puede consultarse el trabajo de Quilodrán y Sosa (2001), quienes detectan en un estudio, basado en estadísticas vitales e información censal, que en México la fecundidad masculina es más tardía y más elevada que la femenina, pero no tanto más elevada como para pensar que la *ilegitimidad* sea un rasgo dominante. Estas autoras señalan como las causas más probables de esta diferencia el periodo fértil más prolongado de los varones que el de las mujeres; la mayor proporción de varones que de mujeres que contrae al menos una unión; la mayor frecuencia del *rematrimonio* entre los hombres que entre las mujeres, y, por último, la diferencia de edades entre los cónyuges (aproximadamente de cuatro años en los años noventa del siglo XX). Por otro lado, está también el estudio de Mendoza *et al.* (2000b), quienes, con información de la propia Ensare, comparan la fecundidad acumulada de mujeres y de hombres y concluyen que la fecundidad estimada con la información provista por los varones es equivalente a la que se obtiene de la información aportada por las mujeres. La diferencia radica, según estos investigadores, en que la edad en el momento de la unión de los varones es en promedio cuatro años mayor que la de sus cónyuges, y por ello sugieren que la comparación entre ambas fecundidades ha de hacerse considerando a los varones de un grupo quinquenal mayor que el de las mujeres.

Si revisamos los promedios de hijos nacidos vivos o paridades medias de la población masculina de la Ensare según su estratificación socioeconómica, encontramos que los derechohabitantes de estrato bajo tenían en 1998 un nivel de fecundidad mayor que los de estrato medio; la diferencia es de 0.3 hijos por varón, según se aprecia en el cuadro 3. A pesar de que esta diferencia podría parecer muy pequeña, pensamos que es relevante si consideramos que la estructura por edad de la población de estrato bajo es más joven

¹⁴ La razón para utilizar esta medida es que la encuesta sólo captó la información del total de hijos nacidos vivos que han tenido los varones.

que la de estrato medio, y por ello cabría esperar encontrar entre los primeros descendencias de menor tamaño.

Al respecto, puede resultar interesante contrastar nuestras estimaciones con las obtenidas en 1988, a partir de la Encuesta sobre Conocimiento, Actitud y Práctica en el Uso de Métodos Anticonceptivos de la Población Masculina Obrera del Área Metropolitana de la ciudad de México (Encapo), y que tuvieron como variable de diferenciación social de la población obrera entrevistada el nivel de escolaridad: *a*) sin escolaridad y con primaria incompleta: 5.1 hijos nacidos vivos por varón; *b*) con primaria completa: 3.2 hijos, y *c*) con secundaria y más: 2.2 hijos. Con esto se constata la reiterada relación inversa entre el nivel de escolaridad y el nivel de la fecundidad; es decir, a menor escolaridad mayor número de hijos. Estos hallazgos guardan mucha coincidencia con los resultados reportados por diversas investigaciones sobre la fecundidad de las mujeres mexicanas y que han considerado como factores de estratificación social, además del nivel de escolaridad, el lugar de residencia rural o urbano, si la población es agrícola o no agrícola, y la ocupación manual o no manual del cónyuge (Welti, 1984; Mier y Terán y Rabell, 1984; Rubin, 1989; Bronfman *et al.*, 1990; Conapo, 2000).

Cuadro 3

Promedio de hijos nacidos vivos de los varones según estrato socioeconómico*

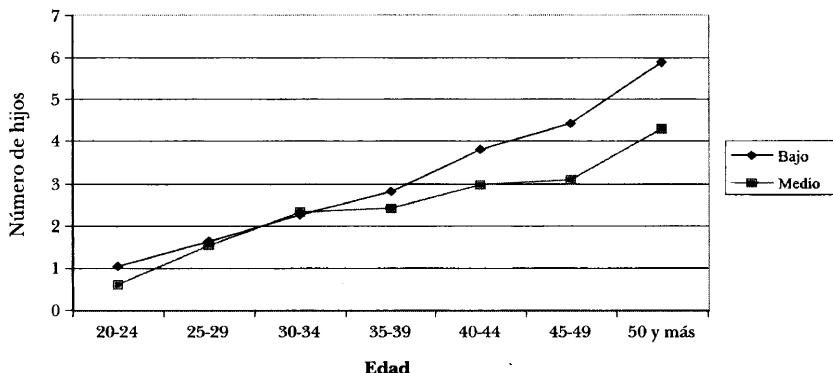
<i>Estrato socioeconómico</i>	<i>Promedio de hijos nacidos vivos por varón</i>
Bajo	3.1
Medio	2.8

* $p < 0.01$.

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

En este sentido, en la gráfica 1 se aprecia que al controlar la edad las diferencias en las experiencias reproductivas de los varones según el estrato socioeconómico son un poco más claras.

Gráfica 1
Promedio de hijos nacidos vivos de los varones unidos por grupos quinquenales de edad según estrato socioeconómico



Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

Si observamos el inicio de la vida reproductiva masculina, podemos constatar una ligera diferencia entre los derechohabientes según el estrato socioeconómico, ya que los varones de estrato bajo tienden, con mayor frecuencia que los de estrato medio, a tener su primer hijo antes de los 25 años. Recordemos que se trata de hombres unidos y, por ello, podemos pensar que este hecho puede ser indicativo de que entre los derechohabientes de estrato bajo existe una mayor propensión a hacer coincidir el comienzo de su vida conyugal con el inicio de su procreación. En cambio, ésta no parece ser la norma entre los varones de estrato medio, quienes, en alguna proporción, prefieren esperar un poco después de haberse unido para engendrar a su primer hijo.¹⁵

A partir de los 25 y hasta los 34 años las experiencias reproductivas de los derechohabientes de ambos estratos socioeconómicos se asemejan mucho, ya que durante esas edades los varones están teniendo a su primer y segundo hijo. Lo interesante es que a partir de los 34 años las diferencias reaparecen, puesto que las descen-

¹⁵ En otro estudio, aunque basado en una aproximación cualitativa, damos cuenta de esta misma diferenciación entre varones de estrato bajo y medio respecto al inicio de la vida conyugal y de la vida como padres (Rojas, 2002).

dencias medias de los derechohabientes de estrato medio desde esa edad y hasta los 39 años son de poco más de dos hijos, pero sin llegar a los tres hijos, como es el caso de los varones de estrato bajo.

Es evidente, de acuerdo con la gráfica 1, que a partir de los 40 años las diferencias en las paridades medias se incrementan sustancialmente entre los hombres de ambos estratos. En efecto, el promedio de hijos de los derechohabientes de estrato bajo llega a ser de cuatro hijos entre los 40 y los 44 años, y a partir de ahí las paridades medias continúan incrementándose conforme aumenta la edad de los varones, de manera tal que los derechohabientes del estrato de 50 años y más tenían al final de su vida reproductiva casi seis hijos.

Si bien entre los hombres de estrato medio también se registra un incremento en el tamaño de sus descendencias a partir de los 40 años conforme aumenta la edad, éste es mucho más pausado. De los 40 a los 44 años, estos varones tienen en promedio tres hijos (un hijo menos que los de estrato bajo en ese mismo grupo de edad), tendencia que se mantiene casi constante para el grupo de edad de 45 a 49 años. El cambio más importante se observa entre los hombres de este grupo de edad y el último, de tal manera que las descendencias finales de los varones de estrato medio de 50 años y más era de poco más de cuatro hijos. Así, constatamos que existe una diferencia del orden de 1.6 hijos entre el tamaño promedio de las descendencias finales de los varones de estrato bajo con respecto a las descendencias finales de los hombres de estrato medio.

Si ahora la mirada es por cohortes, observamos que el cambio más significativo en las experiencias reproductivas de los derechohabientes ocurrió, en ambos estratos socioeconómicos, entre la cohorte de mayor edad (50 años y más) y la cohorte siguiente (45 a 49 años), ya que disminuyeron de manera notoria el tamaño de sus descendencias medias: los varones de estrato bajo tuvieron 1.5 hijos menos y los hombres de estrato medio 1.2 hijos menos. Esta transición en la fecundidad de los varones ha sido documentada ampliamente por Zavala (2005), quien, utilizando la Encuesta Demográfica Retrospectiva Nacional (Eder) de 1998, observa que las generaciones nacidas entre 1951 y 1953 —y que en 1998 tenían entre 45 y 47 años— de hombres y de mujeres son las pioneras en reducir sus niveles de fecundidad, aún antes de que se pusieran en marcha las masivas campañas de planificación familiar.

A partir de la cohorte 40-44 los varones de ambos estratos parecen ir controlando mucho más el crecimiento de sus descendencias, de tal suerte que sus promedios de hijos no sólo son menores sino cada vez más semejantes. Lo anterior nos hace pensar que el cambio más significativo en el nivel de la fecundidad se ha venido dando entre las cohortes de varones derechohabientes de estrato bajo, cuyas cohortes más jóvenes (menores de 40 años) han sido socializadas en contextos de mayor legitimación e influencia de los programas de planificación familiar y han experimentado cambios en las valoraciones sobre el tamaño de sus descendencias (Lerner y Quesnel, 1994).

Después de observar las diferencias que existen en los patrones reproductivos masculinos de acuerdo con su pertenencia a uno u otro estrato socioeconómico, conviene ahora analizar algunas otras dimensiones de sus experiencias reproductivas con la finalidad de aportar elementos para la comprensión de esta diversidad.

EL INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y DE LA VIDA CONYUGAL

En este apartado revisamos y comparamos las edades medias en las cuales los derechohabientes del IMSS experimentaron su primera relación sexual y se unieron conyugalmente por primera vez, sea de manera consensual o en matrimonio civil y/o religioso.

La información que provee la Ensare nos permitió estimar que estos varones tuvieron su primera relación sexual a los 17.4 años en promedio, y después de 6.4 años se unieron conyugalmente; es decir, a los 23.8 años en promedio. Estas estimaciones se aproximan a las tendencias reportadas por otras fuentes de información a nivel nacional y también para la ciudad de México. En ellas se ha señalado que la edad promedio en la que los varones mexicanos inician su actividad sexual es entre los 15 y los 17 años, y que entre la edad que declaran los varones en que iniciaron sus relaciones sexuales y el inicio de su primera unión conyugal transcurren en promedio siete años (Ssa, 1990; Szasz, 1998). De hecho, la Encuesta sobre el Comportamiento Sexual en la Ciudad de México de 1992-1993 estimó que la edad promedio de la primera relación sexual con penetración vaginal era de 17.4 años (Conasida, 1994).

Estos datos han de mirarse tomando en cuenta que en México están ocurriendo dos procesos de efecto contrario sobre el nivel de la fecundidad: una leve postergación de la primera unión y el rejuvenecimiento en la edad a la que se inician las relaciones sexuales. En efecto, se ha observado que en un periodo de 20 años —aproximadamente entre 1970 y 1990— el inicio de la vida en pareja se ha postergado alrededor de un año. En los años setenta del siglo XX, las mujeres mexicanas se unían a los 21 años, en tanto que los hombres lo hacían a los 24 años. Hacia 1990, la edad promedio de las uniones femeninas alcanzaba los 22 años y en el caso de los varones llega a los 24.5 años. Sin embargo, se considera que el impacto de este cambio paulatino en los patrones de formación de las uniones sobre la reducción de la fecundidad de las parejas mexicanas hasta el momento ha sido reducido (Conapo, 2002).¹⁶ De hecho, el tamaño medio de la familia se ha reducido por el efecto conjunto de la postergación en la primera unión, la declinación del número de hijos y el mayor espaciamiento entre ellos, tal como ha ocurrido en otros países de América Latina (Arriagada, 2004).

Por otra parte, la edad de inicio de la actividad sexual es cada vez más temprana tanto en los hombres como en las mujeres de generaciones más jóvenes. En el año 2000, de acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Salud (Ensa, 2000), los adolescentes estaban iniciando su vida sexual a los 16 años en promedio (Conapo, 2004). Creemos que la evaluación conjunta del efecto de estas modificaciones en ambas transiciones en la vida de las parejas mexicanas debe ser objeto de estudio de futuras investigaciones.

Ahora nos centraremos en observar las diferencias existentes entre los hombres derechohabientes del IMSS de acuerdo con su diferenciación socioeconómica.

¹⁶ En este sentido, conviene señalar que para evaluar con mayor precisión el efecto de las modificaciones en los patrones de formación y disolución de las uniones sobre la fecundidad ha de tomarse en cuenta también el aumento en el número de uniones consensuales, además del incremento —aunque incipiente— de las tasas de separación y divorcio. Se piensa que todos estos hechos pueden sugerir que en el futuro dichas modificaciones en los patrones de formación y disolución de las uniones podrían tener mayor peso en la disminución adicional de los niveles de la fecundidad de la población mexicana (Conapo, 2002).

Cuadro 4

Edad media a la primera relación sexual y a la primera unión por estrato socioeconómico

Estrato socioeconómico	Edad media a la primera relación sexual*	Edad media a la primera unión*	Intervalo*
Bajo	17.3	23.3	6.0
Medio	17.5	24.5	7.0

* $p < 0.01$.

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

Los datos del cuadro 4 nos indican que el inicio de la actividad sexual no muestra diferencias entre los entrevistados, ya que en ambos estratos ocurre alrededor de los 17 años.¹⁷ En cambio, iniciar la vida conyugal tiene implicaciones diferentes según el estrato socioeconómico, ya que los derechohabientes de estrato bajo se unen a una edad más temprana —1.2 años antes— que aquellos del estrato medio. Estas uniones más tempranas de los varones de estrato bajo implican que el intervalo entre ambas transiciones es más pequeño (seis años en promedio). En este sentido, hay que hacer notar que el inicio de la unión conyugal a temprana edad se relaciona por lo general con patrones reproductivos de poco espaciamiento entre los hijos y una descendencia más numerosa al final de la vida reproductiva (Conapo, 2000).

Repercusiones diferentes sobre el nivel de la fecundidad de los derechohabientes de estrato medio tendrá entonces el que lleven a cabo de manera más pausada la transición a la vida conyugal, puesto que después de haber iniciado su actividad sexual estos varones dejan pasar en promedio siete años antes de unirse.¹⁸

¹⁷ Aunque al realizar una prueba de t para evaluar la significancia estadística de la diferencia de estos promedios, ésta resultó significativa.

¹⁸ Diversas investigaciones han dado cuenta de diferencias semejantes en los patrones de nupcialidad de las mujeres mexicanas al tomar en cuenta distintas formas de estratificación social (socioeconómica, educativa, ocupacional, etc.) (García y Oliveira, 1990; Quilodrán, 1990; Gómez de León, 2001). En general, puede decirse que existe un patrón de nupcialidad más precoz entre los sectores sociales pobres y

EL NÚMERO DE UNIONES Y EL PROMEDIO DE HIJOS

El hecho de que las personas decidan entrar en unión en más de una ocasión cuando se han separado o divorciado, o cuando han enviudado, puede estar incidiendo sobre los patrones y niveles de fecundidad. Se sabe que las segundas nupcias son más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres, y que los varones se unen por segunda o tercera ocasión por lo general con mujeres más jóvenes (Quilodrán y Sosa, 2001). Por ello, creemos relevante observar cuál es la frecuencia con que ocurren las segundas y terceras nupcias entre los derechohabientes del IMSS y su posible efecto sobre los niveles de fecundidad, considerando las diferencias según su estrato socioeconómico.

Cuadro 5

Distribución de los varones unidos por estrato socioeconómico y número de uniones*

	<i>Estrato bajo (1 180)</i>	<i>Estrato medio (709)</i>
Una unión	88.6 (1 056)	89.7 (649)
Dos uniones o más	11.4 (124)	10.3 (60)

* p < 0.01.

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

De acuerdo con la información del cuadro 5, constatamos que los varones de estrato medio, en una proporción un poco mayor que los de estrato bajo, permanecen a lo largo de su vida en su primera unión. Hay que hacer notar que los derechohabientes de estrato bajo se unen por segunda o más ocasiones en una proporción un tanto mayor que aquellos de estrato medio.

marginados del ámbito rural (campesinos, jornaleros agrícolas e indígenas) y urbano (trabajadores no asalariados con ocupaciones inestables) con bajos niveles de escolaridad frente al que prevalece entre los sectores de ingresos medios y elevados urbanos y con altos niveles de escolaridad (profesionales, técnicos y personal directivo). Lo anterior hace pensar que son precisamente las condiciones de pobreza e inestabilidad las que propician y explican el inicio más temprano de las uniones (García y Rojas, 2002).

Para averiguar si estas diferencias en los patrones de unión de los derechohabientes están asociadas con mayores niveles de fecundidad observemos el cuadro 6, en el que se aprecia una asociación entre la prevalencia de las segundas y más nupcias y el incremento del tamaño de las descendencias de estos varones.

Cuadro 6

Distribución de los varones unidos por estrato socioeconómico y número de hijos nacidos vivos según el número de uniones*

Número de hijos	Estrato bajo		Estrato medio	
	Una unión 100.0 (1056)	Dos uniones o más 100.0 (124)	Una unión 100.0 (649)	Dos uniones o más 100.0 (60)
0	4.9	8.7	6.9	10.2
1	22.5	4.9	15.0	9.6
2	27.4	22.8	25.6	21.8
3 o 4	28.4	22.6	41.9	37.3
5 o más	16.8	41.0	10.6	21.1

* $p < 0.01$.

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

En ambos estratos socioeconómicos, el que estos varones hayan estado unidos en más de una ocasión parece estar asociado con un incremento en el número de hijos que han tenido a lo largo de su vida. Sin embargo, este incremento resulta diferente si consideramos las distintas condiciones de vida de estos varones. Las descendencias de los derechohabientes de estrato medio que se han unido en una sola ocasión son de tamaño medio, ya que hay una gran proporción (casi 42%) de ellos que ha tenido entre tres y cuatro hijos. En tanto que los varones de estrato bajo, en esta misma circunstancia conyugal, tienen en mayor proporción (casi 17% contra 10.6%) cinco hijos o más.

Los tamaños de familia parecen incrementarse significativamente entre los varones de estrato bajo al unirse por segunda o tercera ocasión, puesto que la proporción (41%) en la que tienen cinco hijos o más es mucho mayor que aquella en la que los de estrato

medio (21.1%) tienen este número de hijos. Entre estos últimos es más frecuente tener tres o cuatro hijos (37.3%) cuando están unidos por segunda o tercera vez.

Estas cifras parecen corroborar, aunque de manera relativa si consideramos las diferencias por estrato socioeconómico, lo dicho por Quilodrán y Sosa (2001) en el sentido de que el *rematrimonio* puede ser considerado como un factor que incide de manera significativa sobre la procreación de las personas y el tamaño final de sus descendencias.

Como una síntesis de lo dicho, presentamos los promedios de hijos tenidos por los varones, de acuerdo con el número de uniones en las que han estado involucrados y según su estrato socioeconómico (véase el cuadro 7). Las diferencias son claras según el estrato, y prueba de ello es que el tamaño medio de las descendencias de los derechohabientes de estrato bajo que se encuentran unidos por tercera ocasión alcanza los siete hijos, duplicando el promedio de hijos que tienen los varones de estrato medio con ese mismo número de nupcias.

Cuadro 7

Promedio de hijos nacidos vivos de los varones unidos según estrato socioeconómico y número de uniones*

<i>Número de uniones</i>	<i>Estrato bajo</i>	<i>Estrato medio</i>
Una	2.9	2.7
Dos	4.0	3.2
Tres	7.0	3.5

* $p < 0.01$.

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

LA LLEGADA DEL PRIMER HIJO

En este apartado analizamos si los varones, junto con sus parejas, planearon la procreación y el nacimiento de su primer hijo. Para ello revisamos dos cuestiones importantes: si platicaron con su com-

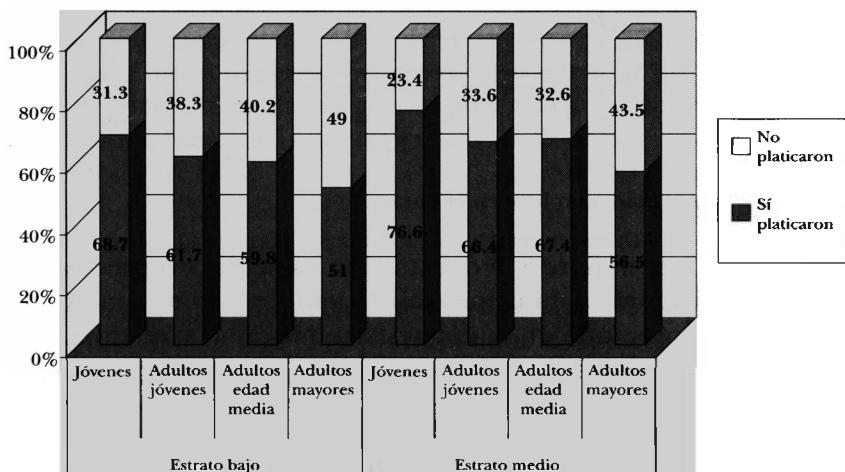
pañera sobre tenerlo y si el nacimiento de este primer hijo ocurrió fuera de una unión conyugal.

De acuerdo con la información de la Ensare, del total de varones que al momento de la encuesta se encontraban unidos y que habían tenido al menos un hijo, poco más de una tercera parte (36.8%) declaró que no conversó con su compañera sobre la posibilidad de tener a su primogénito.

Al revisar esta información según estrato socioeconómico y por grupos de edad (véase la gráfica 2), encontramos que existe una clara relación inversa entre la edad y la planeación que los padres tuvieron respecto al nacimiento de su primer hijo. Es decir, a mayor edad de los varones menor nivel de conversación y planeación con su pareja. Hay que hacer notar las significativas proporciones de las generaciones más jóvenes (de 20 a 29 años), en ambos estratos socioeconómicos, que parecen estar más al tanto de esta importante transición en sus vidas y, por tanto, platican sobre ella con su cónyuge.

Gráfica 2

Distribución de los varones por estrato socioeconómico y grupo de edad según si platicaron con su cónyuge sobre tener al primer hijo



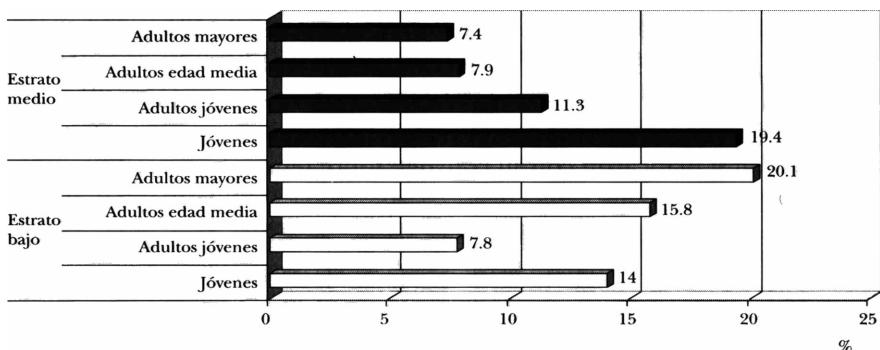
Nota: Jóvenes: 20-29 años; adultos jóvenes: 30-39 años; adultos de edad media: 40-49 años; adultos mayores: 50-59 años.

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

Sin embargo, al analizar la diferenciación por estratos, se observa que las proporciones de los derechohabientes de estrato medio que conversaron y planificaron con su pareja sobre la llegada de su primer hijo son, en todos los grupos de edad, mayores que aquellas de los varones de estrato bajo. Por tanto, podemos decir que la situación socioeconómica en la que viven estos hombres, así como las valoraciones sociales y culturales que tienen respecto a su reproducción, inciden en buena medida en sus posibilidades de planeación con la pareja respecto al inicio de la procreación de su descendencia.

Gráfica 3

Porcentaje de varones por estrato socioeconómico y grupo de edad cuyo primer hijo se tuvo fuera (antes) de una unión



Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

Por lo que se refiere a la declaración masculina respecto al hecho de haber tenido a su primer hijo fuera de unión —interpretamos que esta pregunta en la encuesta se refiere a si se tuvo al primer hijo o hija antes de haberse unido por primera vez, sea de manera consensual o matrimonial—, es interesante constatar que un porcentaje nada despreciable (12.2%) del total de varones unidos al momento de la encuesta haya señalado que así ocurrió. Al revisar, en la gráfica 3, las diferencias por estrato socioeconómico y grupos de edad observamos dos patrones. En el estrato bajo esta práctica resulta ser un tanto más frecuente entre los adultos de

edad media y mayores (de 40 años en adelante). En contraste, en el estrato medio esta forma de iniciar la reproducción —antes de la unión— parece estar siendo cada vez más frecuente entre las nuevas generaciones de padres, pues son los jóvenes y los adultos jóvenes (menores de 40 años) quienes destacan por ser más proclives a embarazar y a tener a su primer hijo sin estar unidos.

En nuestra opinión este último hecho tiene que ver con lo que se ha encontrado en otros estudios, en el sentido de que la utilización de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual continúa siendo una práctica muy poco frecuente entre los adolescentes en México. Entre las causas de no utilizar anticonceptivos en esta etapa destacan factores que están asociados al desconocimiento tanto de los métodos como de su funcionamiento, a la falta de previsión y a la persistencia de diversos mitos y temores asociados a la práctica anticonceptiva, y al limitado acceso que los jóvenes tienen a los servicios de planificación familiar, entre otras. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) del año 2000, existe una muy baja participación de las adolescentes en la decisión de utilizar un método anticonceptivo en su primera relación sexual (Conapo, 2004).

Se señala además que el retraso de la edad de ingreso a la primera unión, conjuntamente con una mayor permisividad sobre la vida sexual antes de la unión, podrían contribuir en México a elevar la propensión de las concepciones preprenupciales e incluso a los nacimientos fuera de unión (Quilodrán, 2003).

LOS HIJOS DE RELACIONES EXTRACONYUGALES

En esta parte revisamos la frecuencia con la que los derechohabientes del IMSS declararon haber tenido hijos de relaciones extraconyugales. De acuerdo con la pregunta que aparece en el cuestionario de la Ensare,¹⁹ entendemos por relaciones extraconyugales aquellas establecidas con otras mujeres de manera simultánea a sus uniones conyugales.

¹⁹ La pregunta expresa aplicada a los entrevistados fue: “Durante esta unión ¿ha tenido hijos o hijas que hayan nacido vivos con otras mujeres?”

El hecho de que algunos varones tengan hijos producto de experiencias sexuales extramaritales es considerado por Quilodrán y Sosa (2001) como una de las posibles explicaciones —aunque muy poco significativa desde su punto de vista— para los diferentes niveles de la fecundidad masculina y femenina que encuentran en su estudio basado en datos censales y de estadísticas vitales. A pesar de ello, nosotros creemos que esta práctica reproductiva masculina debe ser estudiada con detenimiento y mediante acercamientos metodológicos tanto cuantitativos como, fundamentalmente, cualitativos ante la posibilidad de una posible subdeclaración en las encuestas.

De acuerdo con la información de la Ensare, sólo uno de cada 25 varones unidos declaró haber tenido al menos un hijo producto de relaciones sexuales fuera del ámbito conyugal. Pese a que esta cifra es muy pequeña, nos interesa destacar este dato, ya que puede aportar nuevas evidencias sobre las prácticas sexuales masculinas²⁰ y sus repercusiones sobre la reproducción.

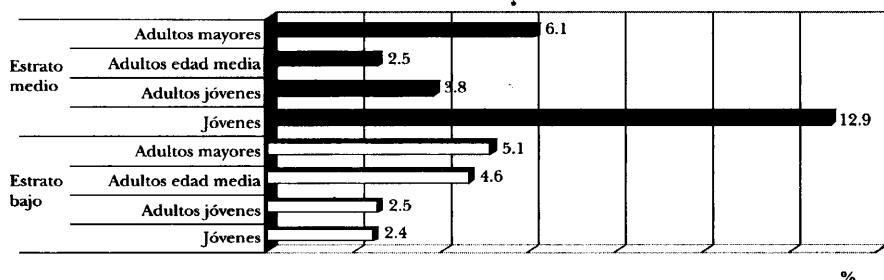
De acuerdo con lo que se muestra en la gráfica 4, es un tanto más común entre los varones de estrato medio declarar que han tenido algún hijo de este tipo de vínculos. Al revisar su distribución por grupos de edad, encontramos que en este estrato son los hombres de los dos grupos extremos; es decir, los jóvenes y los adultos mayores, quienes con mayor frecuencia declaran haber procreado un hijo en estas circunstancias. Sin embargo, queremos llamar la atención sobre el hecho de que 13% de jóvenes, de este mismo estrato, respondió haber tenido hijos con mujeres distintas a sus cónyuges.

Entre los derechohabientes de estrato bajo son los de 40 años y más quienes en proporciones un tanto mayores (alrededor de 5%) que los menores de 40 años señalan haber tenido hijos fuera del ámbito conyugal.

²⁰ Puesto que aluden a la cuestión de la llamada *infidelidad masculina* que, en opinión de Hernández Rosete (2005), esta práctica, “como parte de la vida sexual de los varones, en muchos casos adquiere el carácter de una condición normativa de la forma de vivir la masculinidad. En tanto práctica cultural masculina, ocurre en contextos estructurados y normados por códigos de género, y sus implicaciones legales condicionan la conformación de silencios individuales y colectivos en torno a su existencia. Su encubrimiento está estrechamente ligado al desconocimiento tanto de sus repercusiones reproductivas y su incidencia en los niveles de fecundidad masculina como de los riesgos de la salud sexual y reproductiva de las cónyuges de estos varones”.

Gráfica 4

Porcentaje de varones por estrato socioeconómico y grupo de edad que declaran haber tenido hijos de relaciones extraconyugales



Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

Estos datos nos obligan a plantear interpretaciones hipotéticas de diversa índole. En efecto, las diferencias encontradas pueden implicar la existencia de mayor o menor frecuencia de prácticas sexuales extramaritales de los varones, o incluso aludir al mayor o menor reconocimiento de estas situaciones por parte de los varones entrevistados. Pero también pueden estar asociadas a un mayor o menor uso de anticoncepción durante estas experiencias sexuales extraconyugales, que necesariamente se relaciona con la posibilidad de que los varones y estas parejas procreen hijos. Sin embargo, que los varones tengan hijos producto de su vida sexual extramarital no es garantía para que los reconozcan, se involucren en su manutención y los declaren en una encuesta.

Por consiguiente, las diferencias halladas no pueden acotarse solamente a una distinta frecuencia de las prácticas sexuales extramaritales de los varones de acuerdo con su estrato socioeconómico; creemos más bien que obedecen a diferentes causas. Por ejemplo, es probable que entre los varones de estrato bajo la poca declaración de hijos de relaciones extramaritales esté relacionada con el desconocimiento del nacimiento de estos hijos, o con la inexistencia de un vínculo con ellos, producto quizás de una menor capacidad económica para mantenerlos. En tanto que los varones de estrato medio quizás tienen menos resistencia a reconocer públicamente a estos hijos. De cualquier manera, queremos con esto reiterar la necesidad

de investigar más a fondo sobre este tema, ya sea a partir de nuevas encuestas o desde la investigación de corte cualitativo.

LA REGULACIÓN ACTUAL DE LA FECUNDIDAD CONYUGAL

Los programas institucionales de planificación familiar en México, desde su inicio, han orientado sus estrategias hacia las mujeres, bajo la premisa de que son ellas más susceptibles que los varones de regular su fecundidad, dadas las implicaciones que la experiencia de la maternidad tiene en sus cuerpos y en sus vidas. Este planteamiento ha contribuido a reproducir la desigualdad en las responsabilidades reproductivas entre hombres y mujeres, al hacer que la responsabilidad del uso efectivo de la anticoncepción recaiga fundamentalmente en ellas (Conapo, 2004).

En 1976, pocos años después del cambio ocurrido en la legislación en materia de población en el país, una de cada tres mujeres casadas o unidas en edad fértil (de 15 a 49 años) regulaba su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo; para 1982 esta proporción se incrementó sustancialmente hasta alcanzar un nivel de 48%, y hacia 1995 ya era del orden de 66.5%. Aunado a este significativo incremento en el uso de anticoncepción entre la población femenina, también se ha ido reduciendo de manera continua la brecha que existía entre las mujeres que habitan en localidades rurales y las que viven en zonas urbanas, al igual que entre las mujeres con menor y mayor escolaridad (Hernández, 2001).

En el transcurso de esos años, las diferentes encuestas demográficas realizadas en el país muestran la existencia de una inclinación favorable entre las parejas mexicanas hacia el uso de métodos modernos de mayor eficacia. Entre estos métodos, destacan por su elevada utilización los hormonales, el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización femenina (oclusión tubaria bilateral, OTB), todos ellos de uso femenino. Cabe destacar que desde 1987 la esterilización femenina se ha constituido en el primer método anticonceptivo empleado por las parejas mexicanas para controlar su fecundidad²¹ (Ssa, 1990).

²¹ De hecho, en 1997 este método era utilizado por 44.7% del total de mujeres usuarias de algún método anticonceptivo (Conapo, 2000).

Como se observa, la práctica anticonceptiva en nuestro país ha recaído fundamentalmente en la población femenina, en tanto que el uso de métodos que requieren de la participación masculina (directa o indirecta), como son el preservativo o condón, la vasectomía, el retiro o coito interrumpido y el ritmo, ha aumentado de manera muy marginal. Se sabe que el empleo del condón, la vasectomía y el retiro tuvieron un incremento entre 1979 y 1987, pues el porcentaje de varones usuarios protegidos por estos métodos varió de 7.2 a 11.2%. Asimismo, se ha documentado que la contribución de los varones como usuarios directos de anticonceptivos (incluyendo el ritmo) se presenta con mayor frecuencia entre la población unida (Ssa, 1990).

A pesar de que se ha constatado recientemente un ligero incremento en la utilización de métodos de uso o participación masculina —especialmente en el medio urbano y por un mayor uso del condón—, su participación no supera el 20% del uso total (Conapo, 2004).

Ante este panorama tan desolador respecto a la participación masculina en la regulación de la reproducción de las parejas mexicanas, nos interesa conocer cuál es el nivel de involucramiento de los varones derechohabientes del IMSS al respecto, considerando que el IMSS tiene más de 20 años desarrollando actividades de promoción de diversos programas y acciones de planificación familiar entre su población derechohabiente (Mendoza *et al.*, 2000b).

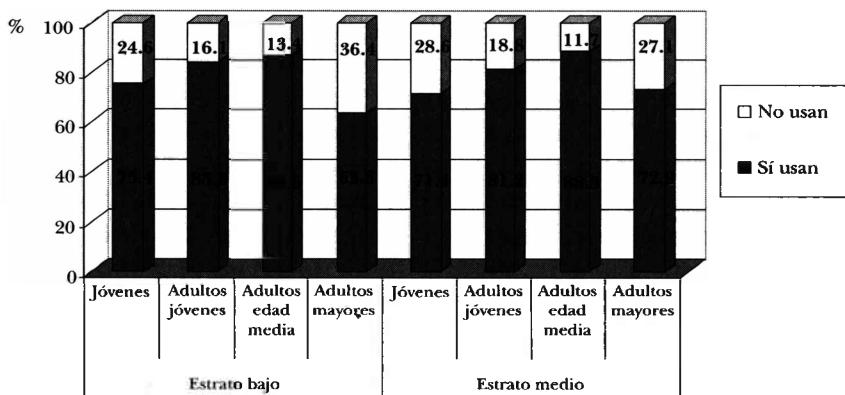
En apartados anteriores hemos dado cuenta de que estos hombres tienen diferentes patrones reproductivos dependiendo de su situación socioeconómica, lo que nos lleva a considerar el hecho de que muy probablemente también utilizan con sus parejas estables diferentes estrategias para regular su fecundidad. Por ello, decidimos explotar la información que provee la encuesta respecto a ¿quiénes estaban usando algún tipo de anticoncepción con su pareja estable al momento de la encuesta?, y en caso de hacerlo, ¿qué estaban haciendo o usando en particular con sus parejas para regular su fecundidad?

Revisando los datos que nos aporta la Ensare, constatamos que la gran mayoría —casi 80% del total— de varones unidos y con edades de 20 años en adelante declararon al momento de la encuesta que ellos o sus parejas actuales estaban usando algún tipo de

anticoncepción.²² Sin embargo, al revisar las prácticas anticonceptivas por grupos de edad según el estrato socioeconómico (gráfica 5), notamos algunas particularidades interesantes. En ambos estratos existe una tendencia ascendente en el uso de anticoncepción conforme aumenta la edad de los varones, lo cual está asociado en gran medida con el incremento del tamaño de sus descendencias. Es decir, a mayor número de hijos mayor deseo de controlar el tamaño de la descendencia. En este sentido, queremos llamar la atención de los casos de las generaciones mayores —los hombres de 50 años y más—, quienes en importantes proporciones, en ambos estratos, declararon que no estaban utilizando anticoncepción con su pareja actual, 36.4% en el estrato bajo y 27.1% en el medio. Ello probablemente se deba al hecho de que sus cónyuges están alcanzando o ya están en la etapa de la menopausia, o bien a que ellas hayan sido esterilizadas y los hombres no reconozcan que esta práctica signifique el uso actual de anticonceptivos.

Gráfica 5

Distribución de los varones por estrato socioeconómico y grupo de edad según si usan actualmente anticoncepción con pareja estable



Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

²² Cifra muy cercana e incluso un poco superior a la reportada por la Encapo en 1988, ya que la población masculina obrera del área metropolitana de la ciudad de México que declaró estar unida y usando anticoncepción al momento de la encuesta ascendía a 76.5 por ciento.

Destacan también los jóvenes (de 20 a 29 años de edad), quienes registran también proporciones un poco menores que los varones de los otros grupos de edad en el uso de anticoncepción para regular su fecundidad conyugal. Esto puede deberse, muy probablemente, a que las cónyuges de aquellos varones que no reportaron uso de algún método anticonceptivo al momento de la encuesta estaban embarazadas o a que estaban deseando un embarazo.²³

Si comparamos cada grupo de edad entre estratos, encontramos dos patrones diferenciados, pues destacan los varones jóvenes y adultos jóvenes (menores de 40 años) de estrato bajo, quienes declararon en mayores proporciones que sus coetáneos de estrato medio estar usando algún tipo de anticoncepción con su pareja actual. En tanto que son las generaciones más grandes (de 40 años y más) de estrato medio quienes controlan junto con sus compañeras en mayor proporción su fecundidad que las de estrato bajo. Consideramos que estas diferencias están vinculadas principalmente con los diferentes patrones de espaciamiento y valoraciones sobre el tamaño de las descendencias de estos varones. Es decir, los varones de estrato bajo prolongan más su periodo reproductivo que los hombres de estrato medio, quienes muy probablemente desean terminar de conformar su descendencia pronto.

Dado nuestro interés por conocer con mayor detalle la medida en la que los derechohabientes están involucrados en la regulación de su fecundidad conyugal, agrupamos los diversos métodos anticonceptivos en dos grandes grupos: *a*) los de uso femenino: hormonales, DIU y OTB, y *b*) los de uso o colaboración masculina: ritmo, retiro, condón y vasectomía. El resultado que obtuvimos (véanse los cuadros 8 y 9) confirma lo que se ha observado en diversos estudios a nivel nacional: en la práctica, los varones están escasamente comprometidos con la regulación de su fecundidad conyugal, puesto que sólo 22.4% del total de varones unidos que estaban usando anticoncepción con su pareja al momento de la encuesta declaró estar utilizando algún método de uso o colaboración masculina, en tanto que la gran mayoría de las mujeres, cónyuges de estos varones

²³ Este mismo patrón diferencial, por grupos de edad, en el uso de anticoncepción reportado por los varones fue documentado por la Encapo en 1988.

—es decir, 75.3%—, se hacía cargo en la práctica del control de la fecundidad conyugal. Hay que agregar que 2.3% del total de varones unidos entrevistados declaró que a su pareja le había sido extraída la matriz.

Cuadro 8

Distribución de los varones unidos que estaban utilizando algún tipo de anticoncepción con su pareja estable según uso femenino o masculino (N=1500)

De uso femenino	75.3 (1 130)
De uso o colaboración masculina	22.4 (336)
Le extrajeron la matriz	2.3 (34)

Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

Cuadro 9

Distribución de los varones unidos que estaban utilizando algún tipo de anticoncepción con su pareja estable por tipo de método según uso femenino o masculino (N=1466)*

<i>De uso femenino</i>	<i>De uso o colaboración masculina</i>
100.0 (1 130)	100.0 (336)
Hormonales	Ritmo
DIU	Retiro
OTB	Condón
	Vasectomía

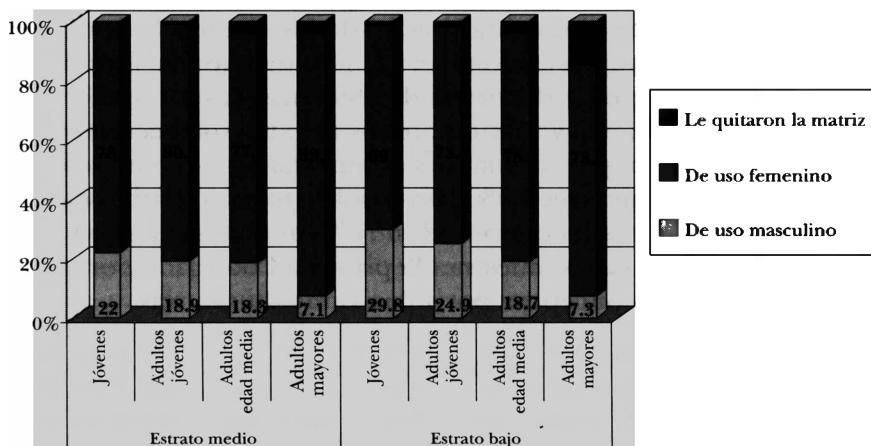
* Recuérdese que a 2.3% (34 casos) de las cónyuges de estos varones les fue retirada la matriz.

Los datos de la gráfica 6 constatan que en todos los grupos de edad, de ambos estratos socioeconómicos, son abrumadoras las proporciones en las que las mujeres asumen la responsabilidad de la práctica anticonceptiva de las parejas conyugales.

Sin embargo, creemos que es importante llamar la atención sobre la considerable disminución de la participación masculina en

Gráfica 6

Distribución de los varones por estrato socioeconómico y grupo de edad según tipo de método anticonceptivo utilizado actualmente con pareja estable



Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

la práctica anticonceptiva de las parejas conyugales conforme aumenta la edad de los varones y por tanto el tamaño de sus descendencias. En cambio, destacan los jóvenes (de 20 a 29 años) de ambos estratos por su mayor participación en la regulación de la fecundidad conyugal, siendo en el caso del estrato medio del orden de casi 30%, proporción que contrasta con la de sus coetáneos de estrato bajo, quienes participan en un 22%. Lo anterior puede ser indicativo de que son un tanto más participativos en el control de su fecundidad durante las etapas iniciales de sus uniones conyugales, retrasando algún tiempo después de la unión la llegada de su primer hijo.

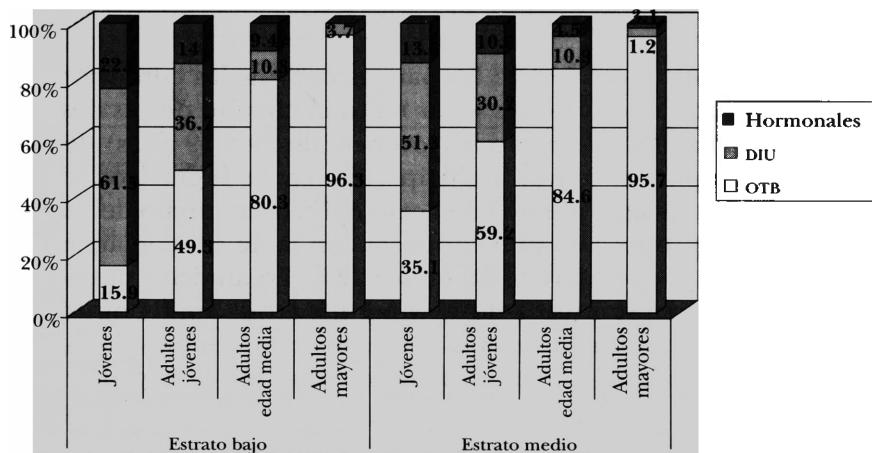
Por otro lado, al considerar solamente la prevalencia de los métodos de uso femenino, los datos de la encuesta constatan las prácticas observadas a nivel nacional: la proporción en la que las mujeres —cónyuges de los derechohabientes del IMSS— han sido esterilizadas es muy grande, del orden de 60.5%; en tanto que las usuarias del DIU

conforman 28.6%, y de métodos hormonales apenas 11% del total de cónyuges de estos varones.²⁴

La gráfica 7 muestra la distribución del uso de estos métodos según los grupos de edad y el estrato socioeconómico de los varones. El uso de la esterilización femenina se incrementa de manera importante conforme aumenta la edad de los varones (y por consiguiente de sus cónyuges, así como el número de hijos nacidos vivos), llegando a proporciones del orden de 96% entre las compañeras de los varones de 50 años y más en ambos estratos socioeconómicos. Queremos destacar, por otro lado, las importantes proporciones de varones jóvenes (menores de 30 años), sobre todo de estrato medio, cuyas cónyuges han sido esterilizadas: 16% en el estrato bajo y 35% en el medio. Estos datos muestran la prioridad otorgada por el IMSS a esta práctica anticonceptiva por sobre otras alternativas.

Gráfica 7

Distribución de los varones que no participan actualmente en uso de anticoncepción por estrato socioeconómico y grupo de edad según tipo de método usado por la mujer



Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

²⁴ Este mismo orden en las preferencias en el uso de anticonceptivos utilizados por las mujeres se registraron en 1988 por la Encapo, lo que nos indica que la tendencia se ha mantenido durante la última década.

El dispositivo intrauterino, que en las primeras etapas de las uniones conyugales es predominante —con proporciones de 61.5% en el estrato bajo y de 51.3% en el medio—, reduce su prevalencia a medida que aumenta la edad de los varones, práctica que también está asociada con el aumento del tamaño de las descendencias de las parejas. Como se observa, los métodos hormonales están cediendo el paso cada vez más al diu y a la otb, y parecen ser más populares entre las parejas de los varones de estrato bajo en los tres primeros grupos de edad, que entre las de estrato medio.

Finalmente, por lo que respecta a los varones que declararon estar participando en el control de la fecundidad conyugal (véase el cuadro 8) —que, como señalamos anteriormente, conforman únicamente 19% del total de varones que declararon estar usando con su pareja algún tipo de anticoncepción—, destacan aquellos que en proporciones importantes continúan utilizando los llamados métodos tradicionales: el ritmo usado por 32.6%, y el retiro por 24.6%, métodos que en conjunto son empleados por 57.2% del total de estos varones. El condón parece ir cobrando cada vez mayor importancia entre estos varones, ya que 26.2% de estos hombres reportó estarlo usando; en tanto que la vasectomía continúa siendo el recurso menos utilizado, puesto que sólo 16.6% de estos varones se ha sometido a este procedimiento quirúrgico (véase el cuadro 9).

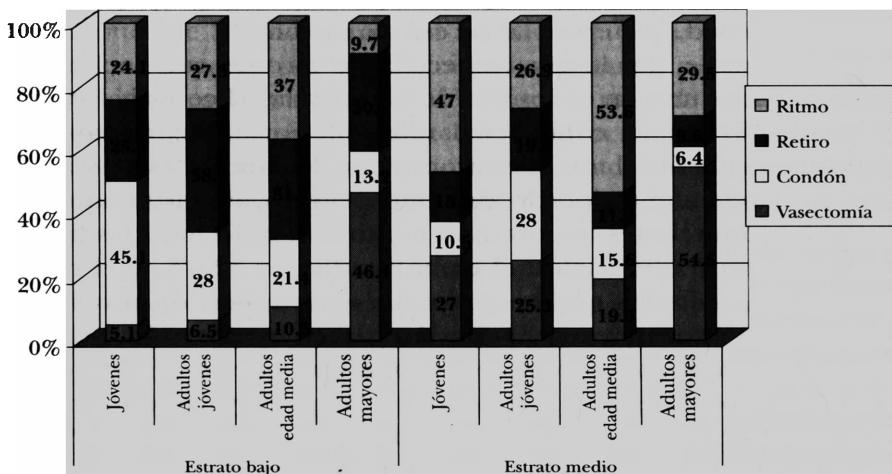
La gráfica 8 nos muestra la distribución del uso de estos cuatro métodos por grupos de edad y estrato socioeconómico. En ella destaca la vigencia del ritmo y del retiro, ya que su prevalencia, si se les considera de manera conjunta, es superior a 39% en todos los grupos de edad y en ambos estratos. Sin embargo, el ritmo parece ser más recurrido por los varones de estrato medio, en tanto que el retiro es proporcionalmente más utilizado por los de estrato bajo.

El condón está siendo utilizado en mayores proporciones por los derechohabientes de estrato bajo, sobre todo por los jóvenes (menores de 30 años), quienes en una proporción de 45% lo están empleando para regular la fecundidad conyugal en sus primeras etapas. La vasectomía, en cambio, parece ser más popular entre los hombres de estrato medio, principalmente entre los de 50 años y más, quienes en un 54.5% han decidido terminar de esta manera su periodo reproductivo. Éste es otro tema que requiere mayor inves-

tigación de corte cualitativo para profundizar en las valoraciones y percepciones masculinas al respecto.

Gráfica 8

Distribución de los varones que participan actualmente en uso de anticoncepción por estrato socioeconómico y grupo de edad según tipo de método usado



Fuente: Cálculos propios con base en la Ensare.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de los hallazgos de este estudio exploratorio y de naturaleza esencialmente descriptiva indican que la población masculina derechohabiente del IMSS no es homogénea ni en sus características sociodemográficas ni en sus experiencias reproductivas. Haber elegido la estratificación socioeconómica y la edad como categorías analíticas nos permitió encontrar, en las dimensiones que analizamos, en algunas ocasiones marcadas diferencias y en otras comportamientos similares.

La diferenciación de los varones en estudio por grupos de edad contribuyó a identificar experiencias reproductivas claramente di-

ferenciadas entre generaciones. En este sentido, pudimos dar cuenta de que los varones más jóvenes han modificado sus preferencias reproductivas en tal medida que entre ellos ya no se observan diferencias por estrato socioeconómico. En materia de uso de anticoncepción también pudimos observar cambios sustanciales entre las diversas generaciones de esta población masculina.

Por otro lado, la estratificación socioeconómica de estos hombres nos permitió observar que la población de derechohabientes de *estrato bajo* se caracterizó por ser un poco más jóvenes que la de estrato medio y por haber alcanzado, en general, menores niveles de escolaridad. La mitad de esta población nació y vivió durante su infancia —hasta los 12 años— en un ámbito rural. La gran mayoría de sus cónyuges son amas de casa, y entre ellos es un poco más frecuente —que entre los de estrato medio— estar unidos consensualmente con su pareja.

Los varones de casi todos los grupos quinquenales de edad de este estrato socioeconómico se caracterizaron por tener mayores paridades medias que los de estrato medio. Hay que destacar que la brecha entre estas paridades tiende a aumentar conforme se incrementa la edad de estos hombres. De tal suerte que sus descendencias finales entre los de mayor edad son de alrededor de seis hijos en promedio. Sin embargo, es conveniente señalar que entre las generaciones más jóvenes (menores de 40 años) las paridades medias son muy semejantes entre los derechohabientes de ambos estratos socioeconómicos.

Revisando las particularidades de las experiencias reproductivas de estos derechohabientes, observamos un patrón diferenciado del que presentan los de estrato medio. Los derechohabientes de estrato bajo se caracterizan por tener edades tempranas a la unión —en promedio a los 23 años— y al nacimiento de su primer hijo —antes de los 25 años—, lo que puede ser indicativo de que entre ellos existe una mayor propensión a hacer coincidir el inicio de su vida conyugal con el inicio de su procreación.

Entre estos hombres parece ser un poco más común —que entre los de estrato medio— unirse por segunda y tercera ocasión, hecho que en su caso está claramente asociado con un incremento significativo en el tamaño de sus descendencias. Cuando se trata de la procreación de su primer hijo, estos varones se caracterizaron

por tener menores niveles de conversación con su cónyuge sobre esta importante transición que los varones de estrato medio, aunque las generaciones más jóvenes de estrato bajo se destacan porque se ha ido incrementando el grado de comunicación con sus parejas sobre tener a su primer hijo.

Esta situación puede estar muy relacionada con el hecho de que en este estrato fueron los hombres de 40 años en adelante quienes declararon ser más proclives a haber tenido su primer hijo antes de una unión conyugal, a diferencia de los menores de 40 años. Es probable entonces que los menores niveles de comunicación entre los varones de estrato bajo de mayor edad y sus compañeras, aunado a un limitado contexto de conocimiento, uso y acceso a los métodos anticonceptivos, hayan constituido factores que propiciaron embarazos no planeados, y muy probablemente también precipitaron o forzaron las uniones conyugales de estos hombres. De ser así, ello contribuiría a explicar, al menos parcialmente, las edades más tempranas a la unión prevalecientes entre los derechohabientes de este estrato socioeconómico.

Declarar haber tenido hijos de relaciones extramaritales entre los varones de estrato bajo parece ser menos común que entre los de estrato medio. Sin embargo, por grupos de edad, son los varones de 40 años y más de estrato bajo quienes, con mayor frecuencia que los jóvenes, reconocieron haber procreado hijos con otras mujeres y de manera simultánea a sus uniones conyugales.

Los datos que arroja la encuesta en materia de uso de anticoncepción son reflejo, en buena medida, de particulares patrones de espaciamiento y valoraciones sobre el tamaño de las descendencias de los varones, que a su vez son consecuencias de las transformaciones económicas, culturales e institucionales que incidieron en ello. Por lo tanto, la prolongación de su periodo reproductivo lleva a los hombres de estrato bajo o a sus cónyuges a utilizar más anticoncepción —que los de estrato medio— durante las etapas iniciales de su unión —es decir, cuando ellos son menores de 40 años—, y un poco menos que los de estrato medio cuando se encuentran en estados avanzados de sus ciclos familiares, puesto que todavía están incrementando el tamaño de sus descendencias. Sin embargo, al analizar quién asume la responsabilidad del uso de anticoncepción en las parejas conyugales, la información de la Ensare permite confir-

mar que, en términos generales, ésta continúa recayendo fundamentalmente en las mujeres.

Al considerar la participación femenina en esta materia, encontramos que entre las cónyuges de estrato bajo es más común —que entre las de estrato medio— la utilización del DIU y de los hormonales cuando sus cónyuges son más jóvenes; es decir, durante las primeras etapas de sus ciclos de vida familiares. En cambio, recurrir a la OTB está siendo una práctica muy frecuente entre las compañeras de los varones de 40 años en adelante, aunque también hay que destacar de nuevo la elevada práctica de esterilización entre las compañeras de los más jóvenes.

Si bien en términos generales los derechohabientes de estrato bajo se mostraron menos participativos que los de estrato medio en la regulación de la fecundidad conyugal mediante el uso de anticoncepción de uso o colaboración masculina (ritmo, retiro, condón o vasectomía), hay que advertir que entre las generaciones más jóvenes (menores de 40 años) observamos una mayor utilización de este tipo de métodos que entre las generaciones mayores (de 40 años y más). En este sentido, destaca el condón como una estrategia muy utilizada por estos hombres para regular la fecundidad conyugal durante la etapa de formación de sus familias, y el retiro —con los riesgos que implican sus elevadas tasas de falla— para ir espaciando la fecundidad en las siguientes fases del ciclo familiar; su uso es común incluso entre los que tienen 50 años y más.

Por su parte, si comparamos a los varones de *estrato medio* con los de estrato bajo, los datos de la encuesta muestran que ellos cuentan con una estructura por edad un tanto más envejecida, su nivel de escolaridad es significativamente más elevado, son más urbanos y es más común que sus cónyuges se encuentren insertas en el mercado de trabajo. Las uniones consensuales entre estos derechohabientes son menos frecuentes, en favor del matrimonio civil y/o religioso. Sus descendencias finales son del orden de poco más de cuatro hijos en promedio; es decir, con 1.6 hijos menos que aquellas de los varones de estrato bajo.

Estos derechohabientes se destacan porque, a diferencia de los de estrato bajo, llevan a cabo de manera más pausada las transiciones vitales propias de la etapa adulta. Es decir, después de haber iniciado su actividad sexual dejan pasar en promedio siete años an-

tes de unirse, ya que lo hacen casi a los 25 años. Además, prefieren esperar algún tiempo después de haberse unido para engendrar a su primer hijo.

Otra cuestión que llamó la atención es que estos varones permanecen, en mayor proporción que los de estrato bajo, en su primera unión a lo largo de su vida. Y cuando se unen por segunda o tercera ocasión, este hecho no parece estar asociado con un incremento importante en el tamaño de sus descendencias. Lo anterior es indicativo de que entre estos hombres parece privar el deseo de procrear descendencias pequeñas o de tamaño medio.

Por otro lado, estos derechohabientes se mostraron más propensos a conversar con su pareja sobre tener a su primer hijo, lo cual parece estar asociado con el hecho de que entre ellos, en términos generales, es un poco menos frecuente que entre los varones de estrato bajo tener a su primer hijo antes de la unión. A pesar de ello, llama la atención que sean las nuevas generaciones (menores de 40 años) las que se muestran un tanto más proclives a embarazarse y a tener a su primer hijo sin estar unidos.

Hay que destacar que entre estos hombres es un poco más común —que entre los varones de estrato bajo— declarar que han tenido algún hijo a partir de relaciones extramaritales. Al analizar su distribución por grupos de edad, encontramos que en este estrato son los hombres de los dos grupos extremos —los adultos mayores, pero sobre todo los jóvenes— quienes con mayor frecuencia declaran haber procreado un hijo de este tipo de vínculo social.

En general, estos varones parecen ser un tanto más proclives —que los de estrato bajo— a participar en la regulación de la fecundidad conyugal. De hecho, encontramos entre ellos indicios de que prefieren terminar de procrear a su descendencia durante las primeras etapas de sus uniones conyugales. En este sentido, destacan los jóvenes (de 20 a 29 años) y los adultos jóvenes (de 30 a 39 años) por su significativa participación en la regulación de la fecundidad conyugal —del orden de casi 30 y 25%, respectivamente—, proporciones que contrastan con la de sus coetáneos de estrato bajo, quienes participan en 22 y 19%, respectivamente.

Es de llamar la atención el importante uso que los varones jóvenes de este estrato hacen del ritmo para controlar el crecimiento de sus descendencias, sobre todo en las etapas iniciales del periodo

reproductivo de la unión conyugal —muy probablemente para prevenir la llegada del primer o segundo hijos—. En cambio, entre las generaciones de 40 años y más, el uso de la OTB alcanza proporciones mayores que entre las mismas generaciones de estrato bajo. En este sentido, es importante advertir sobre el hecho de que significativas proporciones de jóvenes (de 20 a 29 años) hayan recurrido junto con sus parejas al uso de la vasectomía, pero sobre todo de la OTB para dar por terminada la reproducción conyugal.

Para concluir nuestros comentarios finales sólo quisieramos dejar planteados algunos temas que consideramos que requieren mayor investigación. Uno de ellos es el estudio de los distintos ritmos en los que ocurren las transiciones de los ciclos de vida individuales y familiares de los varones al considerar su estrato socioeconómico.

Otro tema que requiere un análisis con mayor detenimiento es el excesivo recurso que las parejas conyugales están haciendo de la OTB para dar por terminado su periodo reproductivo, aun entre generaciones jóvenes, sobre todo de estrato medio. También merece mayor investigación la vigencia que tienen el ritmo y el retiro, precisamente entre la población derechohabiente del IMSS, en la que se ha promovido desde hace ya varios años el acceso a los métodos modernos de anticoncepción.

Finalmente, no queremos dejar pasar la oportunidad para recomendar que en futuras encuestas orientadas a la recolección de información sobre la fecundidad de la población mexicana se recuperen los datos sobre la fecundidad reciente de hombres y de mujeres. En este sentido, queremos valorar la importancia que adquiere la recolección de los datos sobre los hijos tenidos por la población masculina como resultado de las relaciones extramaritales que establecen con otras mujeres.²⁵ Todo ello nos permitirá, entre otras co-

²⁵ Hay que considerar que los hombres gozan de mayores prerrogativas sociales que las mujeres para iniciar y negociar las relaciones sexuales, en tanto que las mujeres están más controladas en su actividad sexual (Dixon-Muller, 1993). También es más frecuente que los hombres tengan múltiples parejas sexuales a lo largo de su vida. La investigación ha mostrado que los varones, en general, son más activos sexualmente que las mujeres, pues tienen más experiencias sexuales previas a la unión matrimonial y también es más probable que tengan parejas sexuales simultáneas. De hecho, estos comportamientos sexuales masculinos están frecuentemente vinculados con embarazos no deseados y con la transmisión de infecciones (Greene y Biddlecom, 2000).

sas, estimar con mayor precisión la fecundidad de los varones, llevar a cabo análisis comparativos de la fecundidad masculina y femenina, así como comprender mejor los complejos entramados que hay detrás de las experiencias reproductivas de unos y otras.

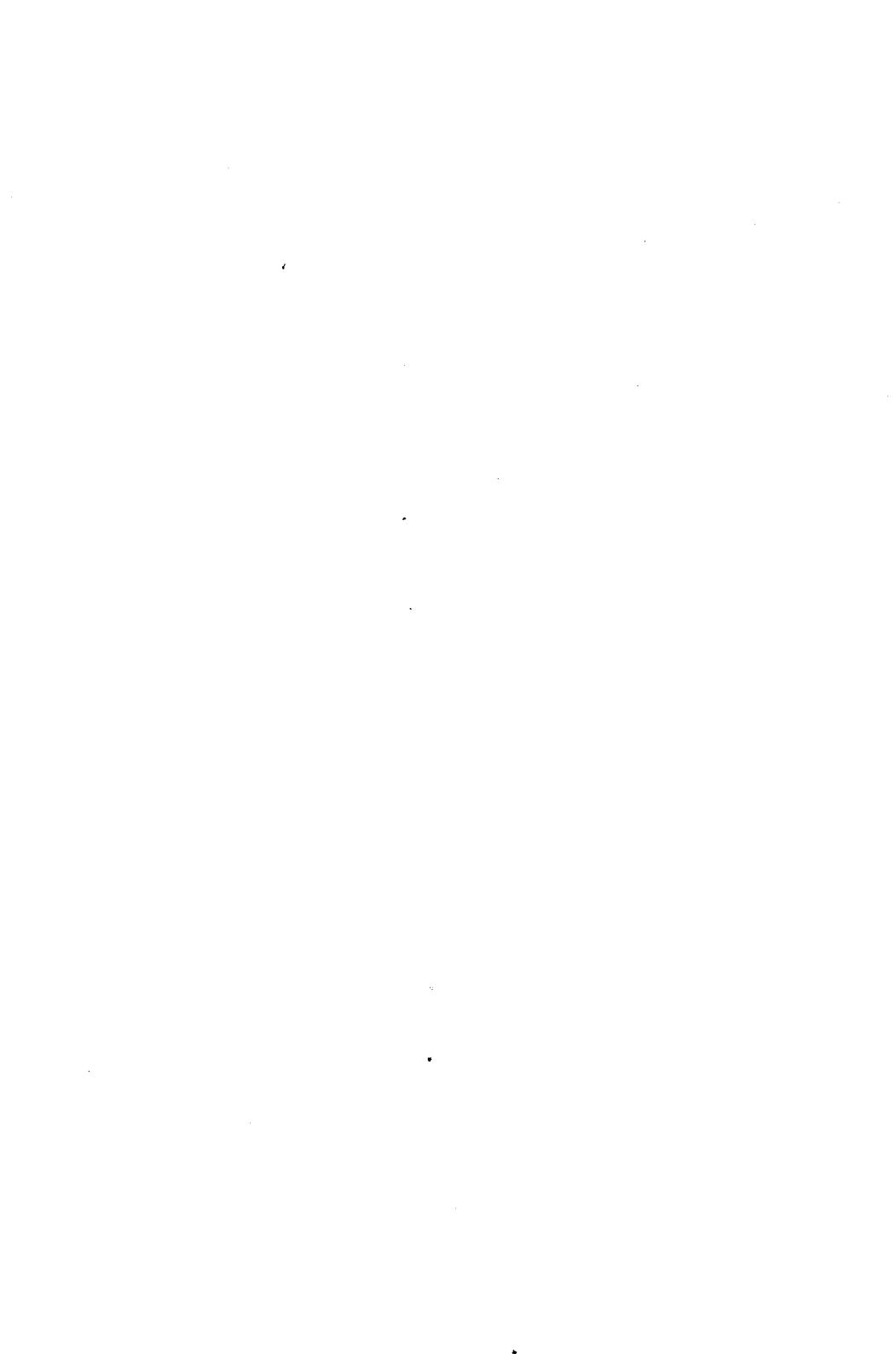
BIBLIOGRAFÍA

- Arriagada, Irma (2004), "Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas", *Papeles de Población*, nueva época, año 10, núm. 40, abril-junio, Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 71-95.
- Bronfman, Mario, Brígida García, Fátima Juárez, Orlandina de Oliveira y Julieta Quilodrán (1990), *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, México, El Colegio de México.
- Consejo Nacional de Población (2000), *Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana*, México, Conapo.
- (2002), *La situación demográfica de México 2002*, México, Conapo.
- (2004), *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003*, México, Conapo.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (1994), *Encuesta sobre el comportamiento sexual en la ciudad de México, 1992-1993*, México, Conasida.
- Dixon-Muller, Ruth (1993), "The Sexuality Connection in Reproductive Health", en Sondra Zeidenstein y Kirsten Moore (eds.), *Learning about Sexuality. A Practical Beginning*, Nueva York, The Population Council e International Women's Health Coalition, pp. 137-157.
- Fariyal, Fikree, Ronald Gray y Farida Shan (1993), "Can Men be Trusted? A Comparison of Pregnancy Histories Reported by Husbands and Wives", *American Journal of Epidemiology*, vol. 138, núm. 4, pp. 237-242.
- Figueroa, Juan Guillermo (1998), "La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones", en Susana Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, pp. 163-189.
- García, Brígida, y Orlandina de Oliveira (1990), "Social Sectors and Reproduction in Mexico", en Mario Bronfman, Brígida García, Fátima Juárez, Orlandina de Oliveira y Julieta Quilodrán, *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, México, El Colegio de México, pp. 1-3.
- (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.

- García, Brígida, y Olga Rojas (2002), "Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina", *Papeles de Población*, nueva época, año 8, núm. 32, abril-junio, Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población, Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 11-30.
- Gómez de León, José (2001), "Los cambios en la nupcialidad y la formación de familias: algunos factores explicativos", en José Gómez de León y Cecilia Rabell (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo xxi*, México, Conapo-Fondo de Cultura Económica, pp. 207-241.
- Greene, Margaret, y Anne Biddlecom (2000), "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles", *Population and Development Review*, 26(1): 81-115.
- Hernández, Daniel (2001), "Anticoncepción en México", en José Gómez de León y Cecilia Rabell (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo xxi*, México, Conapo-Fondo de Cultura Económica, pp. 271-306.
- Hernández Rosete, Daniel (2005), "La vida extramarital masculina en tiempos de VIH/sida. Usos y prácticas entre algunos varones con profesiones ligadas a las ciencias sociales", en Juan Guillermo Figueroa *et al.* (coords.), *Ser padres, esposos e hijos: Prácticas y valoraciones de varones mexicanos*, México, El Colegio de México (en prensa).
- Lerner, Susana, y André Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México", en Francisco Alba y Gustavo Cabrerira (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 85-117.
- _____, André Quesnel y Mariana Yanes (1994), "La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm. 3, septiembre-diciembre, México, Centro de Estudios Demográficos y Urbanos, El Colegio de México, pp. 543-578.
- Mendoza, Doroteo, *et al.* (2000a), *Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: Documento metodológico*, Serie Investigación y Evaluación núm. 7, México, Instituto Mexicano del Seguro social.
- _____, (2000b), *Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: Informe de resultados*, Serie Investigación y Evaluación núm. 8, México, Instituto Mexicano del Seguro social.
- Mier y Terán, Marta, y Cecilia Rabell (1984), "Fecundidad y grupos sociales en México" (1971-1977), en Raúl Benítez *et al.*, *Los factores del cambio demográfico en México*, México, Siglo XXI Editores-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 221-241.

- Mier y Terán, Marta, y Virgilio Partida (2001), "Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad en México, 1930-1997", en José Gómez de León y Cecilia Rabell (coords.), *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo xxi*, México, Conapo-Fondo de Cultura Económica, pp. 168-203.
- Quilodrán, Julieta (1990), "Entrance into Marital Union and into Motherhood by Social Sectors", en Mario Bronfman, Brígida García, Fátima Juárez, Orlandina de Oliveira y Julieta Quilodrán, *Social Sectors and Reproduction in Mexico*, México, El Colegio de México, pp. 4-8.
- (2003), "La familia, referentes en transición", *Papeles de Población*, nueva época, año 9, núm. 37, julio-septiembre, Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 51-82.
- , y Viridiana Sosa (2001), "Un primer acercamiento a la estimación de los niveles de fecundidad masculina en México", *Notas, Revista de Información y Análisis*, núm. 15, julio-septiembre, Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, pp. 58-67.
- Rojas, Olga (2002), "La participación de los varones en los procesos reproductivos: un estudio cualitativo en dos sectores sociales y dos generaciones en la ciudad de México", *Papeles de Población*, nueva época, año 8, núm. 31, enero-marzo, Toluca, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México, pp. 189-217.
- , y Susana Lerner (2001), *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*, Documentos de Trabajo, Serie Sexualidad, Salud y Reproducción, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.
- Rubin, Jane (1989), "Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México", en Beatriz Figueroa (comp.), *La fecundidad en México. Cambios y perspectivas*, México, El Colegio de México, pp. 249-315.
- Secretaría de Salud (1990), *Informe de la Encuesta sobre Conocimiento, Actitud y Práctica en el Uso de Métodos Anticonceptivos de la Población Masculina Obrera del Área Metropolitana de la Ciudad de México*, Serie Investigación, México, Dirección General de Planificación Familiar, Ssa.
- Szasz, Ivonne (1998), "Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México", *Debate Feminista*, año 9, vol. 18, octubre, pp. 77-104.
- , y Susana Lerner (2002), "El enfoque de salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo. Aportes de la investigación sociodemográfica", en Brígida García (coord.), *Población y sociedad al inicio del siglo xxi*, México, El Colegio de México, pp. 157-180.

- Watkins, Susan (1993), "If all We Knew about Women was What We Read in *Demography*, What Would We Know?", *Demography*, vol. 30, núm. 4, noviembre, Population Association of America.
- Welti, Carlos (1984), "Algunos factores asociados al descenso de la fecundidad en México en un periodo reciente", en Raúl Benítez *et al.*, *Los factores del cambio demográfico en México*, México, Siglo XXI Editores-Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, pp. 126-151.
- Zavala, Ma. Eugenia (2005), "Las tendencias de la fecundidad en los tres grupos de generaciones urbanas y rurales según el sexo", en Marie Laure Coubès *et al.*, *Cambio demográfico y social en el México del siglo xx. Una perspectiva de historias de vida*, México, Cámara de Diputados-Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey-El Colegio de la Frontera Norte-Miguel Ángel Porrúa, pp. 97-119.



V. DESIGUALDAD ÉTNICA, MATERNIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

MATERNIDAD INDÍGENA: LOS DESEOS, LOS DERECHOS, LAS COSTUMBRES

GISELA ESPINOSA DAMIÁN¹

INTRODUCCIÓN

En este texto se reflexiona sobre la experiencia del embarazo, el parto y el puerperio de mujeres indígenas, reconociendo que si bien la reproducción implica un proceso biológico condicionado por la naturaleza,² común a mujeres de todos los tiempos y grupos sociales, la maternidad y el acto sexual que precede al embarazo son también y fundamentalmente hechos culturales cuyo significado se construye en momentos y contextos específicos, diversos, abiertos y dinámicos, lo que se traduce en representaciones y prácticas sociales también peculiares y diversas, con relativa estabilidad, pero sujetas al cambio y la resignificación.

El sentido que las mujeres indígenas dan a la maternidad está sedimentado en largos procesos históricos y culturales. Sondear este significado es una tarea compleja y, pese a ello, insuficiente para explicar las prácticas actuales y las trayectorias reproductivas de las mujeres indígenas de hoy; en parte porque las acciones individuales e incluso grupales pueden alejarse de los referentes construidos socialmente, es decir, no hay una relación unívoca y lineal

¹ Profesora-investigadora en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, y coordinadora del posgrado en Desarrollo Rural en esa universidad; correo electrónico: gisela@correo.xoc.uam.mx

² Me refiero aquí a la maduración de los sistemas reproductivos femenino y masculino, al inicio de los ciclos menstruales, a la concepción en un momento preciso de ese ciclo y al proceso reproductivo que finaliza con el parto y el puerperio. Si bien la reproducción asistida cobra mayor importancia, el coito es aún el origen más común de un embarazo, sobre todo en regiones rurales e indígenas.

entre prácticas y representaciones.³ Lo anterior obedece, en parte, a que la reproducción humana implica un acto sexual previo que no siempre tiene una intención reproductiva, lo cual obliga a preguntarse sobre las motivaciones de la unión sexual y las circunstancias que rodean un embarazo, y, a que la elección libre e informada en materia reproductiva, así como la provisión de servicios que garanticen un embarazo, un parto y un puerperio saludables, son parte de los derechos reproductivos, cuyo cumplimiento obliga a revisar programas, servicios y recursos públicos que inciden en la maternidad de las mujeres indígenas y en el ejercicio de sus derechos.

El análisis de la relación entre los deseos reproductivos de las mujeres indígenas, las costumbres de los pueblos indios y los derechos relativos a la maternidad que dicen promover las instituciones públicas estuvo guiado por algunas interrogantes: ¿qué significado e importancia tiene la maternidad en los pueblos indios?, ¿qué normas sancionan si una mujer puede y debe o no ser madre?, ¿los derechos reproductivos coinciden o se contraponen con las normas de los pueblos indios?, ¿las instituciones públicas de salud proveen de los servicios y los recursos que suponen los derechos reproductivos?, ¿hasta qué punto las mujeres indígenas asumen, cuestionan, transgreden y transforman las normas de sus pueblos y los discursos y acciones de las instituciones públicas?, ¿los deseos de las mujeres indígenas en el plano reproductivo y sexual tienen posibilidad de realización en el marco de sus sistemas normativos?, ¿son respetados por las instituciones públicas?, ¿los derechos reproductivos constituyen un referente normativo para las mujeres indígenas?

La búsqueda de respuestas me llevó, por un lado, a indagar las representaciones, los significados culturales de la maternidad en los pueblos indios⁴ que operan como un “deber ser” en la vida re-

³ Las representaciones son sistemas referenciales a partir de los que se interpreta la realidad; conjunto de referentes relativamente estables que orientan los sentidos de la acción, pero que, siendo producto de la cultura, también dan lugar a la interacción y pueden ser transformadas y resignificadas por los sujetos (Osorio, 2001: 15; Moreno, 2005: 26).

⁴ Si bien la maternidad es mi eje central de reflexión, el hecho de que esté precedida por un acto sexual me condujo a indagar también representaciones y prácticas sexuales, pero sólo aquellas relacionadas con la maternidad.

productiva de las mujeres; por otro lado, a identificar tensiones, coincidencias y divergencias entre esta pauta cultural y el discurso sobre sexualidad y maternidad que las indígenas conocen mediante programas institucionales. Parto de la premisa de que el significado que la maternidad tiene debe comprenderse en su especificidad; pero también parto del supuesto de que las indígenas no viven aisladas ni encerradas, sino en constante interacción con otros grupos e instituciones, cuyo discurso ejerce influencia y modifica sus representaciones y prácticas en relación con la maternidad.

Esta hibridación de discursos sólo en algunos puntos resulta armónica o compatible; con frecuencia se contrapuntea y tensa. De ahí que, sin restar importancia a las concepciones y prácticas consuetudinarias en materia reproductiva, e incluso reconociendo que son el referente central para las mujeres de los pueblos indios, también es necesario visualizar el dinámico, difícil y conflictivo cambio cultural en torno a la maternidad y la sexualidad, así como inferir la influencia de discursos gestados en otros contextos culturales e institucionales, especialmente los de planificación familiar y salud materna que,⁵ entre los programas oficiales, son los que más continuidad han tenido en regiones indígenas y rurales.

Pese a que las expectativas y normas sociales e institucionales también modelan los deseos, la interpretación, evasión, transgresión, crítica o rebeldía personal ante la norma da lugar a prácticas reproductivas diferentes dentro de un mismo contexto cultural y a la modificación de los sistemas normativos propios. Desde este doble espectro (la normatividad y la práctica) me pregunto hasta qué punto la maternidad de las indígenas obedece a un anhelo personal, a un deseo propio y a una decisión libre e informada, y hasta qué punto sobre sus deseos se imponen las normas comunitarias convertidas en costumbre o los objetivos de las instituciones oficiales.

⁵ Considero que, además de la incidencia de programas de planificación familiar y salud materna del sector público, otras instituciones relevantes en la vida sexual y reproductiva de los pueblos indios son la Iglesia católica (cuya influencia es tan importante que se funde y confunde con la cultura indígena), la escuela, los medios de comunicación masiva y el contacto transitorio o cíclico con otros pueblos y culturas facilitado por la migración. Sólo tangencialmente abordo algunos de ellos.

El deseo reproductivo, entendido simplemente como la expresión verbal del anhelo de procrear⁶ —explorado en el ideal reproductivo; es decir, en la declaración de cuántos hijos les gustaría tener o haber tenido, y/o en la planeación del embarazo—, se confronta con los “usos y costumbres” de los pueblos indios en torno a la maternidad y la sexualidad.

Aunque los llamados “usos y costumbres” parecen referirse a prácticas concretas, son en realidad sistemas normativos surgidos de la historia y la experiencia colectiva, construcción cultural que expresa las formas de concebir y sancionar socialmente algún asunto, reglas que generalmente se transmiten por vía oral y que operan sin referencia al Estado, derecho consuetudinario que no necesita un aparato administrativo para aplicarse (López, 1998); representaciones sociales, en este caso, referidas a la maternidad y la sexualidad de las mujeres indígenas. Como toda norma es un “deber ser” que guía la práctica, pero que puede ser cuestionada, transgredida y reelaborada.

Los deseos, las decisiones y prácticas reproductivas de las indígenas también se confrontan con los derechos reproductivos, ligados estrechamente al concepto de salud reproductiva, cuyo discurso se asume en programas oficiales relacionados con la maternidad y la sexualidad de las mujeres indígenas.

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad de hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia [...] lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos [...] de planificación de la familia [y] regulación de la fecundidad [...] y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos [...] la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servi-

⁶ Por desear se entiende tender con el pensamiento a la realización de algo que proporcionaría alegría (Moliner, 2001: 929). Soy consciente de que las respuestas verbales pueden diferir del deseo real; es decir, que algunas mujeres declaran desear cuando no deseaban y viceversa, y que esta diferencia no es necesariamente un intento de ocultar la verdad, sino una dificultad para reconocerla o decirla; por ejemplo, muchas mujeres indígenas no se habían formulado la pregunta de si querían o no tener un hijo antes de embarazarse, o bien para otras era difícil decir que a partir de cierto momento ya no querían tener más hijos, puesto que ya los habían tenido.

cios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos [...] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual [Germain y Kyte, 1995: 22].

Puede advertirse que el ejercicio pleno de los derechos reproductivos exige recursos, acciones y servicios de instituciones públicas. Al igual que los usos y costumbres, los derechos reproductivos aparecen aquí como parte de un sistema normativo, pero a diferencia de aquéllos, éstos pueden ubicarse como parte del derecho positivo, se expresan en un discurso escrito, no sólo oral, operan con referencia al Estado y necesitan de un aparato administrativo y de ciertas condiciones y recursos materiales y humanos para ser realidad. Constituyen un “deber ser” que orienta las acciones institucionales y que ampara al sujeto que ejerce o disfruta el derecho. Como todo sistema normativo, puede incumplirse y ser transgredido o cuestionado.

Analizar los deseos, los derechos y las costumbres relativas a la maternidad indígena y esclarecer las convergencias y divergencias entre estos planos es un asunto complejo. Éste es apenas un trabajo exploratorio que se propone abrir interrogantes, plantear hipótesis y aportar elementos al debate y a la comprensión de ese misterioso continente que aún es la sexualidad y la reproducción de las mujeres indígenas, pero sin duda se requieren estudios más amplios y profundos para comprenderlo cabalmente.

CUESTIONES METODOLÓGICAS

Hemos recurrido a tres fuentes de información: una investigación cualitativa y dos encuestas; la información que arroja cada fuente se complementa y/o se contrasta en el análisis.

La investigación cualitativa se realizó en los años 2002 y 2003 a petición de la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (Conami) y de K'inal Antzetik.⁷ En su realización participaron 205 mu-

⁷ La Conami agrupa a núcleos indígenas de Guerrero, Jalisco, Michoacán, Puebla, Estado de México, Hidalgo, Veracruz, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo. K'inal

jerés indígenas y ocho varones en 11 talleres de reflexión y análisis sobre el embarazo, el parto, el puerperio y los servicios de salud.⁸ El objetivo central del estudio fue identificar los factores que están incidiendo en los altos índices de muerte materna en las zonas indígenas y elaborar algunas propuestas al sector público para disminuir este grave problema.⁹ Las participantes¹⁰ en los talleres eran residentes de comunidades rurales de Guerrero (zonas mixteca, tlapaneca y amuzga), Puebla (zona náhuatl), Veracruz (zona náhuatl), Michoacán (zona purépecha) y Oaxaca (zona chinanteca); la mayoría dijo vivir en localidades donde hay dificultad o no hay acceso a servicios de salud. Aunque asistieron algunas indígenas muy jóvenes, de entre 13 y 17 años (no más de 5% del total), y algunas mujeres mayores de 50 y hasta de 78 años (no más de 15% del total), la mayoría se ubicó entre los 18 y los 49 años.¹¹ También la

Antzetik (Tierra de Mujeres) es un organismo civil que desde 1991 ofrece asesoría a indígenas de Chiapas y de otros estados del país.

⁸ Primero se realizó un taller nacional de tres días al que asistieron 18 mujeres de 12 entidades: Veracruz, Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, Michoacán, Querétaro, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Estado de México y Distrito Federal. Las 10 reuniones restantes se realizaron en cinco estados, dos en cada uno: en Guerrero hubo 47 participantes, en Veracruz 29, en Michoacán 38, en Puebla 35 y en Oaxaca 39; en la organización y coordinación de los talleres estuvimos siete personas. La doctora Mercedes Castillo y Gisela Espinosa diseñaron y coordinaron el taller nacional, cuya estructura, con ligeras variantes, se mantuvo en los talleres realizados en los otros estados. En la coordinación de los talleres estatales (con duración de dos días cada uno) participó la doctora Patrocinia Carrión con Gisela Espinosa. En cada estado se realizó previamente un taller de sensibilización conducido por Nellys Palomo (de K'inal Antzetik), Gilda Peña, Martha Sánchez y Erika Poblano (de la Conami); en todos los casos se contó con el apoyo de compañeras de la Conami de cada estado, que no sólo convocaron a las otras mujeres sino que impulsaron la participación y reflexión.

⁹ Los resultados de este estudio se pueden consultar en Gisela Espinosa, "Doscientas trece voces contra la muerte: mortalidad materna en zonas indígenas"; Martha Castañeda, Daniela Díaz, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth y Dora Sánchez Hidalgo, *La mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas*, 2004.

¹⁰ En vista de que las mujeres fueron abrumadora mayoría en los talleres (96%), he optado por decir "las" cada vez que se hace referencia al conjunto de participantes; sólo se especifica la voz de los varones al citar sus testimonios.

¹¹ Las condiciones en que se realizaron los talleres de reflexión dificultaron el registro de los datos de las participantes (edad, lengua, escolaridad, estado civil, número de embarazos, número de hijos vivos, número de abortos y uso de anticon-

mayoría reportó estar unida en pareja y tener hijos; pocas eran monolingües, casi todas hablaban una lengua indígena y español, así que la comunicación fue fluida y hubo traducción simultánea cuando fue necesario.¹²

Por otro lado, se revisó la Encuesta de Salud Reproductiva de 1999 (ESR), realizada por el Consejo Nacional de Población y el Programa IMSS-Solidaridad con el objetivo de conocer el impacto del IMSS-Solidaridad en la salud reproductiva y evaluar el cumplimiento de metas del Programa Nacional de Población 1995-2000. La ESR entrevistó a 2 730 mujeres rurales en edad reproductiva (de 15 a 49 años) que habitan las localidades sede y de acción intensiva del IMSS-Solidaridad; se aplicó en ocho de los 17 estados donde opera el programa: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Tamaulipas, Michoacán, Puebla y Veracruz (en los tres últimos también se realizó la investigación cualitativa).

La información obtenida de cada uno de los individuos entrevistados de la ESR integró un elemento ponderador o factor de expansión, lo que permitió considerar los resultados obtenidos de la muestra como representativos de la población objetivo de dicho estudio.¹³

Finalmente, se retomó la Encuesta sobre Salud Reproductiva entre Jóvenes Indígenas 2000 (Ensarji), levantada por el IMSS-Solidaridad con el objetivo de indagar actitudes, expectativas, intereses e intenciones de las y los jóvenes indígenas acerca de su sexualidad y su salud reproductiva. La Ensarji centra su mirada en los grupos

ceptivos) tal como se había planeado. En cada taller, el arribo de mujeres venidas de distintos lugares no siempre pudo sincronizarse, de modo que en todos los casos hubo quienes llegaron tarde y no llenaron su hoja de datos, sea porque no podían escribir fácilmente o porque todo el equipo de coordinación estaba ocupado (al frente del taller, grabando las intervenciones, moderando a algún equipo, atendiendo problemas logísticos, etc.). A excepción del número y sexo de los participantes, que por cuestiones administrativas y logísticas tuvo que precisarse, los porcentajes que aquí se presentan son aproximaciones basadas en los datos de registro que sí se tienen.

¹² En el taller nacional también participaron hablantes de mazateco, hñahñú, maya, tzotzil, mazahua y matlazinca.

¹³ El factor de expansión o elemento ponderador permite obtener resultados representativos para una población con base en el levantamiento de cuestionarios a una muestra de dicha población.

indígenas hñahñú, maya, mixteco, nahua, tseltal¹⁴ y zapoteco (con dos de ellos, mixteco y nahua, también se realizó la investigación cualitativa) por ser los más numerosos entre los indígenas atendidos por IMSS-Solidaridad; aplicó 3 490 encuestas a adolescentes de 12 a 19 años, de los cuales 46.6% eran varones y 53.4% mujeres.

Respecto a la Ensarji, si bien el número de individuos encuestados es mayor que en la ESR, ésta no incluyó en su elaboración algún elemento ponderador o factor de expansión que permitiera obtener resultados representativos de la población objetivo. Pese a ello, la naturaleza de sus reactivos y la riqueza de su información permite contrastar los resultados de la investigación cualitativa y enriquecer o matizar nuestro análisis.

Es pertinente informar que se efectuaron pruebas para verificar la significancia estadística de los casos en los que se contrastan respuestas de grupos indígenas y no indígenas, o de varones y mujeres. La prueba de significancia estadística permite ver si existe una diferencia real entre dos grupos y si ésta no es producto del azar. Una vez efectuada esta prueba tenemos 95% de seguridad de que las diferencias en la respuesta son significativas.

Aunque los objetivos de cada encuesta y de la investigación cualitativa fueron distintos, hay coincidencias importantes que permiten establecer áreas de intersección y cruces que contribuyen a esclarecer algunas preguntas centrales del tema que aquí nos ocupa. En este sentido, vale la pena destacar que tanto las encuestas como la investigación cualitativa tomaron un universo de informantes que habitan en el medio rural; en las tres fuentes puede ubicarse la voz de mujeres indígenas, en su mayoría en edad reproductiva, y también en las tres fuentes hay información importante sobre las concepciones y prácticas relacionadas con la reproducción. La ESR coincide en tres de los cuatro estados donde se realizó la investigación cualitativa, y la voz de mujeres mixtecas y nahuas aparece tanto en la Ensarji como en la investigación cualitativa.

En cuanto a las diferencias cabe señalar la cuestión metodológica: las dos encuestas utilizaron preguntas cerradas y seleccionaron

¹⁴ Hasta hace poco la palabra tseltal sólo se escribía con zeta: tzeltal; sin embargo, lingüistas especializados en esta cultura, como Antonio Paoli, consideran que si se atiende a la fonética de la palabra y a la forma en que ese sonido se escribe en la lengua indígena, lo correcto es escribir “tseltal” (Paoli, 2003).

muestras representativas de la población indígena (Ensarji) o rural e indígena (ESR); en ambas se buscó representatividad por edad de las encuestadas (15 a 49 años en la ESR; 12 a 19 años en la Ensarji); por el acceso a servicios de salud (ESR); por sexo de los encuestados (sólo mujeres en la ESR; mujeres y varones en la Ensarji). En cambio, las informantes de la investigación cualitativa fueron mayoritariamente mujeres que pertenecen a la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas o simpatizan con ella, que habitan en algunas áreas de influencia de esta organización y no necesariamente son representativas de los pueblos indios a los que pertenecen.

Otra diferencia metodológica importante es que las encuestas aplicaron cuestionarios cerrados e individuales; en la investigación cualitativa se utilizaron cuestionarios abiertos y se conjugó la discusión de cada fase del ciclo reproductivo en pequeños grupos, con la exposición y debate en plenarias, donde todos los grupos compartían sus ideas y experiencias e incluso aportaban nuevos elementos a la discusión. Aunque hubo interés y cuidado de registrar respuestas mayoritarias o de consenso, también se registraron respuestas minoritarias o diferentes. Además de los testimonios recogidos en los talleres, se hicieron algunas entrevistas individuales a parteras, mujeres participantes y prestadores de servicios de salud en las zonas visitadas.

El contraste de resultados de las tres fuentes resulta enriquecedor e interesante, y si bien los cruces y convergencias entre ellas permiten sustentar con mayor solidez algunas afirmaciones, un ejercicio analítico que combina fuentes cuyas metodologías, informantes y objetivos difieren, obliga a ponderar alcances y límites, a formular nuevas hipótesis y preguntas ante resultados divergentes y a tomar con cuidado las convergencias.

Explorar las vivencias del proceso reproductivo con mujeres de diversas entidades, lenguas, edades, estado civil, situación reproductiva y cultura permitió, por un lado, reconocer algunas diferencias, pero no fue posible profundizar en los matices sino apenas tomar este material como punto de partida para identificar coincidencias en torno a los ejes de reflexión que nos interesan; por otro lado, da cuenta de cómo se van abriendo paso nuevas ideas y formas de vivir la sexualidad y la reproducción en zonas indígenas; innovaciones que se dan en medio de tensiones y conflictos de las

indígenas consigo mismas, con sus parejas, familias y comunidades, y con las instituciones públicas que laboran en sus regiones. En fin, entremos en materia.

DE INICIACIONES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS

Según algunos analistas, la posibilidad de restituir las reservas de nutrientes se reduce al acortar el espacio intergenésico (lapso entre uno y otro embarazo) y se dificulta más entre mujeres con nutrición deficiente (Arroyo, 1994); se afirma que las embarazadas mayores de 40 años tienen un riesgo 8.6 veces mayor de morir que el grupo de 20 a 24 años (Soto, 2000); también se dice que la mortalidad materna podría disminuir hasta en un 33% si las mujeres que no desean más hijos pudieran evitar el embarazo (Lagunes, 1998).

Si, como dicen los médicos, el embarazo adolescente, frecuente o tardío, eleva los riesgos de morbimortalidad materna, en zonas indígenas éste se eleva exponencialmente, pues allí es común que la vida sexual y reproductiva se inicie a temprana edad, que las mujeres tengan más hijos que en las urbes y también que muchas dejen de embarazarse hasta que la naturaleza lo impida.

Según la Ensarji, 71.37% de las y los jóvenes indígenas opina que una mujer no puede tener relaciones sexuales antes del matrimonio, opinión que refleja el “deber ser” de las comunidades, internalizado ya por la mayoría de la juventud y divergente del discurso oficial que reconoce derechos sexuales y reproductivos desde la adolescencia. Este reconocimiento no significa la promoción de relaciones sexuales precoces o premaritales, pero tampoco su prohibición; más bien se promete información, orientación, privacidad y acceso a métodos anticonceptivos sin importar el estado civil ni la autorización de los padres. Se supone que con estas políticas disminuirá el riesgo de embarazos no planeados ni deseados y las enfermedades de transmisión sexual, a la vez que ampliará las libertades individuales y la posibilidad de disfrute para quienes tengan una vida sexual activa en esa etapa.

¿Están contrapuestas las normas indígenas y las normas oficiales? Una mirada a los hechos muestra que la divergencia es más

discursiva que real. La investigación cualitativa indica que las pocas indígenas jóvenes que antes de vivir en pareja se atrevieron a buscar orientación sobre métodos anticonceptivos en instituciones públicas, no la recibieron: tanto en su comunidad como en la capital de su estado, los prestadores de servicios de los centros de salud adujeron que eran solteras y jóvenes o que los condones eran sólo para hombres. La posición de los médicos permite ver que si bien en el plano normativo la tradición parece oponerse a la modernidad, en los hechos el personal de las instituciones públicas comparte una cultura prejuiciosa y sexista que impide a las indígenas el ejercicio de los derechos sexuales y el acceso a los servicios correspondientes, de modo que la divergencia en los discursos se torna coincidencia en las posiciones prácticas.

Si bien una actitud liberal es socialmente más costosa para las mujeres, una exploración más amplia sobre qué piensan las y los indígenas sobre el tema permite advertir que los varones son más flexibles. El 14.8% de los varones se manifestó porque las mujeres puedan sostener relaciones premaritales, mientras sólo 11.18% de ellas opinó en el mismo sentido (Ensarji). También es importante destacar que, desde una posición minoritaria, este segmento de la juventud indígena disiente abiertamente de las normas comunitarias, abre brecha a nuevas formas de concebir la sexualidad y enfrenta, desde una posición totalmente desventajosa, la crítica de las comunidades y los prejuicios y fallas de las instituciones públicas en la materia.

Si por un lado se ponen obstáculos para que una joven soltera pueda tener vida sexual activa y sin riesgos, por otro lado se ejerce presión para que tenga pareja formal a temprana edad; ambos hechos restringen el margen de sus decisiones y la construcción de su autonomía personal, en el área sexual y reproductiva. La ESR indica que las indígenas inician su vida sexual más pronto que otras mujeres del campo: la edad promedio en que las mujeres rurales dicen tener su primera relación sexual es 18.8 años, pero las indígenas se adelantan un año, pues el mismo indicador es de 17.8 años. La investigación cualitativa indica mayor precocidad: algunas dijeron iniciar su vida sexual casi niñas y afirman que en sus pueblos, aún hoy, una soltera de 18 años está "quedada" y va para "solterona", lo cual genera una presión social para que tenga pareja pronto.

Los resultados de la Ensarji matizan un poco esta idea, pues si bien la mayoría (61.37%) de las y los jóvenes encuestados considera que a más tardar a los 20 años una mujer debe tener pareja, un respetable 38.64% piensa que debiera hacerlo después de los 20, lo que indica que la juventud indígena empieza a pensar de otra manera y que la edad ideal de la unión va desplazándose hacia arriba, quizás en ello se note la influencia de la escuela o el simple hecho de permanecer más años en ella; es probable que los programas de planificación familiar, los medios de comunicación, las experiencias migratorias, etc., estén modificando la idea sobre el momento ideal para unirse en pareja.

La mayoría de las y los encuestados adujo como razón principal de la unión que la mujer "ya es grande" o "ya está madura", lo cual sugiere que, más que una visión romántica (amar y ser amada) o racionalista y práctica (tener una carrera, un proyecto de pareja, un patrimonio, un trabajo), o pasional (deseo, atracción sexual), la razón para "casar" a las mujeres obedece a una especie de destino que depara el ciclo vital: la mujer "está madura" —interpretó yo— para unirse sexualmente y reproducirse.

Mantener una edad temprana como "deber ser" para unirse en pareja puede obedecer a las tradiciones de los pueblos indios, pero también es producto de una realidad precaria y marginada donde las opciones educativas, laborales, artísticas, etc., para los jóvenes y en particular para las mujeres son muy limitadas, de modo que la vida en pareja aparece, más que como una opción elegida, como la forma "natural", viable y legítima de transitar a la vida adulta y/o independizarse de los padres.

No es fácil que las indígenas se rebelen contra el "destino", la dificultad para ejercer su autonomía en materia sexual y reproductiva no es un hecho aislado sino parte de un conjunto de sujetaciones que viven en el plano familiar y social y de las escasas oportunidades que tienen en medio de la precariedad. La investigación cualitativa sugiere que si bien desde pequeñas asumen muchas responsabilidades y tareas no es costumbre que participen en la toma de decisiones; la Ensarji indica que la mayoría de los y las jóvenes hacen suyas las concepciones que reafirman la heteronomía de las mujeres y las jerarquías de género. He aquí algunos datos: 85.84% de las y los jóvenes indígenas cree que una mujer debe pedir permi-

so para salir sola, 78.6% para participar en fiestas, 76.89% para salir con sus hijos o para visitar amigas, 75.43% para usar métodos anticonceptivos, 72.77% para trabajar, 71.58% para visitar familiares, 69.08% para estudiar y 66.79% para hacer gastos cotidianos.

Los altos porcentajes de aceptación de las mujeres en cuanto a que deben “pedir permiso” revelan acuerdos tácitos o explícitos entre ambos sexos para limitar y autolimitar la movilidad de las mujeres, para controlar sus actividades lúdicas, laborales, educativas; sus relaciones amistosas y familiares, así como para restringir la libertad sobre su propio cuerpo y sus decisiones reproductivas (tres de cada cuatro considera que deben pedir permiso para usar anticonceptivos). También en este caso llama la atención que aunque las restricciones recaen sobre las mujeres, no son ellas las que más disienten de las normas, al revés, excepto en lo relativo a hacer gastos cotidianos, donde los porcentajes de varones y mujeres son semejantes, en todos los reactivos las mujeres superan ligeramente a los varones (por dos o tres puntos porcentuales) en la idea de que “deben pedir permiso”.

Retomando a Foucault, García (2005: 41) señala que el ejercicio del poder (ese modo de acción sobre las acciones de los otros) puede verse desde una perspectiva disciplinaria: la disciplina se ejerce sobre los cuerpos y consiste en imponer tareas o conductas a una multiplicidad de individuos. El que la mayoría de las mujeres estén de acuerdo, incluso más que los hombres, en que deben pedir permiso para realizar un conjunto de actividades cotidianas revela una internalización de las normas, una disciplina que, como dice García, se convierte en técnica privilegiada del ejercicio del poder cuyo objetivo es individualizar a los sujetos, no para aceptar e incentivar su singularidad, sino para homogeneizarlos y hacerlos normales: “Este tipo de poder se ejerce sobre la vida cotidiana inmediata [y ata a los individuos] a su propia identidad, les impone una ley de verdad que deben reconocer en ellos” (Foucault, *Vigilar y castigar*, citado por García, *idem*).

La disciplina, como obediencia a la norma, muestra las dificultades para que las mujeres construyan su autonomía y su individualidad; hecho que también se expresa en el cortejo y la forma de establecer sus compromisos de pareja; por ejemplo, en la zona tlapapecia y mixteca de Guerrero aún se acostumbra “comprar” a la

novia luego de un acuerdo de suegros independiente del deseo o consentimiento de los prometidos, como lo revela el siguiente testimonio:

Cuando yo andaba, antes chiquita, mi suegro estaba a mi lado viendo cómo ando. Y cómo, rápido, estoy lavando el traste, rápido estoy moliendo, rápido hago la comida. Por eso dice: “Aquella mujer bien rápida le hace la comida, a lo mejor la vamos a comprar, a lo mejor la vamos a pedir”... Na’más cumplí 13 años, luego vino mi suegro a pedir con mi papá, con mi mamá: “Yo no quiero robar con tu hija, yo tengo gusto de casar mi hijo con tu hija. Pues vamos a estar compadres”... Yo no quería casarlo pues, nomás que mi mamá me hizo fuerza... Porque yo no quería acostar con mi esposo, luego me estaba pegando mi mamá... Ahorita siempre se estaba acordando mi esposo: “Tienes que pagar todo lo que tú me hiciste, porque no querías casar, no querías junto con nosotros”, dice [Nemesio *et al.*, 2003].

En el mismo sentido, una abuela nahua de 68 años que vive en la sierra norte de Puebla relata:

A mí me dijeron: “Tú te vas a casar y te vas a casar”. Había rigor, los papás no sabían educar con buenas palabras. Y es que en la antigüedad no dejaban a las muchachas ni salir a la puerta, debía uno obedecer y callarse. Yo no sabía lo que era un noviazgo ni nada. Yo no quería casarme, me casaron a fuerza. Yo no sabía qué cosa era “querer” [tener relaciones sexuales]. Era unlo ignorante. A los dieciocho años tuve mi primer hijo y luego siete más. Ahorita ya está más consciente la mujer, las muchachas ya no debían tener tantos hijos [Taller de Puebla].

En casos como éstos, la imposición familiar y social anula la voluntad de la mujer y del varón en un hecho tan trascendental como casarse. Así, la vida marital, la relación sexual y el inicio de la vida reproductiva quedan subsumidos en la obediencia, la disciplina y la resignación que suponen los usos y costumbres para las y los jóvenes casaderos. No en todos los casos es igual; en el mismo taller de Puebla, la nieta de la abuela nahua, de apenas 18 años, mostró su rebeldía y su crítica a la imposición familiar y dejó ver, junto con otras jóvenes, que son significativos los cambios generacionales:

A mí nadie me manda en eso [el noviazgo, el matrimonio], yo digo que hay que probar algunos novios antes de casarse, ¿qué tal que no te guste? Mejor hay que conocerse antes. Y si el matrimonio no funciona... no se trata de sufrir tanto como Juanita [hacía referencia a otra participante de 58 años que relató el maltrato del marido y la suegra]. Las cosas se pueden resolver de otra manera. Yo ya no aguantaría que mi esposo me pegue, que mi suegra me torture. Ya son otros tiempos [Taller de Puebla].

En la zona purépecha de Michoacán y entre los nahuas de Veracruz se mantienen antiguas formas con nuevos contenidos; por ejemplo, “robar a la novia” ya no es necesariamente un acto de violencia sobre la joven, en muchos casos es sólo un rito que formaliza la decisión de la pareja y que está precedido por relaciones sexuales e incluso por un embarazo. Así lo indica un diálogo que sostuve con un grupo de purépechas:

—¿Usted fue novia robada?, pregunto a Barbarita Cacari, partera de 78 años.

—Sí! —contesta— me robaron como a los 13.

—Yo también fui robada —dice otra mujer como de 25.

—Y yo —tercia una más, menor de 20.

—¿Usted también? —pregunto.

—Sí, yo también.

—¿Y usted? —cuestiono a una cuarta.

—Ah, a mí me robaron a los 15 —dice una mujer de más de 40 años.

—¿Alguna de ustedes no fue robada? —pregunto.

—No —contesta una más, cercana a los 30— a mí también me robaron. Es que por aquí hay muchos ladrones.

Y todas se ríen divertidas.

—¿Ustedes se opusieron al rapto? —pregunto.

—No, qué va —dice Barbarita, mirando a las jóvenes— ya no es como antes. Ahora las muchachas ya casi se roban a los hombres.

—Los novios se ponen de acuerdo —interviene una mujer.

—¿Y cuánto tiempo después del rapto tuvieron a su primer hijo?

—Luego, luego! —dicen varias jocosamente—. Sí, eso es lo primero. Y vuelven a reír.

—Ay —dice otra—. ¿Para qué nos hacemos tontas? Casi todas nos casamos embarazadas.

—A mí me robaron a m'hija hace dos años, ahora ya tengo nieto —recuerda la mujer de más de 40— primero me la fueron a pedir pero ella tenía 12 años y yo le dije al muchacho que no, que estaba muy chica.

—Pero me la van a ganar, me voy a ir al “otro lado” y me la van a ganar —dijo él.

—No, yo te la guardo —le dije.

—¿De veras me la va a guardar?

—Sí, te la guardo, vete sin cuidado. Vino como a los dos años, ya traía coche y m'hija tenía 14. Se la robó en la feria. Yo estaba viendo la rueda de la fortuna cuando me avisaron que se la habían robado, yo corrí, pero luego, luego llegaron los papás de él con una botella de charanda. Allí en la feria empezamos a tomar. Cuando volví a la casa y vi su cuarto vacío y oscuro sentí refeo. Ya no está m'hija, pensé, y me puse a llorar [Taller de Michoacán].¹⁵

Aunque la norma verbal de las comunidades purépechas dice que una mujer no debe tener relaciones sexuales premaritales, la práctica contraria es tan común que la transgresión parece la norma. Aquí las mujeres no dijeron ser víctimas de decisiones ajenas sino partícipes activas de planes y acciones que abarcan la elección de pareja y el momento y forma de la unión; sin embargo, queda la duda de si el primer embarazo, y por tanto el inicio de la vida reproductiva y de la maternidad, responde a una decisión de la mujer o la pareja; a una norma social no verbalizada que tolera relaciones sexuales y embarazos si luego se legitima la unión, o si este primer embarazo se asocia a la “culpa” que sienten las mujeres por haber tenido relaciones sexuales premaritales en un contexto cultural que las condena, culpa que se atenúa si se muestran inocentes en materia sexual, y que refuerza su posición subordinada impidiéndoles pedir o negociar, por ejemplo, el uso de anticonceptivos.

Quizá las tres hipótesis sean válidas; en la investigación cualitativa la mayoría habló de la tercera, pero en todos los casos el resultado es que la iniciación de la vida sexual se convierte casi automá-

¹⁵ Los testimonios que traen como referencia “Taller...” han sido recogidos en los talleres realizados para el estudio cualitativo. Además de las notas personales y de los *papelógrafos* que reunimos en cada uno, se grabaron intervenciones de las participantes. Como el registro se hizo en sesiones colectivas, se identifica el estado de donde proviene el testimonio y sólo en algunas ocasiones a la mujer que habla.

ticamente en el inicio de la vida reproductiva. La información de los talleres indica que una novia “comprada” generalmente va a vivir a la casa del esposo, donde tiene que demostrar su habilidad y resistencia en el trabajo, su buen carácter y su capacidad reproductiva. No tiene la confianza, el derecho ni la libertad de ser propulsiva en su vida sexual y mucho menos de posponer el inicio de su vida reproductiva.

Una novia robada —dicen las indígenas— tampoco cuenta con muchas libertades: puede haber confianza por un noviazgo previo y por participar en la decisión de unirse, pero es impensable que use anticonceptivos al comienzo, que pida a su pareja que asuma ese cuidado, que tome alguna iniciativa o que busque y manifieste placer sexual, pues daría la impresión de tener experiencia en lugar de aparecer como una joven recatada, pura y virgen, tal como indican los usos y costumbres.

Los derechos reproductivos suponen que la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual plena, pero este discurso, difícil de hacer realidad en todos los medios sociales, parece muy lejano a las representaciones y prácticas indígenas. Aquí, la inocencia exigida a la novia, tras la que se adivina una idea de mujer y de sexualidad, implica que la mayoría de las indígenas inicien su vida sexual con un placer real o fingido y sin asumir que la reproducción es optativa.

SOLAS Y ACOMPAÑADAS: LOS MÁRGENES DE LA DECISIÓN

Las mujeres mayores señalan que en sus tiempos no podían “cuidarse”, pero aquí también se advierten nuevas ideas de una a otra generación; las adolescentes,¹⁶ pero sobre todo las mujeres madu-

¹⁶ Me refiero aquí a la población adolescente que participó en los talleres. Vale la pena señalar que mientras algunas jóvenes hablaron abiertamente de sexualidad y cuestionaron costumbres e ideas tradicionales, otras se mantuvieron atentas pero en una actitud tímida y callada; quizás compartían un concepto más restrictivo de sus derechos y libertades o quizás sin compartirlo aún no se atrevían a manifestar abiertamente sus ideas. En cambio, las mujeres que son madres, y están o han estado unidas en pareja, hablaban con más seguridad y autoridad, con una especie de derecho dado por la legitimidad de su estado civil y de su experiencia.

ras que aún están en edad reproductiva, dijeron que les gustaría “cuidarse”, algunas usan anticonceptivos, pero varias declararon que el número de hijos que tienen o llegarán a tener no depende sólo de sus deseos: “En nuestros pueblos la maternidad es muy importante, porque tener un hijo significa ser mujer. Con el matrimonio se espera que una mujer sea madre. Cuando nos casamos, lo principal es embarazarse, nadie se ‘cuida’. Por eso, el primer hijo —y quizá el segundo o el tercero— ni se planea ni no se planea: se tiene” (Taller de Veracruz).

Diversos testimonios vertidos en la investigación cualitativa dan la idea de que en el mundo indígena mujer, matrimonio y maternidad son una triada inseparable: una mujer soltera y sin hijos “no es mujer”. Así, la maternidad más que opción es un destino. El hecho de que las indígenas que viven en pareja tengan a su primer hijo sin cuestionamiento, y prácticamente se identifique la iniciación de la vida sexual con el inicio de la vida reproductiva, pone en duda si desean ser madres o desean cumplir un mandato social establecido por usos y costumbres.

Contra la idea de que lo femenino se identifica y se valora en lo materno, la Ensarji ofrece otros datos: 46% de las y los encuestados consideran que “el logro más importante para una mujer” es estudiar, 25% trabajar, 13% tener un hogar, y sólo 6% casarse y 6% tener hijos.¹⁷ Creo que, en efecto, la población indígena y rural valora mucho el estudio,¹⁸ pero quizás la palabra “importante” en la pregunta se presta a varios significados y da la impresión de que se ha contestado pensando en la subsistencia, el ascenso social y hasta en cierto tipo de prestigio y no en el valor que las poblaciones indígenas dan al matrimonio y a la maternidad como símbolos de identidad, realización y estatus social de las mujeres. Y es que en los pueblos rurales e indígenas se acepta más fácilmente que una mujer no estudie o no tenga trabajo asalariado por ejemplo, a que no se case, o se case

¹⁷ A la pregunta de ¿cuál es el logro más importante para un hombre?, se contestó que el estudio y el trabajo son las prioridades casi únicas para ellos (con 43 y 45%, respectivamente); tener un hogar, casarse y tener hijos sólo se lleva 5, 3 y 2% de las respuestas, respectivamente.

¹⁸ Como medio de ascenso y reconocimiento social; que los hijos se preparen y no sufran las mismas penurias laborales y económicas que los padres, que tengan una carrera profesional y realicen tareas con prestigio social.

y no sea madre. De todas formas, la alta valoración que el estudio y el trabajo pueden tener para las indígenas es manifestación de un imaginario femenino alternativo al tradicional, sueño que en el precario contexto indígena no halla forma de realización.

A veces las mujeres llegan a unirse en pareja disciplinándose a la triada mujer-matrimonio-maternidad, pero sobre todo el primer embarazo de las desposadas parece depender más de la expectativa y norma comunitaria y familiar que de una decisión consciente o de un deseo personal. Quizá la mayoría acaba confundiendo el mandato social con su propio deseo, o quizás su deseo ya ha sido moldeado por el discurso social antes de que una joven pueda explorar sus anhelos y pensar en otros posibles proyectos de vida:

Si la recién casada se embaraza luego, luego, como que descansa. Aunque hay maridos indiferentes, muchos se ponen contentos; también la familia, la gente acepta con gusto esos embarazos, convida alimentos a la embarazada —frutas, atole, totopos— para que no vaya a perder al niño; la cuida, le da consejos: “ya no vayas a lavar al río, ya no cargues”. También te meten temores: “el parto es muy doloroso, es el dolor más grande del mundo”, “no sabes lo que te espera”, “ya sabrás lo que es amar a Dios en tierra ajena”. Nosotras tenemos felicidad porque vamos a ser madres, pero tenemos miedo y tratamos de darnos valor para que el niño salga bien [Taller de Veracruz].

Casarse y no ser madre equivale a un fracaso que convierte en indeseable esa posibilidad: “La presión para que las [recién] casadas tengan hijos es muy fuerte: es tan mal vista la madre soltera como la casada estéril: se dice que no sirve, que no es mujer. Si pasa tiempo y no se embaraza, hay maridos que toman un ‘permiso’ para irse con otra, la gente no lo ve mal; hay otros que devuelven la mujer a sus padres” [Taller de Oaxaca].

El apremio familiar y social para que una mujer que vive en pareja tenga el primer hijo lo más pronto posible se torna rechazo y segregación cuando la embarazada está sola, es soltera, separada o viuda; en una palabra, cuando la mujer no está respaldada por un varón como pareja. Unas sufren presión para embarazarse y otras para no quedar preñadas, pero en ambos casos el deseo reproductivo de las mujeres queda en la oscuridad, inexplorado, ignorado o

confundido con la norma social. En general, bajo estas circunstancias, no importa su autonomía en las decisiones reproductivas.

Si casarse y no ser madre equivale a un “fracaso”, ser madre sin casarse es otro gran “fracaso”. En una comunidad indígena una madre soltera es una mujer devaluada: “Una mujer soltera o sola que se embaraza es mal vista, es señalada, rechazada y hasta desheredada. Embarazarse sin marido es ‘el fracaso’, se ve como una mancha imborrable, la gente dice: ‘ya dio su mal paso, es una cualquiera, ya no vale nada’. La embarazada sin marido siente vergüenza y culpa y rechaza su maternidad” [Taller nacional].

Las condiciones emocionales y socioculturales en que se desenvuelven los embarazos de las mujeres solas aumentan los riesgos de salud y muerte. Soto (2000) estima que las madres solteras tienen un riesgo tres veces mayor de morir en el evento que las unidas en pareja. Algunos testimonios ilustran esta apreciación: “Esta muchacha murió de hemorragia en la Cruz Roja. Era mamá soltera y nadie la vio” [Taller de Veracruz].

En la investigación cualitativa se dijo que en este trance muchas intentan un aborto inducido, pero difícilmente recurrirán a un médico o a servicios institucionales por razones económicas, por miedo y por falta de información y vínculo con quienes realizan estas operaciones. “Esa muchacha estaba jovencita y quedó embarazada, primero dejó de comer y se fajaba para que no le creciera la panza; se iba al cerro a caminar, a cargar piedras, a darse sentones, pero nada. Tomó tes y nada. Nunca pudo abortar. Al final nació su niño, chiquito, chiquito. Otras mujeres abortan en el cerro. Otras tienen a sus hijos y los abandonan en el cerro, los pueden morder los perros” [Taller de Guerrero].

Es tan dura la sanción social que hay mujeres que prefieren huir y enfrentar solas el problema antes que la familia se entere: “Mi papá me advirtió: ‘si sales con tu domingo siete te voy a amarrar con una reata’, así que cuando me embaracé mejor me fui de la casa. Los hombres no se hacen responsables, somos las mujeres las que cargamos con la culpa y el problema” [Taller de Veracruz].

Unas más llegan a exponer su vida con tal de evitar regaños y habladurías:

Yo tengo una hija que es madre soltera. Se había ido a estudiar fuera del pueblo y no tuvo valor para decirme nada. Cuando me avisaron ya estaba en trabajo de parto. Era un embarazo de alto riesgo. Como había ocultado todo, no tuvo control con ningún médico y yo no tenía a dónde llevarla. Andábamos de clínica en clínica y ella en *shock*, hasta que por fin, con una recomendación, la aceptaron en el Seguro. Se salvó de milagro, pero ¿qué pasa con las que no tienen recomendación, con las que fueron corridas por sus padres? [Taller de Veracruz].

También hay quienes ocultan todo a costa de su salud y la salud del vástago con tal de que los padres y la comunidad no las repriman: Mi prima salió embarazada. Luego de varios meses me dijo: "oye, tengo este problema, no le digas a nadie". Ocultó su embarazo, fajada hasta los siete meses, y claro, cuando le dijo a sus padres ¡la bronca que se armó! Si te casas bien, la gente va a aceptar a tus hijos, los va a querer; los hijos de solteras son rechazados desde el vientre, en la calle y en la escuela, y a la madre ¡ni se diga! [Taller de Guerrero].

En todos los estados es común que ante un embarazo pre o extramarital el problema y la responsabilidad sean asumidos por la mujer: "El hombre aconseja: 'no digas nada', 'mejor aborta'; otros dicen que no es suyo ese hijo, que cómo se les puede probar; muchos se desaparecen y a ver qué hace la muchacha. Algunos sí responden, se casan y se responsabilizan" [Taller de Veracruz].

Hubo coincidencia en todos los talleres en que en los pueblos la mujer sola no tiene derecho a ser madre. La embarazada sufre el desprecio social y se debilita o desaparece la solidaridad de la comunidad hacia ella, de modo que su subsistencia y su vida social y familiar se tornan más difíciles o insoportables. Si la embarazada es soltera y joven sufre castigos físicos y psicológicos de padres y familiares; es común que la desamparen y corran de la casa, o que la escondan y la conviertan en una especie de esclava. Hay quienes desheredan a "la hija descarriada" y hay padres que la obligan a casarse aunque ella no quiera.

Un embarazo socialmente rechazado se vive, casi siempre, como un embarazo no deseado. El incumplimiento de las normas morales de los pueblos afecta profundamente la salud emocional y física de las mujeres. La culpa, la depresión, la vergüenza, el oculta-

miento, la mala alimentación, la dificultad de ir a una consulta médica, la posible inducción de un aborto en condiciones peligrosas... son sentimientos y acciones que acompañan a estos embarazos y que conducen a un conjunto de riesgos e incluso a la muerte.

Aunque es más común que una mujer sola o soltera busque interrumpir un embarazo ante la perspectiva de ser madre soltera, en todos los talleres reportaron que el aborto inducido también es intentado por mujeres que viven en pareja y que se embarazan cuando ya no querían, pero también señalan que cuando están unidas es más frecuente asumir el embarazo que buscar otras salidas.

Entre las entrevistadas de la ESR, 6.16% de las indígenas que alguna vez han estado embarazadas declaró haber sufrido uno o dos abortos provocados. Para las no indígenas este porcentaje es menor: 3.26%; pero los números se elevan cuando hablamos de las mujeres que han sufrido de tres a ocho abortos inducidos: 9.25% de las indígenas y 18.62% de las no indígenas (ESR, 1999). Si algunos estudiosos (Lozano *et al.*, 1994) sugieren que las muertes por aborto ocurren sobre todo a mujeres urbanas, con estudios superiores a primaria y derechohabientes, es porque el derecho positivo y el consuetudinario propician el ocultamiento y dificultan el registro de estos eventos en el medio rural. En muchas comunidades rurales e indígenas, donde ni siquiera muertes maternas "socialmente aceptables" se registran, es más remoto que se asienten los datos de una mujer cuyos actos son rechazados por la comunidad.

EL IDEAL REPRODUCTIVO Y LAS REALIDADES

Pese a que —como acabamos de ver— para muchas indígenas el inicio de su vida en pareja, sea cual fuere su edad, es el momento "ideal" y prácticamente obligado del primer embarazo, se observa que otras ideas y consideraciones empiezan a incidir en esta norma. Según la Ensarji, la mayoría (64.86%) de las y los jóvenes indígenas opina que una mujer debiera tener a su primer hijo entre los 20 y los 25 años, y sólo una quinta parte (19.52%) cree que debería hacerlo antes de los 20 años, dato que muestra que la juventud va modificando la inercia de la costumbre: la edad del primer hijo está corriéndose hacia arriba, quizá por el impacto de los programas

institucionales o por la influencia de otros discursos como los de las organizaciones no gubernamentales (ONG), programas televisivos, etcétera.

Refiriéndose al ideal reproductivo y no sólo al primer hijo, la ESR también sugiere un “deber ser” que tiende a modificar los usos y costumbres: más de la mitad (56.9%) de los varones y de las mujeres están a favor de tener pocos hijos; un porcentaje aún mayor (79.33%) coincide en que tener muchos hijos empeora la salud de las mujeres, y sólo 10.26% de las y los encuestados opina que “no pasa nada” por tener muchos hijos o que “mejora la salud de las mujeres” (6.56%). Estas respuestas dan la idea de que el discurso de los programas oficiales y otras ideas están cambiando la perspectiva en las comunidades.

La investigación cualitativa confirma la tendencia: la mayoría de las indígenas que participaron en los talleres manifestó que a partir del tercer o cuarto hijo (en muy contados casos desde el segundo) los embarazos no fueron tan bienvenidos, y es que —dicen— las atenciones que reciben durante el primer y quizás el segundo embarazo van disminuyendo a medida que la familia crece. Estar embarazada se vuelve algo común que ya nadie festeja. Ellas mismas se encuentran agobiadas por el trabajo doméstico y los cuidados que deben prodigar a la familia, se acaba o se restringe el reposo y no tienen los mismos medios para alimentarse y resolver sus necesidades materiales. Muchas se sienten agotadas y atrapadas en una dura rutina debido a su precariedad y a la deficiencia de servicios en sus hogares y en sus comunidades.

Otros datos de la ESR apuntan en el mismo sentido: sólo 35.63% de las embarazadas indígenas que tenían entre 20 y 29 años deseaba otro hijo; ninguna de las que tenían entre 15 y 19 años, 30 y 39 o de las mayores de 40 años anhelaba volver a procrear. A esta idea contribuye la historia de casos de mujeres mayores: “Mi cuñada murió hace tres años. Nació el hijo pero la placenta no salió. Tenía 40 años y siete hijos. Al otro ya no aguantó” [Taller de Veracruz].

El deseo de tener pocos hijos resulta difícil de concretar en un medio social donde los servicios de salud y planificación familiar presentan muchas carencias o deficiencias, como el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos. Las estadísticas muestran que las mujeres indígenas y rurales están en desventaja y viven

notables rezagos: en la ESR, 94.4% de las mujeres no indígenas unidas en pareja dijo haber oído hablar cuando menos de un método anticonceptivo; mientras que entre las indígenas con pareja este indicador alcanza apenas 68.6%. Entre las mujeres sin pareja también hay diferencias asociadas a la condición étnica: 78.6% de las no indígenas conoce algún método, pero apenas 48.5% de las indígenas tiene ese conocimiento. Diferencia que también incide en el hecho de que entre quienes no estaban haciendo algo para no tener hijos¹⁹ (37.5 y 64.7%, respectivamente), 7.5% de indígenas y 0.9% de las no indígenas, atribuye el hecho a no conocer método alguno.

Es evidente que las indígenas sufren los mayores rezagos en información anticonceptiva. La investigación cualitativa muestra datos más optimistas: todas las indígenas que participaron en los talleres, unidas y no unidas en pareja, dijeron conocer cuando menos algún anticonceptivo. Es probable que este alto porcentaje se deba a que la mayoría de estas mujeres participa en organizaciones y procesos sociales que les permiten mayor movilidad y contacto con la información. La ESR también muestra desventajas por grupos étnicos en relación con el conocimiento de diversos tipos de anticonceptivos. El cuadro 1 permite constatarlo:

Cuadro 1

Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil que han oído hablar de métodos anticonceptivos, por tipo de métodos y según condición indígena o no indígena

Tipo de método	Indígenas (I)		No indígenas (NI)		Relación %I/%NI
	Absolutos ^a	% ^b	Absolutos ^c	% ^b	
Pastillas	245 639	61.3	1 060 241	88.7	69.10
Inyecciones	245 639	48.1	1 060 241	77.6	61.98
DIU	245 639	47.7	1 059 504	82.7	57.67
Operación femenina	245 470	38.2	1 059 504	58.3	65.52

¹⁹ Solo contestaron esta pregunta las mujeres que tienen o han tenido pareja, las que alguna vez han estado embarazadas y las que no están en edad menopáusica; es decir, que aún están en edad reproductiva.

Cuadro 1

Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil que han oído hablar de métodos anticonceptivos, por tipo de métodos y según condición indígena o no indígena (continuación)

Tipo de método	Indígenas (I)		No indígenas (NI)		Relación %I/%NI
	Absolutos ^a	% ^b	Absolutos ^c	% ^b	
Preservativos	244 582	15.8	1 058 495	57.7	27.38
Operación masculina	245 639	14.8	1 058 767	34.9	42.40
Retiro	245 319	1.0	1 059 504	7.4	13.51
Métodos locales	244 450	0.6	1 052 402	13.8	4.34
Ritmo o abstinencia	245 639	5.0	1 059 504	15.4	3.24
Norplant	244 008	0.2	1 057 976	2.9	6.89

^a El total de la población indígena representada en esta encuesta es de 245 639; para los casos en los que el valor es menor, la diferencia corresponde a una no respuesta, diferente a una respuesta negativa.

^b Los porcentajes se calcularon respecto a la población que proporcionó una respuesta, ya sea afirmativa o negativa.

^c El total de la población no indígena representada en esta encuesta es de 1 060 506; para los casos en los que el valor es menor, la diferencia corresponde a una no respuesta, diferente a una respuesta negativa.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ESR de 1999.

Aun en el caso de los métodos muy difundidos, como son las pastillas, las inyecciones, el DIU y la operación femenina, el conocimiento de las indígenas apenas representa entre 69 y 57% del reportado por las mujeres no indígenas. También es relevante el hecho de que las no indígenas han oído hablar en la misma proporción de la operación femenina que de los preservativos, lo que hipotéticamente las habilita para solicitar la participación de los varones; pero sólo 40% de las indígenas que sabe de la operación femenina ha oído hablar de preservativos.

Ambos grupos conocen poco de los métodos en los que el varón tiene mayor responsabilidad o participación, como la operación masculina, o en los que ellas o la pareja tienen mayor margen de control, como el retiro, los métodos locales, el ritmo o la absti-

nencia. Pese a esta carencia general de información, es notable la desventaja étnica: por cada 100 no indígenas que han oído hablar de los métodos locales, el ritmo o la abstinencia, apenas hay 30 indígenas en la misma condición. Si la información sobre anticoncepción es un factor básico para ejercer los derechos reproductivos, elemento clave para el consentimiento informado y la maternidad elegida, entonces las desigualdades en información asociadas a diferencias étnicas colocan a las indígenas en desventaja total para ejercer estos derechos. Y en este asunto el sector público tiene una responsabilidad indiscutible.

Como veremos en seguida, aunque indispensable, la información no es el único factor para tomar decisiones: todas las asistentes a los talleres dijeron saber que se podía evitar el embarazo, pero muchas reconocieron haber tenido uno o varios embarazos no planeados.

La ESR aporta datos sobre este punto: al explorar las condiciones del último embarazo de las encuestadas: 83.55% de las indígenas dijo no haberlo planeado o no estar segura de querer embarazarse; o "sí" haber planeado, aunque habría preferido esperar más o no estaba segura de su decisión. En otras palabras, sólo 16.45% de los últimos embarazos de las indígenas fue decidido con toda seguridad. Una vez más, la ESR permite observar desigualdades étnicas: para las encuestadas no indígenas, los mismos indicadores no son alentadores pero sí menos desfavorables: 70.13% dijo no haber planeado o no estar segura de querer embarazarse, o "sí" haber planeado, aunque habría preferido esperar más o no estaba segura de su decisión; por lo que sólo 29.87% de los últimos embarazos de las encuestadas no indígenas fue planeado con toda seguridad, casi el doble que las indígenas.

Si bien los datos de las mujeres no indígenas son preocupantes, pues siete de cada 10 embarazos ocurren pese a que la mujer no quiere o no está segura de querer otro hijo, la información sobre mujeres indígenas muestra que la cosa puede ser peor, que su deseo no importa, y que también en este aspecto las desventajas étnicas implican más dificultades para que las indígenas asuman el control de sus procesos reproductivos.

A la pregunta expresa de: "¿Cuántos hijos les gustaría tener o haber tenido?" —contra la difundida idea de que las indígenas quie-

ren tener familias numerosas, y de que ésta es una práctica arraigada en usos y costumbres—, en los talleres la mayoría de las participantes contestó que por gusto tendría uno o dos, no más de 5% de las asistentes llegó a cuatro hijos. Como se observa en el cuadro 2, los datos de la ESR difieren un poco y precisan la información:

Cuadro 2
Distribución porcentual de mujeres unidas en edad fértil por número de hijos que habrían preferido tener y según condición indígena o no indígena

<i>Número</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>	<i>Diferencia porcentual</i>
			<i>(I-NI)</i>
0 a 1	5.67	4.36	+ 1.31
2 a 4	60.08	74.02	- 13.94
Más de 4	34.25	21.62	+12.63
Total	100.00	100.00	
Total absolutos ^a	180 495	715 100	

^a La encuesta refleja los resultados de una población de 1 306 145 personas: 1 060 506 no indígenas y 245 639 indígenas. La diferencia entre el total de la población de la encuesta y el que se presenta en este cuadro se debe a una no respuesta de 410 550 individuos a los que no aplica la pregunta de referencia.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ESR de 1999.

Los datos muestran que en ambos grupos la proporción de mujeres que no desea ningún hijo o sólo desea uno es similar y muy pequeña; pero es significativo el hecho de que, en este rango, las indígenas superen a las no indígenas en 1.31 puntos porcentuales. El ideal reproductivo de ambos grupos —en mayor medida de las no indígenas— se concentra entre dos y cuatro hijos, lo que indica la tendencia a formar familias pequeñas y medianas en el medio rural; por encima de cuatro hijos estaría el ideal reproductivo de una quinta parte de las no indígenas y de un tercio de las indígenas (12.63 puntos porcentuales por encima de las no indígenas); estos datos indican que aún hay un segmento importante de mujeres rurales e indígenas que prefiere una prole relativamente numerosa.

Ante el cuestionamiento sobre las ventajas y desventajas de tener muchos o pocos hijos, las opiniones de las mujeres indígenas fueron en el siguiente sentido: más de la mitad, 51.49%, declaró que “no sabe” o no encuentra “ninguna” ventaja en tener muchos hijos; sólo 17.39% identificó como ventaja el que los hijos ayudan en la casa. En cuanto a las desventajas de tener muchos hijos, las económicas concentraron la mayor frecuencia (51.17%), y entre las ventajas de tener pocos destacó la alimentación con un 23.37% y la buena vida con un 19% (Ensarji).

Estos datos evidencian que un porcentaje mayoritario de mujeres tiende a valorar positivamente la paridad limitada. Pero concretar este ideal exige el uso de anticonceptivos. Algunas abuelas indígenas lamentan no haber tenido esa oportunidad; muchas de las que están en edad reproductiva ya los usan, pero varias de las que no desean embarazarse pronto dicen no utilizar nada pese a que les han ofrecido métodos e incluso las han presionado para usarlos.

La ESR indica que de las mujeres en edad fértil, unidas en pareja o alguna vez embarazadas que no están haciendo algo para no tener hijos (64.7% de las indígenas y 37.5% de las no indígenas), 24.6% de las indígenas y 52.9% de las no indígenas lo asoció a su estado civil (no estar casada), y 3.3% de indígenas y 6.1% de no indígenas a su circunstancia (no tienen relaciones sexuales aunque estén unidas en pareja o porque su marido se ha ausentado temporalmente). En ambos casos, las normas comunitarias indican que no deben tener relaciones sexuales, y en ambos casos hay pruebas de que el deber ser no es el ser, y que si no todas muchas mujeres que “no debieran tener” relaciones sexuales las tienen: el embarazo adolescente, pre y extramarital son ejemplo vivo de que la norma no siempre se cumple ni impide conductas transgresoras o embarazos no planeados o no deseados.

La oposición de la pareja es otra de las razones por la que las mujeres no usan anticonceptivos aunque ellas no quieran tener más hijos: en los talleres salió a la luz el problema, varias relataron que ante una divergencia en la pareja prevalece la decisión masculina: “Mi marido no quiere y no quiere [que ella use anticonceptivos]. ¿Y qué le voy a hacer? Si me cacha, si le dicen, no sé lo que él haría, no sé cómo me vaya” [Taller de Veracruz].

La ESR también detectó que la oposición de la pareja es motivo de que 17.5% de las indígenas y 6.3% de las no indígenas no hagan nada para no tener hijos. Una vez más el dato muestra diferencias étnicas que hacen suponer mayor sujeción de las indígenas a la autoridad masculina. Siendo una proporción moderada la que acepta esta situación, es quizá el sostén de posiciones conservadoras que afirman que el uso de anticonceptivos y el control de la fecundidad son prácticas ajenas a la cultura indígena o que son imposiciones del feminismo.²⁰

En la investigación cualitativa se identificaron otros motivos para no usar anticonceptivos: el control social que ejerce la comunidad sobre las mujeres, la sospecha que cae sobre ellas cuando los utilizan, y las presiones y prohibiciones de curas y pastores contra los métodos anticonceptivos. He aquí algunos testimonios:

En los pueblos es muy mal visto que “planifiquen” [usen anticonceptivos] las solteras. No podemos comprar condones, en las comunidades todos nos conocen y sólo hay una tienda. ¡Imagínense! ¡Todo el pueblo sabría que nos vamos con el novio! Sería un desprecio. En el centro de salud no quieren dar condones a las mujeres, te dicen: “¿tú?, ¿para qué los quieres?, son para hombres”, como si sólo los hombres pudieran prevenir. Ellos ni quieren usarlos, dicen que no hay la misma sensibilidad. Tampoco quieren que te controles, luego dicen: “¿Eres mula o qué?, sólo las mulas no tienen hijos” [Taller de Guerrero].

²⁰ Una muestra de la polémica en torno a este asunto se dio a raíz de la Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas, celebrada en Oaxaca en diciembre de 2002, donde las indígenas propusieron discutir los usos y costumbres que atentan contra la dignidad y los derechos humanos, rechazaron la violencia hacia las mujeres, afirmaron el derecho de cada mujer y pareja a decidir sobre sus cuerpos y el número de hijos que desean, y denunciaron la irresponsabilidad de los varones en la crianza de los hijos y en las obligaciones de la paternidad. Luego de ello, cuatro obispos les enviaron una carta en la que lamentan que la cumbre pretenda imponer el concepto de derechos sexuales y reproductivos y programas de control poblacional que atentan contra la maternidad y la vida, valores fundamentales —dicen— en las culturas indígenas; en nombre de un supuesto respeto a la cultura indígena y en contra de un supuesto “colonialismo” feminista, la alta jerarquía católica reafirma la maternidad como el papel esencial de las indígenas, aunque la cumbre indígena cuestione la imposición sobre sus cuerpos y sus decisiones reproductivas. Para ampliar este tema, véanse Esteva, 2002 y 2003; Lamas, 2002 y 2003; Marcos, 2002 y 2003; Monsiváis, 2002a y 2002b; Sicilia, 2002 y 2003, y otros editoriales de la revista *Proceso* enlistados en la hemerografía.

Y las casadas complementan: “Eso de no poder comprar pastillas [anticonceptivas] no sólo es cosa de solteras. Tampoco las casadas podemos, la gente va a decir: ‘la esposa de fulano está usando pastillas, ha de andar por ahí... con otro’, y a quién no le importa el qué dirán” [Taller de Guerrero].

Con otras expresiones, se repite la idea de que el uso de anticonceptivos se asocia a la infidelidad femenina: “En la comunidad creen que si una mujer usa DIU o pastillas es que no quiere que queden pruebas [un embarazo] si anda con otro” [Taller de Michoacán].

Las dificultades que la comunidad opone a solteras y casadas para el uso de anticonceptivos puede interpretarse como una falta de legitimidad social para el ejercicio de la sexualidad sin fines reproductivos y como un mecanismo de control y apropiación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres por parte de sus parejas masculinas. Dicen Amuchástegui y Rivas (2004) que el débito conyugal, figura moral creada por la normatividad religiosa asociada a la heterosexualidad reproductiva y monogámica, única autorizada socialmente y considerada ejemplo de normalidad, persiste como una prescripción moral que culpabiliza al que no la atiende y justifica no atender al propio deseo.

Las autoridades religiosas refuerzan esta idea y debilitan los procesos de apropiación del cuerpo y de construcción de autonomía de las mujeres indígenas: “En Soledad Atzompa llegó hace años la iglesia La Luz del Mundo, y el pastor se opone a que las mujeres usen anticonceptivos. Si una niña se embaraza se la lleva el pastor hasta que tiene a su bebé” [Taller de Veracruz].

Pero las cosas empiezan a cambiar, la ESR revela que los mandatos de la Iglesia no son inobjetables: aunque 50.66% de las indígenas encuestadas opina que una persona debe tener los hijos que Dios mande, un significativo 37.54% está en desacuerdo con esta idea; las no indígenas rurales definitivamente han disentido con esta norma eclesiástica: 69.51% está en desacuerdo y sólo 28.59% la acepta.

La investigación cualitativa sugiere que la paridad real de mujeres que han tenido cinco, ocho, 10 y hasta 14 hijos dista del ideal reproductivo que ellas mismas declararon (dos o tres hijos), aunque se notan diferencias generacionales, muchas jóvenes son más decididas y menos temerosas ante los anticonceptivos que las mayo-

res e incluso los usan a escondidas: "Yo dije: 'ni loca'. Él nomás dice 'no' [que ella no use anticonceptivos], pero yo soy la que carga la panza, la que se cansa, la que se hace pedazos con tanto trabajo. Así que un día que él no estaba fui a que me inyectaran. Lo malo es qué cuando se acaba [el efecto dé] la inyección no siempre puedo ir a la clínica o a veces no hay inyecciones. Y entonces sí, la preocupación..." [Taller de Veracruz].

Otras creencias también frenan el uso de anticonceptivos: de las indígenas y de las no indígenas que no estaban haciendo algo para no tener hijos (64.7 y 37.5%, respectivamente),²¹ 10.1% de las primeras y 4.8% de las segundas confía en que dar pecho evitará la concepción aunque tengan relaciones sexuales, falsa idea que puede de acabar en un embarazo no planeado o no deseado; 4.6% de las indígenas y 4.3% de las no indígenas no hace nada porque tiene miedo a efectos colaterales al usar algún anticonceptivo (ESR). Aunque esta respuesta tiene un porcentaje relativamente bajo, la investigación cualitativa da la idea de que la proporción es mayor: en los talleres se expresaron muchas dudas, temores y rumores sobre la eficacia y los efectos de los métodos anticonceptivos, lo cual desalienta su utilización: que si el DIU y la "operación" (salpingooclasis) producen cáncer; que si las mujeres engordan o adelgazan rápidamente con la operación; que si los anticonceptivos producen fuertes dolores de cabeza o en el vientre; que si luego ya no podrán embarazarse aunque quieran, que fulanita se embarazó con todo y DIU.

Temores e ignorancia, malas experiencias y calidad deficiente de los servicios de salud convierten la demanda potencial de anticonceptivos en desconfianza, reticencia o rechazo a éstos, y posiblemente a embarazos no deseados, en lugar de convertirla en demanda efectiva de tales métodos.

²¹ Recuérdese que esta pregunta sólo la contestaron mujeres que tienen o han tenido pareja, que alguna vez han estado embarazadas y que no están en edad menopáusica, es decir, que están en edad fértil. Es interesante ver que, al excluir de esta pregunta a las mujeres que declaran no tener o no haber tenido pareja, previsiblemente jóvenes y adolescentes en su mayoría, las instituciones públicas que diseñan las encuestas suponen que las relaciones sexuales sólo se dan bajo ciertas condiciones, lo cual es erróneo. Hay testimonios de indígenas que reportan relaciones sexuales imprevistas, en las que se pasa abruptamente del cortejo a la unión sexual (en bailes, por ejemplo) o relaciones sexuales que suceden a un rapto.

El que una mujer desee espaciar o limitar sus embarazos y no esté usando ningún anticonceptivo (tal como indica el concepto *demandas insatisfecha*) no significa que está *demandando* algún método. Si así fuera, la solución radicaría simplemente en ofrecerle anticonceptivos. El problema detectado en la investigación cualitativa es que entre el deseo de espaciar o limitar los embarazos y la demanda efectiva de anticonceptivos median muchos temores, dudas y rumores sobre la efectividad o inocuidad de los anticonceptivos; o bien la demanda puede esfumarse si hay oposición de sus parejas o si la comunidad estigmatiza a quienes usen tales métodos. Todo ello puede disociar el deseo de controlar la fecundidad de la demanda efectiva (posiblemente *insatisfecha*) de métodos anticonceptivos. Distinguir la “demanda potencial” (mujeres que desean espaciar o limitar sus embarazos y no están usando ningún método anticonceptivo) de la “demanda efectiva” (mujeres que solicitan algún método) obligaría a analizar la franja que media entre una y otra y a atender temores, dudas y rumores; así como a reflexionar sobre las concepciones y prácticas culturales que dificultan la autodeterminación de las mujeres sobre su reproducción y su sexualidad. Los programas de planificación familiar debieran contemplar estos elementos.

Por otra parte, “demanda insatisfecha” sólo contabiliza a mujeres (la ESR incluyó a embarazadas, mujeres en edad fértil, no menopáusicas y sexualmente activas) que no quieren más hijos o por lo menos no los quieren en los próximos dos años, tal como indica el concepto demanda insatisfecha, lo cual expresa que el sector salud asume que la planificación familiar y el control de la fecundidad son esencialmente cosa de mujeres; enfoque contrario a la “perspectiva de género” y a los derechos reproductivos que dicen tener estos programas.

Otro factor que dificulta el uso de anticonceptivos es que —dicen las indígenas— “tenemos información pero no tenemos métodos”.²² Frase que sí expresa una “demanda insatisfecha” y que describe una situación muy común, pues entre todas las explicaciones de por qué no están haciendo algo para no tener un hijo, ésta es la principal para las indígenas. La demanda insatisfecha de métodos

²² Quizá la escasez se haya acentuado por el desconcierto que trajo consigo el proceso de descentralización del sector salud, pues las instancias estatales de salud

anticonceptivos abarca a casi un tercio de ellas (30.4%) y a 14.1% de las no indígenas.

Por enésima vez, la desigualdad asociada a la pertenencia étnica es desventajosa para las indígenas y revela que, pese a las deficiencias en información y consejería, estas labores han sido más efectivas que la provisión real y constante de anticonceptivos. En el desabasto resulta decisivo el sector salud, pues a él recurre casi la totalidad de las mujeres rurales: 96.45% de las indígenas y 90.29% de las no indígenas; el sector privado sólo atiende a 3.5% de las primeras y a 9.7% de las segundas (ESR).

El porcentaje relativamente bajo de usuarias indígenas de métodos anticonceptivos no sólo responde al ideal reproductivo relativamente alto de un tercio de ellas, sino, como dijimos arriba, a la prevalencia de dudas y temores, a una posición subordinada ante su pareja, a la carencia de información adecuada y oportuna, y a la imposibilidad de disponer de métodos anticonceptivos cuando se desea. Aquí se evidencia el riesgo de que los derechos reproductivos sean mera retórica si no van acompañados de servicios y recursos que los garanticen.

La tendencia de la mayoría de las mujeres indígenas y no indígenas a un ideal reproductivo bajo o moderado se aproxima a lo recomendado por programas de planificación familiar y salud materna: va perdiendo vigencia el tener "muchos hijos". También el espacio intergenésico ideal parece estar influenciado por recomendaciones de programas oficiales: la mitad (51.6%) de las indígenas que al momento de la encuesta estaban embarazadas y deseaban volver a hacerlo en el futuro quisieran esperar dos años para el evento y casi la otra mitad (41.9%) desearía esperar cinco años; entre las no indígenas, a 22.48% le gustaría esperar dos años, a 38.27% tres años y a 22.48% cinco años. Aunque nuevamente hay diferencias étnicas, en ambos grupos, el espacio intergenésico deseado tiende a ser el recomendado por los médicos o más amplio aún. La investigación cualitativa muestra intenciones en el mismo sentido:

tuvieron que hacerse cargo abruptamente de la compra de anticonceptivos; esta situación pasajera no puede anular el hecho de que el presupuesto para salud es insuficiente y que la tendencia en los últimos años de los noventa del siglo xx fue reducir el gasto en planificación familiar.

Al primer hijo lo esperé con mucho amor, nomás que al mes de nacido me volví a embarazar y me preocupé mucho porque mi niño estaba muy chiquito. Antes decíamos que hay que tener los hijos que Dios quiera, llegaba la noche y venga lo que venga, ahora podríamos planificar. ¿Por qué tener 10 hijos si ya no hay dinero?, no hay justificación. Tengo cuatro hijos y no reniego, pero si volviera a nacer no tendría más de dos [Taller de Guerrero].

En algunos casos, la ampliación del espacio intergenésico se refuerza con la opinión de los varones: “No sólo la mujer se preocupa, también los hombres nos sentimos mal, si los hijos son muy seguidos se ve el desgaste de la mujer y nosotros sentimos más la carga” [varón del Taller de Guerrero].

La experiencia de las propias mujeres apunta a tomar más tiempo entre uno y otro embarazo: “Era mi sexto embarazo, yo pensaba que ya eran muchos hijos pero mi esposo no. No teníamos mucha comunicación ni cariño, pero de todas formas él quería ‘dormir’ conmigo [tener relaciones sexuales] porque ‘para eso se había casado’. Si por mí fuera, ya no me habría embarazado, pero volví a encargar” [Taller de Puebla].

Si la información de las encuestas y de la investigación cualitativa indica que la mayoría de las mujeres indígenas y rurales no desea tener muchos hijos, no quiere uno tras otro y tampoco anhela embarazos en edades tardías; si, con algunos matices, las tres fuentes coinciden en que hay rezagos en información y servicios, y que tanto en las comunidades indígenas como en las instituciones públicas prevalecen actitudes que obstaculizan la construcción de la autonomía y la libre decisión de las mujeres; si pese a todo están modificándose lenta pero positivamente las representaciones y prácticas reproductivas y sexuales de las indígenas, entonces la planificación familiar y los servicios que conlleva no tendrían por qué resultar impositivos para muchas de ellas; por el contrario, podrían ser un punto de apoyo importante para las indígenas que en medio de conflictos de pareja, familiares y comunitarios, con dudas personales y en condiciones desventajosas, han iniciado cambios profundos y positivos en los usos y costumbres. No es así. La deficiencia en recursos y servicios y, como veremos más adelante, la calidad de la atención, hace que los programas institucionales sean un débil apo-

yo o definitivamente un obstáculo para el ejercicio de los derechos reproductivos en regiones indígenas.

AUTODETERMINACIÓN Y CONTROL: LAS TENSIONES DE LA DECISIÓN REPRODUCTIVA

Las decisiones reproductivas de las indígenas se dan en medio de mensajes e intereses encontrados: por un lado hay quienes las presionan para embarazarse y no usar anticonceptivos; por otro, hay quienes las intentan convencer o las presionan para que hagan lo contrario y disminuyan la fecundidad. ¿Qué piensan las mujeres?, ¿dónde quedan sus derechos, sus deseos y la autodeterminación sobre sus cuerpos?

Fue clamor general de las participantes en los talleres que los programas sociales que, por ser dirigidos a mujeres, presumen tener perspectiva de género cumplan su labor informativa y las provean de servicios de calidad; que los recursos dejen de ser usados para presionarlas e instaurar una especie de clientelismo antinatalista: “Progresá y Oportunidades han llegado a nuestras comunidades al grado de ofrecer láminas para construcción a cambio de que aceptes un método. Muchas aceptan para que les llegue el recurso, otras no. Uno que otro médico respeta nuestras decisiones” [Taller de Veracruz]. La denuncia se reafirmó en todos los estados: “Antes casi nadie usaba nada, pero ahora, más bien desde que entró Progresá, muchas mujeres usan anticonceptivos, dicen que si no aceptas no te dan el recurso y eso no se vale” [Taller de Guerrero].

Estos programas no sólo se han convertido en un medio de control sobre el útero y las decisiones reproductivas, sino sobre el tiempo y la vida de las mujeres, pues si bien el contar con subsidios de Oportunidades amortigua un poco sus carencias y puede fortalecer su posición en la familia al proveerlas directamente de recursos, también las sobrecarga de tareas y debilita su capacidad de negociación y su autonomía frente a las instituciones.²³

²³ Aunque no podemos generalizar, los testimonios de varias indígenas así lo indican: “Es verdad que las señoras que reciben Oportunidades están obligadas a

En otros casos, medidas preventivas orientadas a mejorar la salud fuerzan a las indígenas y acaban instrumentando una especie de control coercitivo de la salud reproductiva:

Queremos pedir que a las abuelitas ya no les hagan el papanicolau [Taller de Oaxaca]. Nos hacen el papanicolau de sorpresa, vamos a la plática de salud, y sin más ni más nos tenemos que dejar hacer el examen. Siempre amenazan con que si no, nos borran de Oportunidades [Taller de Veracruz]. No es posible que las mujeres enfermas tengan que hacer las faenas de Oportunidades. Hay mujeres que hasta con fiebre van, porque si no les ponen falta y les van a quitar el recurso [Taller de Guerrero].

El útero de las indígenas está en disputa, pero también desde el útero se disputa el control sobre su vida.

Formadas por usos y costumbres que favorecen la fecundidad temprana, frecuente y tardía; influenciadas ya por argumentos de programas de salud, ONG con perspectiva de género, contenidos escolares, medios de comunicación, etc., que favorecen lo contrario; presionadas por el uso clientelar de programas sociales; reflexivas y autocríticas ante experiencias propias y ajenas de maternidad prolífica, temprana o tardía; de frente a la posibilidad de modificar su historia personal o la de sus hijas, empiezan a emerger otras representaciones y prácticas maternas entre las mujeres indígenas.

A veces solas y a veces apoyadas por sus parejas, por algún familiar, por alguna amistad, por unos cuantos médicos; abriendo un breve espacio a la autodeterminación sobre sus cuerpos; cediendo a veces a las seducciones, presiones o amenazas de aquellos que quieren expropiar sus decisiones; sobreponiéndose a veces a la presión y a la maledicencia para descubrir y ejercer su voluntad y su deseo.

jugar *voli* y *basquet*? Aquí dicen que tenemos que jugar y poner tres pesos para balones, que si no, no hay Oportunidades". (Taller de Oaxaca.) Los recursos de Oportunidades son redituables en otros planos, pero también en este caso la utilidad que reporta a la institución atenta contra su propia normatividad y contra la libre determinación de las mujeres: "Dicen que todas las de Oportunidades debemos desfilar el 20 de noviembre. Y hay que comprar uniforme: falda verde y blusa blanca. En Rinconada se reunieron con el profesor para ver lo de los uniformes y la promotora las 'convenció' [de que los compraran]". (Taller de Oaxaca.)

No es fácil gozar de derechos reproductivos en el mundo indígena y, sin información, para algunas ni siquiera es fácil imaginarlos. Como puede verse, muchas concepciones arraigadas en su historia y—pese a los objetivos de los programas— muchas prácticas de los modernos prestadores de servicios de salud ignoran sus deseos o decisiones y dificultan el ejercicio de estos derechos humanos.

LA ILEGITIMIDAD DE LOS DESEOS, LA IMPOSIBILIDAD DE LOS DERECHOS

La libre decisión de cuándo y con qué frecuencia procrear y la posibilidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, puntos medulares de los derechos sexuales y reproductivos, exige reconocer que un mismo acto, el sexual, puede tener diversas motivaciones y consecuencias. Evitar embarazos indeseados obliga a diferenciar los motivos y circunstancias de tal acto, a tomar medidas anticonceptivas cuando no hay plan reproductivo y a defender la autodeterminación sobre el cuerpo cuando se intente emplear presión o violencia para lograr la unión sexual.

Y es que si la mayoría de los encuentros sexuales no busca un embarazo, evitar este resultado y lograr una maternidad elegida exige legitimar las posibilidades lúdicas, placenteras y gozosas de la sexualidad; liberar su ejercicio de un supuesto único fin: la reproducción. Si bien, como dicen Amuchástegui y Rivas, el deseo y el erotismo se hallan ocultos y distorsionados por la cultura y no es tarea sencilla el descubrirlos,²⁴ sería necesario condicionar la relación sexual cuando menos a la voluntad y anuencia explícita de los partícipes; por otro lado, evitar un embarazo accidental o no deseado también exige deslegitimar la presión, el débito conyugal, la obligación, la fuerza, la violencia y la violación que a veces acompaña a las uniones sexuales. En otras palabras, exige la desnaturalización de la posición subordinada de las mujeres y la cosificación de su cuerpo, así como una valoración distinta de la “indisciplina” ante las normas.

²⁴ Amuchástegui y Rivas (*op. cit.*) afirman que la construcción social de la normalidad como sinónimo de heterosexualidad reproductiva se basa en un aprendizaje temprano para erradicar de nuestra conciencia los deseos que pueden amenazar nuestro vínculo con aquellos de quienes dependemos.

El asunto es complejo, pues si bien la presión es ejercida socialmente, en la mayoría de los casos sus propias parejas se convierten en ejecutoras directas de los mandatos sociales; la cercanía, el afecto, la dependencia, la autoridad o la violencia que ejerce la pareja pueden obstaculizar o impedir que las mujeres expresen su voluntad o su deseo y lo hagan respetar, sobre todo cuando difiere de los deseos del varón.

Tal como ellas reportan: "Hay violación en la pareja" [Taller de Michoacán], "ellos nos usan y se van" [Taller de Veracruz], "dice que para eso se casó" [Taller de Puebla]; cuestionamientos y quejas que sin embargo coexisten con cierta resignación femenina, como si la situación fuera irremediable; parece que las mujeres creen que sus parejas tienen el derecho de una respuesta positiva a sus demandas sexuales sin importar su voluntad: "he tenido que cumplir" [Taller de Veracruz]. Al no respetar el deseo de las mujeres —señalan Amuchástegui y Rivas—, el débito conyugal reafirma la idea de una sexualidad reproductiva en la que el disfrute no importa. La tolerancia sexual que muchas mujeres dicen tener hacia sus parejas puede ser una coartada inconsciente que, si bien limita sus decisiones y su autonomía, es comprensible, pues muchas no cuentan con posibilidad o recursos para resistirse o negociar. La ofrenda corporal entraña la dessexualización femenina.

Pocas son las indígenas que dicen rebelarse a estas situaciones. Pero aunque son pocas, las hay. Y es que si bien las personas son constituidas por diversos discursos, tienen la posibilidad de posicionarse ante ellos. El siguiente diálogo entre estas indígenas nahuas que viven su cuarta década es ilustrativo:

—Ay —dice Genara—, yo creo que ahora las muchachas ven muchas cosas y por eso andan de fracaso en fracaso [embarazándose sin casarse]. Yo creo que es mejor no saber nada y tener sexo sólo cuando uno ya tiene pareja y puede atender a sus hijos.

—¿Cree usted que por saber más cosas se embarazan? Si las muchachas de hoy saben tantas cosas. ¿Por qué no se cuidan? ¿Usted a qué edad se embarazó? —pregunto.

—Ah, muy chica, pero es que yo... Bueno es que a mí me obligaron: mi marido es muy bueno, era mi maestro. Cuando acabé la secundaria fui a Tampico a ver si podía seguir estudiando. Él me acompañó. Lle-

gamos al hotel y pedimos dos cuartos, pero al pasar frente a mi cuarto me aventó y me obligó a tener relaciones. Fue horrible. Yo digo que las relaciones sexuales son horribles. Mi mamá siempre me decía que no dejara que los muchachos me tocaran, que no me dieran ni un beso. Era pecado. En la secundaria una vez me besó un amigo así nomás, estábamos jugando, y yo pensé que ya estaba embarazada. Le reclamé. Ahora nos reímos. Pero yo, yo nunca he querido sexo, he tenido que cumplir. A veces pensaba: "a ver a qué hora termina", ya nomás aguantando. ¡A mí no me gusta! Llevo más de 20 años casada. Mi marido es muy bueno, no nos falta nada.

—Ay, Genara, usted no sabía muchas cosas y se embarazó —digo.

—A mí me pasó igualito —retorna Cleotilde al otro tema—. Me casé también así, chica, y pensaba: "¿cuándo se acabará esto?", no me gustaba que mi marido me tocara. Pero a los dos años de casada se murió. Luego conocí a otro señor con el que vivo. Él se acercó de otra manera, me supo tratar y entonces sí supe lo que es bueno: ¡no le miento!, ¡la sangre me hervía nomás de verlo! Así, nomás veía que se acercaba y ya me hervía la sangre. Con él sí supe lo que era el amor. A usted también le va a pasar... Bueno... pero es que a mí se me murió mi marido [Taller de Veracruz].

Conforme a estas representaciones y experiencias, cuando una indígena se ha unido, displace, débito conyugal o sexo forzado deben aceptarse como si fueran naturales, y es dramático que sólo la muerte libere de ese destino. Aunque también es significativo el hecho de que no todas las parejas ni todos los varones actúan del mismo modo. No es fácil saber cuál es el grado de satisfacción o insatisfacción sexual de las indígenas, pero es un hecho que pueden dejar atrás la inocencia obligada, olvidar las prohibiciones, el pecado y "conocer el amor".

Queda claro que las reglas no son los hechos. Como dijimos antes, entre representaciones y prácticas no hay una relación unívoca o lineal, sino un juego dialéctico marcado por la resistencia, la búsqueda y la creatividad. Aunque no en todos los casos, en la práctica mujeres y varones infringen las normas de comportamiento sexual dictadas por las comunidades. Pero la transgresión aislada no necesariamente libera ni modifica la norma transgredida: la investigación cualitativa muestra que alejarse del "deber ser" produce vergüenza y culpa, que se asocia y justifica castigos y penas; una de

éstas es, ni más ni menos, el embarazo cuando ocurre fuera de las normas morales socialmente aceptadas. Calificado en las comunidades como “el fracaso”, se convierte en estigma que muchas jóvenes llevan a cuestas por aceptar o ser forzadas a una relación sexual sin boda o unión formal de por medio.

Así, en muchos casos, la maternidad, en lugar de ser realización se convierte en condena. Las indígenas recuerdan casos en los que la transgresión de normas de comportamiento sexual llega a pagarse incluso con la muerte. Cuentan grandes penalidades de madres solteras que “pagan” toda la vida su comportamiento libertino; la culpa de mujeres infieles que mueren por su pecado o provocan la muerte de su pareja; el rechazo social a la joven que por haber tenido algún amante y perder la virginidad es vista como “una cualquiera”, o la tragedia de la que se fue con el novio y luego murió en el parto abandonada.

No es fácil reconocer, externar y actuar conforme a los deseos sexuales. Quizá sea común que el deseo se reprima y que el rechazo se someta al débito conyugal; es posible que muchos embarazos sean resultado de actos de poder sobre las mujeres, o de la confusión de deseos sexuales y reproductivos, o bien de un deseo sexual que no tenía intención reproductiva.

En este contexto, el moderno discurso de los derechos reproductivos y sexuales parece promisorio, pues legitima la posibilidad de disfrutar de la vida sexual, de decidir con autonomía en materia reproductiva; implica el derecho a la información, el acceso a métodos anticonceptivos y a recibir servicios que permitan embarazos y partos sin riesgos, incluye orientación en salud sexual y no el mero asesoramiento en materia reproductiva (Germain y Kyte, 1995).

Si las palabras fueran los hechos esa promesa sería una realidad muy apreciada por las mujeres, pero no, como vimos arriba. Las promesas discursivas son pálidas realidades en el mundo indígena. Son normatividad que intenta realizarse, pero no realidad, y en ello las instituciones públicas tienen responsabilidad, pues, como vimos, hay programas que dicen reconocer los derechos reproductivos, llevan información y servicios que generan expectativas de salud y libertad, pero a la vez obstaculizan la libre determinación y el ejercicio de estos derechos, presionan o imponen sus criterios sobre la voluntad de las mujeres, se incumplen los programas.

Las presiones del personal de Oportunidades o de los servicios médicos y la discriminación que las indígenas reportan en clínicas y unidades médicas son tan violatorias de los derechos reproductivos como la imposición de sus parejas o la presión comunitaria para que estén embarazadas *a fortiori*.

Ser madre por elección, no por azar, destino, fuerza o castigo; reducir los riesgos de salud y los altos índices de mortalidad materna en zonas indígenas no es sólo cosa de “salud materna”, sino de sexualidad, de salud en diversos planos, de cultura, de relaciones de poder. Una maternidad elegida obliga a desmontar los mecanismos de control sobre la vida y la sexualidad de las indígenas, que acaban o pueden acabar en embarazos no planeados o no deseados: la inocencia obligada, la culpa y la vergüenza por disfrutar su sexualidad y tomar medidas anticonceptivas; la disciplina moral, o bien las jerarquías de género, la obediencia y la sumisión que justifican el débito conyugal, el autoritarismo y las imposiciones en la vida sexual y reproductiva de las indígenas.

En un contexto donde se ha naturalizado el control sobre el cuerpo de las mujeres, evitar embarazos no deseados implica informar sobre anticoncepción, pero también promover la apropiación del propio cuerpo y develar las posibilidades lúdicas y placenteras que ello ofrece. Pese a la complejidad de la tarea, es indiscutible que la planificación familiar no debe reducirse a una simple indicación o presión para el uso de anticonceptivos; la difusión de los derechos reproductivos, la comprensión de los obstáculos para que éstos sean ejercidos y el reconocimiento de que la unión sexual no sólo es un medio para concebir fortalecerá la capacidad de las mujeres indígenas para decidir y hacer valer sus decisiones. Hará posible la exploración de su sexualidad desde otra perspectiva; la apropiación de su cuerpo y la autodeterminación sobre éste, su sexualidad y su reproducción. En fin, dará pie a que las indígenas perciban y ejerzan sus legítimos derechos.

Todo ello sería condición para aproximar sus prácticas a sus deseos, y para no tener que justificar la unión sexual con planes reproductivos; para no sentir culpa o vergüenza por tener una vida sexual activa, y para no tener que lamentar un embarazo cuando lo que se deseaba era una unión sexual o, en ocasiones —como reportan las mujeres—, ni ésa.

Ni los usos y costumbres comunitarios, ni los programas modernizadores garantizan una maternidad elegida y responsable o el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Pero, como se ve, las indígenas no obedecen a ciegas a todo aquel que quiera gobernar su cuerpo. Son sumisas y a la vez transgresoras. De múltiples maneras resisten y se insubordinan.

Las participantes en los talleres expresaron valores y aspiraciones o experiencias inscritos en el rol femenino tradicional, pero simultáneamente reseñan formas de resistencia, rebeliones verbales, actitudes y prácticas que atentan contra este marco. La imagen tradicional de lo que debe ser una mujer indígena opera como un referente indiscutible ante el que se miden constantemente, pero sería erróneo pensar que el “deber ser” es su “ser”. Las cosas no son fáciles: sus deseos de autonomía y de cambio se confrontan con el miedo y la culpa; sus transgresiones con su resistencia al cambio; una postura activa, crítica y rebelde coexiste con la pasividad y la resignación. Y aunque en un mundo donde el hombre manda pueda imponerse al final la decisión masculina, eso no significa que las indígenas acepten mansamente los dictados de sus parejas ni de sus comunidades o de médicos y prestadores de servicios. Ellas protestan, transgreden y cuestionan, abren paso, pero aún no logran consolidar una nueva cultura, más equitativa y libertaria en el terreno de la sexualidad, de la maternidad, de las relaciones sociales y de género.

Para las mujeres indígenas, aspirar a otra normatividad implica luchar contra una raíz tradicional que las opprime y contra la modernidad impositiva que llega a sus comunidades; ambas intentan controlar sus cuerpos y sus vidas, ambas ignoran su voluntad o sus deseos. Los debates de los talleres muestran que han andado parte del camino y que ni las mujeres ni la cultura indígena son universos cerrados e inmóviles, ni todo lo que llevan las instituciones o dicen las comunidades se impone sobre sus voluntades.

En cuestiones sexuales y reproductivas soplan vientos de cambio. La escuela, los medios de comunicación, la migración, la feminización de tareas tradicionalmente masculinas, los programas de planificación familiar, así como los efectos negativos que en carne propia viven gracias a una maternidad impuesta o negada por usos y costumbres, cuestionan la vigencia de la mujer tradicional e inducen a las indígenas a modificar ideas y prácticas en el plano sexual.

y reproductivo. Hay novedades gestadas desde dentro, y otras inducidas desde agentes y procesos cuyo motor se ubica lejos. Los retos son enormes pero se vislumbran nuevas concepciones y prácticas sexuales y reproductivas.

Encontrar las convergencias entre las aspiraciones de las mujeres indígenas y el discurso de los derechos sexuales y reproductivos, fortalecer con éste sus reflexiones y acciones libertarias, podría tener mayor incidencia tanto en su salud personal como en el cambio cultural que están promoviendo en condiciones tan desventajosas. Pero esto que se dice en unas cuantas líneas implica revolucionar las cosas, dejar de pensar que la mera difusión de los derechos sexuales y reproductivos modificará la práctica; se requiere partir del discurso de las indígenas para apuntalarlo, no para sustituirlo. Y reconocer que si los derechos que se promueven no van acompañados de servicios ni son congruentes con las actitudes y acciones de los prestadores de servicios, más que aceptación encontrarán resistencia.

EMBARAZADAS, PARTERAS Y MÉDICOS

En todos los talleres las mujeres coincidieron en que un embarazo es feliz y tranquilo si al concebir están sanas y fuertes, si se comprenden y están de acuerdo con su pareja, si están contentas, si todavía no tienen hijos o sólo tienen uno o dos, si en la familia no hay muchos problemas de dinero, si el esposo es responsable y trabajador, si las quiere y las trata bien, si no las golpea y si no es borracho. La existencia y acceso a servicios de salud, sobre todo los modernos, fueron escasamente mencionados y se ve que la mayoría sólo los recuerda en situaciones de enfermedad y riesgo.

Aunque ellas no tienen la costumbre de hacerse análisis clínicos ni de consultar al doctor o a la partera cuando sospechan un embarazo, en todos los talleres expusieron exhaustivamente los síntomas que les permiten saber en un plazo corto (al mes y medio o dos meses de embarazo), y sin temor a duda, que están preñadas. "Se suspende la regla, da sueño y cansancio, se quita el hambre o da más, hay mareos, ascos, vómitos, dan ganas de orinar a cada rato, se mancha la cara, hay más sensibilidad en los pechos, se ponen duros, el pezón se oscurece, aparece una raya oscura del ombligo ha-

cia abajo... crece el vientre, se siente el movimiento" [Taller nacional]. Hay quienes afirman que a las abuelas les basta ver los ojos de las mujeres para diagnosticar quiénes están embarazadas.

Prácticamente todas podían identificar cuándo están esperando un hijo. En cambio, sólo las que han alcanzado cierto nivel educativo (primaria completa o secundaria) tienen una noción más clara del aparato, las funciones y el proceso reproductivo. La imagen de la matriz, de un óvulo fecundado, de un feto en sus distintas fases y de lo que ocurre en su cuerpo durante el parto eran aspectos menos conocidos que causaron interés y asombro en los talleres.

Los testimonios vertidos indican que cuando las indígenas tienen la certidumbre de estar embarazadas no consultan al médico ni a la partera, al menos durante el primer trimestre. Las razones son varias: no parecen percibir el embarazo ni como enfermedad ni como riesgo. Cuando una mujer da a luz dicen que "se alivió" y dan a entender que estaba enferma, pero en realidad este proceso se vive como algo natural que puede atenderse con cuidados domésticos o incluso sin cuidados; por otra parte, la escasez de recursos económicos de la mayoría ha propiciado que a los médicos se les consulte sólo en caso de dolor agudo o extrema urgencia y, además, el trato que en general reciben de los galenos ahuyenta a las mujeres de los servicios médicos.

Ya en el segundo trimestre algunas acostumbran ir con la partera a que las "sobe", y en el último trimestre es más común que vayan a alguna revisión médica (sobre todo si piensan recurrir al médico para el parto), o a otra "sobada" o "manteada" con la partera para acomodar al niño (apoyadas en el piso sobre rodillas y manos, les pasan una manta bajo el vientre). Análisis de laboratorio sólo se hacen ante un problema grave y a veces ni en ese caso. Esta omisión puede tener graves consecuencias: "Hace 10 años estaba una señora en el octavo mes, estaba mala de la presión, se agitaba, le dio como un infarto y murió, no la llevaron para sacar al bebé. Unos decían que había que llevarla, otros que no, que Dios dijo" [Taller de Veracruz].

La ESR indica que durante su último embarazo sólo 33.5% de las encuestadas indígenas fue atendida conforme a la norma oficial; mientras 55.7% de las no indígenas tuvo esta atención, lo cual, una vez más, expresa desigualdades étnicas. El 89.4% de las indígenas y

96.8% de las no indígenas acudieron a revisión en su último embarazo, y fueron los médicos quienes más revisiones hicieron: a 32.3% de las indígenas y a 63.1% de las no indígenas. Es interesante observar que la atención médica se duplica en mujeres rurales no indígenas; en contraste, por cada revisión de las parteras a mujeres no indígenas, hacen tres a embarazadas indígenas (7.9 y 24.4%, respectivamente).²⁵

Los datos muestran una diferencia étnica en atención al embarazo: los médicos atienden prioritariamente a no indígenas y las parteras a las indígenas; sin duda, la importancia de las parteras crece en poblaciones más alejadas y dispersas. Recuérdese que la ESR se levantó en zonas atendidas por el IMSS-Solidaridad y que la mayoría de las mujeres que participaron en la investigación cualitativa vive en zonas con escasos o nulos servicios de salud.

En el momento del parto, la ESR también sugiere una diferencia étnica en atención profesional, como puede observarse en el cuadro 3.

Cuadro 3

Distribución porcentual de mujeres según la persona que atendió el parto y condición indígena o no indígena

<i>Persona que atendió</i>	<i>Indígenas</i>	<i>No indígenas</i>
Médico	25.3	64.7
Partera	57.2	28.7
Parientes o amigos	9.4	1.4
Nadie	4.7	1.2
Paramédico, auxiliar	3.4	4.0
Total	100.0	100.0
Total absolutos ^a	150 547	479 472

^a La encuesta refleja los resultados de una población de 1 306 145 personas; 1 060 506 no indígenas y 245 639 indígenas. La diferencia entre el total de la población de la encuesta y el que se presenta en este cuadro se debe a una no respuesta de 676 126 individuos a los que no aplica la pregunta de referencia.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESR de 1999.

²⁵ El 16.4% de las indígenas y 10.6% de las no indígenas conjugan la revisión del médico y la partera durante el embarazo (ESR).

De los últimos partos de mujeres indígenas, 57.2% fue atendido por parteras y 25.3% por médicos. Entre ambos atienden 82.55% de los partos, pero las parteras superan en más del doble la labor de los médicos, y se ubican como las prestadoras de servicios más importantes para las indígenas a la hora del parto. Las no indígenas atienden la mayoría de sus partos (64.7%) con médicos y, pese a vivir también en el medio rural, sólo 28.7% recurre a parteras. Para ellas el prestador de servicios más importante en el parto es el médico, que en este caso duplica la labor de las parteras.

En la atención al parto se confirma lo observado en la revisión prenatal: una correlación entre atención profesional y condición étnica permite mayor acceso de las no indígenas a los servicios médicos. En ello interviene la escasez de recursos económicos y de médicos, así como la relativa abundancia de parteras en comunidades indígenas (en el 76.43% hay cuando menos una partera); mientras que el porcentaje de comunidades rurales no indígenas con partera baja a 52.25; pero quizá también intervenga la cultura y la valoración de las mujeres indígenas sobre médicos y parteras:

Si vas a una clínica te tienes que desvestir, te pones una bata, tienes tus dolores en un lugar frío y tu parto en una sala fría... se aflojan las coyunturas. El parto es caliente y el cuerpo necesita calor para funcionar bien. Las parteras calientan la habitación, calientan el cuerpo. Luego del parto te tienes que quitar esa frialdad: la partera te da un té de hierbas, tu baño de temazcal, te faja, te calienta el vientre, te da masaje en las coyunturas. El cuerpo se calienta y vuelves a estar como antes [Taller de Guerrero].

Otro dato que resalta el cuadro 3 es que 17.5% de los partos de las indígenas son apoyados por parientes o amigos, por ¡nadie!²⁶ o por paramédicos (auxiliares de salud, enfermeras y asistentes rurales); en las no indígenas este dato disminuye a 6.2%. Y es obvio que el

²⁶ En los talleres se detectaron cuatro mujeres que no habían recibido ayuda de nadie durante el parto. El caso de una mujer de Chilapa, Guerrero, fue el más impresionante, pues había tenido nueve hijos sin ningún auxilio, y el último parto fue muy difícil y su esposo se negaba a buscar atención médica: "Si has tenido a todos sin médico, ¿por qué éste sí?" Finalmente, la intervención de sus familiares permitió que la llevaran a una clínica.

riesgo crece aunque logren resolver el trance de algún modo: “Estaba en el séptimo mes, fui a cortar leña y en una bajada húmeda me resbalé y me privé. Desperté con el llanto de mi bebé, lo recogí y recogí la placenta. Me fui caminando a mi casa. No fui con el médico, tomé baños de vapor y tomé té de hierbas” [Taller de Puebla].

Atenerse a las creencias puede ser muy peligroso: “Yo escuché que cuando no sale la placenta se amarra un cordón a su pie y a los 15 o 20 días solita se cae. Cuando el bebé o la placenta no pueden salir, les meten su propia trenza en la boca para que les dé asco y con el esfuerzo del vómito sacan al niño. A mi mamá la forzaron con el tercer bebé: la colgaron de una reata” [Taller de Veracruz].

El cuadro 4 revela que la mayoría de los partos de mujeres indígenas (71.4%) ocurren en el domicilio de la parturienta o de la partera; mientras 67.6% de los partos de mujeres no indígenas ocurren en alguna institución pública (50.9%) o privada (16.7%) de salud. Para las indígenas, el acceso a este tipo de instituciones es restringido, sólo 28.1% del total de sus partos ocurren allí.²⁷

En resumen, considerando la formación profesional de los prestadores de servicios, el acceso a instituciones de salud y la disposición de infraestructura, equipo, instrumental y medicamentos que ello implica, es claro que hay desventajas para las mujeres indígenas: la mayoría de sus partos son atendidos, en el mejor de los casos, por personal con experiencia pero con escasa formación profesional, se desarrollan en espacios y con infraestructura mínima o inadecuada, por lo mismo, con menos posibilidades de resolver emergencias y complicaciones. Esta situación sugiere mayor riesgo para su salud y su vida, y un incumplimiento de los compromisos institucionales para hacer efectivos los derechos reproductivos en lo tocante a recibir atención adecuada durante el embarazo y el parto.

Las indígenas que asistieron a los talleres caen en la cuenta de que en su mayoría se cuidan más en la cuarentena que en el em-

²⁷ En los talleres, las pocas que recurrieron a servicios privados lo hicieron no tanto por su preferencia ni por su posición económica desahogada, sino luego de fracasar en su intento de ingresar a instituciones públicas: varias fueron rechazadas o se les pidió regresar a sus casas pese a la imminencia del parto; o bien llegaron y no había personal médico, o decidieron no ir para evitar el maltrato que —dicen— les otorga el personal de salud de instituciones públicas.

Cuadro 4

Distribución porcentual de mujeres por lugar donde ocurrió el último parto y según condición indígena y no indígena

Lugar	Indígenas	No indígenas
Domicilio particular*	71.4	32.2
Institución pública **	26.7	50.9
Institución privada	1.4	16.7
Otros	0.5	0.2
Total	100.0	100.0
Total absolutos ^a	150 547	478 407

* La encuesta refleja los resultados de una población de 1 306 145 personas; 1 060 506 no indígenas y 245 639 indígenas. La diferencia entre el total de la población de la encuesta y el que se presenta en este cuadro se debe a una no respuesta de 677 191 individuos a los que no aplica la pregunta de referencia.

* Domicilio de la partera o de la parturienta.

** IMSS, IMSS-Solidaridad, Ssa u otras instituciones del gobierno.

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de ESR de 1999.

barazo y que muchas de las que han sido atendidas por médicos durante el parto recurren a las parteras en el puerperio. Varias son las razones por las que, en la revisión posparto y en el conjunto del proceso reproductivo, la mayoría de las indígenas prefiere a las parteras:

- Económicas: cobran menos, dan facilidades de pago y reciben pagos en especie (gallinas y guajolotes, por ejemplo).
- De disponibilidad: están en la comunidad o muy cerca, acuden a la casa de la parturienta o atienden en su casa; pueden hacer varias visitas domiciliarias o esperar hasta que se presente el parto.
- Culturales: hablan su misma lengua, en algunos casos permiten que la pareja esté presente y le asignan tareas, tienen autoridad para impedir su presencia en caso de impertinencias. Consideran el parto como un proceso "caliente" y mantienen una temperatura alta en la habitación para facilitarlo; dan masaje en el vientre con aceite, dan té de hierbas para acelerar el parto. Permiten que la mujer no se desvista durante el parto, aceptan los

“partos culturales”.²⁸ Son comprensivas ante las carencias de infraestructura doméstica que sufre la familia.

- De género: en su mayoría son mujeres, han sentido lo que es un parto y no despiertan reticencia en sus parejas ni en ellas.
- Afectivas: conocen a la parturienta y la tratan con cariño, le dan confianza y valor.

También influye en las preferencias el que en algunos casos las parteras son más atinadas y atentas que los médicos: “Mi hija la llevé un sábado como a las ocho, me la regresaron por ser primeriza. A la una de la mañana la vuelvo a llevar: ‘Señora, llévesela, el parto si bien le va será hasta el lunes’. Y luego mi hija se siente peor, va la partera a la casa y la niña nació a las cinco de la mañana” [Taller de Guerrero].

O bien porque ante pronósticos sombríos la audacia o la experiencia de algunas parteras produce resultados sorprendentes: “Hace ocho días fui a atender un parto aquí en Paso Nuevo. Era una muchacha de 18 años. Dice el médico que ella iba a morir o el bebé, pero ella no quiso cesárea y yo la atendí. Ese parto estuvo dos días porque no dolía, pero luego tuvo a su hijo normal” [Taller de Oaxaca].

Ante esta valoración, los médicos y las instituciones públicas y privadas de salud parecen ofrecer pocas, aunque importantes ventajas también reconocidas por las asistentes a todos los talleres:

- Equipamiento: cuentan con instalaciones, medicamentos y equipo técnico necesario para atender emergencias.
- Preparación: han estudiado y combinan conocimiento con práctica.

Las indígenas no sólo evalúan las ventajas sino las desventajas de cada opción: tienen claro que las parteras no pueden resolver una complicación grave, no tienen conocimientos suficientes, carecen de equipo e instrumental y no pueden administrar adecuada-

²⁸ Definieron los “partos culturales” como aquellos en los que la mujer se coloca en cucillas o hincada; la definición incluyó también la participación del varón —que no se acepta en las unidades de salud, clínicas ni hospitales del sector público— como sostén físico (cuando la madre está hincada) y como acompañante y apoyo emocional. Este aspecto es relevante, pues aunque la espera y la crianza se conciben como cosas de mujeres, muchos varones participan y colaboran en el parto.

mente medicamentos: “Ella era primeriza y su suegra era partera, la señora ya tenía antecedentes de otras que se habían muerto en sus manos. La suegra le metía la mano para que abriera el cuello de la matriz pero ella se murió de tanta hemorragia. Tuvo eso que le llaman parto obstruido” [Taller de Veracruz].

También reconocen que las prácticas de las parteras no siempre son adecuadas: “Mi mamá dice que antes, cuando se aliviaban con partera, la partera las forzaba, les decía: ‘Puja, puja’. Y cuando era la mera hora ya no tenían fuerza. Además dice que al nacer el niño se les abría por donde quiera, quedaban desgarradas. Eran unos ardores y unos dolores terribles. Ella decía que era mejor que les cortaran para que saliera el bebé con más facilidad” [Taller de Veracruz].

A pesar de saber que en el parto puede haber complicaciones inesperadas, hay quienes dejan al azar la vida o la muerte: “Mi nuera se desmayó cuando nació el bebé y no podía volver ni salir la placenta. No sabíamos qué hacer pero al final sí vivió” [Taller de Guerrero].

Las desventajas de la medicina privada y de las instituciones públicas de salud forman un rosario de quejas:

- En Puebla y en Michoacán —se dijo— los partos son gratuitos para quienes asistieron a sus consultas prenatales; para quienes no el costo aumenta (entre 2002 y 2003 un parto podía costar entre 900 y 4000 pesos, aunque quizá la media se ubicaba en 1 500).²⁹
- Es raro que una comunidad cuente con médico de planta o con una clínica bien puesta, generalmente hay que desplazarse para ir a un hospital o unidad médica, cuesta tiempo y dinero ir a consulta (transporte, alimentos y quizá hospedaje de la embarazada y un acompañante), no siempre hay transporte en caso de emergencia, especialmente por la noche.
- No reciben pacientes cualquier día ni a cualquier hora.

²⁹ Llama la atención que en los talleres, a excepción de las pocas mujeres que reportan haber tenido atención gratuita en el parto, haya fijado el precio de éste a partir de 900 pesos, cuando en la Ssa la tarifa más baja (nivel 1) es de 123 pesos. Lo cual indica que quizás pagan el nivel 4 de los seis que maneja la Ssa (813 pesos).

- Los médicos utilizan un lenguaje incomprensible para las indígenas o sencillamente no explican el diagnóstico ni el pronóstico (“hay que tomarse la medicina a ciegas”).
- La mayoría de los médicos son varones, a muchas de ellas no les gusta ser revisadas por un hombre y a sus maridos tampoco.
- No entienden lengua indígena, no escuchan al paciente.
- Atienden mejor a los “blanquitos”, a los influyentes o a la gente que va mejor vestida, hacen esperar mucho tiempo antes de la consulta, se ponen a platicar en lugar de pasar a los pacientes, son despectivos con las indígenas.

Todo ello desalienta a las mujeres. Otra razón para no buscar atención médica es la ignorancia o indiferencia ante el riesgo: “Quince días estuve con un dolor y luego nada. Nadie me llevó al doctor, ni la suegra ni mi esposo. Una señora que vivía al otro lado de mi casa me apoyó” [Taller Oaxaca].

En algunos casos la muerte acompaña a la ignorancia: “Esta señora se inflamó, se hundió después del parto. Los niños también se murieron” [Taller de Veracruz]. Otro testimonio ilustra el mismo problema: “Una amiga se quedó con la placenta adentro y ya no pudo, se murió” [Taller de Veracruz]. Sólo se buscan servicios especializados en casos de extrema urgencia:

Yo no sabía que eran gemelas hasta que ya estaba para aliviarme. Una nació a las diez de la mañana y después no había dolor, pero la partera dijo que venía la otra. El doctor nunca me dijo nada, nada más ponía su aparatito y movía la cabeza. La otra nació hasta las cinco de la tarde. Mi marido fue a buscar al médico y el médico vino y me puso una inyección para que rápido se volviera a apurar el dolor. Como quien dice, el segundo fue con el médico y la primera con partera [Taller de Oaxaca].

También este caso revela que sólo se acude al servicio médico cuando la situación se agrava:

Había cumplido los nueve meses y ya se habían pasado 12 días de la fecha del parto. Cuando entraba la noche para mí era una angustia, porque ya no podía acostarme, no podía amanecer. Ya no dormía. Mi papá me mandó al Centro de Salud de Tuxtepec y allí me hicieron unas placas. Según salió, el bebé tenía la cabeza muy grande, pero no

es cierto, simplemente medía 53 centímetros y pesaba cinco kilos y medio. Me hicieron cesárea [Taller de Oaxaca].

A pesar de las deficiencias y el maltrato, en algunas circunstancias la atención médica es vital:

A los 40 años se embarazó pero se tuvo que inducir el parto. Estuvo tres días en la clínica, le pusieron una inyección pero no le daban seguimiento. No le dieron de comer y le dijeron que la enviarían a Chilpancingo. La regañaban, le decían que ya era vieja, que no hacía ejercicio, que para qué se embarazó. Ella tenía miedo de que le hicieran cesárea. La trasladaron a un particular y le dio un *shock*, se le bajó el azúcar, la controlaron y por fin pudo nacer bien el niño [Taller de Guerrero].

La ESR también preguntó las razones que las encuestadas tienen para no atenderse en la clínica local, como muestra el cuadro 5; entre las principales se hallan las siguientes:

Cuadro 5

Distribución porcentual de las mujeres según principales razones para no atenderse en su último parto en la clínica local, según condición indígena y no indígena

Razones	Indígenas	No indígenas
Obstáculos para llegar	22.5	11.6
Preferencia por parteras	24.4	7.2
Ausencia de doctor	9.7	18.8
Total absolutos ^a	125 174	379 774

^a La encuesta refleja los resultados de una población de 1 306 145 personas; 1 060 506 no indígenas y 245 639 indígenas. La diferencia entre el total de la población de la encuesta y el que se presenta en este cuadro se debe a una no respuesta de 801 197 individuos a los que no aplica la pregunta de referencia.

Fuente: Elaboración propia con base en la ESR de 1999.

El difícil acceso sigue siendo un factor importante que impide a las indígenas recibir servicios de instituciones públicas, pero en su caso también cuenta la preferencia por las parteras. Por otra parte, es digno de aclaración el hecho de que, como vimos arriba, las no

indígenas reciban el doble de atención médica que las indígenas y, sin embargo, la ausencia del doctor sea una causa bastante frecuente entre las indígenas para no atenderse en clínicas; quizá esto se deba a que las indígenas recurren menos a las instituciones médicas y por lo mismo fracasan menos en este punto; o sea que un indicador ligeramente favorable para las indígenas puede ser síntoma de una carencia más grave.

Las asistentes a los talleres coincidieron en decir que son discriminadas por ser pobres y por ser indígenas. Ante la pregunta: “¿Cómo las discriminan?”, las respuestas fueron reveladoras. He aquí algunas: “Para llegar a la unidad médica salgo de la comunidad a las cinco de la mañana. Llego a la consulta a las ocho, pero llego cansada, empolvada o enlodada —según esté el tiempo—. Entro a la clínica y no falta quien diga: ‘salte, traes lodo, vas a ensuciar el piso’. Muchos médicos dicen algo parecido cuando entramos al consultorio” [Taller de Veracruz].

Las indígenas de Oaxaca reafirman: “Si llegamos a la consulta y hay gente esperando, no respetan nuestro lugar, pasan primero a la gente bien, a los que tienen dinero, a nosotras nos ven así pobres, humildes, y nos dejan al final. Las que sólo hablan lengua indígena tienen más problemas, las sacan rapidito del consultorio y quién sabe de qué las curan si no pudieron decir qué tienen” [Taller de Oaxaca].

También hay una queja reiterada acerca de que en las unidades médicas o clínicas a las que tienen acceso en lugar de médicos con experiencia hay practicantes, y que las tratan como conejillos de Indias: “Estaba en la clínica con los dolores y llegaron como 15 o 20 practicantes. Cada uno me hizo un ‘tacto’. ¡No se vale! Siquiera fueran tres o cinco, pero no, eran 15 o 20 metiéndome la mano. Como no saben, lastiman. Al final ya no sabía yo qué era lo que más me dolía” [Taller de Veracruz]. “Las tres veces me han metido la mano [para hacer un tacto] y la sentía hasta acá, por eso la gente no quiere ir al hospital” [Taller de Veracruz].

También reportan negligencia en la atención médica: “Mi nuera iba a tener un bebé, va y no la reciben: que faltan cuatro días. La volvieron a revisar y con sangrado, pero los médicos platicando. Ella que no aguantaba los dolores. Y de pronto se ve que ya viene la cabecita. Entonces sí, ¡a correr los doctores!” [Taller de Guerrero].

En cuatro de los seis talleres, las participantes consideraron que de cada 10 médicos, uno o dos son amables, sensibles y atinados en sus diagnósticos y tratamientos [Taller nacional de Guerrero, Veracruz y Oaxaca]. No en todos los estados se quejaron tan amargamente: en Michoacán se dijo que tres o cuatro de cada 10 son buenos médicos, y en los talleres de Puebla y de Michoacán, aunque hubo coincidencia en muchas críticas a los servicios institucionales, los testimonios sugieren que los maltratos no son tan frecuentes ni graves como se dijo en los talleres de otros estados. “Me atendió un doctor, me tenía todo el tiempo acostada. En 30 minutos nació el bebé y la placenta. Me pusieron tres litros de sangre y suero. Estuve 16 días internada, pidieron donadores de sangre. Yo no sabía qué pasaba, no me explicaron nada. Me atendieron bien, fueron amables, no me cobraron. Si no me hubiera atendido el doctor me hubiera muerto” [Taller de Michoacán].

VIOLENCIA, SUBORDINACIÓN Y DERECHOS

Embarazadas, parturientas y puérperas indígenas se juegan la salud y la vida con más frecuencia que el resto de las mexicanas. Las cifras revelan que el riesgo de morir en el proceso reproductivo se triplica cuando se trata de mujeres indígenas. Datos duros, focos rojos que obligan a reconocer la necesidad de servicios, a advertir los límites de la medicina “tradicional”, las deficiencias de la moderna y los riesgos de una posición subordinada de las mujeres indígenas.

La vulnerabilidad de las mujeres ante las instituciones de salud es sin duda un factor que impide o dificulta el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, pero tal como se ha expuesto en diversos testimonios también ocupan esta posición en sus comunidades, especialmente frente a sus parejas y sus familiares más cercanos, cuestión que no sólo afecta su proceso reproductivo sino su calidad de vida o su existencia misma: “La señora murió, tuvo al niño pero después la placenta no cayó. Ella le decía al esposo: ‘llévame al hospital, yo siento que no voy a aguantar’. Y su marido le decía: ‘si todos los tuviste aquí, ¿por qué ahora te quieres ir al hospital?’ No quiso llevarla y la señora murió. Ya tenía más de 10 hijos, yo creo que su cuerpo ya no aguantó” [Taller de Veracruz].

Por desgracia, aunque no es un fenómeno exclusivo del medio indígena, la violencia afecta a muchas mujeres indígenas: “Mi marido me llevó al cerro a cortar tomates, allá yo me resbalé y me caí. Me pegó y me quedé solita en el cerro recogiendo los tomates. Cuando llegué a Valle [Nacional] me volvió a pegar de vuelta y a los tres días, allí estaba el aborto” [Taller de Oaxaca].

En muchos casos, las nueras son blanco de ataques de las y los suegros: “Mi suegro enojaba si comía y mi suegra igual. No querían que nadie me atendiera en el parto; perdí varios bebés, hasta que nació mi último hijo, entonces sí fui a la clínica” [Taller de Puebla].

Alcoholismo y violencia agravan las experiencias de las embarazadas: “Nomás con uno de mis hijos tuve problemas cuando nació, con los demás, yo sola atendía mi parto. Con el último me atendieron en el centro de salud. Mi hermano me llevó porque mi marido tomaba mucho, no me hacía caso y me pegaba. Yo también soy partera, pero con este último sí estaba grave. Al final, mi hijo nació bien” [Taller de Oaxaca].

La abnegación y subordinación de las mujeres son “atributos” femeninos que se complementan y refuerzan con el autoritarismo masculino y que pueden conducir a la muerte: “Mi tía murió de *cashone*, y es que cuando acababa de tener a su bebé, mi tío estaba borracho y abusó de ella. Y mi tía empezó a adelgazar a adelgazar, el pelo se le cayó, le dio diarrea y mi tío la amenazó: ‘si dices algo te voy a matar’. Ya agonizando le dijo a mi mamá” [Taller de Veracruz].

Llegar a la frontera entre la vida y la muerte durante el embarazo o el parto tiene que ver con muchos factores: embarazos no deseados, abortos espontáneos o inducidos, falta de atención prenatal, inconsciencia del riesgo, complicaciones inesperadas, morosidad o negativa para buscar atención médica, violencia, agresión o maltrato por parte de maridos y/o familiares, cargas excesivas de trabajo y accidentes de las embarazadas, mala calidad o falta de atención médica, irresponsabilidad y/o falta de capacidad médica y de parteras, presión de sus parejas para tener relaciones sexuales en el puerperio.

Estos factores potencian el riesgo durante el embarazo y pueden conducir a un desenlace fatal. La amplia gama de testimonios expresa los retos y los planos de la vida personal, familiar, comunitaria e institucional que tendrán que modificarse para que la mater-

nidad de las mujeres indígenas sea un proceso saludable, y para que la atención y los servicios de salud —que por derecho debieran gozar en este periodo— se concreten y hagan realidad.

CONCLUSIONES

1. Las representaciones y prácticas reproductivas de las mujeres indígenas, e incluso sus deseos de procrear, están influenciados o modelados por varios discursos. Aquí hemos tomado, en su propia voz, el de las normas comunitarias (los usos y costumbres) y el de los derechos reproductivos que manejan las instituciones públicas, especialmente las de salud. Discursos que, al tensarse o contraponerse en diversos puntos, complican las decisiones y acciones reproductivas de las indígenas: cumplir las normas de sus pueblos conduce a desoir las orientaciones de las instituciones públicas; atender a éstas puede confrontarlas con sus parejas, familias y comunidades.
2. El “deber ser” materno arraigado en las culturas indígenas sigue siendo el referente central pero no el único que incide en la maternidad indígena; si bien ser madre sigue siendo un atributo muy valorado en la feminidad indígena, los testimonios y encuestas revelan el impacto de los programas oficiales en la transformación de las representaciones y prácticas maternas de las mujeres indígenas. Es así que, si bien estas mujeres comparten y defienden su cultura en muchos aspectos, empiezan a desmarcarse de tradiciones opresivas y a adoptar una posición crítica e insumisa, abriendo paso, lentamente, a una maternidad elegida, lo cual crea la posibilidad de una convergencia entre sus aspiraciones y el discurso de los derechos reproductivos. Convertir la posibilidad en realidad implica, por un lado, desmontar los mecanismos culturales que frenan este anhelo y, por otro, resistir o enfrentar prácticas concretas de instituciones públicas y prestadores de servicios de salud que poco se apegan al discurso de estos derechos.
3. Los propósitos explícitos de los programas oficiales quedan en entredicho cuando se reseñan sus acciones: información insuficiente, desempeño deficiente, arbitrariedades o imposiciones,

falta de escucha, trato discriminatorio, escasez de recursos e infraestructura. En una palabra: incumplimiento de los derechos reproductivos que dicen promover. En este sentido, en las regiones indígenas, la contraposición entre usos y costumbres *versus* derechos reproductivos parece más discursiva que práctica, pues ni unos ni otros garantizan a las indígenas el respeto a sus preferencias o decisiones ni el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos.

4. Pese a que hoy es más común que las indígenas aspiren a una familia pequeña, a no tener un hijo tras otro y a no embarazarse en edades tardías, el embarazo temprano, frecuente, numeroso o tardío sigue siendo una realidad para muchas de ellas. Y no sólo se debe a fallas de los servicios institucionales. Las trayectorias reproductivas indeseadas también son producto de una tensión entre el deseo de las mujeres de regular sus embarazos y el “deber ser” de una mujer indígena, que valora un embarazo inmediato a la unión conyugal y que pone en duda la virilidad y poder masculino, o la integridad moral de las mujeres, cuando ellas no se embarazan durante lapsos prolongados o cuando utilizan anticonceptivos.
5. Ciertamente, el discurso está cambiando, pero lograr la autodeterminación en materia reproductiva será difícil en un mundo donde la mayoría de las indígenas aún considera que una mujer debe “pedir permiso” para usar métodos anticonceptivos, para salir sola o con sus hijos, para estudiar o trabajar, etc. La construcción y lucha por su autonomía no es homogénea, integral o ascendente, sino dispareja, discontinua y contradictoria; afirmarse como mujeres con derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener puede ser una victoria frágil si no se perciben también como personas con derecho a tomar decisiones propias en otras área de su vida.
6. La feminidad centrada en la triada mujer-matrimonio-maternidad; la costumbre de que, una vez unidas, a la edad que sea, las indígenas deben mostrar de inmediato su capacidad reproductiva; la sospecha que cae sobre la mujer que usa anticonceptivos, o sobre la virilidad de un hombre cuya pareja no se embaraza, muestran las dificultades para lograr que un embarazo sea un evento decidido con libertad y autonomía, pero también

evidencian la ilegitimidad de la sexualidad más allá de la intención reproductiva.

7. Una maternidad elegida exige reconocer y legitimar el deseo sexual y diferenciarlo del deseo reproductivo, pues mientras el ejercicio de la sexualidad siga negándose, también serán comunes los embarazos originados en circunstancias ajenas a la intención reproductiva. Hasta hoy, la atención a la salud sexual es prácticamente ignorada en los programas institucionales dirigidos a mujeres indígenas.
8. Modificar las concepciones que centran la feminidad en la triada tradicional, mujer-esposa-madre, también exige ofrecer recursos y opciones de realización para las indígenas, pues en un mundo discriminado y pobre es posible imaginar otro destino (por ejemplo, estudiar y trabajar), pero hacerlo realidad en medio de carencias y falta de oportunidades es difícil o imposible para la mayoría.
9. Los usos y costumbres se expresan en formas de ser, de estar y concebir el mundo, en identidades femeninas y masculinas que están arraigadas en la cultura y en la psicología de varones y mujeres; pero esta normatividad es transgredida y violentada constantemente: no todos los individuos son como dicta la comunidad ni proceden o piensan como el deber ser social indica. Las relaciones sexuales premaritales, las madres solteras, el uso clandestino o abierto de anticonceptivos, el goce mismo de la sexualidad son, entre otras, muestra de que ese orden se quebranta constantemente. Algunas de estas prácticas implican la participación de varones, pero son las mujeres quienes más sufren los castigos familiares y comunitarios que conlleva el romper las reglas, porque el orden tradicional es más permisivo con ellos. Quizá sea por eso que son precisamente mujeres indígenas quienes más cuestionan, se quejan y promueven una visión crítica, y quienes empiezan a adoptar más rápidamente el discurso de los derechos reproductivos; sin embargo, y a pesar de que los varones son poco visualizados en programas oficiales de salud reproductiva, las encuestas indican que muchos jóvenes comparten con las mujeres nuevas ideas sobre sexualidad y reproducción. Las políticas gubernamentales debieran incluirlos; sin ellos será imposible el cambio cultural que posibilita la transformación de las normas tradicionales.

bilite la maternidad elegida y destierre prácticas y relaciones opresivas.

10. Las prácticas transgresoras por sí mismas no bastan para que las mujeres hagan valer su voz y sus decisiones, se requiere lograr una nueva legalidad, una nueva normatividad que les permita dejar atrás la culpa, el estigma, el castigo. Para lograr esto se requiere propiciar la reflexión crítica y propositiva de las mujeres indígenas, sólo así llegarán a apropiarse y a reelaborar los derechos reproductivos y a construirse como ciudadanas con derechos.
11. Si bien en la construcción del discurso de los derechos sexuales y reproductivos no parecen haber participado las indígenas, éste es sin duda un apoyo para ellas en su, hasta hace poco, silenciosa lucha por el respeto a sus deseos y decisiones reproductivas, en su difícil tarea de construir su autonomía. Pero los conceptos y normas que acompañan a este moderno discurso no logran concretarse plenamente en el terreno de los hechos. Las carencias materiales del propio sector salud, las imercias institucionales, las actitudes autoritarias o discriminatorias de los prestadores de servicios de salud, la posición subordinada que ocupan las y los indígenas en el plano social, la secundarización de lo cualitativo en los servicios de salud, el uso clientelar de algunos recursos públicos, etc., tergiversan el sentido de los derechos reproductivos, o tornan retórico e impositivo un discurso que teóricamente debiera apoyar sus aspiraciones libertarias.
12. Hoy, la posibilidad de una maternidad libre e informada es un derecho, pero es claro que el cumplimiento de éste requiere aún de mucho esfuerzo y de cambios en diversos planos: la demanda de las organizaciones indígenas mixtas por servicios de salud es una lucha por ejercer estos derechos y, en ese sentido, es una lucha ciudadana; el sector salud resulta clave, pero no basta su acción ni todo está en sus manos; las críticas y reivindicaciones de las mujeres indígenas apuntan a cambios sociales y culturales en sus propias comunidades, en sus usos y costumbres, en el derecho consuetudinario. Esta posición que difficilmente se abre paso es también un ejercicio de ciudadanía, pues tiende a modificar la normatividad y la forma en que se representa y se practica la vida social en sus comunidades.

13. En el debate sobre derechos reproductivos, derechos indígenas, resulta indispensable dar voz y escuchar a las mujeres indígenas, que si bien comparten y defienden sus derechos culturales también formulan críticas a sus sistemas normativos desde sus deseos y sus aspiraciones a la autodeterminación sobre sus cuerpos, su reproducción y sus personas. Ante una ideología conservadora que se ampara en la cultura indígena para negar a las mujeres su libertad y autonomía, se torna más relevante reconocer y respetar los deseos y aspiraciones de las mujeres indígenas, a la vez que apoyarlas en la lucha por su autonomía, pues una maternidad placentera y elegida se irá abriendo paso a la vez que se revierte la subordinación de las mujeres en todos los planos de su vida.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía

- Amuchástegui Herrera, Ana, y Martha Rivas Zivy (2004), “Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales. Notas para la discusión”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 57, septiembre-diciembre, México, El Colegio de México.
- Arroyo, Pedro (1994), “Nutrición y salud reproductiva”, en Ma. Del Carmen Elu y Ana Langer (eds.); *Maternidad sin riesgos en México*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales y Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 63-68.
- Espinosa, Gisela (2004), “Doscientas trece voces contra la muerte: mortalidad materna en zonas indígenas”, en Martha Castañeda, Daniela Díaz, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth y Dora Sánchez Hidalgo, *La mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas*, México, Fundar Centro de Análisis, Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, K'inal Antzetik A. C., Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población y UAM-Xochimilco, pp. 161-238.
- García Canal, María Inés (2005), *Foucault y el poder*, México, UAM-Xochimilco.
- Germain, Adrienne, y Rachel Kyte (1995), *International Women's Health Coalition. El consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, Nueva York.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001), *Mujeres y hombres en México*, México, INEGI.
- López Bárcenas, Francisco (1998), *Entre lo propio y lo ajeno. El sistema electoral consuetudinario en el estado de Oaxaca*, México, Ce-Ácatl.
- Lozano, Rafael, Bernardo Hernández y Ana Langer (1994), "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México", en Ma. Del Carmen Elu y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales y Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 43-52.
- Moliner, María (2001), *Diccionario del uso del español*, Madrid, Gredos.
- Moreno Uribe, Verónica (2005), *Alumbrando en la oscuridad. Salud y derechos reproductivos. El caso de la capacitación a parteras rurales en el Cofre de Perote, Veracruz*, tesis de maestría en Desarrollo Rural, México, UAM-Xochimilco.
- Nemesio, Margarita, Lourdes Domínguez y Juan Manuel Aurrecoechea (2003), "Del trabajo ya sé todo... quiero conocer nomás mi nombre", en Juan Manuel Aurrecoechea Hernández (coord.), *Voces de mujeres*, México, Instituto Nacional de las Mujeres, pp. 310.
- Osorio, Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS-INI-INAH (Biblioteca de la Medicina Tradicional).
- Paoli, Antonio (2003), *Educación, autonomía y lekil kuxlejal: aproximaciones sociolíngüísticas a la sabiduría de los tseltales*, México, UAM-Xochimilco.
- Soto, Clyde (2000), "Sobre la muerte materna", *RMS Revista Médica de Santiago*, vol. 3, núm. 12.

Encuestas

- ESR, 1999, *Encuesta de Salud Reproductiva 1999*, realizada por el Consejo Nacional de Población y el Programa IMSS-Solidaridad.
- Ensarji, 2000, *Encuesta sobre Salud Reproductiva entre Jóvenes Indígenas 2000*, realizada por el Programa IMSS-Solidaridad.

Hemerografía

- Esteva, Gustavo (2002), "Patriarcado y sexismo", *Proceso 1365*, 29 de diciembre, México, pp. 26-30.
- (2003), "Racismo y sexismo: dos caras de la ceguera dominante", *Proceso 1367*, 12 de enero, México, p. 61.

- Lagunes, Lucía (1998), "Campaña mundial por una maternidad sin riesgos. Mortalidad materna, un problema de justicia social", en *Suplemento Doble Jornada*, 4 de mayo, México.
- Lamas, Marta (2002), "El debate", *Proceso* 1364, 22 de diciembre, México, pp. 33-34.
- (2003), "Género: ¡bienvenido un debate tan necesario!", *Proceso* 1366, 5 de enero, México, pp. 58-59.
- Marcos, Sylvia (2002) (cartas a la redacción), *Proceso* 1365, 29 de diciembre, México, p. 29.
- (2003), *Proceso* 1367, 12 de enero, México, pp. 80-81.
- Martínez, Fabiola (2003), "Personal de IMSS-Oportunidades exige condiciones laborales mínimas", *La Jornada*, 7 de enero, México.
- Monsiváis, Carlos (2002a), "De obispos y geología social", *Proceso* 1362, 8 de diciembre, México, pp. 68-70.
- (2002b), "Del rescate del género y el género del rescate", *Proceso* 1363, 15 de diciembre, México, pp. 58-59.
- Sicilia, Javier (2002), "La opresión y la máscara de la libertad", *Proceso* 1363, 15 de diciembre, México, pp. 56-57.
- (2003), "La miseria de los derechos reproductivos", *Proceso* 1367, 12 de enero, México, pp. 58-59.

Testimonios recogidos en los talleres sobre embarazo, parto, puerperio y servicios de salud

Taller nacional: ciudad de México, 11, 12 y 13 de julio de 2002.

Taller del estado de Guerrero: Chilpancingo, Guerrero, 30 y 31 de agosto de 2002.

Taller del estado de Veracruz: Córdoba, Veracruz, 6 y 7 de septiembre de 2002

Taller del estado de Michoacán: Yunuén, Michoacán, 4 y 5 de octubre de 2002

Taller del estado de Puebla: Cuetzala, Puebla, 11 y 12 de octubre de 2002.

Taller del estado de Oaxaca: Valle Nacional, Oaxaca, 26 y 27 de octubre de 2002.

INEQUIDAD ÉTNICA Y TROPIEZOS EN LOS PROGRAMAS. CRÓNICA DE LA MUERTE MATERNA EN CHIAPAS¹

GRACIELA FREYERMUTH ENCISO²
y CECILIA DE LA TORRE HERNÁNDEZ³

INTRODUCCIÓN

En los últimos años las autoridades de salud de Chiapas han renovado su interés por la mortalidad materna, pues hasta la década pasada no era considerada un problema de salud pública. Durante el sexenio 2000-2006, tanto el gobierno federal como el estatal han manifestado una preocupación particular hacia ella.

La disminución de la mortalidad materna es vista actualmente como una prioridad internacional. La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), la Cumbre en Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) establecieron como meta la reducción de la razón de mortalidad materna (número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) en 50% para el año 2000, y México estuvo entre las naciones que firmaron este compromiso. Un acuerdo más reciente, la Cumbre del Milenio (2000), instó a la comunidad internacional a reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, lo que significaría para México disminuir la razón de muerte materna a menos

¹ Proyecto financiado por la Fundación MacArthur.

² Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste (CIESAS-Sureste), San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Correo electrónico: gfreyer@ciesas.edu.mx

³ Asistente de investigación del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste (CIESAS-Sureste), Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A. C. (ACASAC).

de 22 por 100 000 nacidos vivos (OMS-OPS, 2003). Sin embargo, como se muestra en el cuadro 1, se puede reconocer que en el ámbito nacional en el periodo 2000-2005 no se registró un decremento en la razón de muerte materna, y la reducción durante el periodo 1990-2005 ha sido menor a 30%. Por eso, el informe oficial de los avances de los Objetivos de Desarrollo del Mileno en México señala que el cumplimiento de la meta para el 2015 se encuentra más lejana que el cumplimiento de la meta relativa a la mortalidad infantil (ONU, México, 2005).

La razón de muerte materna y la tasa de mortalidad infantil siguen siendo dos de los principales indicadores utilizados para evaluar el bienestar de una población. Entre otros, estos indicadores posicionan a los gobiernos nacionales en una escala de bienestar, y lo mismo sucede con los gobiernos locales. Durante el presente sexenio gubernamental (2000-2005), entre las 32 entidades de la República, Chiapas se ha situado en los primeros lugares en lo referente al número de muertes maternas; mientras que en décadas anteriores, debido al subregistro y a las deficiencias de los diagnósticos de defunción, llegaba a reportar razones incluso menores al promedio nacional. El mejoramiento del registro y de la cobertura de los servicios de atención han hecho más visibles los problemas de salud, incluyendo el de la muerte materna, situación que debe tenerse en cuenta al observar las estimaciones que se presentan en este texto.

En un trabajo anterior (Freyermuth, 2003), documentamos cómo los organismos nacionales e internacionales de salud, así como las organizaciones de mujeres han enfatizado el carácter prevenible de la muerte materna. El 90% de las causas que llevan a la muerte a las mujeres en los países latinoamericanos, como sucede también en México, corresponden a padecimientos de fácil resolución con los recursos de un hospital de segundo nivel (Acsadi *et al.*, 1993: 32), y con mucha frecuencia no se requiere de métodos diagnósticos ni terapéuticos sofisticados (OMS, 1986, 1994 y 1996). Sin embargo, han existido dificultades para resolver este problema a nivel mundial, lo que lleva a redefinir estrategias y marcos explicativos para enfrentarlo desde otras perspectivas.

A finales de la década de los sesenta del siglo xx, los estudios clásicos de Butler y Alberman (1969) analizaron las características

biológicas y sociales de la madre, así como su historia obstétrica para identificar los embarazos de alto, mediano y bajo riesgo. Estos trabajos generaron todo un sistema de atención materno-infantil basado en el concepto de embarazo de alto y bajo riesgo, que ponía el énfasis sobre todo en el control prenatal y en el seguimiento de las embarazadas. Desde este paradigma, entre 1971 y 1975 las embarazadas que acudían al centro de salud de Kasongo, República Democrática del Congo (Kasongo, 1984), fueron evaluadas y clasificadas según el tipo de riesgo durante su embarazo; se comprobó que las que habían tenido un feto muerto, un neonato muerto, o una complicación obstétrica tenían 10 veces más probabilidades de presentar un parto obstruido respecto a otras mujeres sin una historia similar. Se señaló que las mujeres con malos antecedentes debían ser consideradas de alto riesgo, además de considerar otros indicadores como la edad de embarazo, etc. Sin embargo, cuando bajo este criterio el equipo de trabajo analizó cuántas mujeres habían tenido obstrucción del parto, se descubrió que 71% de ellas correspondían a mujeres clasificadas como de bajo riesgo, y que 90% de las catalogadas como de alto riesgo habían tenido un parto normal.

Estos hallazgos y el fracaso para abatir a la mortalidad materna en la última década han llevado a modificar la estrategia de atención obstétrica y a promover un nuevo enfoque para disminuir la muerte materna. Los supuestos que subyacen a esta nueva propuesta son: 1) las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero posibles de tratar como urgencias obstétricas; 2) es prácticamente imposible pronosticar las hemorragias de gran magnitud que se producen después del parto (una de las principales causas de muerte en los estados con población indígena); 3) algunas investigaciones han mostrado que la eclampsia aparece sin previo aviso o en mujeres que han estado bajo control médico; 4) el aborto practicado en condiciones inseguras no es pronosticable ni prevenible en aquellos países sin una despenalización del aborto; 5) el parto obstruido y las infecciones puerperales no son pronosticables y no se previenen con la atención prenatal (Kasongo, 1984; Hall *et al.*, 1980; OMS/RHR/00.7/2002: S44). Estas condiciones son aplicables a más de 70% de las muertes maternas de México.

Esta nueva visión, que considera que un gran número de mujeres embarazadas pueden tener una complicación, lleva a modificar

la propuesta de atención y obliga a disponer de una estrategia que privilegie el cuidado profesional del parto o la atención obstétrica de emergencia para evitar la muerte materna en caso de complicaciones. La atención profesional implica que las personas que se encarguen del cuidado de las mujeres embarazadas, así como de sus partos, hayan pasado por un proceso de entrenamiento profesionalizado y tengan acceso a un ámbito sanitario adecuado y de calidad (FCI, 2003).

Recientemente la OMS (2004a y 2004b) ha redefinido su estrategia para abatir la mortalidad materna privilegiando la atención universal del embarazo, parto y posparto por personal profesional o calificado.⁴ Se argumenta que esta atención profesionalizada del parto aseguraría la detección y tratamiento oportuno de la urgencia obstétrica tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. Sin embargo, esto implica contar con personal profesional para la atención universal del parto.

A la luz del incremento en la oferta de los servicios de salud y de la demanda de ellos por parte de la población indígena, se requiere un análisis certero de la incidencia de la muerte materna en Chiapas y de la efectividad de los programas que impulsan los gobiernos federal y estatal para su solución.

En este documento ofrecemos una descripción y análisis someros de algunas de las características de la mortalidad materna y la mortalidad femenina en Chiapas, elaborando una regionalización basada en la etnicidad de la población; proporcionamos, además, un panorama de las iniciativas actuales (sectoriales, estatales y federales) para resolver el problema de la muerte materna. A través del estudio del caso de la región de Los Altos, señalamos los esfuerzos locales realizados y los obstáculos que quedan por salvar para una intervención realmente efectiva, considerando las nuevas propuestas internacionales de atención.

⁴ Se reconoce como personal profesionalizado a médicos o médicas gineco-obstetras, a médicos o médicas generales, a parteras profesionales y a enfermeras obstetras.

METODOLOGÍA

Este artículo forma parte de un proyecto más amplio, a través del cual se buscan indicadores alternos que permitan reconocer a la mortalidad materna en contextos en los que el subregistro es importante. A partir de tal interés, se calculó la tasa de muerte femenina en edad reproductiva durante dos quinquenios —1990-1994 y 1995-1999—, utilizando las bases de datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Partimos del número total de muertes ocurridas en la población en edad reproductiva (15-49 años) de los 111 municipios agrupados en regiones del estado de Chiapas; como denominador se utilizó el número de la población en edad reproductiva (15-49 años) para la mitad del periodo. Igual procedimiento se siguió para hacer la comparación con el total estatal y a escala nacional.

La razón de muerte materna se estimó a partir del número de muertes maternas por año, obtenido a través de las mismas bases del INEGI, y de los nacimientos estimados. Para los nacimientos se realizaron proyecciones para cada uno de los años de estudio, calculadas con base en la información de la población de 0 años de los censos de 1990 y del año 2000 y de las tasas de crecimiento publicadas en las Agendas Estadísticas de Chiapas de 1995 y 2000.⁵ También utilizamos la tasa de muerte materna, definida como el número de defunciones maternas en el periodo entre el número de mujeres en edad reproductiva a la mitad del periodo. Los Censos Generales de Población y Vivienda de 1990 y 2000 se utilizaron para clasificar a los municipios de acuerdo con la proporción de los hablantes de lengua indígena. También usamos otras fuentes, como las bases de datos del Sistema de Información de Salud para Población Abierta (SISPA) de la Secretaría de Salud (Ssa) de 2002, entrevistas con funcionarios del gobierno estatal involucrados en el problema y proveedores de servicios de salud, y la observación participante en centros de salud y en las oficinas de la Jurisdicción Sa-

⁵ En Chiapas, conocer los nacidos vivos a través de estadísticas vitales es sumamente difícil, ya que en las regiones indígenas generalmente los niños no son registrados en el primer año de vida y existe un subregistro importante también en los fallecimientos.

nitaria II y el Hospital Regional de la Secretaría de Salud en San Cristóbal de Las Casas.

ALGUNOS INTERROGANTES SOBRE LA TENDENCIA DE LA MUERTE MATERNA EN CHIAPAS

Como se muestra en el cuadro 1, la trayectoria seguida por el registro de la muerte materna durante los últimos 10 años a escala nacional ha permanecido casi invariable, sobre todo a partir del 2001. Sin embargo, durante el mismo periodo, la tendencia de la mortalidad materna ha sido más errática en Chiapas con ascensos y descensos. Si analizamos los datos oficiales disponibles, reconocemos que el estado ha presentado un incremento sostenido a partir del año 2000, con una razón de 72 por 100 000 nacidos vivos (nv), que llega a su máximo en el año 2003, con una razón mayor de 100 y un decrecimiento para el 2005. El decrecimiento de 1990-2005 ha sido de casi 18%. Las tres causas básicas de defunción son la hemorragia obstétrica, responsable de alrededor de 60% de las muertes en los últimos tres años, seguida del síndrome hipertensivo del embarazo con 20%, y de la sepsis puerperal, con 13%. Todas estas causas son *prevenibles y/o atendibles*; o sea, posibles de tratar con medidas de bajo costo y así evitar la muerte.

Adicionalmente, los datos oficiales muestran una distribución diferencial de las muertes de acuerdo con las jurisdicciones sanitarias. En un comparativo de las jurisdicciones sobre la mortalidad materna se observa que la Jurisdicción Sanitaria II, de San Cristóbal de Las Casas, ha tenido un incremento sostenido en el número de muertes registradas, de casi 60% en los últimos tres años. Es decir, que buena parte del incremento de la muerte materna en el estado se ha dado a expensas de lo ocurrido en la región de Los Altos (ISECH, 2003). Los Altos de Chiapas se ubican en la parte más alta del macizo central del territorio del estado. Es una región única en el país por sus características demográficas; ahí se concentra el mayor número de hablantes de lengua indígena por espacio geográfico en México. En esta región habita la tercera parte de la población indígena de Chiapas. Ésta es una de las nueve regiones socioeconómicas en que está dividido el estado de Chiapas. Esta región cuenta

Cuadro 1

Tendencia de la mortalidad materna en Chiapas y a nivel nacional,
1990-2005

<i>Año de referencia</i>	<i>Razón de muerte materna (RMM)</i>	
	<i>Chiapas^a</i>	<i>Nacional^b</i>
1990	107.40	89.00
1995	90.40	83.20
2000	72.30	72.60
2001	88.30	61.60
2002	93.20	63.60
2003	112.10	65.20
2004	103.20	62.60
2005	88.50	63.30

Elaboración: Sergio Meneses, 2006.

La RMM se obtiene de dividir el número de mujeres muertas en un año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre los nacidos vivos del mismo periodo, multiplicado por 100 000.

^a Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones 2001 a 2005, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Anexo 1, Chiapas, 2006, pp. 137-140.

Véanse también las estimaciones de la mortalidad materna a nivel nacional y para Chiapas en el cuadro 11A en el “Anexo estadístico”.

^b Fuente: Ssa, *Salud: México 2001*, Secretaría de Salud, México, 2002, p. 152; Ssa, *Salud: México 2002*, Secretaría de Salud, México, 2003, p. 188; Ssa, *Salud: México 2003*, Secretaría de Salud, México, 2004, pp. 213 y 215; Ssa, *Salud: México 2004*, Secretaría de Salud, México, 2005, pp. 200-201; Ssa, *Salud: México 2001-2005*, Secretaría de Salud, México, 2006, pp. 171 y 191.

con 19 municipios, según el censo del año 2000 (17 en 1990), con medio millón de habitantes; en 16 de ellos prácticamente la totalidad de la población es indígena de las etnias tseltal y tsotsil;⁶ 11 se encuentran entre los 20 municipios más marginados del estado; 13

⁶ Los lingüistas y antropólogos norteamericanos han escrito las palabras *tseltal* con *s* y *tzotzil* con *z*; sin embargo, los lingüistas indígenas del Centro Estatal de Lenguas, Arte y Literatura Indígenas han convenido escribir con *s* ambas palabras. En este trabajo se respeta la convención de estos lingüistas mayas.

entre los que presentan mayor grado de analfabetismo y siete entre los que presentan alto grado de inasistencia escolar (Sedeso, 2003). Casi 75% de su población es mayor de cinco años, y presenta un nivel de monolingüismo (de lengua indígena) superior a 28.7% en relación al promedio estatal.

Las preguntas que surgen ante estos datos son las siguientes: ¿Han empeorado las condiciones de salud de la población de Chiapas en los últimos 10 años? ¿No ocurrían muertes maternas en el pasado o no se registraban adecuadamente? ¿Los programas del sector salud no han tenido ningún impacto sobre tal problema en la región? ¿Cuáles son los aspectos distintivos de Los Altos frente al resto de las regiones chiapanecas?

REGIONES DE CHIAPAS EN CIFRAS, ¿CONSTRUYENDO LA EQUIDAD?

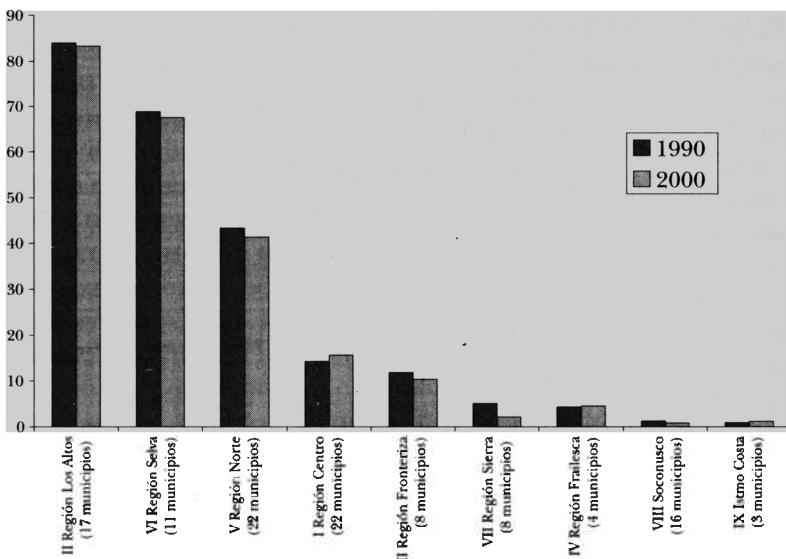
Chiapas es un estado en el cual la tercera parte de la población es indígena. En el año 2000 contaba con 28 municipios en los que el porcentaje promedio de hablantes de lengua indígena (HLI) era de 90%; nueve municipios tenían 50% de HLI, y en 72 de ellos el promedio era de 10% (INEGI, Censo General de Población y Vivienda, 2000). En las últimas décadas ha ocurrido una diáspora de la población indígena hacia las ciudades más grandes o a las regiones que ofrecen mayores posibilidades laborales, como en la región Centro y Frailesca.

En un análisis regionalizado, que toma en cuenta a los HLI (gráficas 1 y 2),⁷ se muestra que la región con un mayor número de mujeres y hombres indígenas es la de Los Altos, con un porcentaje de más de 80%, seguida por la región Selva con un poco menos de 70%, y la Norte con algo más de 40%. El resto de las regiones tienen cifras de HLI menores de 15 por ciento.

Una de las características que se visibilizó en Chiapas durante la década de los noventa del siglo XX es la inequidad, lo que no solamente se reconoce en un elevado analfabetismo para ambos sexos

⁷ Los datos utilizados en la elaboración de las gráficas se encuentran en el “Anexo estadístico”. Para su fácil localización, la numeración de estos cuadros es la misma que la de las gráficas.

Gráfica 1
Distribución porcentual de hombres hablantes de lengua indígena
según regiones de Chiapas, 1990 y 2000

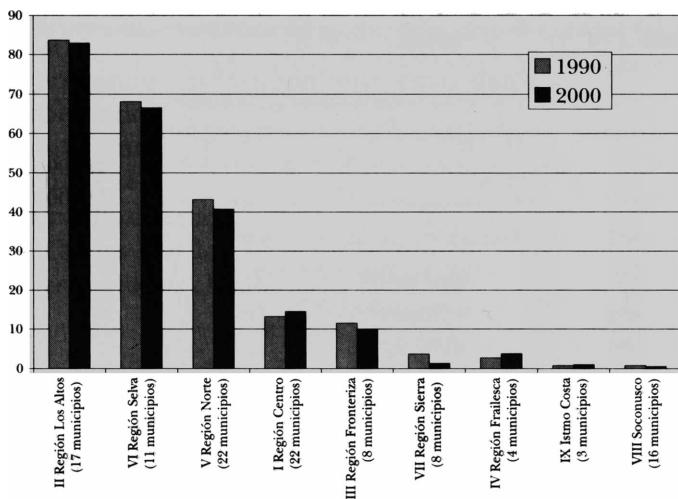


Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

en las regiones indígenas —siendo mayor para las mujeres—, sino también en la evolución que dicho analfabetismo ha seguido en 10 años, entre regiones y entre sexos (véase la gráfica 3).

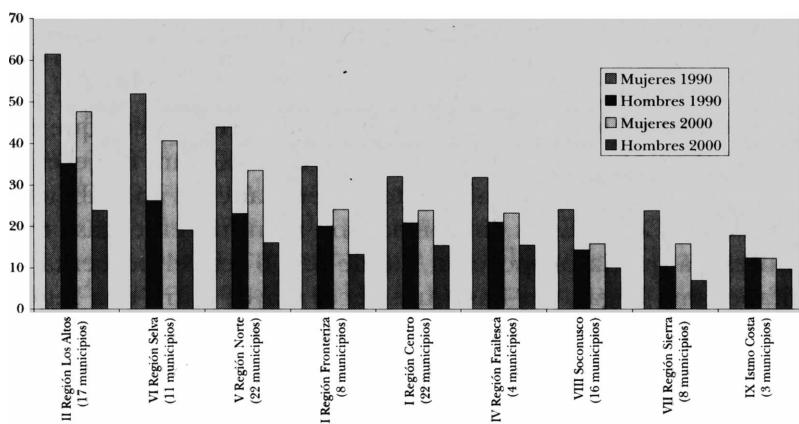
Al comparar los datos de 1990 es posible reconocer que en la región de Los Altos el analfabetismo fue de 60% para mujeres y de 35% para hombres, y por cada siete mujeres alteñas analfabetas había dos en la Costa. Estas diferencias son menores en el caso de los hombres, ya que la proporción fue de 3:1; o sea, el porcentaje de analfabetismo llega a ser hasta tres veces mayor entre una región y otra, tanto para hombres como para mujeres. Para el año 2000, la diferencia entre el analfabetismo de mujeres y hombres también llega a ser del doble; en el caso de la Sierra, hay más de dos mujeres analfabetas por cada hombre (15.89% *versus* 6.98% para el año 2000). La diferencia entre mujeres de algunas regiones fue de casi

Gráfica 2
Distribución porcentual de mujeres hablantes de lengua indígena
según regiones de Chiapas, 1990 y 2000



Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

Gráfica 3
Porcentaje de analfabetismo en la población femenina y masculina
según regiones de Chiapas, 1990 y 2000



Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

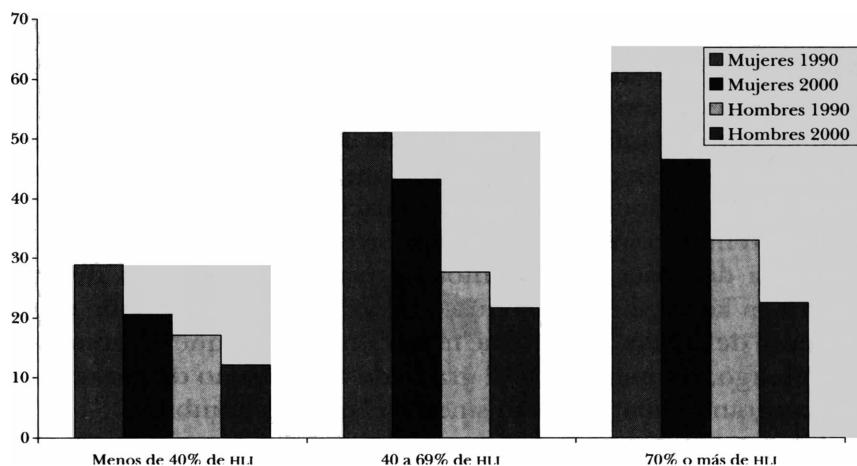
cuatro veces, como en el caso de la Costa respecto a Los Altos (12.37% *versus* 47.65%). De igual manera, las diferencias entre hombres son importantes, ya que por cada siete hombres analfabetos en Los Altos hay sólo dos en la Sierra.

El elemento que llama la atención es que la reducción del analfabetismo no se ha dado de manera equitativa entre hombres y mujeres ni entre regiones, de tal forma que las diferencias en el analfabetismo entre hombres y mujeres de la misma región, y entre hombres o mujeres de diferentes regiones se ampliaron entre 1990 y 2000. En las regiones con mayor población indígena el porcentaje en el decremento fue mayor en hombres que en mujeres, con una diferencia de hasta ocho puntos porcentuales. Un caso distinto ocurrió en las regiones Soconusco, Sierra y Costa, en donde el decrecimiento del analfabetismo fue mayor en mujeres que en hombres; sin embargo, no mejoraron el grado de alfabetismo de manera tal que lograran contar con el mismo nivel que los hombres.

Si se analiza esta situación en relación con los HLI, se observa que para los municipios con 70% o más de HLI el analfabetismo es del doble en relación con los municipios con bajo porcentaje de HLI, tanto de hombres como de mujeres, situación que prevalece en la región de Los Altos (véase la gráfica 4). De 1990 a 2000 hubo un decremento tanto en los municipios con un número menor de HLI y aquellos con 70% y más, tanto en hombres como en mujeres; pero en los tres tipos de municipios este decremento fue mayor en hombres en relación con las mujeres. Asimismo, la disminución del analfabetismo fue mayor en los hombres que habitan en municipios predominantemente indígenas con HLI de 70% y más. Las mujeres han tenido dificultades, particularmente las indígenas, para remontar el analfabetismo; esto se reconoce en el hecho de que la relación mujeres-hombres se incrementó si comparamos la razón de sexos por porcentaje de analfabetismo en 1990 con respecto a la razón de sexos que se obtiene para el año 2000; de esta manera, la inequidad entre sexos y entre regiones permanece.

Se ha documentado ampliamente la relación de la mortalidad materna y la salud reproductiva con el grado de escolaridad (Langer, Lozano y Hernández, 1993; Lezama, 1999). En el caso de la población de HLI este indicador es relevante en la medida en que posibilita el acceso a los servicios de salud y a la adquisición de co-

Gráfica 4
Porcentaje de analfabetismo en mujeres y hombres según hablantes de lengua indígena, Chiapas, 1990 y 2000



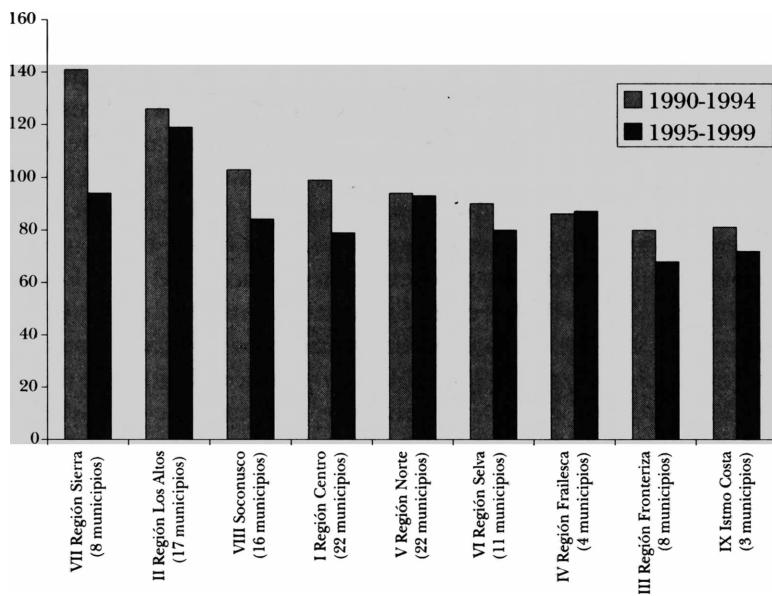
Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

nocimientos encaminados a la prevención de los riesgos, tomando en cuenta que la mayoría de los mensajes educativos son producidos en castellano. Como veremos posteriormente, el indicador H.I. y el analfabetismo están relacionados con la mortalidad.

Al considerar la mortalidad en edad reproductiva que prevaleció en el periodo 1995-1999 en las distintas regiones del estado, resulta evidente que las tasas más elevadas de mortalidad femenina se presentaron en la región Los Altos, seguida por la zonas Sierra y Norte; mientras que en la región Fronteriza se registraron las cifras más bajas (véase la gráfica 5).

Como podemos apreciar en la gráfica 5, la tendencia de la mortalidad femenina disminuyó prácticamente en todas las regiones (excepto en la región Frailesca, que presentó un ligero aumento de la tasa de mortalidad femenina durante el periodo 1995-1999 respecto al de 1990-1994). Sin embargo, igual que con el analfabetismo, este decremento no ocurrió de manera uniforme en todas las

Gráfica 5
Tasa de mortalidad de mujeres en edad reproductiva (15-49 años),
según regiones de Chiapas, 1990-1994 y 1995-1999



Fuente: Elaboración propia con base en las Estadísticas Vitales, INEGI, 1990-1999. Población de 1992 y 1997 estimada con base en proyecciones realizadas a través de la TMAC 1995-2000 de las Agendas Estadísticas del Estado de Chiapas, 1995 y 2000. Población del XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Tasa por 10 000 mujeres en edad reproductiva.

regiones. La mortalidad disminuyó 13% en promedio para el conjunto de las regiones, pero para Los Altos la disminución fue sólo de menos de 6%. Esto amplió las diferencias entre las tasas de mortalidad de Los Altos respecto a todas las regiones en el periodo 1995-1999 y se tradujo en la profundización de la desigualdad entre la mortalidad femenina de esta región respecto al promedio estatal para el periodo 1995-1999. Como ejemplo, comparamos las tasas de mortalidad de las regiones Fronteriza y Los Altos: si para 1990-1994 Los Altos tenía una tasa de mortalidad 36.5% mayor respecto a la región Fronteriza, para el periodo 1995-1999 esta diferencia se am-

plió a 43% Es importante señalar que las regiones que redujeron sus tasas de manera menos significativa, en estos dos periodos, fueron las que tienen un porcentaje mayor de HLI.

A diferencia de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva, la mayoría de las tasas de mortalidad materna y la razón de muerte materna no presentaron una tendencia a la baja, sino que aumentaron en casi todas las regiones para el periodo 1995-1999 respecto a 1990-1994 (véase el cuadro 2). Las diferencias en la razón de muerte materna entre las distintas regiones para el lapso 1990-1994 llegaron a ser muy importantes, ya que por cada mujer fallecida por complicaciones del embarazo, parto y posparto en la Costa hubo tres en la Selva y tres en Los Altos. La diferencia no se modificó para Los Altos en el periodo 1995-1999, y en la Sierra aumentó de tal manera que, mientras en 1990-1994 morían cuatro mujeres por cada dos que fallecían en la Costa, para 1995-1999 la proporción llegó a ser de cinco a dos. Tomando en cuenta el contraste que existe con la disminución de la mortalidad en edad reproductiva, es muy probable que el comportamiento de la tasa y la razón de muerte materna se encuentren ligados al mejoramiento en el registro de las causas de muerte.

Llama la atención la reducción en 50% de la mortalidad de mujeres en edad reproductiva y por causas maternas de la región Selva, para la cual se tendría que dilucidar si existe un mejoramiento en la calidad de vida y acceso a los servicios de salud o si tal disminución es producto del subregistro, habida cuenta de la resistencia de las poblaciones neozapatistas para acudir a los servicios de salud gubernamentales y a las oficinas del Registro Civil.

Las 23 muertes maternas registradas en Los Altos durante el año 2002 (ISECH, 2003) representan casi 25% de todas las ocurridas en el estado. La tasa de mortalidad materna en esta región es la más alta del estado (15.83 por 10 000 nacidos vivos durante 2002) y más del doble que la de la región Fronteriza, cuarto lugar estatal.

Las diferencias también son importantes cuando confrontamos la tasa de muerte materna según la proporción de hablantes de lengua indígena, pues aquellos municipios con 70% y más de HLI tuvieron una mortalidad materna mucho mayor (doble para el periodo 1995-1999) respecto a aquellos municipios que tienen menos de 70% de HLI (véase la gráfica 6). Una tendencia similar se aprecia al analizar las tasas de mortalidad materna.

Cuadro 2

Tasa de mortalidad en edad reproductiva de las mujeres (15-49 años), razón de muerte materna y tasa de muerte materna en regiones de Chiapas, 1990-1994 y 1995-1999

Regiones	Tasa de mortalidad		Razón de muerte materna		Tasa de muerte materna	
	en edades reproductivas 90-94*	95-99**	90-94*	95-99**	90-94*	95-99**
I Región Centro (22 municipios)	98.85	79.40	10.65	11.12	5.73	5.91
II Región Los Altos (17 municipios)	126.39	119.40	15.29	15.93	11.40	13.51
III Región Fronteriza (8 municipios)	79.57	68.10	7.43	11.56	4.19	5.26
IV Región Frailesca (4 municipios)	85.87	87.07	10.48	10.36	6.51	5.95
IX Istmo Costa (3 municipios)	81.35	42.40	5.58	5.82	2.90	2.26
V Región Norte (22 municipios)	94.42	92.54	8.21	9.29	5.95	6.20
VI Región Selva (11 municipios)	89.50	79.73	18.68	9.15	11.49	5.24
VII Región Sierra (8 municipios)	141.47	93.86	12.43	15.16	9.60	7.97
VIII Soconusco (16 municipios)	102.80	84.20	11.92	12.97	6.88	5.52

Fuente: Elaboración propia con base en las bases de datos de Estadísticas Vitales 1990-1999, INECI. La población del Censo General de Población y Vivienda, 1990 y 2000.

* En el cálculo de la tasa de mortalidad en edades reproductivas (15-49 años) se tomó en cuenta el total de defunciones en edades reproductivas de 1990-1994 y la población de mujeres en edades reproductivas se estimó con base en datos del Censo de Población y Vivienda 1990 y TMAC 1995-2000.

** El cálculo de la tasa de mortalidad materna en edades reproductivas (15-49 años) en el periodo de 1995-1999 se hizo con base en las defunciones en edades reproductivas y la población de mujeres de 1997 en edades reproductivas.

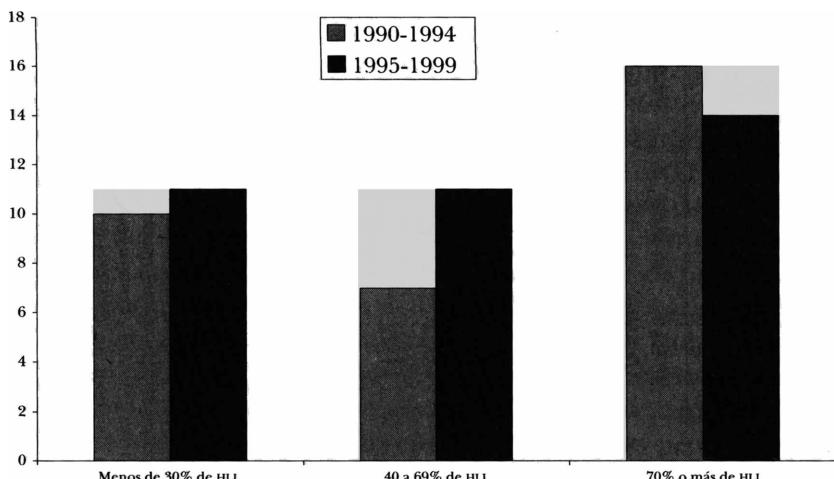
* El cálculo de la razón de muerte materna se hizo con base en el total de defunciones maternas de 1990-1994 y los nacimientos estimados de los menores de un año con base en datos del Censo de Población y Vivienda 1990 y TMAC 1995-2000, Agenda Estadística de Chiapas.

** En el cálculo de la razón de muerte materna en el periodo de 1995-1999 se utilizaron las defunciones maternas y los nacimientos estimados de los menores de un año se basaron en datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y TMAC 1995-2000, Agenda Estadística de Chiapas.

* El cálculo de la tasa de muerte materna en edades reproductivas (15-49 años) en el periodo de 1990-1994 es con base en las defunciones maternas y la población estimada de 1992 de mujeres en edades reproductivas (15-49 años) con base en datos del Censo de Población y Vivienda 1990 y TMAC 1995-2000, Agenda Estadística de Chiapas.

** En el cálculo de la tasa de muerte materna en edades reproductivas (15-49 años) en el periodo 1995-1999 se utilizó el número de defunciones maternas y la población de mujeres de 1997 en edades reproductivas (15-49 años) se estimó con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y TMAC 1995-2000, Agenda Estadística de Chiapas.

Gráfica 6
Tasa de muerte materna según porcentajes de hablantes de lengua
indígena de Chiapas, 1990-1994 y 1995-1999



Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas Vitales, INEGI, 1990-1999. Población de 1992 y 1997 estimada con base en proyecciones realizadas a través de la TMAC 1995-2000 de las Agencias Estadísticas del Estado de Chiapas, 1995 y 2000, y la población del XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000. Los porcentajes de hablantes de lengua indígena fueron calculados conforme a la población en edad reproductiva de hombres y mujeres con base en los Censos de Población de 1990 y 2000. Tasa por 10 000 mujeres.

En el cuadro 3 se muestran las causas de muerte materna en Chiapas y a escala nacional. En el ámbito nacional hay un porcentaje mayor de muerte por causas indirectas, y la toxemia es la primera causa de muerte. En el caso de Chiapas se presenta un alto porcentaje de muertes por causas obstétricas directas (aborto, toxemia, parto obstruido, sepsis puerperal, otras complicaciones en el puerperio y embarazo ectópico), la mayoría de las cuales son prevenibles o tratables. En primer lugar aparecen las hemorragias, lo cual pone en tela de juicio la capacidad de las instituciones de salud para atender a las mujeres durante las complicaciones o para el manejo adecuado de la urgencia obstétrica que implica una intervención oportuna. Las muertes por hemorragias generalmente se

vinculan con el parto, hecho obstétrico que por su obviedad es menos susceptible de subregistro (Freyermuth, 1997). Llama la atención que también a nivel nacional la hemorragia continúa siendo una importante causa de muerte, lo que sugiere que las dificultades para otorgar atención obstétrica de urgencia no son privativas del sistema de salud de Chiapas.

Cuadro 3

Principales causas de muerte materna en Chiapas y a nivel nacional, 2001 (%)

	<i>Chiapas</i>	<i>Nacional</i>
1 Aborto	3.57	2.52
2 Toxemia	26.19	35.70
3 Otras causas directas	16.67	11.74
4 Hemorragias	32.14	28.37
5 Parto obstruido	2.38	2.05
6 Sepsis puerperal	9.52	2.52
7 Otras causas en el puerperio	8.33	4.57
8 Causas obstétricas indirectas	1.20	10.72

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas Vitales, INEGI, 2001.

De los datos expuestos, es posible afirmar que aunque en términos generales hubo un descenso de la mortalidad de la población femenina chiapaneca en edad reproductiva entre los dos períodos, la mortalidad materna prácticamente no descendió en la región de Los Altos. También reconocemos una diferencia importante de las tasas de mortalidad de mujeres en edad reproductiva y materna entre las distintas regiones. En este sentido, la profundización en las diferencias regionales durante la década de los años noventa revela la inequidad de oportunidades entre hombres y mujeres, poniendo de manifiesto que las regiones con una proporción mayor de hablantes de lengua indígena presentan la mortalidad más elevada, lo que implica también una inequidad étnica.

La región de Los Altos presenta los indicadores más dramáticos en casi todos los aspectos demográficos y sociales: elevados índices

de analfabetismo, elevadas tasas de mortalidad femenina y general, y altas tasas y razones de mortalidad materna. Ante una mejora en los indicadores de salud de la mayoría de las regiones del estado y del país, la situación de Los Altos ilustra la inequidad entre regiones e incluso entre ciertas regiones y la sociedad estatal y nacional, inequidad que amplía y profundiza los rezagos.

EL USO Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

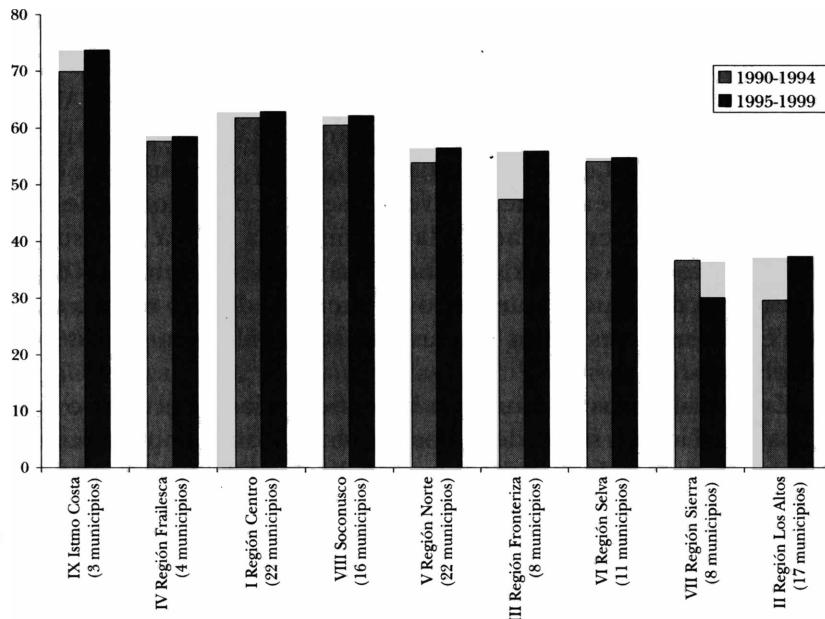
Podría señalarse que la enfermedad que lleva a la muerte es la más significativa para el individuo, por lo que la atención médica antes de morir puede considerarse un buen indicador del acceso y del uso de los servicios de salud. Para el periodo 1990-1994, solamente 30% de las personas que fallecían en edad reproductiva tenían atención médica en Chiapas; el porcentaje se incrementó a cerca de 40% para el periodo 1995-1999.

Partiendo de este indicador, la valoración del acceso a los servicios de salud presenta diferencias entre la población femenina de acuerdo con la región a la que se pertenezca (véase la gráfica 7). La situación de la región de Los Altos ha sido una de las más dramáticas, con un 63% de mujeres en edades de 15 a 49 años que murieron sin atención médica institucional o privada en el periodo de 1995-1999, a diferencia de la región de la Costa, en la que 73% contó con atención médica antes de morir. Casi en todas las regiones (excepto en la región de la Sierra, en donde disminuyó el acceso en 6%), en el periodo 1995-1999 las mujeres mejoraron su acceso a los servicios de salud antes de morir en relación con el periodo de 1990-1994. No obstante esa tendencia, existen diferencias en el incremento del porcentaje de mujeres que tuvieron atención médica antes de morir con variaciones importantes en cuanto a la región. El promedio de mejoría fue de 2%, y los incrementos al respecto presentaron variaciones que van de 0.6 a 8.46%. En el caso de las regiones Frailesca y de la Selva el incremento fue de menos de 1%. La Sierra, Los Altos y la Selva siguen siendo los municipios en los que fallece un porcentaje mayor de mujeres sin atención, y en la Selva, la Sierra y la Frailesca se observa un menor porcentaje de incremento entre los dos periodos considerados.

El caso de la región de la Sierra llama la atención, ya que a pesar de que el porcentaje de analfabetismo de hombres y mujeres en esta región es de los más bajos en el estado (menor de 10% para hombres y de 15% para mujeres) la asistencia médica antes de morir es muy baja para mujeres, lo que se refleja en las tasas de mortalidad en mujeres de 15-49 años y en las razones de muerte materna.

Gráfica 7

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención médica antes de morir por regiones en Chiapas, 1990-1994 y 1995-1999



Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas Vitales, INEGI, 1990-1999. Población de 1992 y 1997 estimada con base en proyecciones realizadas a través de la TMAC 1995-2000 de las Agendas Estadísticas del Estado de Chiapas, 1995 y 2000. Población del XI y XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

En Los Altos se sigue recurriendo a los llamados médicos tradicionales para dar respuesta a las enfermedades graves. Las elevadas tasas de mortalidad general, mortalidad femenina en edad repro-

ductiva, mortalidad materna y mortalidad infantil reflejan los límites de tales sistemas locales de salud y ponen en duda el acceso universal a los servicios de salud y la legitimación de estos servicios frente a la población.

Hay que recordar que en general las mujeres que mueren por causas maternas en el país comparten los siguientes rasgos: son amas de casa o realizan sus labores en los confines del hogar, casi siempre son casadas o viven en unión libre, son analfabetas o con muy poca escolaridad y no son derechohabientes de servicio médico alguno. Con frecuencia no hay atención médica para las mujeres que fallecen en Chiapas; es decir, registran porcentajes más elevados en los rubros de “ninguna atención durante la muerte”, “no contar con derechohabiencia a servicios de salud” y “morir en el hogar”.

Estos indicadores muestran que las regiones de Los Altos y la Sierra son las que presentan el panorama más preocupante respecto a la mortalidad materna, y sugieren que, aunque la población indígena en general vive en serias condiciones de marginación, la inaccesibilidad de la región de la Sierra, por su orografía y escasez de caminos, obstaculiza especialmente el acceso a los servicios de salud, y que las consecuencias de ello recaen sobre todo en las mujeres dadas las características del evento obstétrico complicado.

Estas evidencias ya muestran las deficiencias en el acceso y uso de los servicios de salud de las parturientas con complicaciones y, por consiguiente, de los problemas de diagnóstico que llevan a muchas de ellas a la muerte al margen de los servicios de salud.

Pero existe otro indicador que revela aspectos relacionados con el uso de los servicios de salud y, por lo tanto, del impacto de los programas que están siendo impulsados para abatir la mortalidad materna en Chiapas: la atención del parto a escalas jurisdiccional y estatal.

Una mirada retrospectiva permite reconocer que a partir de la puesta en marcha, en 1998, del Programa de Ampliación de Cobertura —el cual tenía la finalidad de hacer llegar la atención básica en salud a la población más alejada— se ha logrado incrementar el número de mujeres embarazadas en control prenatal, pero no el número de partos atendidos institucionalmente. Como se aprecia en el cuadro 4, la atención profesionalizada del parto en Chiapas ha

sido muy pobre, dado el reducido número de partos atendidos por médicos en relación con el número de nacidos vivos.

Cuadro 4

Algunos indicadores en salud reproductiva en Chiapas, 1996-1999, 2002

<i>Eventos obstétricos</i>	<i>Años de referencia</i>				
	1996	1997	1998	1999	2002
Nacidos vivos en el estado	83 979	85 798	87 657	89 543	96 549
Número de partos atendidos institucionalmente	19 235	19 194	20 426	22 433	25 189
Consultas a embarazadas	ND	78 494	97 795	123 065	145 159

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA). Proyecciones de los nacimientos con base en la TMAC 1995-2000, Agenda Estadística del Estado de Chiapas y XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

El Instituto de Salud del Estado de Chiapas se ha propuesto dar seguimiento a 43% de los partos esperados (ISECH, 2002); es decir, a 40 000 partos anuales. Actualmente el seguimiento es sólo de 25 000, lo que equivale a 62% de sus metas y a 25% de todos los partos. Para dar cumplimiento a la meta planteada, el ISECH tendría que incrementar su cobertura en 40%, pero los datos disponibles para el periodo 1996-2002 muestran una ampliación de cobertura de sólo 20%. Cabe señalar que en esta cobertura se incluyen los alumbramientos asistidos por parteras vinculadas a las instituciones oficiales, y no pueden considerarse como partos atendidos por personal profesional ni dentro del sistema gubernamental de salud.

Analizando con mayor detenimiento lo que ocurre en la región de Los Altos (véase el cuadro 5), resulta que el mayor número de nacimientos se atiende en el segundo nivel hospitalario y por parteras, y que del total de nacidos vivos estimados solamente se alcanza una cobertura promedio de 10% para el periodo de 1998-2002.

Cuadro 5

Número y porcentaje de partos atendidos en relación con los nacimientos estimados, según tipo de agentes y nivel de atención en la región de Los Altos de Chiapas, 1998-2002

Año	Atendidos por parteras	Agentes				Nac. vivos	Porcentaje
		ISECH	1er. nivel	2do. nivel	Total		
1998	439	116	96	450	1 101	12 580	8.75
1999	470	191	173	392	1 226	12 897	9.51
2000	626	359	212	611	1 808	13 228	13.67
2001	331	69	200	653	1 253	13 559	9.24
2002	s/d	s/d	225	1 505	1 730	13 362	12.95

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA). Proyecciones de los nacimientos con base en la TMAC 1995-2000, Agenda Estadística del Estado de Chiapas y XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

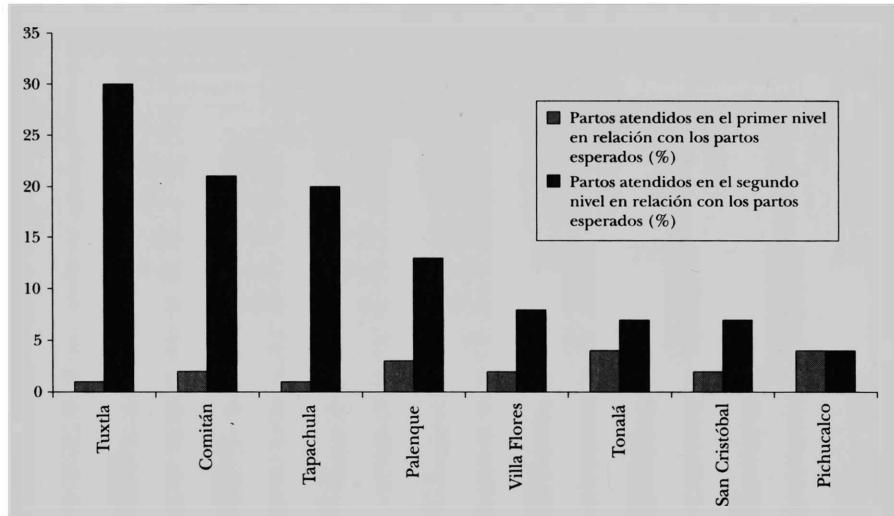
Nota: Los partos atendidos por parteras son los que ocurren fuera de la unidad. El porcentaje se refiere al total de los partos entre los nacimientos estimados.

Tomando en cuenta la meta que se planteó el ISECH para la atención del parto en el año 2000, la Jurisdicción Sanitaria de Tuxtla Gutiérrez se sitúa a la cabeza con la atención de casi 35% de los nacidos vivos esperados, seguida por Comitán con un porcentaje menor a 25%. El resto de las jurisdicciones atendieron, en el mejor de los casos, a 15%, sumando el primer y segundo nivel de atención institucional. En la gráfica 8 se aprecia que el primer nivel de atención del ISECH juega un papel muy limitado en la atención del parto, ya que la mayoría de los nacimientos atendidos institucionalmente ocurren en hospital; por tanto, se concluye que el Programa de Ampliación de Cobertura no ha tenido el impacto esperado en este aspecto.

Por otro lado, el mayor número de partos normales (eutócicos) se atienden en las jurisdicciones con mayores recursos, como la de Tuxtla Gutiérrez. En las jurisdicciones que registran un número menor de partos atendidos por el ISECH, como Pichucalco y San Cristóbal, se realiza un mayor número de cesáreas, superior a 40%; o sea, en un nivel mucho más elevado que el que marca la Norma

Gráfica 8

Porcentaje de partos atendidos en el ISECH en el primero y segundo nivel por jurisdicciones en Chiapas en el año 2002



Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Actividades de la Unidad Médica, primero y segundo nivel de atención, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Secretaría de Salud, 2002.

Oficial Mexicana para la Atención y Cuidado del Embarazo de 15 a 20% (NOM007, 1993). Llama la atención el bajo porcentaje de partos distóicos⁸ que se atienden por vía vaginal; esto tiene como resultado que la complicación obstétrica se resuelva primordialmente por cesárea (véase la gráfica 9), lo cual requiere un centro hospitalario e implica mayores costos en la atención.

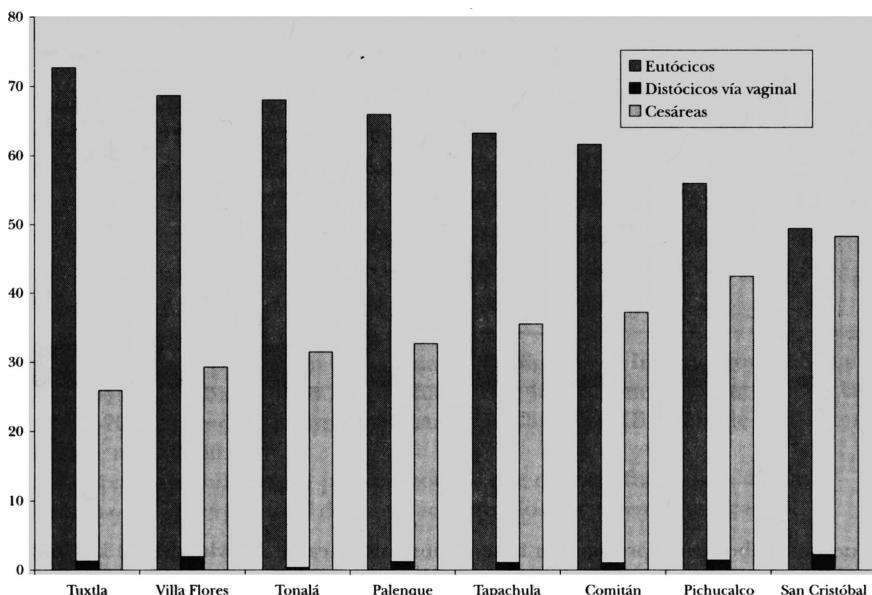
Finalmente, interesa reconocer qué tipo de partos se presentan en los servicios de salud. Para ello se identificó el número de partos complicados⁹ que llegan a los servicios del ISECH; este elemento es fundamental porque las posibilidades de un sistema de salud para

⁸ Distocia significa trabajo de parto difícil y se caracteriza por un progreso anormalmente lento.

⁹ El trabajo de parto anormal o nacimiento difícil puede ser ocasionado por anormalidades que afectan el cuello del útero, el útero, el feto o la pelvis ósea materna que causan obstrucción del canal de parto.

Gráfica 9

Porcentajes de partos eutócicos, distócicos atendidos por vía vaginal y cesáreas realizadas por jurisdicciones en Chiapas, 2002



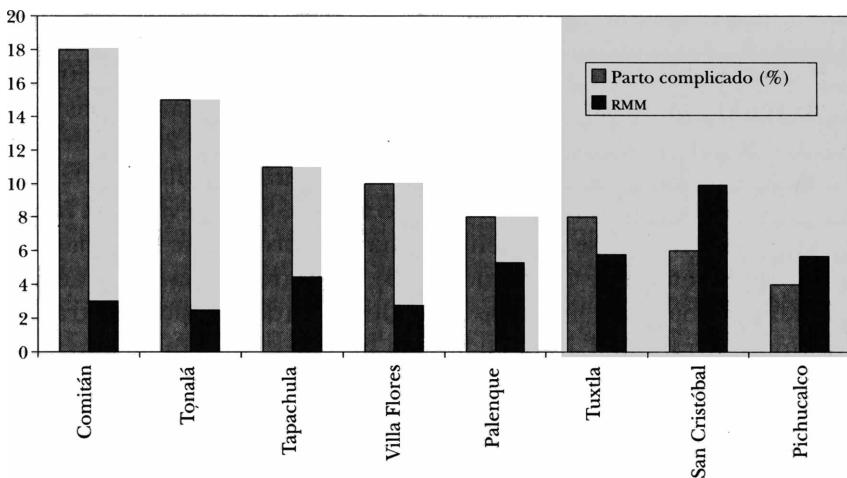
Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Actividades de la Unidad Médica, primero y segundo nivel de atención, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (sispa), Secretaría de Salud, 2002.

disminuir la mortalidad materna tienen relación directa con la capacidad de los servicios para resolver urgencias obstétricas. En la gráfica 10 se observa que a mayor número de partos complicados atendidos existe un menor número de muertes maternas. Esto concuerda con el hecho de que en la Jurisdicción de San Cristóbal —en la cual se presenta un mayor número de muertes maternas— se atiende un menor número de partos complicados. El caso de la Jurisdicción de Comitán es el contrario: tiene un porcentaje elevado de atención de partos complicados y una razón de muerte materna entre las menores del estado.

Los datos que se han mostrado en este apartado sugieren que la cobertura del ISECH hasta el año 2002 ha sido insuficiente en

Gráfica 10

Porcentaje de partos complicados atendidos en el ISECH y razón de muerte materna por jurisdicciones en Chiapas, 2002



Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Actividades de la Unidad Médica, primero y segundo nivel de atención, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Secretaría de Salud, 2002.

RMM: muertes maternas por 10 000 nacidos vivos.

cuanto a los partos esperados y las metas propuestas. La relación entre atención de partos complicados y muerte materna indica que la atención médica de calidad es un elemento fundamental para la disminución de la mortalidad materna. El rezago de los servicios de salud en Los Altos respecto a la atención de partos —normales y complicados— y el porcentaje de mujeres que fallecen al margen de los servicios de salud sugieren también que se necesita una política que estimule el uso y acceso de dichos servicios. Sin embargo, la atención médica durante la maternidad está determinada por las políticas de salud que se materializan a nivel de las jurisdicciones sanitarias en programas específicos, programas que serán considerados en el siguiente apartado.

**LOS PROGRAMAS Y LAS ESTRATEGIAS PARA ATENDER EL PROBLEMA
DE LA MORTALIDAD MATERNA EN CHIAPAS**

A partir de la entrada del gobierno correspondiente al sexenio 2000-2006 se ha reconocido a la mortalidad materna como un problema de salud pública en Chiapas. Con base en este reconocimiento se han venido impulsando programas y estrategias encaminadas a reducirla. Los programas que se promocionaron desde 2002 fueron el de Arranque Parejo en la Vida (APV) (Secretaría de Salud, 2002) y la estrategia de Embarazo Seguro, Parto Exitoso y Sobrevivencia Infantil (ESPESI). En 2003 se puso en marcha otro programa: Por una Vida Mejor (Secretaría de Gobierno, 2003). Estas tres iniciativas, que persiguen un objetivo común, las promueven entidades administrativas distintas. Arranque Parejo en la Vida ha sido el programa que se ha venido impulsado en este sexenio por parte de la federación. ESPESI es una estrategia que se formuló desde el Instituto de Salud de Chiapas y Por una Vida Mejor es una iniciativa intersectorial del gobierno del estado, que cuenta con fondos propios.

Arranque Parejo en la Vida (APV)

El primer programa que se promocionó en Chiapas para abatir la mortalidad materna fue Arranque Parejo en la Vida, una iniciativa federal que inicialmente fue promovida por la esposa del presidente de la República. En Chiapas inició sus actividades con dos operativos realizados durante 2002 en la región Fronteriza (Jurisdicción III) y en San Cristóbal de Las Casas (Jurisdicción II). Sus acciones se centraron en las visitas y censo de viviendas, detección de embarazadas e identificación de algún riesgo, elaborándose también un censo de parteras (Comité Nacional APV, 2003).

Este programa se monta en otros que se han venido ejecutando a través de la Dirección de Salud Reproductiva de la Ssa y en acciones del Programa de Ampliación de Cobertura. Los operativos efectuados en Chiapas pretenden promover la vigilancia del embarazo y detectar los riesgos en forma temprana. APV también propone intensificar acciones de capacitación y actualización, así como fortalecer la infraestructura y la capacidad de respuesta en las unidades Sí Mujer.

Para Chiapas y Guerrero el programa invirtió 180 millones de pesos, que se otorgaron en especie; es decir, mediante la dotación de 1522 equipos médicos u otros apoyos a la infraestructura (*ibidem*). Estos equipos en su mayoría fueron destinados a hospitales de segundo nivel, ya que para 2003 no existían clínicas que cumplieran con los requisitos de una clínica Sí Mujer.

En el componente de embarazo saludable, el programa pretendía dar atención a 60% de las embarazadas en el primer trimestre y realizar vigilancia nutricional y referencia oportuna de pacientes catalogadas en "riesgo". Sin embargo, de acuerdo con los datos del SISPA 2002, solamente se atendió a 2% de las embarazadas esperadas en el primer trimestre y a 18% en el tercer trimestre. Para el parto y puerperio seguros se planteó la incorporación de enfermeras obstetras para la atención del parto, la vigilancia del puerperio no complicado, la actualización del personal para el manejo de urgencias obstétricas, la coordinación con una red de bancos de sangre, y contar oportunamente con los insumos para la atención del parto y el puerperio complicado (*ibidem*). Por eso, en San Cristóbal de Las Casas, durante una semana de trabajo intensivo en el primer semestre de 2003, se llevaron a cabo actividades de capacitación al personal de la Jurisdicción Sanitaria. Éstas fueron realizadas por parte de la coordinadora regional del programa.

En la Jurisdicción II no se propuso la misma estrategia, ya que se consideró prioritario impulsar la consulta ginecobstétrica mediante una unidad móvil. Finalmente, el programa de APV pretende fortalecer la infraestructura de salud; mejorar, a través de capacitaciones cortas y rápidas, la destreza técnica del personal de salud, y, mediante un módulo móvil o intrahospitalario, facilitar el acceso al segundo nivel de atención.

Apreciación del programa APV en Chiapas

Es importante señalar que la promoción de operativos para hacer un censo de embarazadas se centra en una concepción de mujeres embarazadas de alto riesgo. Las mujeres son definidas por sus características físicas o por el desarrollo del embarazo de alto o de bajo riesgo. Esta estrategia ha mostrado su corto alcance, ya que

diversos estudios han reconocido que tanto embarazadas de alto riesgo como embarazadas de bajo riesgo pueden ser víctimas de una urgencia obstétrica; por lo tanto, la detección de embarazadas de alto riesgo puede ser adecuada en aquellos países en donde las muertes maternas ocurren a expensas de causas indirectas; es decir, enfermedades crónicas asociadas al embarazo. En Chiapas, la mayor parte de las muertes maternas se dan por hemorragias; por tanto, no se pueden predecir; pero la muerte por hemorragias sí se puede prevenir si se atiende oportunamente. En estos casos, los operativos, al ser de diagnóstico y esporádicos, no previenen este tipo de muertes ya que no se dirigen a mejorar la calidad de la atención ni la respuesta ante una urgencia obstétrica. La importancia de estas actividades podría radicar en que durante los operativos se proporcione información sobre los signos de riesgo y se oriente a las mujeres y a sus familiares sobre la estrategia a seguir en caso de una urgencia obstétrica, actividades que no están contempladas. Sería deseable que, adicionalmente, se promoviera un programa de educación para la salud y de prevención de la muerte materna.

En Chiapas no existen enfermeras obstetras, así que la atención del parto por personal calificado, como lo concibe el Programa de Maternidad sin Riesgos (FCI, 2003) y más recientemente la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, no podrá llevarse a cabo a corto plazo. El programa APV debe señalar cómo se puede avanzar en este objetivo y en cuánto tiempo.

Embarazo Seguro, Parto Exitoso y Sobrevivencia Infantil (ESPESI)

Esta estrategia apareció como la versión estatal del programa Arranque Parejo en la Vida; sin embargo, como resultaba políticamente inadecuado cambiar el nombre a un programa sexenal federal, se propone al ESPESI como una estrategia, no como un programa.

El ESPESI es impulsado por el ISECH como respuesta a las altas tasas de mortalidad materna prevalecientes en el estado. Se encuentra inserto entre los planes municipales de salud, y su misión es brindar información y servicios de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones. Asimismo, procura la igualdad de oportunidades de crecimiento y

desarrollo para todas las niñas y los niños desde antes de su nacimiento y hasta los cinco años de edad. A diferencia de Por una Vida Mejor, que es un programa integral, la estrategia ESPESI se enfoca sobre todo a los aspectos médicos y epidemiológicos, y sus objetivos son los siguientes:

- Intervenir en el marco del Plan Municipal de Salud.
- Brindar condiciones igualitarias de atención con calidad para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como para las niñas y los niños desde antes de su nacimiento y hasta los cinco años de edad.
- Disminuir la mortalidad materna.
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y detectar oportunamente defectos al nacimiento para reducir las discapacidades en la infancia.

En la estrategia del ESPESI, las líneas de acción para reducir la muerte materna son las siguientes: *a*) fortalecer la operación de los Comités de Salud; *b*) aplicar el instrumento ESPESI para el seguimiento del embarazo, parto y puerperio; *c*) aplicar el instrumento ESPESI para el seguimiento de las niñas y los niños desde el nacimiento y hasta los 60 meses de edad; *d*) capacitar a las parteras; *e*) capacitar al personal para la atención del parto, del puerperio y del recién nacido. También incluye la detección de factores de riesgo y signos de alarma para enfermedades gastrointestinales y enfermedades respiratorias, así como desnutrición.

Se pretende además que las parteras reconozcan factores de riesgo, identifiquen signos de alarma, manejen planes de tratamiento, y refieran oportunamente a las mujeres a las unidades de salud.

Dos de los cinco puntos se refieren a la aplicación de un instrumento de recolección de información, y es un hecho que cuando los funcionarios del ESPESI se refieren a éste hablan de las mujeres registradas, no de las mujeres atendidas. El ESPESI aplica una encuesta con 83 reactivos en Los Altos de Chiapas, pero la información debe ser primero procesada y sistematizada para identificar a las mujeres de "alto riesgo"; finalmente las somete a un seguimiento por un mecanismo que no es explicitado y que, dadas las estadísticas disponibles, ha tenido poco impacto. Es importante señalar

que, en el caso del **ESPESI**, las y los encuestadores no dan información alguna a las mujeres, no proporcionan asesoría en cuidados prenatales, ni información alguna sobre los signos de riesgo.

*Apreciación del **ESPESI***

Al igual que APV, el **ESPESI** se ha puesto en marcha tardíamente; a más de un año de haberse iniciado el sexenio, en septiembre de 2002. Esta iniciativa inició con un censo de embarazadas, por medio del cual se detectaron menos de 1 000 mujeres gestantes en toda la región. Sus componentes principales son la capacitación, el seguimiento de embarazadas y de niñas y niños a través de un instrumento de captación de información, y la gestión a nivel municipal. Al igual que en APV, se privilegia el diagnóstico más que la detección oportuna de la urgencia obstétrica.

Una iniciativa novedosa por parte del **ISECH** fue involucrar en estas acciones a las autoridades municipales. Las autoridades estatales de salud trataron de involucrar a los presidentes municipales en la asistencia a la salud. A través del **ISECH** se promovió que parte de los fondos municipales se destinaran a acciones encaminadas a mejorar las condiciones de salud. Hay que recordar que a partir de 1998, con la nueva estrategia de federalización, se han canalizado varios fondos a los municipios, y que el uso de estos fondos puede ser más flexible que los que llegan al gobierno estatal, ya que están semiestiquetados. La autonomía de las presidencias municipales no las obliga a invertir en salud, pero las secretarías del gobierno estatal, sobre todo las que promueven el desarrollo social, están interesadas en que las autoridades municipales destinen parte de sus fondos a actividades de salud o educación, lo que solamente podrá conseguirse a través de un intenso cabildeo con los presidentes municipales.

Con estos antecedentes y como parte de las estrategias de sensibilización de la problemática en salud, en el año 2002 el **ISECH** realizó diagnósticos de salud municipales a través de asambleas. Estos diagnósticos tenían como finalidad lograr la participación de las autoridades municipales en los programas de salud, que llevaran a la elaboración de planes municipales de salud. Aunque los planes de salud se sistematizaron en las jurisdicciones, se han logrado algu-

nos acuerdos, en el caso de la región de Los Altos (Chamula y Cancuc), para la canalización de las mujeres de alto riesgo al segundo nivel de atención.

Como parte de esta propuesta se ha planteado la necesidad de fortalecer los Comités de Salud para la vigilancia y el seguimiento de las mujeres embarazadas. La Jurisdicción II se plantea crear comités vecinales para el seguimiento de las embarazadas y, a través de la unidad móvil, detectar los embarazos de alto riesgo. Sin embargo, la imposibilidad de conseguir el personal adecuado ha detenido esta estrategia de operación. Hasta el momento sólo se han realizado actividades de capacitación y la aplicación de una encuesta para detectar embarazadas de alto riesgo.

Por una Vida Mejor

Esta iniciativa surge a raíz del escándalo mediático surgido del Hospital de Comitán en diciembre de 2002, luego de la divulgación por los medios de comunicación de la muerte de 40 neonatos durante el mes de diciembre. La propuesta surgió de la Secretaría de Desarrollo Social y pretende incidir no solamente en la condición de las mujeres en la comunidad sino en el posicionamiento de éstas. Así, el diagnóstico inicial considera la violencia doméstica y la discriminación y, por tanto, la subordinación de la mujer como elementos importantes del programa. Entre sus propósitos está impulsar la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Los ejes estratégicos enunciados son los siguientes:

- Mejorar la calidad de la atención médica y el manejo de las urgencias.
- Crear espacios para promover y fortalecer la visibilidad, la organización y la participación de las mujeres en torno a la salud, la alimentación y la educación.
- Mejorar las condiciones de nutrición mediante la promoción de la seguridad alimentaria y la vigilancia nutricional.
- Mejorar las condiciones materiales de la vivienda y el acceso al agua limpia.
- Apoyar adicionalmente la educación.

La puesta en marcha de este programa se organizó en tres fases:

- Fase I: 56 sedes de microrregiones, 424 localidades en el área de influencia, 9 municipios de la Jurisdicción de Comitán, región Fronteriza (actualmente en operación).
- Fase II: 98 sedes de microrregiones, 727 localidades en el área de influencia, 12 municipios de las Jurisdicciones de Motozintla y Ocosingo.
- Fase III: 116 sedes de microrregiones, 1 206 localidades en el área de influencia, 34 municipios del resto del estado.

Apreciaciones sobre el programa Por una Vida Mejor

Este programa es novedoso porque intenta promover la colaboración intersectorial en pos de un objetivo común: mejorar las condiciones de vida de las mujeres, las niñas y los niños. Sin embargo, por la forma en que surge y se priorizan las regiones que se beneficiarán, parecería que es un programa que responde a intereses políticos más que a las condiciones de vida y nutrición de la población más marginada. Se dio prioridad a la Región Fronteriza, que, como se ha mostrado a través de indicadores duros, no es la región con mayores rezagos (Secretaría de Gobierno, 2003), y en 2004 se incluyó en la segunda fase del programa a la región de Los Altos (hecho que no estaba previsto en el plan original).

Por otro lado, en la presentación del programa y en sus ejes estratégicos se considera al empoderamiento de las mujeres como un elemento esencial, no existiendo acciones o actividades encaminadas al cumplimiento de este propósito. En la primera propuesta se diseñó una estrategia para fortalecer la participación de las mujeres en las comunidades. Se proponía la puesta en marcha de una asamblea de mujeres como una instancia de toma de decisiones complementaria a las asambleas comunitarias: esto permitiría llevar consensos a las asambleas comunitarias y fortalecer a las mujeres en su participación en éstas. Asimismo, se impulsaría el apoyo de estas asambleas de mujeres por las autoridades municipales. Sin embargo, ya en la propuesta pública del programa este punto desapareció. Otro aspecto que se ha invisibilizado en la puesta en marcha del pro-

grama es el de la violencia doméstica; habiéndose planteado la necesidad de combatirla, no existe en el programa ninguna actividad encaminada a ello. Considerando fundamental la necesidad de abatir la mortalidad materna, no propone ningún indicador para medir el avance en este rubro, y planteando la necesidad de mejorar la participación femenina en la toma de decisiones no menciona la forma en que se piensa modificar la cultura de la subordinación femenina.

El elemento que ancla la participación femenina es la instalación de la Casa de la Mujer (SEDESO, 2004). Se pretende que estas instancias se conviertan en el punto de encuentro de las mujeres, pero su participación se ha venido promoviendo a través de la distribución de desayunos escolares, y las casas se utilizan para la elaboración de los mismos. Para que los niños disfruten de estos desayunos se requiere la aportación de una cuota de recuperación, lo que ha tenido un efecto adverso, pues la Casa de la Mujer promueve la participación de las mujeres que cuentan con mayores recursos económicos, dejando a un lado a las más pobres y a las que viven más alejadas de la casa.

El mayor reto que enfrenta el programa es el empoderamiento de las mujeres, ya que las promotoras de Por Una vida Mejor son percibidas esencialmente como promotoras de un programa gubernamental de desayunos escolares; esto ha limitado la posibilidad de que, por el momento, las mujeres se apropien de este espacio para dar curso a sus propios procesos, como se planteaba en el proyecto original. Adicionalmente, la competencia por la clientela que se da con otros programas, particularmente con el de Oportunidades, lleva a que las promotoras de Por una Vida Mejor tengan pocas posibilidades de éxito, pues mientras Oportunidades ofrece dinero a cambio de la asistencia a consultas y pláticas, participar en Por una Vida Mejor implica trabajo y cooperación económica.

No obstante, un aspecto muy valioso de Por una Vida Mejor es la instalación de equipos de radiocomunicación para facilitar la referencia de mujeres con urgencias obstétricas; pero aún queda por resolver la estrategia para mejorar la calidad de la atención médica; las actividades específicas en las instituciones de salud, que hagan más efectiva la referencia y contrarreferencia de las pacientes, y señale la manera en que se fortalecerán los servicios médicos en las cabeceras municipales.

Sería pertinente conocer cuánto dinero adicional se utilizará para la puesta en marcha de este programa y de dónde provendrán los recursos para la realización de sus actividades, aspectos ausentes en el Informe de Gobierno Estatal de 2003. Por una Vida Mejor pretende hacer un frente común y promover el trabajo coordinado entre instituciones. En la propuesta oficial hecha pública no se mencionó la existencia de recursos suplementarios, pero el ISECH ha abierto convocatorias para la contratación de personal adicional para poner en marcha este programa.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

La mortalidad materna en Chiapas ha tenido una tendencia ascendente en los últimos años; el Sector Salud no ha podido abatir este problema, situación no exclusiva de México y Chiapas, sino también observada en otras partes del mundo (UNFPA, AMDD, 2002). Desde 2001, el gobierno del estado y la Federación han puesto en marcha programas y estrategias con el fin de abatir esta problemática, lo que presupone una voluntad política tanto a nivel estatal como federal. Si estos esfuerzos se han venido realizando desde 2001, habría que hacerse varias preguntas: ¿Por qué se han diseñado dos programas y una estrategia? ¿Son estos programas los adecuados para resolver el problema? ¿Se están dirigiendo a la población con mayor riesgo? ¿Se están ejecutando adecuadamente?

En relación con la puesta en marcha y la focalización de los programas

Como dimos cuenta en el apartado sobre condiciones regionales y municipales de la mortalidad materna, existen regiones en las que está ocurriendo el mayor número de muertes maternas. Sin embargo, estas regiones no han sido vistas como prioritarias para los programas gubernamentales, ni a partir de ellas se han generado estrategias para resolver el problema.

Por una Vida Mejor, que es el programa que se ha ejecutado con mayor rapidez, ha sido enfocado a la región de Comitán, que

según los datos disponibles es una de las de mayor índice de atención del parto y del parto complicado, y de las que menos contribuye a la mortalidad materna en el estado. Así, el criterio político, antepuesto al de la salud pública, ha retrasado sustancialmente el abatimiento de la muerte materna en Chiapas.

Durante 2003 también hemos podido percatarnos de las dificultades para la puesta en marcha de los programas. Arranque Paraje en la Vida publicó sus avances en Chiapas y Guerrero desde principios de año, pero es hasta los últimos meses del año que se dispone de los recursos para su operación. Aunque ahora se habla de una nueva relación de corresponsabilidad entre los estados y la Federación para la puesta en marcha de las iniciativas federales (como APV), las reglas de corresponsabilidad y, por lo tanto, el logro de las condiciones adecuadas para el inicio de actividades con frecuencia se cumplen tardíamente; esto hace difícil el deslinde de responsabilidades en los tropiezos de los programas.

A pesar de que la crisis de Comitán puso de manifiesto las debilidades del sistema de salud de Chiapas, sobre todo las deficiencias para resolver urgencias médicas en condiciones de sobredemanda, llama la atención que las tres iniciativas puestas en marcha en el estado son poco claras respecto a cómo mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud y la calidad de la atención intrahospitalaria, especialmente en casos de urgencia obstétrica. Aunque las estrategias programáticas del ESPESI y Por una Vida Mejor están más enfocadas a concertar y a mejorar las condiciones de acceso a través de esfuerzos comunitarios o municipales, hay ausencia de estrategias de evaluación de la propia infraestructura y de las capacidades, habilidades y disposición de su personal para llevar a cabo los programas.

El problema de la mortalidad materna es tan complejo que requiere estrategias amplias, como se considera en Por una Vida Mejor, que pretende conjugar esfuerzos intersectoriales que promuevan el mejoramiento de la vida de las personas y el posicionamiento de las mujeres. Estos aspectos son fundamentales y no hay que soslayarlos. Los dos programas y la estrategia que proponen los gobiernos federal y estatal poseen componentes relevantes centrados en la concertación y en la participación comunitaria, pero los tres adolecen del planteamiento de metas en un periodo determi-

nado y de indicadores de evaluación precisos. En tiempos en que la transparencia y el monitoreo ciudadano son cuestiones esenciales, es necesario que los gobiernos federal y estatal y la Secretaría de Salud proporcionen una guía clara respecto a los compromisos y el tiempo en que se espera cumplirlos.

La información y la calidad de la atención

La información es fundamental para conocer las condiciones de salud de la población. La disponibilidad de información confiable está determinada en buena medida por la relación entre los gobiernos y los municipios o regiones, y esta disponibilidad de información genera un mayor conocimiento de la región y, por lo tanto, una mayor atención. Resulta ilustrativo el caso de Comitán, una jurisdicción con buena cobertura, con sobredemanda de servicios, y con una población bien organizada y con buena cultura de la salud, lo que ha llevado a la visibilización de los problemas y, por lo tanto, a una mayor canalización de recursos y esfuerzos. Situaciones similares ocurren en Los Altos de Chiapas, donde una mejor relación con las autoridades de salud o la disponibilidad de redes de promotores han llevado a un mayor registro de la muerte materna y, por lo siguiente, a evidenciar el problema, lo que condujo a la identificación de ciertos municipios de “alto riesgo” por las autoridades de salud.

Por otro lado, la falta de información lleva a la postergación de la atención de las regiones más inaccesibles o con una población que no tiene acceso a los servicios de salud porque desconoce su existencia o son culturalmente inaccesibles, como ocurre en la Sierra o en algunos municipios de Los Altos como Chalchihuitán, Mitontic o Chanal, en donde el subregistro de la muerte materna es tal que el problema es invisible para las autoridades y, por tanto, no canalizan recursos económicos ni humanos para su atención.

Hay que notar que la captación de información tiene otras dimensiones. Este recurso se ha vuelto falsamente sinónimo de calidad de la atención. El programa Oportunidades, por ejemplo, enfatiza la importancia de que las mujeres acudan a las charlas de salud por el hecho de que hay que *apuntarlas* en la lista de asistencia. La educación para la salud que podría proporcionárseles o la

atención que puede brindarse a estas embarazadas pasan a segundo término; el dato, en estos casos, se convierte en el elemento que "asegura" la calidad de la atención.

Algo similar ocurre con los programas de APV y ESPESI. En el primero, la acción inicial es un operativo a través del cual se obtiene información de las embarazadas, y se les cataloga como de alto, mediano o bajo riesgos. Durante este operativo, que puede durar dos semanas, se obtiene un censo de personas, embarazadas y parteras. Durante el tiempo que duran las acciones llegan camionetas de la Federación, se gastan recursos y después abandonan el lugar. ¿Quién realizará el seguimiento de las embarazadas?

Las evidencias empíricas revelan que no hay un impacto en la atención del parto; los datos proporcionados en la sección anterior muestran que hay un seguimiento limitado de los partos y que en Chiapas una buena parte de las mujeres mueren en el hogar. Así, en los hechos, el seguimiento de estas embarazadas, rigurosamente registradas, no se lleva a cabo.

Si revisamos las estrategias a las que da prioridad el ISECH y la Ssa, constatamos que las prácticas de atención se siguen fundamentando en el concepto de embarazo de alto riesgo pese a que en la realidad ha tenido poco impacto y a que no hay seguimiento de las mujeres durante el parto y puerperio; en consecuencia, no se ha logrado disminuir la mortalidad materna. La identificación de las embarazadas no basta.

Es necesario cambiar la estrategia de "riesgo" por la de *urgencia obstétrica*, en la que no se clasifique a las mujeres en bajo o alto riesgos, sino en la que se considere que cualquier mujer puede correr el riesgo de sufrir una urgencia obstétrica. Esto necesariamente llevará a dar prioridad a la resolución de urgencias obstétricas mediante la habilitación del personal y del suministro de recursos, acompañados de una estrategia de educación para la salud que difunda los signos de urgencia y que identifique claramente cuáles son los centros de atención a los cuales puede acudir la población en caso de urgencia obstétrica. Es forzoso mejorar el primer nivel de atención, incluyendo un servicio básico de urgencias obstétricas que facilite un contacto inicial con la urgencia médica y una atención oportuna de primer nivel que mejore las condiciones en las que arribarán las mujeres al segundo nivel de atención.

Las estadísticas disponibles en el SISPA (2002) muestran que el porcentaje de atención obstétrica en el primer nivel, por personal del ISECH, es muy bajo. Las urgencias obstétricas son difíciles de predecir; por tanto, el seguimiento de embarazadas no asegura la prevención de la muerte materna, a menos que exista una red de atención de urgencias obstétricas; el programa Oportunidades y su pobre impacto en Chiapas en la atención del parto es prueba de ello. Los datos disponibles apuntan a que a mayor atención de partos complicados en el segundo nivel, menor razón de muerte materna; consecuentemente, existe una relación inversa entre capacidad de atención de la urgencia obstétrica y razón de muerte materna.

Propuestas para políticas públicas

De acuerdo con el panorama esbozado anteriormente, a continuación planteamos algunas propuestas encaminadas a mejorar la condición de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio en Chiapas:

1. Ya que las actuales condiciones en Chiapas en relación con el número de médicos distribuido a lo largo de las comunidades no permite asegurar la atención profesionalizada del parto a las mujeres del estado, es necesario crear una red que atienda las urgencias obstétricas. Para la región de Los Altos contamos con un servicio hospitalario completo en el ISECH, que incluye un banco de sangre. No obstante, es necesario que la Clínica Hospital de Campo del IMSS disponga del mismo servicio durante las 24 horas del día, los 365 días al año, pues de no ser así el Hospital Regional de la Ssa —tomando en cuenta la población de la zona— se verá saturado a corto plazo.
2. Las siete clínicas de Sí Mujer deben acondicionarse en lugares estratégicos para que contribuyan a la conformación de la red de atención primaria de las urgencias obstétricas; asegurar su funcionamiento durante las 24 horas del día, con personal capaz de realizar extracción manual de placenta, limpieza de restos (preferiblemente a través de un extractor al vacío), cana-

lizar una vena de la paciente, y disponer de antibióticos intravenosos, oxitóicos y anticonvulsivantes; éstas son acciones que implican una mejor capacitación para su manejo. La Organización Mundial de la Salud (oms) también propone el adiestramiento en el parto vaginal asistido. Tales servicios son esenciales para asegurar la sobrevivencia de mujeres que sufren una urgencia obstétrica.

3. Mejorar la recepción de mujeres con complicaciones obstétricas, promoviendo la contratación de personal hablante de lengua indígena que pueda asegurar el ingreso oportuno a los hospitales. Asimismo, asegurar la detección de las complicaciones durante el parto intrahospitalario, adoptando el partograma que propone la oms, lo cual implica sustituir la hoja de atención del parto que se utiliza actualmente.
4. Asegurar que el personal médico recién egresado, enfermeras obstetras y personal a cargo de los servicios de urgencias obstétricas adquieran habilidades y conocimientos en el manejo de toxemia, hemorragias en el parto y posparto, e infecciones puerperales, causas principales de la mortalidad materna en nuestro país. Para esto se requiere un espacio de formación y evaluación, así como de certificación del personal.
5. De la misma manera, se necesita un currículo para parteras y personal paramédico que asegure su profesionalización para que adquieran las habilidades para procurar un parto limpio y los primeros auxilios en caso de una urgencia obstétrica en las comunidades, así como la canalización oportuna.
6. Asegurar el conocimiento, por parte de la sociedad en general y las parteras, para identificar los signos de urgencia obstétrica: hemorragia, fiebre, convulsiones y parto prolongado, y crear las condiciones para que la población conduzca a las mujeres con complicaciones a cualquier instalación de la red de servicios de urgencias obstétricas. El uso de los medios de comunicación para este fin puede ser exitoso si se utilizan mensajes culturalmente competentes y en la lengua adecuada.
7. Contribuir al empoderamiento de las mujeres a través de los programas de lucha contra la violencia, derechos reproductivos y la promoción del derecho a una atención oportuna en caso de urgencia obstétrica.

8. En otras publicaciones se ha documentado la falta de ejercicio del dinero destinado a mejorar la atención del parto en localidades rurales (Freyermuth, 2004). Por eso, se considera necesario garantizar un ejercicio del gasto más eficaz que se proponga consolidar el primer nivel de atención a la salud y que busque un uso más racional en relación con la temporalidad.
9. Finalmente, el Sector Salud debe señalar a la población chiapaneca las metas y el tiempo en que se propone cumplirlas, para que así la sociedad pueda llevar a cabo un monitoreo con indicadores de proceso y de resultados, propuestos desde el mismo Sector Salud.

ANEXO ESTADÍSTICO

Cuadro 1A

Distribución porcentual de hombres hablantes de lengua indígena según regiones de Chiapas, 1990 y 2000

	1990	2000
II Región Los Altos (17 municipios)	84.03	83.35
VI Región Selva (11 municipios)	68.89	67.60
V Región Norte (22 municipios)	43.34	41.37
I Región Centro (22 municipios)	14.23	15.62
III Región Fronteriza (8 municipios)	11.85	10.43
VII Región Sierra (8 municipios)	5.14	2.19
IV Región Frailesca (4 municipios)	4.35	4.57
VIII Soconusco (16 municipios)	1.31	0.81
IX Istmo Costa (3 municipios)	0.90	1.17

Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

Cuadro 2A
Porcentaje de mujeres hablantes de lengua indígena por regiones
en Chiapas, 1990 y 2000

	<i>1990</i>	<i>2000</i>
II Región Los Altos (17 municipios)	83.59	82.93
VI Región Selva (11 municipios)	68.16	66.52
V Región Norte (22 municipios)	43.20	40.76
I Región Centro (22 municipios)	13.22	14.54
III Región Fronteriza (8 municipios)	11.51	10.02
VII Región Sierra (8 municipios)	3.75	1.38
IV Región Frailesca (4 municipios)	2.73	3.76
IX Istmo Costa (3 municipios)	0.83	1.02
VIII Soconusco (16 municipios)	0.79	0.54

Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

Cuadro 3A
Porcentaje de analfabetismo en la población femenina y masculina
según regiones de Chiapas, 1990 y 2000

	<i>Mujeres</i> <i>1990</i>	<i>Hombres</i> <i>1990</i>	<i>Mujeres</i> <i>2000</i>	<i>Hombres</i> <i>2000</i>
II Región Los Altos (17 municipios)	61.52	35.21	47.65	23.99
VI Región Selva (11 municipios)	51.93	26.29	40.74	19.15
V Región Norte (22 municipios)	44.03	23.18	33.60	16.10
III Región Fronteriza (8 municipios)	34.51	20.13	24.19	13.35
I Región Centro (22 municipios)	32.10	20.93	23.96	15.46
IV Región Frailesca (4 municipios)	31.88	21.08	23.29	15.55
VIII Soconusco (16 municipios)	24.16	14.35	15.90	10.04
VII Región Sierra (8 municipios)	23.90	10.39	15.89	6.98
IX Istmo Costa (3 municipios)	17.90	12.47	12.37	9.73

Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

Cuadro 4A

Porcentaje de analfabetismo en mujeres y hombres hablantes de lengua indígena de Chiapas, 1990 y 2000

	<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
	1990	2000	1990	2000
Menos de 40% de HLI	28.86	20.62	17.12	12.14
40 a 69% de HLI	51.10	43.29	27.68	21.67
70% o más de HLI	61.10	46.62	33.07	22.57

Fuente: Elaboración propia con base en el XI y XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

Cuadro 5A

Tasa de mortalidad de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) según regiones de Chiapas, 1990-1994 y 1995-1999

	<i>1990-1994</i>	<i>1995-1999</i>
VII Región Sierra (8 municipios)	141	94
II Región Los Altos (17 municipios)	126	119
VIII Soconusco (16 municipios)	103	84
I Región Centro (22 municipios)	99	79
V Región Norte (22 municipios)	94	93
VI Región Selva (11 municipios)	90	80
IV Región Frailesca (4 municipios)	86	87
III Región Fronteriza (8 municipios)	80	68
IX Istmo Costa (3 municipios)	81	72

Fuente: Elaboración propia con base en las Estadísticas Vitales, INEGI, 1990-1999. Población de 1992 y 1997 estimada con base en proyecciones realizadas a través de la TMAC 1995-2000 de las Agendas Estadísticas del Estado de Chiapas, 1995 y 2000. Población del XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Tasa por 10 000 mujeres en edad reproductiva.

Cuadro 6A

Tasa de muerte materna según porcentaje de hablantes de lengua indígena de Chiapas, 1990-1994 y 1995-1999

	1990-1994	1995-1999
Menos de 30% de HLI	10	11
40 a 69% de HLI	7	11
70% o más de HLI	16	14

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas Vitales, INEGI, 1990-1999. Población de 1992 y 1997 estimada con base en proyecciones realizadas a través de la TMAC 1995-2000 de las Agendas Estadísticas del Estado de Chiapas, 1995 y 2000, y la población del XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000. Los porcentajes de hablantes de lengua indígena fueron calculados conforme a la población en edad reproductiva de hombres y mujeres con base en los censos de población de 1990 y 2000. Tasa por 10 000 mujeres.

Cuadro 7A

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que recibieron atención médica antes de morir por regiones en Chiapas, 1990-1994 y 1995-1999

	1990-1994	1995-1999
IX Istmo Costa (3 municipios)	69.94	73.71
IV Región Frailesca (4 municipios)	57.67	58.52
I Región Centro (22 municipios)	61.80	62.87
VIII Soconusco (16 municipios)	60.47	62.12
V Región Norte (22 municipios)	53.86	56.51
III Región Fronteriza (8 municipios)	47.45	55.91
VI Región Selva (11 municipios)	54.08	54.71
VII Región Sierra (8 municipios)	36.71	30.08
II Región Los Altos (17 municipios)	29.62	37.40

Fuente: Elaboración propia con base en Estadísticas Vitales, INEGI, 1990-1999. Población de 1992 y 1997 estimada con base en proyecciones realizadas a través de la TMAC 1995-2000 de las Agendas Estadísticas del Estado de Chiapas, 1995 y 2000. Población del XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Cuadro 8A

Porcentaje de partos atendidos en el ISECH, primero y segundo nivel
por jurisdicciones en Chiapas, 2002

	<i>Partos atendidos primer nivel</i>	<i>Partos atendidos segundo nivel</i>
Tuxtla	1	30
Comitán	2	21
Tapachula	1	20
Palenque	3	13
Villa Flores	2	8
Tonalá	4	7
San Cristóbal	2	7
Pichucalco	4	4

Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Actividades de la Unidad Médica, primero y segundo nivel de atención, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Secretaría de Salud, 2002.

Cuadro 9A

Porcentajes de partos eutócicos, distócicos atendidos vía vaginal
y cesáreas realizadas por jurisdicciones en Chiapas, 2002

<i>Jurisdicción</i>	<i>Eutócicos</i>	<i>Distócicos vía vaginal</i>	<i>Cesárea</i>
Tuxtla	72.76	1.29	25.95
Villa Flores	68.70	1.96	29.34
Tonalá	68.10	0.39	31.51
Palenque	66.03	1.25	32.73
Tapachula	63.28	1.15	35.58
Comitán	61.69	1.08	37.24
Pichucalco	56.05	1.48	42.47
San Cristóbal	49.44	2.26	48.31

Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Actividades de la Unidad Médica, primero y segundo nivel de atención, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Secretaría de Salud, 2002.

Cuadro 10A
Porcentaje de partos complicados atendidos en el ISECH y razón de muerte materna por jurisdicciones en Chiapas, 2002

<i>Jurisdicción</i>	<i>Parto complicado</i>	<i>RMM</i>
Comitán	18	3.03
Tonalá	15	2.50
Tapachula	11	4.44
Villa Flores	10	2.78
Palenque	8	5.30
Tuxta	8	5.77
San Cristóbal	6	9.92
Pichucalco	4	5.67

Fuente: Elaboración propia con base en los Informes de Actividades de la Unidad Médica, primero y segundo nivel de atención, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Secretaría de Salud, 2002.

RMM: muestras maternas por 10 000 nacidos vivos.

Cuadro 11A
Tendencia de la mortalidad materna en Chiapas y a nivel nacional, 1990-2002

<i>Años de referencia</i>	<i>Razón de muerte materna</i>	
	<i>Chiapas</i>	<i>Nacional</i>
1990	4.90	5.40
1991	5.50	5.10
1992	6.20	5.00
1993	5.30	4.50
1994	5.90	4.90
1995	6.50	5.30
1996	6.00	4.80
1997	6.30	4.70
1998	6.60	5.30
1999	7.00	5.10
2000	6.30	4.70
2001	7.30	4.50
2002	8.90	4.50

Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva, 2002. Tasa por 10 000 nacidos vivos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acsadi G., G. Acsadi-Johnson y M. Vlassoff (1993), *La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe: Aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna*, Nueva York, Family Care International.
- Butler, N. R., y E. D. Alberman (1969), citado en J. L. Bobadilla, *Quality of Perinatal Medical Care in Mexico City*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 1988.
- Comité Nacional APV (2003), Operativo APV Chiapas, Comitán de Domínguez y San Cristóbal de Las Casas, Informe 2003, México, Secretaría de Salud.
- Chiapas (2003), Desarrollo Social en Cifras, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Chiapas, Salazar M., Pablo (2001-2004) (2002), Gobernador, Informe de Gobierno del Estado de Chiapas, origen y aplicación del gasto público, Secretaría de Hacienda, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- (2003), Gobernador, Informe de Gobierno del Estado de Chiapas, origen y aplicación del gasto público, Secretaría de Hacienda, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Cuarto Poder (2003), “Fallece otro recién nacido en el hospital de la muerte, pese a su clausura de área y cuidado”, sábado 11 de enero, núm. 3692, 2^a época, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p. B11.
- Cuarto Poder (2003), “Todos los hospitales de Chiapas con carencias: SNTs responsabilizó a la Secretaría de Salud”, domingo 12 de enero, núm. 3693, 2^a época, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, pp. A9, B7 y B10.
- Cuarto Poder (2003), “Grave abandono en SS. Los hospitales de la Ssa son clínicas de la muerte debido a la negligencia y al nulo cuidado sanitario en sus instalaciones”, lunes 13 de enero, núm. 3702, 2^a época, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p. B8.
- Cuarto Poder (2003), “Rompen deudos con SS-Comitán, aumentan casos graves, bebés”, martes 14 de enero, núm. 3694, 2^a época, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, pp. A8, B1 y B7.
- Cuarto Poder (2003), “Cesan al jefe del hospital ‘mortal’”, miércoles 15 de enero, núm. 3696, 2^a época, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p. B12.
- Cuarto Poder (2003), “Estrada hoy ante el Congreso”, miércoles 15 de enero, núm. 3696, 2^a época, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p. B5.
- Cuarto Poder (2003), “Se temen más muertos, persiste riesgo de que se registran nuevos decesos de bebés, como los reportados desde diciembre pasado en el hospital”, domingo 19 de enero, núm. 3700, 2^a época, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, pp. A8 y B9-B15.

- ESPESI (2002), *Embarazo Seguro, Parto Exitoso y Sobrevida Infantil, Diagnóstico Situacional*, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva-Salud Pública, Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
- Freyermuth E., Graciela (1997), "Mortalidad materna: Género, familia y etnia en Chenalhó", *Nueva Antropología*, México, El Colegio de Méjico-Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa-Grupo G.V. Editores, núms. 52-53, vol. xvi, agosto.
- (2000), *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, tesis de doctorado en Antropología, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- (2003), *Las Mujeres de Humo: Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, México, CIESAS-Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Chiapas-Instituto Nacional de las Mujeres en México-Miguel Ángel Porrua.
- (coord.) (2004), *Maternidad peligrosa. Evaluación de la urgencia obstétrica de emergencia en Los Altos de Chiapas*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México, CIESAS-Indesol-Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.
- Family Care International (FCI) (2003), *La atención calificada durante el parto*, Nueva York, Maternidad Sin Riesgos-UNFPA-CIM-OMS-Population Council.
- Hall, M. H., P. K. Chng y I. MacGillivray (1980), "Is Routing Antenatal Care Worth While?", *The Lancet*, 12 de julio, pp. 78-80.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990), XI Censo General de Población y Vivienda 1990, México, INEGI.
- (1990-1994), Estadísticas Vitales, en disco compacto, México, INEGI.
- (1995), Agenda Estadística del Estado de Chiapas 1995, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- (1995-1999), Estadísticas Vitales, en disco compacto, México, INEGI.
- (2000), Agenda Estadística del Estado de Chiapas 2000, México, INEGI-Gobierno del Estado de Chiapas.
- (2000), XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México, INEGI.
- (2001), Estadísticas Vitales, en disco compacto, México, INEGI.
- (2002), Estadísticas Vitales, en disco compacto, México, INEGI.
- Instituto de Salud del Estado de Chiapas (2002), Instituto de Salud de Chiapas, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva, *Mortalidad Materna. Medidas de Intervención*, ponencia presentada por Emilio Latournerie en el Taller sobre La Muerte Materna en Chiapas, un problema social e institucional, realizado en El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, Chiapas, 27 de junio, ISECH.

- Instituto de Salud del Estado de Chiapas (2003), *Mortalidad materna: Perfil epidemiológico, ISECH*.
- (2003), *Diagnóstico situacional e intervenciones para la mejora de servicios: Jurisdicciones y hospitales de Comitán y San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, ISECH*.
- Kasongo, proyecto, "Antenatal Screening for Fetoplevic Dystocias. A Cost Effectiveness Approach to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel", *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, agosto de 1984, 87 (4), núm. 1, pp. 29-73, citado en UNFPA, AMDD, *Para comprender las causas de las defunciones maternas*, Módulo I, Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población.
- La Jornada (2003), "Caos sanitario en Chiapas amenaza a seis bebés más", sábado 18 de enero, núm. 6605, México.
- Langer A., R. Lozano y Bernardo Hernández (1993), "Carta demográfica sobre México", *Demos*, vol. 6, pp. 8-11.
- Lezana, M. (1999), "Evolución de las tasas de mortalidad materna en México", en Ma. Elú, *Una mirada a la mortalidad materna en México*, México, Comité por una Maternidad Sin Riesgos en México-FNUAP-Population Council, pp. 53-70.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, Secretaría de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, 31 de octubre de 1994, México.
- Organización de las Naciones Unidas, México, Gobierno de la República (2005), Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005, Gabinetes de Desarrollo Humano y Social, México.
- Organización Mundial de la Salud (1986), *Essential Obstetric Functions at First Referral Level*, Report of a Technical Working Group, Ginebra, 23-27 de junio, Division of Family Health.
- (1994), *Care in Normal Birth: A Practical Guide*, Ginebra, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health.
- (1996), *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries*, Ginebra, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health.
- OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, IMPAC, *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstétricas y médicos*, WHO/RHR/00.7, 2002.
- OMS-OPS (2003), *Monitoreo de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas*, en 20^a Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, MSD20/9 (Esp.), 18 de febrero, Washington, D. C., 25 y 26 de marzo.

- OMS-OPS (2004a), *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant*, Ginebra, Department of Reproductive Health and Research.
- (2004b), *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women, Family and Community Health*, Ginebra, Department of Reproductive Health and Research.
- Secretaría de Gobierno (2003), *Cruzada estatal por la salud de la mujer, el niño y la niña*, Gobierno del Estado de Chiapas, Secretaría de Salud.
- (1996), *Informe de Actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención*, Chiapas, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA).
- (1997), *Informe de Actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención*, Chiapas, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA).
- (1998), *Informe de Actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención*, Chiapas, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA).
- (1999), *Informe de Actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención*, Chiapas, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA).
- (2002), *Informe de Actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención*, Chiapas, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA).
- (2002), Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”, México, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Chiapas (2003), *Desarrollo Social en Cifras*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Secretaría de Desarrollo Social del Estado (2004), Casa de la Mujer, la Niña y el Niño, vida mejor para mujeres y niños en Chiapas.
- UNFPA, AMD (2002), *Para comprender las causas de las defunciones maternas*, Módulo I, Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población.

VI. EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN LA SALUD REPRODUCTIVA

LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO Y LA POLÍTICA DE SALUD REPRODUCTIVA: ¿AGENDAS CONTRADICTORIAS O COMPLEMENTARIAS?¹

**RAQUEL ABRANTES PÉGO²
y BLANCA PELCASTRE VILLAFUERTE³**

INTRODUCCIÓN

Lo que hoy llamamos reforma del sector salud, al igual que el conjunto de intervenciones puestas en práctica por el Estado en el ámbito de la salud reproductiva, son políticas producto de circunstancias históricas, económicas, sociales y culturales que implicaron cambios de índole conceptual y generaron respuestas diferentes al

¹ Agradecemos la contribución de Martha Caballero, quien participó en la primera fase de elaboración de este documento, así como los valiosos comentarios críticos y constructivos de la doctora Carolina Martínez y el doctor Juan Guillermo Figueiroa; también, la lectura puntual y atinada de las doctoras Susana Lerner e Ivonne Szasz. Reconocemos que todas sus observaciones fueron fundamentales para llevar a buen término el escrito; no obstante, las ideas aquí expresadas son responsabilidad de las autoras. Expresamos también nuestro agradecimiento a Alonso Restrepo, quien llevó a cabo la revisión de estilo.

² Agradezco el apoyo institucional que el doctor Mario Bronfman nos brindó en el inicio de este trabajo como director del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México. Parte de la información de este artículo se deriva del trabajo de investigación llevado a cabo por la maestra Raquel Abrantes Pégo en su tesis de doctorado desarrollada en El Colegio de Michoacán, México. Actualmente se encuentra adscrita al Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social; San Ramón s/n, colonia San Jerónimo Lídice, C. P. 10100, delegación Magdalena Contreras, D. F., México. Correo electrónico: rabrantes@ciess.org.mx

³ Investigadora del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP, avenida Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán, C. P. 62508, Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: bpelcast@correo.insp.mx

problema de las desigualdades sociales. Como cualquier política social, son el resultado de una interacción de procesos y dinámicas diversas sobre las cuales interactúan actores sociales y políticos, intereses y roles en distintas formas y niveles. Estas políticas, además, han sido impulsadas según las relaciones de fuerza imperantes en cada momento, por las estructuras previas de los sistemas de salud y, principalmente, a partir de las ideas, valores e intereses construidos en torno a los beneficios que ambas políticas contemplan.

El desarrollo de ambas políticas no ha sido lineal y ha encontrado muchas resistencias a su paso. En el caso de la reforma, la idea inicial en torno al fracaso del modelo de desarrollo basado en la intervención del Estado en el sector social fue parcialmente desechada junto con otra, que establecía que el mercado era capaz de producir equidad, al igual que la visión de que las instituciones de salud estaban desestructuradas o en peligro de extinción. Estas instituciones, junto con los intereses por ellas creados y promovidos, mostraron ser relevantes para el proyecto legitimador del Estado mexicano, sobre todo en el ámbito de las responsabilidades sociales de éste en relación con la promoción de la justicia y la protección. Como en cualquier política que tiene implicaciones en las relaciones sociales, el propio contexto sociosanitario caracterizado por el aumento del trabajo informal, de la pobreza y el deterioro de las condiciones de vida (que se traducía en una demanda mayor de servicios de salud) cuestionó la legitimidad de la propia reconfiguración del sector e impuso límites a la libertad de acción de los actores.

Para la salud reproductiva el panorama no fue muy diferente en relación con la complejidad de los conflictos que representó la nueva agenda frente a la que hasta entonces dominaba el sector salud. En tanto que diferencia, la reproducción de la sexualidad reconoce necesidades diferentes para hombres y mujeres, y trabaja por reconocer los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales. Se enfrenta a los valores tradicionales compartidos en torno al papel social y reproductor de la mujer-madre, al poder de la Iglesia católica, a la disminución de los recursos para la salud y al aumento de la desigualdad y la pobreza, con los consecuentes riesgos para la salud, diferenciados para hombres y mujeres, así como a la cuestión de la violencia, al derecho a la educación, a un embarazo sin riesgo, a la información y al aborto.

Agenda que a su vez provocó tensiones en la sociedad y demandó a los gobiernos la generación de políticas públicas más eficaces y equitativas. El resultado fue que la salud y sus determinantes, al igual que el presupuesto para los programas sociales, no podían ser vistos como un conjunto general y homogéneo, sino que se tenían que desagregar en cuanto a necesidades, edad, sexo, etnia, clase social y cultura.

La historia de la política de salud reproductiva en el marco institucional y nacional dice mucho del desarrollo que el concepto de salud sexual y reproductiva ha experimentado a la par de los nuevos discursos, actores sociales y perspectivas que han aparecido, además de la propia reforma del sector salud —fuertemente influenciada por una visión más económica que sanitaria— en relación con el proceso salud-enfermedad-atención. Muchos fueron los actores que participaron en la configuración de la agenda actual de salud reproductiva; su participación correspondió al momento histórico, así como a las prioridades marcadas por los diferentes gobiernos, y se fue transformando a medida que la participación social fue incrementándose y se incorporaron conceptos como el de género.

En este sentido, la estructura del presente artículo se conforma con un primer apartado que es una aproximación al proceso de reforma del sector salud en México, y un segundo que corresponde a la política de salud reproductiva. Ambos buscan recuperar el desarrollo contextual de ambas políticas, sus ideologías y propuestas. Además, se presenta una reflexión crítica que confronta las agendas de ambos proyectos.

El periodo que abarca el análisis se ubica entre la década de los setenta, cuando se implementan las políticas controlistas, y la de los noventa, caracterizada por la confluencia de varias tendencias hacia la política de salud reproductiva y sexual en un contexto marcado por el fenómeno del empobrecimiento y la redefinición del marco institucional de la política de salud hacia una mayor participación del sector privado en la prestación de servicios de salud y en su financiamiento, acoplada a la propuesta social de respuesta a las desigualdades injustas y evitables en el acceso a los servicios de salud.

El análisis es en gran parte resultado de una investigación documental sobre la agenda de reforma del sector salud y de la política hacia la salud sexual y reproductiva, remontada esta última a su

génesis de política demográfica de control de la fecundidad. En lo que se refiere a la puesta en marcha de la agenda de reforma en México y la base de apoyo para su implantación, contamos con información directa de entrevistas y análisis de documentos, y respecto a la de salud reproductiva y sexual nos basamos principalmente en la revisión de material bibliográfico.

El análisis estará centrado en el proceso de formulación de ambas agendas, tanto en el ámbito internacional como en el nacional, particularizando algunos conceptos orientadores de las propias agendas y del propio contexto de su formulación. La reforma y la política de salud sexual y reproductiva serán tratadas como una política pública, conformada por un conjunto de eventos específicos relativamente interrelacionados, destinados a modificar en intensidades distintas las políticas de salud y las instituciones en su organización, gestión y práctica.

Las agendas, como un evento específico de un proceso, constituyen el primer momento de una política pública, cuando se da la transformación de un problema particular en un problema social. Su concreción en política pública deriva de la interacción de los actores en conflicto y de negociaciones para conformar coaliciones que respalden decisiones. En ese sentido, las agendas son producto de la demanda de determinados actores en circunstancias históricas, económicas, sociales, políticas y culturales específicas, precedidas de reflexiones y debates.

En este artículo se revisan precisamente las condiciones socio-políticas de transformación de ambos procesos, el de la reforma y el de la política de salud reproductiva, identificando las demandas específicas a las que responden y los actores involucrados.

El apartado siguiente recupera el contexto en el que surgen las propuestas de reforma para el sector salud, los problemas que enfrenta, algunas ideas que surgen del debate y sus principales orientaciones de política.

LA REFORMA Y SU AGENDA PARA EL SECTOR SALUD*La configuración de la reforma como un problema de salud pública*

Para entender la discontinuidad que la agenda de la reforma introduce en el sector salud es necesario volver al debate de los años sesenta y setenta del siglo xx. Durante estas dos décadas, y con más intensidad en la década de los setenta, fue discutida la relación estructural entre pobreza, clase social y salud, igual que la necesidad de armonizar el desarrollo con la democracia y con mejores niveles de vida, construyéndose un amplio consenso en torno a la propuesta de Atención Primaria Integral de la Salud, que pasó a ser la principal orientación de la política en el ámbito internacional.

La Atención Primaria Integral de la Salud fue interpretada como eje organizador de los sistemas nacionales de salud y con ella se buscaba responder particularmente al problema de la universalidad y de la desigualdad del acceso a los servicios de salud, la baja integración entre las prácticas de prevención y las curativas, la estructura de gastos de los sistemas de salud y el verticalismo de las decisiones, y así mejorar los niveles de salud de la población pobre del campo y de las ciudades. De manera que sus acciones estaban dirigidas a la prevención y al uso de recursos socialmente aceptados a través de una red nacional de puestos de salud, bien equipada, con personal calificado y permanente que estuviera estrechamente vinculado con la comunidad y con el desarrollo comunitario, capaz de llevar a cabo las actividades de recuperación y de promoción de la salud. Estos puestos de salud estarían vinculados con la red de hospitales y unidades especializadas para garantizar la atención integral.

En México, es en los sexenios de Luis Echeverría y de José López Portillo cuando los programas de extensión de cobertura se impulsan a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ssa), así como por la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Desprivilegiadas y Grupos Marginados (imss-Coplamar). Estos programas tenían una base comunitaria y buscaban mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud, así como las condiciones sanitarias de comunidades pobres, destinando gastos para caminos vecinales y agua potable, y promoviendo la participación de la población. Se crearon entonces los programas de Ampliación de Cobertura (pac)

y Comunitario Rural (PCR) que constituirían el Programa de Salud Rural (PSR), con el propósito de garantizar el acceso a servicios "mínimos de salud" a la población marginada de las grandes ciudades y del campo (Elu, 1981). Todos estos programas fueron puestos en práctica en el marco de la desigualdad y de la estratificación de los recursos y servicios de salud por grupos sociales, que siempre orientaron la política de salud.

Sin embargo, a finales de los años setenta, la presión de la crisis económica se hace sentir en el sector, planteándose nuevos problemas y desafíos a la política de salud. La cuestión referente a los costos de la atención pasó a tener un peso importante en el debate y en las propuestas sectoriales, orientando la discusión hacia una reforma organizacional del sector salud, misma que a continuación será abordada.

La propuesta de reforma

La reforma está asociada a una agenda de prescripciones muy concreta, en la que se plantea un cambio en el funcionamiento de los sistemas de salud y en el financiamiento para reducir costos, mejorar la eficiencia, la calidad y la equidad de los mismos, y promover un sistema mixto basado en la competitividad. Además, contó con el soporte de las agencias financieras internacionales, y fueron promovidas con el apoyo de diversas fuerzas sociales vinculadas al sector empresarial y a corporaciones financieras (Armada *et al.*, 2001).

Esta agenda de reforma fue construida a partir de un diagnóstico de la crisis económica y del estado de bienestar como una alternativa neoliberal para la recuperación económica y para enfrentar las cuestiones referentes a las desigualdades producidas por el mercado, encausadas por las políticas de ajuste financiero que afectaron el bienestar de determinados grupos sociales. Se estableció una conexión entre crisis económica y crisis de los sistemas de salud, lo que orientó la discusión hacia una crisis de carácter universal de los sistemas de servicios de salud; dicha crisis fue inscrita en un marco propio restrictivo de las políticas sociales y de control de los gastos sanitarios.

En consecuencia, las propuestas frente a la crisis del sector salud —que es la propia reforma sectorial— se articularon con la re-

cuperación económica y acompañaron su desarrollo. De suerte que en un primer momento⁴ se coincide con los acuerdos de ajuste estructural y con las políticas de racionalización y descentralización, pues se buscaba incidir en la reducción del déficit y en la disminución de la carga fiscal, liberando fondos para pagar la deuda externa. En esta etapa, el gran desafío para el sector fue unir el compromiso histórico de universalidad de la atención con la disminución de costos, y promover la participación de otros sectores en las actividades encaminadas al bienestar. Las recomendaciones principales fueron cambiar el papel del Estado y, paralelamente, la propuesta de transformación de los ministerios de salud en instancias gerenciales y reguladoras, así como la descentralización y el aumento de la participación del sector privado.

En un segundo momento,⁵ lo que anima la agenda de la reforma es tanto la excesiva contracción impuesta por los ajustes económicos sobre los propios sistemas públicos de salud como el aumento de las desigualdades sociales. Es entonces cuando el propio Banco Mundial crea un fondo especial para aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste, y empieza a financiar las reformas como parte de las condiciones negociadas en las bases de los ajustes económicos (Almeida, 2002).

En esta etapa, se funden los instrumentos de la primera fase, generando una propuesta de reorganización de los sistemas de salud en el llamado pluralismo estructurado, que consolida la separación entre salud pública y atención médica individualizada, respetando la libre elección de los individuos en materia de servicios pero vinculándola a su capacidad de pago. Así, los instrumentos estructurantes del nuevo modelo de organización de la atención a la salud fueron:

- La separación de las funciones de financiamiento, provisión y regulación, de forma que se disminuye la oferta estatal de servicios, aumenta la participación del sector privado y el papel del Estado en la regulación.

⁴ Temporalmente corresponde a finales de los años setenta y toda la década de los ochenta, del siglo xx.

⁵ Temporalmente corresponde a la década de los noventa, del siglo pasado.

- La oferta de servicios básicos o un paquete básico por el Estado, con el fin de lograr una mayor cobertura del sistema de salud para los grupos sociales más necesitados que no disponen de condiciones para satisfacer sus necesidades en el mercado. Esos servicios deberían ser de bajo costo y alta eficacia.
- El financiamiento es público, pero la administración de los recursos es privada.
- La descentralización de funciones para los niveles subnacionales de gobierno.
- La introducción de mecanismos competitivos, de contención, control y recuperación de costos para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios.

Paralelamente se formuló un nuevo concepto de universalismo, basado en las intervenciones con mejor relación costo-beneficio, que sustituyó la noción de necesidad por la de riesgo y la de derecho social por el principio de igualdad de oportunidades frente a las arbitrarias contingencias de la vida, y según la posición social y económica del individuo⁶ (Vargas *et al.*, 2002).

La búsqueda de la eficiencia de los sistemas de salud, medida por el uso más racional de los recursos, requirió de herramientas de la microeconomía y de la gerencia. De igual forma, surgieron nuevos indicadores, como los años de vida ajustados por calidad (QALY, por sus siglas en inglés) o los años de vida ajustados por discapacidad (DALY, por sus siglas en inglés), que permitieron evaluar la carga de la enfermedad evitada para diferentes grupos sociales, y el costo-efectividad de las intervenciones para orientar la definición de las acciones en salud pública y los paquetes esenciales. También emergieron nuevos campos temáticos, como la investigación en sistemas de salud y economía de la salud; como parte de ese proceso surgieron nuevos interlocutores en el ámbito académico, con gran capacidad de producción de conocimientos y movilización de recursos cognitivos, que aportaron poder y herramientas a los tomadores de decisiones (Melo y Costa, 1995; Randaelli, 1995; Abrantes y Almeida,

⁶ La valorización del individuo como unidad de intervención corresponde con los valores normativos de justicia social propios de la discusión que alienta los principios de la reforma, influida sobre todo por Rawls.

da, 2002). Lo anterior obedeció a que los resultados de las investigaciones pasaron a actuar como agentes del cambio y éstas fueron reconocidas como una de las herramientas esenciales para la reorientación de los sistemas de salud y sus políticas (Nájera *et al.*, 1989).

La elaboración y diseminación de este nuevo conocimiento fueron respaldadas por los organismos internacionales de crédito, ocupando el lugar tradicional de la Organización Mundial de la Salud (oms)/Organización Panamericana de la Salud (ops). El apoyo del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo a determinados centros de investigación crece con la percepción de que las reformas de políticas macroeconómicas no fueron suficientes para promover el cambio esperado y era necesario incursionar también en dirección a los ajustes sectoriales. Se percibió que las reformas eran más exitosas cuando había en los países facciones intelectualmente (o de otra forma) comprometidas con la reforma y recursos humanos y conocimiento para viabilizar la puesta en práctica de los acuerdos (Jamilson *et al.*, 1994: 35). A la ciencia y al conocimiento no sólo les fue otorgado un valor trascendente en sí mismo, sino que se reconoció su papel positivo a través de su aplicación en el proceso de reforma, despojando a la misma de la política.

En consecuencia, a partir de 1994 el Banco Mundial pasa a canalizar recursos hacia la investigación y el desarrollo de la capacidad de investigación en el sector salud en los países beneficiarios. Incluso, está interesado en apoyar investigaciones transferibles de un país a otro, internacionalizando la investigación de alto nivel y, por ende, muy bien financiada. El apoyo estará dirigido a los trabajos que contribuyesen al perfeccionamiento o a una elección más informada entre las ya existentes, y al fortalecimiento de la capacidad a través del desarrollo institucional (*ibid.*: 36). También de especialistas capaces de asesorar las reformas en diferentes lugares del planeta y, en algunos casos, ocupando el lugar de las burocracias nacionales tradicionales (Bossert *et al.*, 1998).

Concretamente, las élites científicas actuaron como ideólogos y expertos. Como ideólogos elaboraron los argumentos técnico-científicos a partir de los cuales se justificó la reforma en términos médico-sanitarios-demográficos, lo que permitió ubicarla como parte de la reforma del Estado. En consecuencia, la reforma es aceptada

y legitimada en su racionalidad técnico-científica; los científicos expertos participaron indicando los conocimientos más adecuados para alcanzar sus fines, ajustando el sector salud al entorno económico cambiante. O sea, hicieron la traducción de los argumentos económicos para el sector salud elaborando su marco normativo, el diseño de los sistemas asistenciales, sus estrategias de intervención y los instrumentos a partir de los cuales se definirán las prioridades en salud, los grupos sociales a ser protegidos por paquetes y la nueva dinámica para asignar recursos que no contribuya a aumentar la carga tributaria del Estado ni a obstaculizar el desarrollo del mercado de servicios médico-sanitarios.

Lo sorprendente de esa agenda ha sido su adaptación a situaciones sociales y sanitarias sumamente distintas, independientemente del desarrollo de las políticas de protección social y de la tecnificación-despolitización de la cuestión social, en un contexto marcado por el aumento de la pobreza y por la evocación de la democracia en los debates políticos.

La traducción de la agenda de la reforma en México

En México, el inicio de la reforma del sector salud coincide con el gobierno de Miguel de la Madrid, cuando se renegoció el pago de la deuda externa por parte del gobierno; como parte de este proceso, se aceptan las condiciones y las políticas de ajuste estructural que implican un nuevo papel del Estado en el sector social y, en particular, en el de salud. A partir de ese momento, se inició un proceso de reforma en el sector salud articulado a un proyecto mayor de reestructuración del Estado y del modelo de desarrollo, que todavía está en proceso.

Las condiciones impuestas por el ajuste estructural, en cierta medida, coincidían con los intereses de De la Madrid y de algunos miembros de su gabinete. En consecuencia, el Programa Inmediato de Reordenamiento Económico (PIRE), anunciado en diciembre de 1982, fue un indicador de que el gobierno mexicano había aceptado el severo programa del Fondo Monetario Internacional (FMI), conocido como “plan de choque ortodoxo”, que repercutió de forma importante en el sector salud.

Vale la pena recordar que durante ese periodo el gasto social por habitante se vio mermado en grandes proporciones debido a que el gasto público federal en salud disminuyó 3% del producto interno bruto (PIB) en promedio en el periodo 1983-1987, según autoridades del propio sector. Además, para el periodo de 1982 a 1986 las cuotas de aportación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se redujeron 16.6% en términos reales debido en buena medida a la disminución del salario real y de la masa salarial real (Reyes Heroles, 1988). Los otros programas sociales sufrieron recortes y discontinuidades; los presupuestos para los centros de salud rurales cayeron, y el número de pasantes de medicina en servicio social descendió, y se observó un deterioro general en la red de servicios de salud.

Para contrarrestar esta situación, el doctor Guillermo Soberón, nombrado secretario de Salud para el periodo 1982-1988, propuso la llamada "reforma estructural" que pretendía, de acuerdo con José Francisco Ruiz Massieu —colaborador del doctor Soberón—, "elevar el nivel de salud de la ciudadanía y al mismo tiempo evitar el quebranto de las finanzas públicas". Sabían que "los límites del Estado en la solución de la crisis financiera eran los límites de su legitimidad" (Secretaría de Salud, 1988: 34) y que, por lo tanto, era necesario lograr "hacer más con menos, asignar mejor los recursos, racionalizar su uso vigilando que el ejercicio del presupuesto corresponda a lo programado" (De la Madrid, 1983: 36).

El Proyecto de Reforma Estructural representó cambios en la Constitución, en la Ley de Salud y en la Ley Orgánica de la Administración Pública. El derecho a la protección de la salud fue incluido en la Constitución. Se normó una reorganización sectorial a través de: *a*) la integración orgánica y funcional de todas las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, en un Sistema Nacional de Salud; *b*) la modernización administrativa de Salubridad y Asistencia para reforzar su autoridad rectora de la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, y *c*) la racionalización y simplificación administrativa de su estructura orgánica y de reglamentación y control. Además, la prestación de los servicios médicos asistenciales y las acciones sanitarias serían descentralizadas y se contemplaba una acción complementa-

ria de las organizaciones sociales y del sector privado en la oferta de servicios.

Para cubrir el derecho al acceso a los servicios de salud fue planteada la posibilidad de diversificar las fuentes de financiamiento. El propio doctor Soberón observó que “con muy buen sentido [la ley] no previene que el acceso a los servicios de salud sea necesariamente gratuito. La ley secundaria podrá determinar criterios de solidaridad social y de equidad para que el costo de los servicios sanitarios sea remunerado por el usuario de acuerdo con su condición económica” (Soberón, *et al.*, 1988: 53).

Fue un periodo de “cambios en la interpretación del concepto y en la práctica de la salud pública” (Secretaría de Salud, 1994: 26), que se reflejó en la propuesta conceptual de una “nueva salud pública” y el inicio de la participación de otros agentes sociales en la ejecución de los programas de salud para disminuir el papel del Estado, al mismo tiempo que se buscaba, en parte, el traslado del financiamiento a los propios usuarios por medio de la institucionalización de las cuotas de recuperación. Se esperaba, por un lado, una mayor participación de los estados en el financiamiento de la salud con la descentralización, y un crecimiento de la participación del sector privado en la prestación de servicios. Por otro, desplazar del ámbito político hacia el técnico-científico la gestión del sistema de salud para neutralizar la presión de los grupos sociales organizados y garantizar un mejor equilibrio entre los recursos y las necesidades en salud.

Además, la política de austeridad del doctor Soberón tuvo como resultado el estancamiento de la expansión de los servicios médicos, y la desigualdad en las condiciones de salud entre las regiones y los diferentes grupos de ingresos creció significativamente. La brecha social crónica existente en las condiciones de salud había aumentado y los indicadores de salud la expresaban claramente: se calculaba para entonces en todo el país una tasa de mortalidad infantil de ocho muertes por 1 000 nacidos vivos registrados, en tanto que para los estados más pobres —Oaxaca, Chiapas, Hidalgo, Guerrero— la tasa era mucho mayor (Gómez Dantes, s. f.: 11). Coincidientemente son los estados con menor inversión pública federal en salud (IPFS) per cápita, de acuerdo con Hernández Bringas (2001: 42). Siguiendo a este autor, para el periodo de 1982-1986 el IPFS

acumulado nacional fue de 7165, para Chiapas 3257, Puebla 3714.9, Guerrero 5486.5 y Oaxaca 2576.4 pesos per cápita. Para ese mismo periodo tenemos: Distrito Federal con 23 106.1, Baja California Sur 12 865.7, Baja California 7037.

Respecto a la esperanza de vida al nacimiento, estos estados presentaban un rezago de alrededor de 15 años. La mortalidad materna en Oaxaca presentó, al final del sexenio, casi 20% del total de muertes maternas observadas en los municipios de muy alta marginación, de acuerdo con el Reporte de Evaluación del Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA) (Gómez Dantes, s. f.).

Al final del periodo del doctor Soberón había en la Secretaría de Salud razones suficientes para expresar cautela o duda respecto al impacto positivo del Proyecto de Reforma Estructural sobre las condiciones de salud de la población, las finanzas del sector salud, la calidad de los servicios, la equidad en la distribución de los recursos y bienes, la gerencia, coordinación y regulación del Sistema Nacional de Salud. Se discutía en el ámbito del propio equipo del doctor Soberón la descentralización como una política que depositó la salud de millones en manos improvisadas. De acuerdo con Santos-Burgoa (1993), “67% de los directivos de las células básicas de la salud pública nacional, depositarios finales de una descentralización de los servicios, no tenían ninguna formación de posgrado que les permitiera manejar sus responsabilidades”.

La llamada modernización, definida como la adaptación de estructuras administrativas y de funciones, también provocó problemas a los programas verticales en su transferencia hacia los estados, como fue el caso particular del Programa de Control del Paludismo. La meta del control, de mantener la mortalidad en cero y la morbilidad en menos de 100 casos por cada 100 000 habitantes, no fue alcanzada (Secretaría de Salud, 1994: 29). En 1989 fueron detectados —según el doctor Kumate— 110 000 casos de paludismo (Secretaría de Salud, 1993: 10). Esto debido a la disminución de los recursos financieros y a la propia política de modernización-descentralización (Secretaría de Salud, 1994: 303). Por un lado, no había receptividad por parte de los estados y, “por su parte, el personal perteneciente a la antigua campaña de erradicación también mostró resistencia a incorporarse al personal de los servi-

cios regulares bajo la jerarquía estatal jurisdiccional" (Fernández, 1988: 124).

El resultado de esa descentralización sobre la campaña originó conflictos con el personal, el retiro voluntario de más de 1 000 trabajadores del programa y la reubicación de muchos, no aceptación de la autoridad regional, deterioro de los equipos, ausencia de recursos físicos y de personal local capacitado para responder a la nueva responsabilidad, desigual y baja integración de esos programas a las estructuras locales, el desconocimiento del personal del IMSS-Coplamar respecto a los aspectos clínicos, epidemiológicos y de control, la poca o nula movilidad de su personal y la inoportuna notificación de casos, pues se requería de personal móvil que se desplazase, en itinerarios más o menos largos, para la realización de las actividades del programa (*idem*; Secretaría de Salud, 1994: 303). También se incrementó en ese periodo la notificación de casos de teniosis y de cisticercosis (Secretaría de Salud, 1994: 295), así como la duplicación de casos de brucelosis (*ibid.*: 298).

A su vez, los gobernadores no estaban apoyando la descentralización y muchos la consideraban como una "transferencia de problemas" en un contexto de escasos recursos y de agudización de los problemas de salud, aunándose a un deterioro de los servicios de salud⁷ y a una política poco equitativa y justa, porque los escasos recursos financieros existentes no estaban siendo distribuidos igualmente.⁸ Unos criticaban y denunciaban su pragmatismo, pues las cuestiones económicas eran tratadas con más prioridad que las políticas y sociales, y otros reclamaban por la falta de recursos humanos en los estados para llevar adelante las nuevas obligaciones,⁹ así

⁷ Véase Subsecretaría de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social y Regional (1984: 198). El gobernador de Sinaloa, Francisco Labastida Ochoa, y el gobernador de Oaxaca que denuncian que en 1980 las enfermedades respiratorias tenían una tasa de 345 por cada 10 000 oaxaqueños, y en 1984 la tasa llegó a 1 100. Lo mismo sucedió con las enfermedades diarreicas que pasaron de 159 a casi 400, con la amibiasis que aumentó cuatro veces, el paludismo que se duplicó, la sarna se triplicó y reapareció el dengue; la neumonía y la varicela también aumentaron.

⁸ Véase en Subsecretaría de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social y Regional (1984: 138) el relato del gobernador del Estado de México, Alfredo Baranda García, y del gobernador de Nuevo León, Jorge Alonso Treviño Martínez.

⁹ Véase en Subsecretaría de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social y Regional (1984) el relato de la gobernadora de Tlaxcala, Beatriz Paredes, del de

como la falta de transparencia en el proceso y la no participación de los estados en las decisiones.¹⁰ Había también aquellos que reivindicaban las viejas banderas de los sanitarios, como la referencia y la contrarreferencia, así como la articulación de la política de salud con la de desarrollo,¹¹ y los que apoyaban la no integración del IMSS-Coplamar a los servicios de la Secretaría de Salud.¹²

Esa situación generó descontento y conflicto dentro de la burocracia sectorial y entre los gobiernos de los estados descentralizados, al igual que la reforma administrativa; además de que, por una parte, fue puesta en práctica por un secretario de Salud externo al sector, bioquímico de formación, oriundo de la investigación básica que lo conecta con la industria químico-farmacéutica y con un equipo formado por profesionales, que lo acompaña desde su tiempo de rector, dedicado a la política académica, y de algunos jóvenes médicos formados en el exterior, distantes de la práctica de la salud pública y de las ideas nacionalistas presentes en el ambiente salubrista. Por otra parte, se daba en un contexto de privación económica y de aumento de la demanda de los servicios de salud, pues resurgían brotes de enfermedades anteriormente controladas, como el sarampión, y por el sismo de 1985 que afectó una parte importante de las instalaciones médicas de la ciudad de México.

La propuesta de cambio estructural fue interrumpida, al igual que la descentralización. Sin embargo, sirvió para debilitar algunos grupos de poder al interior de la Secretaría de Salud y para definir una nueva corriente dispuesta a luchar por su continuidad como grupo de poder, creando para ello la Fundación Mexicana para la Salud (FunSalud) en 1985 y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 1987. Desde entonces, FunSalud —apoyada por sectores de la industria químico-farmacéutica (Wyeth, Bayer, Laboratorios

Tabasco, Enrique González Pedrero, y del gobernador de Zacatecas, Genaro Borrego Estrada.

¹⁰ Véase el pronunciamiento de María de los Ángeles Moreno Uriegas en Subsecretaría de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social y Regional (1984).

¹¹ Véanse los relatos de los gobernadores de Guerrero, José Francisco Ruiz Massieu, y de Oaxaca.

¹² Véanse los relatos de los gobernadores de Chihuahua, Fernando Baeza Meléndez, y de Durango, José Ramírez Gomero, en Subsecretaría de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social y Regional (1984).

Sanfer y otros), nutrición (Nestlé), tabacalera, de bebidas (Bacardí), por los accionistas de hospitales privados y aseguradoras y por grandes fundaciones privadas de Estados Unidos de América (Funsalud, 1996)—, buscó influir en la política de salud y en el debate sectorial, contribuyendo con ello en el desprestigio de las instituciones públicas al apoyarse en la ideología del sector privado como expresión de eficiencia. El Instituto Nacional de Salud Pública buscó diseñar un proyecto académico y de investigación para formar a los nuevos gerentes del sistema de salud a ser reformado, y producir información que les permitiera ser la vanguardia del proceso de reforma (INSP, 1991).

En el sexenio siguiente, el titular de la Secretaría de Salud, el médico-militar Jesús Kumate, con larga trayectoria clínica y de investigación en el Hospital Infantil de la Secretaría de Salud, nacionalista y conservador, que valoraba la ciencia y las instituciones nacionales,¹³ postergó cambios más profundos en la organización de los servicios de salud, mientras buscaba dar respuesta a la reducción significativa de la cantidad y calidad de los servicios ofertados por la Secretaría de Salud. Una buena parte de su equipo estaría conformada por cuadros internos de las instituciones del sector salud, con base en un supuesto mérito adquirido a lo largo de una trayectoria médica-administrativa, rehaciendo en parte la vieja alianza entre especialistas médicos y sanitaristas, sin cerrar la puerta a los nuevos sanitaristas vinculados al doctor Soberón.

Uno de los programas más importantes de ese periodo, y que tenía como propuesta el combate a los estragos provocados por la política económica, fue el PASSPA, cuya negociación fue iniciada en 1987 durante el periodo del doctor Soberón y que se prolongó hasta noviembre de 1989. Con este programa se inicia una nueva dinámica para resolver, con recursos advenidos de préstamos del Banco Mundial a través del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), los problemas de la pobreza mediante la focalización en grupos de extrema pobreza. El monto total de recursos fue de 250 millones de dólares para ser ejercidos entre enero de 1991 y diciembre de 1995 en cuatro de los estados más pobres del país: Chiapas, Hidalgo, Guerrero y Oaxaca. La participación del Banco Mundial ascendió a

¹³ Para una definición de nacionalista, véase Noriega (1992).

72% del total y los gobiernos de los estados de Guerrero y de Oaxaca y el mexicano participaron con 28 por ciento.

De acuerdo con Gómez Dantes *et al.* (1999),¹⁴ el PASSPA hizo parte integral del paquete de ajuste estructural que el Banco Mundial otorgó a México. Para administrar este programa se creó la Unidad Coordinadora del programa que estaría bajo la responsabilidad de la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo de la Secretaría de Salud, cuyo titular era el doctor Jaime Sepúlveda Amor, quien de inicio participó en el gabinete al frente de la Dirección General de Epidemiología.

El PASSPA también representó el inicio de una tendencia para atender los graves problemas de salud pública a través de un paquete cerrado de servicios, que no son definidos a partir de la demanda de los beneficiarios potenciales, sino por grupos técnicos del gobierno y de los organismos internacionales financieros. El proyecto contempló dos componentes: uno que pretendía fortalecer la capacidad operativa de las unidades de atención a la salud, a través de la provisión de recursos humanos; la construcción, rehabilitación y equipamiento de la infraestructura de salud, para garantizar la entrega de la atención básica en salud, y la ayuda nutricia a 13 millones de personas no aseguradas. El otro componente era de desarrollo institucional.

Otras políticas novedosas de este periodo, y que repercutieron en el sector salud, fueron el Programa Nacional de Solidaridad, la formulación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), (Bertranou, 1995), y la anunciada política de apertura de mercado a través del Tratado de Libre Comercio (TLC). Este tratado, apoyado desde el sector salud por el grupo del doctor Soberón, resultó en un cre-

¹⁴ El referido artículo presenta los resultados parciales de la evaluación del PASSPA realizado por un equipo del INSP, conforme a lo solicitado por la Ssa, en la consideración que ese grupo era independiente de ésta. La mayor parte de la evaluación se hizo a partir de la información proporcionada por los programas, y muchas veces no contó con la colaboración de las autoridades responsables de ellos. Además, como la evaluación detectó mal uso de recursos y una serie de problemas con importantes consecuencias para las autoridades responsables, la dirección de la Secretaría de Salud prohibió la circulación del documento. Tuvimos acceso, cinco años después, a la versión censurada, gentilmente cedida por el coordinador de la evaluación, el doctor Octavio Gómez Dantes.

cimiento en el interés de empresas estadunidenses y canadienses de establecer empresas de capital mixto y de sus filiales en territorio mexicano, lo que representó la entrada de aseguradoras extranjeras —principalmente las organizaciones estadunidenses de atención gerenciada a la salud—, en particular para prestar servicios en áreas como unidades diagnósticas, servicios de laboratorio, unidades de diálisis y otros servicios auxiliares de diagnóstico que requerían un menor volumen de inversión y eran de menor riesgo que la inversión, por ejemplo, en hospitales (OPS-OMS, 1994: iv). México se fue tornando en un mercado atractivo para las aseguradoras norteamericanas, y éstas, en tanto un grupo fuerte de interés a escala continental, con poder de organización supranacional y de presión externa, fortalecieron a los grupos nacionales y la toma de decisiones gubernamentales en esta dirección (Grande, 2002).

Es con el Programa de Reforma del Sector Salud del gobierno de Ernesto Zedillo (1994-2000) cuando empieza otra etapa en el proceso de reforma del sector salud. En esta etapa, la nueva reorganización sectorial reflejaba el proyecto del grupo de Funsalud, basado en una propuesta teórica que fue etiquetada como “pluralismo estructurado”.

Una vez más, la búsqueda de una nueva reorganización sectorial implicaría conflictos y ajustes en el proyecto inicial. La propuesta de reordenamiento del sector salud no era del todo compartida por el secretario de Salud —el doctor Juan Ramón de la Fuente—, quien reconocía que las instituciones tienen una historia y no pueden cambiar de la noche a la mañana¹⁵ y que, además, existía un enorme sector de la población que carecía de cobertura de servicios básicos necesitado de la acción del sector público. A pesar de ello, reconocía que en un futuro se podría introducir un modelo de mercado con esquemas de subrogación, reversión de cuotas y gestión mixta, pero que en el momento continuaba siendo importante, por encima de la rentabilidad económica, el papel del Estado y los compromisos sociales adquiridos.

Bajo esta visión, retomó la propuesta de descentralización y, aunada a ella, la de introducir un paquete básico de servicios de

¹⁵ Entrevista al doctor Juan Ramón de la Fuente, realizada por Ivonne Melgar, *Reforma*, 15 de junio de 1997, México, D. F.

salud a través del PAC, financiado por el Banco Mundial, de carácter asistencial y selectivo, para llevar servicios a las zonas de mayor marginalidad, a través de brigadas móviles (un médico y una enfermera) que iban a las comunidades cada 15 días, cuando se cumplía el recorrido en los tiempo previstos. Para complementar al PAC fue creado, en 1997, el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), dirigido a las familias en extrema pobreza, bajo la estrategia de la corresponsabilidad, condicionando a las familias beneficiadas a un conjunto de obligaciones para lograr los beneficios.

De acuerdo con Dieterlen (2000), la perspectiva de género presente en el Progresá intenta mejorar la escolaridad de las mujeres y el poder de las madres en el proceso de decisión en el hogar con la esperanza de disminuir el número de hijos, proporcionar una mejor atención y disminuir la violencia doméstica. Esa estrategia tomó expresión incorporando a la mujer como titular de los beneficios.

De cualquier manera, la tendencia al aumento de la participación del sector privado y de las aseguradoras continuó y encontró respaldo junto a sectores del Poder Ejecutivo, así como también la tendencia integracionista de la salud a los mercados globalizados que exigía reglas claras. De tal forma que, en los últimos días del zedillismo, bajo presión de Funsalud y de las aseguradoras, fueron creadas las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES), cuyo papel era articular a los prestadores de servicios con los consumidores para hacer posible la regulación del mercado de seguros médicos privados: también, la creación de normas que generaran un marco regulatorio para la acción del sector privado y para la protección de los consumidores, a fin de evitar que el intercambio comercial se realizara sin sujeción a estándares de calidad y de seguridad.

Concomitantemente, se aplica la reforma a la Ley del Seguro Social bajo el principio “pagos iguales por servicios iguales”, instituyendo cuotas únicas para todos los asegurados y transfiriendo la gestión de los fondos de la seguridad social al sector privado. Investigadores, organizaciones sindicales y sociales, algunos representantes partidistas y el Partido de la Revolución Democrática (PRD) se opusieron al desmantelamiento de la base de solidaridad entre los asegurados en donde todos pagaban de acuerdo a su ingreso y reci-

bían servicios de conformidad con sus necesidades, igual que a la propuesta de reversión de cuotas en el seguro de enfermedades y maternidad, la subrogación de los servicios de guardería, la privatización de los fondos de pensiones y otros puntos regresivos presentes en el proyecto inicial (Laurell, 2001; López y Padilla, 1996).

Los cambios introducidos no fueron suficientes para promover una nueva organización sectorial. La victoria del candidato del Partido Acción Nacional (PAN), conocido por sus posiciones de centro-derecha, y el nombramiento, con el apoyo del sector privado, del doctor Julio Frenk Mora como secretario de Salud, confirmaron la continuidad de la tendencia inaugurada en 1982 de orientar normativamente la política de salud por criterios eficientistas, sin entrar en el espacio de la redistribución; aunque se puede observar también una mayor presencia de la perspectiva de género en el discurso oficial, de control social como expresión del amplio consenso normativo reforzado, tanto por el proceso interno de democratización —que logró una mayor presencia de las demandas feministas y de denuncia del aumento de la pobreza—, como por procesos externos reflejados en los acuerdos y en las políticas de los organismos internacionales.

EL GÉNERO Y LA AGENDA PARA LA SALUD REPRODUCTIVA

La configuración de la política de salud reproductiva en México

Durante las décadas de los sesenta y setenta del siglo XX, lo que se discutía en el ámbito internacional era una política poblacional que buscaba armonizar el desarrollo de los países con sus tendencias demográficas. El móvil de la discusión era la relación entre crecimiento poblacional y desarrollo económico, y estuvo amparada por los organismos de cooperación internacional de las Naciones Unidas en cinco conferencias —Roma 1954, Belgrado 1965, Bucarest 1974, México 1984 y El Cairo 1994 (Lerner y Szasz, 2001)—. Para este entonces, predominaba la visión que planteaba el crecimiento demográfico como un obstáculo para el desarrollo económico y social (Cervantes, 1999). En este marco, las acciones estaban centradas en la planificación familiar y se implementaban a través

de la administración de métodos anticonceptivos. La base de actuación era poblacional y la práctica de planificación familiar estaba dirigida principalmente a las mujeres unidas en edad reproductiva, consideradas protagonistas del proceso reproductivo e insumo para los servicios de salud.

Sin embargo, diversos autores reconocen que desde la reunión de Belgrado (1965), y en particular después de Bucarest (1974), el debate se polarizó debido al confrontamiento de ideas entre los controlistas o antinatalistas y los pronatalistas o poblacionistas, desarrollistas (Lerner y Szasz, 2003). Estos últimos ubican el desarrollo como un elemento fundamental para atacar las inequidades entre personas y sectores, tomando en cuenta los contextos socioeconómicos específicos, y en este sentido intentan promover políticas capaces de integrar a las mujeres a este proceso de desarrollo, mejorando su nivel de escolaridad, de salud y, en general, sus condiciones de vida (De los Ríos, 1993).

El debate fue enriquecido por otras cuestiones surgidas de las movilizaciones por los derechos humanos, y de las mujeres por su emancipación, que marcaron en parte la pauta de discusión en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos (1968), en la Comisión sobre el Estatus de la Mujer en Naciones Unidas (1968) y en la Primera Conferencia Internacional sobre Mujeres, en 1975; estas cuestiones se centraban en “el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en materia de fecundidad, y la condición o *estatus* de la mujer” (Lerner y Szasz, 2003: 6).

Como resultado de este proceso, la visión de integración de la mujer al desarrollo ganó fuerza, y se reconoció su papel en la producción de bienes y servicios; el concepto de paternidad responsable —definido como el derecho a la libre decisión, responsable e informada de ambos cónyuges, en cuanto al tamaño y el momento de su descendencia— favoreció la aceptación de la política de planificación familiar (*idem.*; De los Ríos, 1993: 4).

En México las acciones que marcan el inicio del Programa de Planificación Familiar se remontan a 1973-1974, cuando fue aprobada por el Congreso de la Unión la Ley General de Población.¹⁶

¹⁶ La ley fue la base jurídica del Programa de Planificación Familiar y confirió a la Secretaría de Gobernación la tarea de dictar y ejecutar medidas para realizar pro-

Este programa fue creado para reducir la fecundidad y la mortalidad, y constituyó una estrategia para abatir el crecimiento demográfico y mejorar el bienestar de las familias y comunidades en un marco de respeto a las decisiones informadas de los cónyuges (Cabrera y Hazas, 1992: 145; Cárdenas, 1974: 184-186). En el IMSS fue puesto en marcha el Programa de Planificación Familiar Voluntaria (1972) como parte de las prestaciones médicas llevadas a cabo por el sistema médico familiar, involucrando también a la jefatura de Medicina Preventiva en la distribución de contraceptivos y de material educativo. Estas acciones también se llevaron a cabo en el ISSSTE y en la SSA, y se complementaron con la venta de anticonceptivos.

Sin embargo, es en el sexenio de Luis Echeverría cuando se sentaron las bases de una política demográfica orientada principalmente al control de la natalidad, particularmente de la población pobre, toda vez que es ahí donde se registraba el mayor número de nacimientos y había más problemas de acceso a los servicios de salud. La política social de entonces era un subproducto de la política general de desarrollo económico y de la necesidad del régimen de asegurar su estabilidad a través de la inclusión de los sectores menos favorecidos de la población (Martínez, s. f.). En ese sexenio, los programas de planificación familiar van aumentando sistemáticamente su cobertura —en 1976, 30% de las mujeres en edad fértil, casadas o en unión, la mayoría de zonas urbanas, hacía uso de algún método anticonceptivo—, según datos del Consejo Nacional de Población (Conapo) citados por Cabrera y Hazas (1992: 146), y como parte de ese proceso se crea, en 1977, la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, cuyos objetivos eran mejorar las condiciones de salud materno-infantiles y disminuir la natalidad.

La tendencia controlista se ve acentuada en el sexenio de De la Madrid (1982-1988), y se amplía al transformar la planificación familiar en una política social de salud dirigida enfáticamente a la mujer, aunque se señalaba en el discurso la necesidad de incorporar

gramas de planificación familiar por medio de servicios educativos y de salud pública. Dicha tarea se llevó a cabo posteriormente, en 1976, a través de la creación del Consejo Nacional de Población durante el gobierno del presidente José López Portillo (1976-1982); dicho organismo sentó las bases de los planteamientos demográficos que asumirían las instituciones.

rar a hombres y adolescentes, lo que pocas veces se tradujo en acciones concretas (Secretaría de Salud, 1994, tomo I: 276). El argumento para la incorporación de la política de planificación familiar en la política de salud fue que el espaciamiento entre los hijos influye en la fecundidad y en las cuentas nacionales, pero también en la salud materno-infantil y en el rol de las mujeres como responsables de la reproducción familiar. O sea, fue interpretada como una política versátil que ayudaría a disminuir la presión de la sociedad sobre la acción social del Estado y a mejorar los indicadores sociales. El argumento presentado fue que: "La diferencia en la fecundidad entre dos o cuatro hijos por mujer en el año 2010, puede significar en ese año una variación de 34.4 millones de habitantes; dos millones de nacimientos anuales menos; 12 millones de matrículas de primaria en lugar de 21; un ahorro de 27 mil camas de hospitales, y la necesidad de crear 560 mil empleos anuales en vez de 1.2 millones" (Secretaría de Salud, 1988: 282). La meta era lograr 7.6 millones de usuarias de métodos anticonceptivos para obtener una tasa de crecimiento de 1.9% en 1988 (Soberón, 1989: 262).

En consecuencia, la planificación familiar fue considerada como una de las políticas prioritarias del Programa Nacional de Salud 1984-1988 para disminuir las muertes maternas y perinatales en los grupos sociales más vulnerables, y fue definida como una acción de salud de carácter preventivo que formaba parte de los servicios mínimos de salud dirigidos principalmente a la familia, entendida como "el núcleo más importante de regulación del fenómeno de la procreación", donde la mujer era el actor clave para lograr el éxito de las intervenciones.

Aunque retóricamente se reconocía la necesidad de ampliar estas acciones a la población masculina "como parte de la revaloración del rol de la mujer en la familia", no se identifican intervenciones concretas dirigidas a esta población. También se señalaba la importancia de promover políticas de educación, información y orientación sexual a adolescentes para enfrentar los 380 000 embarazos anuales en menores de 20 años de edad.

Para instrumentalizar esta nueva visión y en el marco de la reforma sectorial en ejecución, la Secretaría de Salud se integra al Consejo Nacional de Población (Conapo) —órgano responsable de la política demográfica— y promueve las siguientes modificacio-

nes organizacionales: *a)* se establece una Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) como parte de la reforma administrativa y organizacional de la Secretaría de Salud, unificando, para un objetivo único en una sola instancia, la Dirección General de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar y la Coordinación General que existía para ese fin; *b)* se crea el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar, integrado por los responsables del programa en otras instituciones del sector bajo la coordinación de la Ssa; *c)* en el ámbito de los estados, se adhirió al Departamento de Atención Primaria el Departamento de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, para garantizar una mayor cobertura en las comunidades rurales y pobres como parte del nuevo modelo de atención a ser puesto en práctica (Secretaría de Salud, 1994, tomo I: 277).

A su vez, con carácter residual, a partir de la Secretaría de Salud se establece el Programa Nacional Mujer y Salud (Pronamusa, 1984), el cual involucra al IMSS, al ISSSTE y al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Al interior de la Secretaría de Salud, el doctor Soberón creó la Comisión Interna de la Mujer, presidida por María del Carmen Elu. Ambas instancias tenían como objetivo dar “visibilidad y difundir las condiciones de salud de las mujeres mexicanas y con ello promover la voluntad política y las acciones para su mejoramiento”. Reconocen la alta mortalidad por los cánceres cérvico-uterino y mamario y la mortalidad materna como problemas específicos de las mujeres a ser investigados y enfrentados como tales por el sector (Programa Nacional Mujer y Salud, 1988: 16-17).

Para alcanzar las metas de fecundidad previstas, por primera vez se definió en cada estado el número de métodos y tratamientos anticonceptivos de cada clase que serían necesarios para determinar la magnitud del esfuerzo y el recurso;

se efectuaron investigaciones de mercadotecnia social que fundamentaron la estrategia para la comercialización de tres millones de preservativos en tiendas del sistema de distribuidoras Conasupo; se realizó una encuesta de aceptabilidad y se inició un estudio médico para determinar la viabilidad de la introducción en México del nuevo método anticonceptivo subdérmico “Norplant”, con acción hasta por cinco años; se inició una encuesta sobre conocimientos de planificación fa-

miliar y actitudes hacia ella en zonas rurales y urbanas marginadas del país, se apoyó el desarrollo de investigación en biología de la reproducción y otras áreas temáticas referentes a las condiciones de salud de la mujer [Soberón, 1989: 262-263 y 454].

De cualquier forma, desde la perspectiva de algunos autores (Sandoval, 2001), la adopción por parte del sector salud de la planificación familiar como parte de las políticas de extensión de cobertura que componen las acciones básicas de salud abrió las posibilidades para una mayor preocupación hacia la mortalidad materna por aborto, parto y puerperio, el cáncer del cuello uterino y de mama, la mortalidad infantil y, en sentido amplio, hacia los riesgos para la salud de madres e hijos e hijas y, en particular, de la salud reproductiva de la mujer. En ese marco, algunos investigadores buscaron cuantificar la magnitud de los efectos en la mortalidad materna e infantil cambiando los perfiles reproductivos, independientemente de mejorías en las condiciones de vida y de acceso a servicios médicos competentes (Soberón *et al.*, 1988: 24-25). Para otros, esta política condujo a una mayor medicalización de los problemas de salud de la mujer y, por lo tanto, a un mayor poder de la visión médica-científica sobre la vida sexual y reproductiva de la mujer (Lerner y Szasz, 2003: 9; Figueroa, 1997).

En cuanto a los indicadores de salud, la tasa de muertes maternas por causas obstétricas directas continuaba siendo muy elevada, "no observando cambios significativos" (Secretaría de Salud, 1994: 91), al igual que la mortalidad por cáncer uterino, con una tasa de 24.1 por 100 000 mujeres de 25 años y más de edad en 1988, persistiendo como primera causa de muerte; el cáncer de mama ocupaba el segundo lugar en frecuencia con tasas ascendentes de mortalidad (Secretaría de Salud, 1994: 307-308). De igual forma, la meta establecida para 1988 de reducir 1.9% la tasa global de fecundidad aún no se alcanzaba (Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud, 1989: 21).

El resultado de lo anterior fue una mayor expansión del Programa de Planificación Familiar durante el sexenio del presidente Salinas de Gortari (1989-1994) como una política de salud costo-efectiva importante, la incorporación del concepto de maternidad sin riesgos y junto con él la estrategia dirigida a la mujer para pro-

mover cambios en el estilo de vida más allá de la persona, considerando que es quien "tiene a su cargo las acciones fundamentales para la salud de la familia, como la preparación de los alimentos, la higiene del hogar, la educación de los hijos, la atención de los miembros enfermos de la familia, la regulación de la fecundidad; de ahí que la inversión más rentable en materia de salud es cuidar y educar a nuestras mujeres" (*ibid.*: 18).

Esa visión orientó de manera importante algunas de las políticas dirigidas a las mujeres, identificadas como grupo vulnerable, en particular el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, de la Dirección General de Atención Materno Infantil, y una parte de los pocos recursos con los que se contaba fueron entonces destinados al fortalecimiento de la educación de la madre, definida como ama de casa, para mejorar sus capacidades, con el fin de reducir y controlar los problemas y riesgos a la salud e impulsar en su ámbito el autocuidado de la salud, en relación con las enfermedades comunes y sus complicaciones en los menores de cinco años de edad, y los padecimientos de ella, relacionados con la reproducción (Secretaría de Salud, 1994: 279). Esta orientación estuvo presente en el Programa La Salud Empieza en Casa dirigido a los grupos de población marginados y contó con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) y el Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud.

En cuanto al Programa de Planificación Familiar, éste continuó siendo prioritario y se establecieron como "principales retos sociales atender a la población adolescente, a la población rural y a la población masculina" (Secretaría de Salud, 1994: 263), como también ampliar las estrategias anticonceptivas introduciendo métodos más efectivos y duraderos.

Las acciones dirigidas a la población adolescente fueron: *a)* de carácter educativo e informativo en relación con la salud reproductiva y sexual; *b)* de atención médica en el ámbito universitario, y *c)* cursos para empleados de farmacia para capacitarlos en ofrecer información a la clientela juvenil que busca protección anticonceptiva (*idem.*).

Para la población rural y grupos indígenas dispersos en pequeños poblados menores de 2 500 habitantes, donde se concentra 50% de las muertes maternas (OPS-OMS, 1985: 1-233, citado por Aktin,

2000: 12), la Secretaría de Salud dio continuidad a la estrategia de extensión de cobertura a través de agentes de salud comunitarios, quienes, entre muchas de sus actividades, tenían las de orientar en el uso de métodos anticonceptivos, en particular los hormonales orales, inyectables y preservativos, y distribuirlos. También se previó y se otorgó prioridad a la oferta de inserción y remoción de dispositivos intrauterinos (DIU), por ser éste un "método clínico de mayor continuidad de uso y alta efectividad" en un contexto de escasos recursos financieros (Secretaría de Salud, 1994: 265).

Con vistas a un control más prolongado dio inicio al Programa Nacional de Vasectomía sin Bisturí, y se incorporaron el uso del anticonceptivo inyectable mensual, Cyclofen (fabricado por una empresa mexicana e incorporado al cuadro básico de medicamentos), los implantes subdérmicos Norplant y la esterilización quirúrgica (Secretaría de Salud, 1994: 266-268).

El resultado fue un incremento de 80% en el número de usuarios activos de métodos anticonceptivos en relación con 1988; o sea, un aumento promedio anual de 13% y un aumento de la cobertura del Programa de Planificación Familiar de la Ssa. En lo que se refiere a la esterilización, en 1993 hubo más de 129 000 operaciones, lo cual representa una cobertura de 29% respecto a las mujeres atendidas por algún evento obstétrico en hospitales de la Ssa (Secretaría de Salud, 1994: 272-275). Dos años después, la literatura especializada reportaba un sesgo hacia los métodos quirúrgicos, debido a que correspondían, en 1995, a 41% de las usuarias y hacia el DIU, segundo método más usado (22% en ese año) (Langer, 2000: 36).

La comunidad académica que adoptó el concepto de género y una actitud más crítica también se preocupó por la baja participación de las usuarias de los programas de planificación familiar en su diseño y puesta en práctica; los programas estaban dirigidos sobre todo a modificar los estilos de vida relacionados con la reproducción, y poco se abordaba la calidad de las relaciones entre prestadores y población usuaria de dichos programas. Muchas dudas fueron planteadas en relación con el proceso de atención en los programas de planificación familiar; la evaluación llevada a cabo, en cuatro estados, en 1993 por el Fondo de Población de las Naciones Unidas colaboró en este cuestionamiento. También se hicieron denuncias en torno a los altos porcentajes de esterilización sin consentimiento

de las mujeres, de posibles negligencias en la prestación de los servicios médicos y sobre la situación crítica de los servicios de salud (Figueroa, 1997).

Sin embargo, aunque bajó la tasa general de mortalidad infantil, las afecciones originadas en el periodo perinatal continuaban siendo la principal causa de muerte y, respecto a la mortalidad materna, la toxemia del embarazo continuó siendo la primera causa, junto con la hemorragia del embarazo y del parto y las complicaciones del puerperio (Secretaría de Salud, 1994: 40). Comparativamente, los estados más pobres continuaban presentando un rezago alarmante; aquí las tasas de mortalidad materna seguían siendo muy elevadas.

En el sexenio del presidente Ernesto Zedillo, el escenario para los programas dirigidos al control de la fecundidad y la salud de la mujer será otro. Las presiones internas e internacionales aumentan llevando al gobierno mexicano a adoptar el enfoque de salud sexual y reproductiva y el concepto de riesgo reproductivo, desarrollando estrategias encaminadas a la prevención del mismo y a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materno-infantil; regresó el interés sobre las mujeres como un fin en sí mismo, de tal forma que no sólo las mujeres en edad reproductiva fueron objeto de programas, y se conservó la tendencia de hacer de la política de salud reproductiva un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil, como veremos a continuación.

Las mujeres silenciadas

La expansión de los movimientos organizados de mujeres en el ámbito internacional durante la década de los setenta y ochenta da un giro a los conceptos manejados hasta el momento, y llama la atención hacia otros aspectos no considerados en la política de salud reproductiva. Estos movimientos aportaron elementos significativos que reivindicaron a una parte de la sociedad silenciada, que no silenciosa: las mujeres.

La organización y participación de las mujeres logra resignificar, por ejemplo, la palabra *derechos*, que fue incorporada en el sentido más amplio del término, reconociendo los sexuales y repro-

ductivos como parte importante de los derechos humanos. Lo anterior tiene una trascendencia importante en el diseño de políticas públicas en materia reproductiva, ya que se replantea la meta de alcanzar la salud con base en un derecho constitutivo y no como el acceso a un bien comercial, como lo consideran aquellas propuestas basadas en un modelo de mercado.

A finales de los años ochenta nos encontramos con una nueva perspectiva multidisciplinaria para la salud reproductiva; ya no sólo se identifica a la medicina —con las especialidades de ginecología y obstetricia— como disciplina rectora, con el dominio de los hombres y médicos, sino que se incorpora a las mujeres a partir de una aproximación más integral desde varias disciplinas. Aunado a lo anterior, el surgimiento del VIH/sida como infección relacionada con las prácticas sexuales hace más necesaria la distinción entre la reproducción y la sexualidad, de manera que la práctica sexual adquiere una connotación erótica y placentera, que va más allá de la procreación.

Frente a problemas como la pauperización de las mujeres y la feminización del sida, en el diálogo internacional se habla de derechos de salud, información, acceso, elección, privacidad, confidencialidad, dignidad, confort, continuidad y opinión (Lane, 1994) como elementos clave que refuerzan la noción del derecho universal. En este marco se redefinen teóricamente las relaciones de género y se pone mayor atención a las necesidades de las personas, de las familias y de las comunidades pobres. Se trata, pues, de la concreción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, y bajo esta propuesta la perspectiva de género constituye la estrategia para lograr la equidad.

La valoración social de la mujer como individuo es fruto también de las reivindicaciones de las organizaciones de mujeres, cuyas ideas se ven materializadas en prácticas, muchas de ellas orientadoras de políticas concretas. Este proceso de lucha y reivindicación ha sido interlocutor político importante frente a las decisiones gubernamentales y del Legislativo en relación con las políticas de salud dirigidas a las mujeres. Un marco importante referido por muchas organizaciones fue la primera Conferencia Nacional de Maternidad sin Riesgo realizada en Cocoyoc, Morelos, en octubre de 1988. La trascendencia de esta reunión residió, por un lado, en propiciar el diálogo frente a frente entre gobernantes y mujeres organizadas,

del cual surgieron algunas recomendaciones, entre ellas la del estudio de la mortalidad materna y perinatal y, por otro, en la identificación de coincidencias y la aproximación de las organizaciones de mujeres existentes en el país. De esta experiencia nacieron la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal y el acuerdo de algunas organizaciones de mujeres para integrar el Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, fundado en 1993 (Muriedas, 2000).

En 1990 se inició la instalación y operación de los Comités de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal y en ese mismo año se notificó la instalación de 163 comités intrahospitalarios en la Ssa.

También las organizaciones no gubernamentales (ONG) de mujeres han jugado un papel importante en la conformación de la agenda de salud reproductiva, como manifestación de la institucionalización de estos movimientos, constituyéndose en un nuevo actor social. Un claro ejemplo de lo anterior fue el papel que jugaron en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, que entraría en vigor en 1994 en sustitución a la Norma Técnica núm. 22 de Planificación Familiar Integral en la Atención Primaria de la Salud.

La Dirección General de Planificación Familiar de la Ssa, fue la encargada de elaborar dicha norma, pero se puso especial empeño e interés en que su calidad tuviese validez internacional, ya que México se incorporaba entonces a la economía global y sus intereses estaban concentrados precisamente en su proyección fuera del ámbito nacional. En este proceso participaron además 25 instituciones del gobierno, de la seguridad social, institutos nacionales, organismos internacionales y organizaciones gremiales y no gubernamentales;¹⁷ estas últimas convocaron a foros de consulta popular y movilizaron a la sociedad civil para proponer la incorporación de cambios importantes¹⁸ (Martínez, 1995).

¹⁷ Que prestan sobre todo servicios de salud y trabajan sobre derechos reproductivos y sexuales desde una perspectiva de género.

¹⁸ Hoy en día, algunos investigadores y organizaciones de mujeres reconocen que los médicos, que juegan un papel importante como orientadores sobre el uso de los métodos anticonceptivos, y que son los que aplican la norma, no sólo no la conocen, sino que tampoco están capacitados para ponerla en práctica (Espinosa y Paredes, 2000: 40).

Con las conferencias internacionales sobre población y desarrollo (CIPD) de El Cairo, en 1994, y de Beijing, en 1995, el concepto de género, así como el de salud reproductiva, lograron una nueva dimensión en las discusiones políticas, cuya consecuencia inmediata fue el compromiso firmado por distintos gobiernos, entre ellos el de México, que asumieron la responsabilidad de trabajar en colaboración con las ONG para atacar las inequidades entre personas y sectores, así como entre hombres y mujeres. El paradigma de salud reproductiva legitimado en El Cairo puso en consideración los problemas poblacionales y abrió la posibilidad de tratar esta cuestión bajo la perspectiva de los derechos humanos y de la justicia social, al reconocer que la agudización de la pobreza, la inequidad y el deterioro ambiental son resultado de inadecuadas políticas económicas y de desarrollo, y no sólo consecuencia de un problema demográfico; al romperse la ecuación fecundidad-pobreza se posibilita el abordaje del problema desde otros ángulos, como la distribución del ingreso y la mejora de la calidad de vida, afectando al mismo tiempo por esta vía el problema demográfico (Mello, 2002; Espinosa, 2002a).

La trascendencia de estas reuniones puede ubicarse en el desplazamiento de las metas demográficas por acciones encaminadas a reducir las tasas de mortalidad de madres, lactantes, niños y niñas, disminuir las tasas de embarazo en la adolescencia, garantizar el acceso universal a servicios de salud reproductiva, el acceso seguro y eficaz a métodos anticonceptivos, aborto y maternidad sin riesgo, y para reducir las discrepancias entre hombres y mujeres en materia de educación. La reproducción pasa a ser un hecho que concierne tanto a hombres como a mujeres, un proceso que se sujeta a derecho, al mismo tiempo que deja de ser el centro de atención donde se aplican las políticas demográficas. Se proclama que la salud sexual y reproductiva es fuente de bienestar personal y social, de manera que la atención debe extenderse más allá de la edad reproductiva (Espinosa, 2002a). Bajo esta visión es posible ubicar los riesgos reproductivos en función del contexto social y de la calidad de vida de la población como indicadores de necesidades de desarrollo social. De esta forma, y en materia de salud, se habla de la perspectiva de género y de los derechos reproductivos como los pilares esenciales para elevar la calidad en los servicios.

Éstos fueron los compromisos asumidos de manera pública en estos foros internacionales, pero, tal como lo plantea Barquet (2002), es tan necesario dotar de poder como la existencia de mecanismos que favorezcan su uso, de manera que a pesar de que las metas y los acuerdos generados en estas reuniones representan un esfuerzo invaluable por transformar y enriquecer conceptos y programas en materia de salud reproductiva, aún son indispensables algunos esfuerzos más que permitan traducir en acciones aquellos compromisos suscritos por gobiernos y organismos no gubernamentales.

Traducción de la agenda de salud reproductiva en México

La política social del sexenio de Ernesto Zedillo vinculó la estructura poblacional a demandas específicas en educación, salud, vivienda y empleo. El aumento de la población representó un reto para las políticas públicas dirigidas hacia el desarrollo social de la población, de manera que las metas demográficas siguieron siendo parte medular y, en consecuencia, las políticas de salud reproductiva continuaron estando subordinadas a las poblacionales (documento público de la política social del sexenio: <http://www.sedesol.gob.mx>; Espinosa, 2002a), en un contexto de mayor presión de las organizaciones de mujeres y de los organismos internacionales y de las políticas típicas de la agenda de ajuste estructural.

La crisis económica de final e inicio de sexenio, junto con la adhesión del presidente a las orientaciones de ajuste impulsadas por los organismos internacionales, enfatizó la focalización de las intervenciones a sectores sociales críticos a través de programas como el de Oportunidades, y la aceptación, en el ámbito del Programa Nacional de Salud, de la universalidad restringida, con base en un paquete de intervenciones definidas como básicas, aunada a una tendencia hacia una mayor participación del sector privado en la provisión de estos servicios, de manera que mientras se discutía una agenda de salud reproductiva basada en los derechos de los ciudadanos, paralelamente en el ámbito sectorial continuaba la política de recorte de gastos.

Oportunidades, igual que el Progresa, está focalizado a las familias en extrema pobreza que fueron identificadas a través de entre-

vistas en las localidades o áreas más marginales del país y con base en una técnica estadística multivariada como justificativa para “no contaminar subjetivamente la selección” (Barrera, 2002). El enfoque que aquí prevalece es el de la individualización del pobre y de la pobreza, desvinculándola de sus condiciones estructurales.

La propuesta oficial se cruza con la de las organizaciones de mujeres, que construye una nueva capacidad de demanda precisamente en este momento en que el gobierno adopta políticas selectivas, cuyos destinatarios son mujeres, pobres, adultos mayores, madres lactantes, niños y niñas, jóvenes, etcétera. Los recursos financieros se reducen aumentando las desigualdades sociales, y los derechos universales —como el derecho a la salud, por ejemplo— dejan de tener sentido para esta nueva política.

Las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing fueron cruciales para el sexenio de Zedillo, pues es a su gobierno a quien le toca asumir diversos compromisos para la salud reproductiva. Las políticas públicas se ven forzadas a incorporar categorías como la de género a partir de estos compromisos; estas estrategias que se desarrollan demandaron, entre otros aspectos, la unificación de programas, abandonar la meta única de planificación familiar e incorporar real y efectivamente nuevos grupos prioritarios como adolescentes, hombres y adultos mayores, lo anterior a costa de relegar aún más a otros actores como las parteras tradicionales (Logia, 2002).

En este contexto, parte de las respuestas concretas a las necesidades de salud fue la creación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, durante el gobierno del presidente Zedillo. Este programa fue producto de la fusión de los programas de Atención Materno-Infantil y Planificación Familiar y su puesta en práctica estuvo articulada al proceso de descentralización que adoptó como modelo de atención a la salud para población abierta un Paquete Básico de Servicios de Salud de 13 intervenciones, elegidas en función de su alto impacto y bajo costo. Las intervenciones incluidas en el programa fueron: planificación familiar, salud perinatal, salud reproductiva de la población adolescente y salud de la mujer; en este último componente se incluyeron riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de la infertilidad, neoplasias del tracto reproductor femenino, atención al cli-

materio, prevención, detección y manejo de las infecciones de transmisión sexual/vih-sida (Nigenda *et al.*, 2002).

Lo que en realidad ocurrió después de El Cairo fue un ajuste del discurso de la política de salud reproductiva a las nuevas demandas establecidas, que no se correspondió con un ajuste en las acciones. El verdadero diálogo entre gobierno y sociedad civil nunca ha tenido lugar, ni entre otros actores como prestadores de servicios e investigadores, como lo hace notar Figueroa (1995); sin embargo, todos han sido actores importantes en la configuración de esta agenda.

Citamos aquí el interesante análisis que hace Marta Lamas (2001) sobre el proceso de consulta legislativa para la elaboración de la agenda mexicana a participar en el foro de Beijing, que demuestra la tendencia selectiva de la toma de decisiones. En realidad fue un proceso para legitimar la postura del PAN, que se vio favorecida por la limitada o nula participación de otros partidos (PRI, PRD, etcétera).

Podemos hablar en estas negociaciones de una presencia permanente y creciente de grupos conservadores que conforman una importante fuerza opositora, cuya acción se basa en la promulgación de valores idealizados (pudor, virginidad, abstinencia, etcétera) y la condena de prácticas encaminadas a la búsqueda del placer como la anticoncepción, masturbación, sexo seguro y otros; estos valores se confrontan con los acuerdos internacionales vinculados a los derechos reproductivos y sexuales; una parte de la Iglesia católica,¹⁹ el PAN y el grupo Pro Vida son claros ejemplos de ellos; algunos grupos tienen una larga trayectoria y otros surgen en el sexenio de Zedillo, como el grupo Unidos por el Amor a la Vida. El papel de estos grupos conservadores ha sido crucial en el proceso de la puesta en marcha de los acuerdos de la conferencia de Beijing (González e Infante, 2001).

En el actual sexenio, el programa vigente de salud reproductiva, diseñado para implementarse a través de los servicios de salud

¹⁹ A raíz de los acuerdos de la CIPD hubo declaraciones dictadas desde la cúpula de la Iglesia católica, quienes se posicionaron a favor de los valores básicos implícitos en los acuerdos: igualdad, justicia, libertad y respeto (Grupo la Religión Cuenta, entre quienes participan Católicas por el Derecho a Decidir de México).

en México, está basado en los lineamientos señalados en el Plan Nacional de Salud 2001-2006²⁰ y contempla tres componentes básicos: planificación familiar, que sigue siendo una de las acciones sustantivas, salud perinatal y salud de la mujer. Para dar cumplimiento a las estrategias y líneas de acción se señalan a su vez tres ejes rectores: el acceso a la información, el derecho a la libre decisión y la prestación de servicios con calidad.

Uno de los objetivos intrínsecos del programa es la promoción de la perspectiva de género dentro del sector (Secretaría de Salud, 2001), sin embargo, es difícil valorar su integración operativa, entre otras cosas, debido a que los indicadores de impacto descritos en el programa no reflejan la ampliación de las metas más allá de las demográficas.

Aún hoy en día observamos que algunos eventos, por tener lugar en el cuerpo femenino, son considerados responsabilidad exclusiva de las mujeres, como es el caso de la menopausia o el cáncer cérvico-uterino, y son tratados bajo una perspectiva médica que deja de lado toda la significación cultural que les da sentido y orienta la experiencia que se tiene de ellos. El tipo de atención brindada por parte de los servicios del programa de salud reproductiva refleja usos y costumbres que refuerzan los roles diferenciales para hombres y mujeres; basta ver los mensajes informativos dirigidos sobre todo a las mujeres, consideradas esencialmente como cuidadoras. La forma como se implementan estos programas en los servicios, lejos de eliminar las diferencias parece que las acentúan (Pelcastre *et al.*, 2000 y 2003).

En este mismo componente (de salud de la mujer) se menciona el estudio y manejo del climaterio y la menopausia, que por muchos años había estado ausente de los programas de salud reproductiva; si bien es cierto que lo anterior puede ser interpretado como un logro, su operacionalización es aún incompleta pero necesaria, toda vez que es uno de los principales retos a los que tendrán que responder los servicios de salud dado el acelerado proceso de envejecimiento de la población.

²⁰ Este programa no contiene cambios sustanciales respecto al programa correspondiente al plan del sexenio anterior.

Un elemento adicional importante que subyace a todo lo anterior tiene que ver con la forma de encaminar las acciones, lo que en el fondo refleja la manera como se conceptualiza la salud sexual y reproductiva. La mayor parte de los programas se diseñan y se implementan desde los servicios de salud; la población es considerada usuaria potencial, pero no participa en su planeación, a pesar de los acuerdos firmados en la CIPD, donde los signatarios se comprometieron a incluir a la sociedad civil —especialmente a los grupos de mujeres— en el diseño de los programas (Lush, 2002). Además, el hombre sigue siendo un actor ausente en las acciones y metas que se proponen, de manera que el objetivo de la “ciudadanía moderna”,²¹ en la práctica, todavía está muy lejos de ser alcanzado. Esta participación en sentido amplio podrá ser alcanzada en la medida en que los servicios de salud sean también mejorados.

Otro de los grandes retos para el programa sigue siendo la extensión de estos servicios a población rezagada como los indígenas, así como la sustentabilidad de los mismos (Secretaría de Salud, 2001). De acuerdo con un estudio realizado en Chiapas por Freyermuth (2002), 90% de los partos son atendidos por parteras tradicionales u otro personal no institucionalizado, y la asignación de recursos por vía del PAC para enfrentar las muertes maternas ha sido mínima.²²

Recientemente se apoyó también la iniciativa de creación del Programa Mujer y Salud, dependiente de la Secretaría de Salud; su interés se encamina a subsanar las deficiencias hasta ahora identificadas, y propone bajo una visión integral la institucionalización de la perspectiva de género; abordar la salud de la mujer, no circunscrita a los aspectos reproductivos; fortalecer el acervo de información e impulsar la investigación en este ámbito; incorporar a mujeres trabajadoras de la salud, así como trabajar la salud doméstica y comunitaria (Rico, 2003).

En términos generales se observa una tendencia hacia la integración de servicios y niveles de atención, pero no hay una incorporación de esta tendencia a las políticas generales dirigidas a la

²¹ Esta noción hace referencia a actores sociales con decisión e iniciativa en defensa de la tolerancia y la diversidad.

²² De 1 a 4% del presupuesto.

mujer, lo que evidencia la ausencia de un verdadero enfoque multisectorial para abordar los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva (Langer y Nigenda, 2001).

A cinco años de El Cairo, la comunidad internacional llevó a cabo una evaluación (El Cairo +5) de los logros alcanzados y rezagos para avanzar hacia una mejor salud sexual y reproductiva; en esta evaluación se destacó la importancia que seguían teniendo tanto la falta de información como el problema subyacente de acceso a los servicios de salud en tanto barreras para combatir los rezagos. Entre estas barreras se cuenta, por ejemplo, el costo de la atención, el cual continúa siendo un obstáculo para extender el uso de servicios a población en condiciones de pobreza, de manera que es un punto en el que la logística de la reforma ha impedido el cumplimiento de las metas para la salud sexual y reproductiva. Un punto de partida para empezar a eliminar estos obstáculos sería verificar si los diferentes sectores que participan en la seguridad social mantienen el carácter prioritario de la salud sexual y reproductiva (*idem*).

¿CONTRADICCIÓN O COMPLEMENTACIÓN?

La elaboración e implantación de planes y programas estatales constituye un proceso político de interacción de distintos actores sociales y políticos con intereses diversos y con capacidades y recursos distintos, involucrados en el debate dado alrededor de una cuestión determinada; a través de esta interacción se conforma lo que se conoce como agenda sistemática, que es el conjunto de cuestiones merecedoras de atención por parte de la autoridad gubernamental (Rofman, 2000). En el análisis que nos compete, la reforma, los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, y la política de salud, aunque parten de diferentes bases ideológicas, llegan a formar parte de una agenda por acción de las presiones sociales y acuerdos internacionales. El avance de las propuestas en la gestión estatal depende en gran parte de la capacidad de presión y negociación, en contextos institucionales específicos, de los actores y de los grupos de interés.

El movimiento social de mujeres ha sido un importante actor que ha implicado la consolidación de instancias de formulación y

articulación de demandas específicas. El debate internacional en torno a los derechos reproductivos permitió poner en la agenda política de México estos temas; uno de los grandes obstáculos para avanzar ha sido la falta de voluntad política, lo que ha hecho difícil su traducción en acciones concretas.

En tanto que la incorporación de la perspectiva de género en el sector salud implicaría la promoción de relaciones más democráticas entre hombres, mujeres e instituciones, que podrían derivar en mejores condiciones de salud para la población (Rico, 2003), ésta fue la alternativa propuesta para el combate a la inequidad, pero en este contexto hemos visto que no ha podido ser incorporada y, por tanto, sigue siendo una materia pendiente.

La promoción de la libertad de elección de prestadores, tratamientos y métodos anticonceptivos debe ponerse en duda mientras se conozcan casos de violación de derechos humanos, toda vez que uno de los principios éticos fundamentales de toda reforma del sector salud es el consentimiento informado.

La política neoliberal identificada detrás de la reforma del sector salud ha desplazado el énfasis de tres puntos fundamentales —los derechos sociales, la garantía de los derechos y la universalización de los servicios—, hacia tres acciones que los sustituyen: *a*) el combate a la pobreza, *b*) programas asistenciales a través de la acción pública y *c*) un paquete de servicios mínimos (Laurell, 1999), dejando de lado tres objetivos que debieran servir para el cumplimiento de los acuerdos de la CIPD en materia de salud sexual y reproductiva. Si la reforma no cumple cabalmente con la garantía del derecho a la salud conforme está previsto en la Constitución mexicana, difícilmente las políticas de salud reproductiva podrán acogerse a un marco referencial que sirva de base para combatir la inequidad, mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud. Si las prioridades de salud se continúan definiendo mediante criterios económicos, probablemente la meta demográfica siga prevaleciendo en el país, el control de la fecundidad reduciría la inversión en programas sociales y otras acciones encaminadas a mejorar el contexto general de desarrollo del país. Los retos todavía son muchos, pues, de acuerdo con Espinosa y Paredes (2000), no se puede mejorar la situación de salud de las mujeres sin un aumento sustancial en el presupuesto, sin una ampliación y mejoría de los servicios de

salud que se proporcionan y sin cambios profundos en la práctica cotidiana de las instituciones públicas.

Dos de los aspectos más importantes mencionados en la CIPD como base fundamental para el desarrollo de los países son la educación y la salud, como derechos fundamentales de todo ser humano, y han sido precisamente estos dos elementos de los más castigados en materia de presupuesto federal asignado en los últimos años. En el contexto de México, ¿cómo debemos entender esta política dentro del contexto internacional de lucha para erradicar la pobreza y alcanzar el crecimiento económico sostenido? En la búsqueda de nuevas y diversas formas de financiamiento para la salud se ha fortalecido más el binomio gobierno-iniciativa privada,²³ y se ha descuidado la relación con las organizaciones no gubernamentales; si bien es cierto que la relación con estas últimas no está encaminada al fortalecimiento en materia económica, sí constituye una estrategia para el desarrollo señalada en los acuerdos de El Cairo. La compra y el uso de tecnología de vanguardia no son suficientes para satisfacer plenamente las necesidades de salud de la población mexicana como hacen suponer las recientes acciones emprendidas por importantes instituciones de salud (Venegas, 2002).

La agenda de la reforma del sector salud, construida como alternativa al estado de bienestar, tuvo como principal tarea la legitimación de un proceso de decisión fundamentado en conocimientos específicos capaces de identificar científicamente las necesidades sociales, en particular de los más pobres; estrategia acorde con el momento en el que surge el problema del aumento de costos de los servicios de atención y la reducción de los recursos para el sector social, en un contexto que fue caracterizado por una transición demográfica, epidemiológica, social y económica, y que lleva a presiones de ajuste en la demanda y en los costos de los servicios de salud. El equilibrio entre las necesidades y los recursos era el eje que definía la intervención social en salud, de tal forma que ésta no se transformara en un problema para el área económica y pudiera actuar de forma positiva sobre los indicadores de morbilidad y de mortalidad.

²³ En este proceso las mujeres siguen siendo las más castigadas, constituyendo la mayor cuota de exclusiones de los seguros privados de salud debido a su mayor longevidad (Rico, 2003).

En este marco, la propuesta de reforma del sector salud no fue pensada para eliminar diferencias sociales, y en este sentido el género no estaba presente como estrategia para combatir la inequidad o la desigualdad social. Al adoptar la perspectiva de género para analizar las propuestas que surgían de la reforma, algunos estudios se muestran especialmente críticos y llaman la atención hacia los “sesgos conceptuales ocultos en las teorías económicas que sostienen el ajuste”, como era el hecho de no tomar en cuenta el trabajo no remunerado llevado a cabo por las mujeres, identificándolas como una fuerza de trabajo desocupada. El efecto de este sesgo fue el aumento de su carga de trabajo y la feminización de las responsabilidades con elevados costos y serias consecuencias para la salud de la mujer (Standing, 2000: 4; Espinosa, 2002b: 19).

Standing (2000) observa también que los nuevos indicadores que instrumentan las decisiones en el marco de la reforma con base en criterios de costo-efectividad, como son los años de vida ajustados en función de la discapacidad, son limitados desde una perspectiva de género. La crítica, apoyándose en Zwi y Mill (1995, citado por Standing), está referida a la exclusión, en el indicador, del proceso de atención y sus dimensiones de calidad en los procesos de atención formal y la no consideración de los procesos de atención informales.

De acuerdo con Espinosa (2002b), estas políticas hacen que las mujeres de sectores más pobres envejezcan rápidamente, sufran mayores problemas de salud o eleven su riesgo de morir; esta autora comenta que entre 1992 y 1998 en México los niveles de mortalidad en mujeres de 15 a 59 años de edad aumentaron 5% en el medio rural, mientras que entre los varones se mantuvo estable, y entre las mujeres urbanas de la misma edad bajó 12 por ciento.

Menéndez (s. f.) considera también que la aplicación de las políticas neoliberales tuvieron serias repercusiones tanto en el sector salud como en la situación de vida y salud de la población, “tal como esperan los propios impulsores de las mismas”. Frente a esto, lo que hicieron fue reorientar el énfasis hacia determinados programas prioritarios como planificación familiar y vacunación que se expanden al medio rural; promover una descentralización “que no dio lugar a la participación e intervención activa de los sectores descentralizados”. El resultado de estas y otras políticas fue una me-

joría relativa en los indicadores generales, pero aún persisten las enfermedades infectocontagiosas, la desnutrición, las desigualdades entre regiones y grupos sociales, al mismo tiempo que reaparece el cólera y se observa un incremento sostenido del paludismo, la tuberculosis broncopulmonar y el dengue.

A pesar de ello, Menéndez reconoce que una de las principales novedades de la década de los noventa es "el reconocimiento de la perspectiva de género para describir problemas referidos a la salud de la mujer y a ciertas relaciones intergenerísticas", la que se logró debido a la presión de las organizaciones femeninas. Entre los problemas destaca la violencia contra la mujer, el cáncer de mama y el cérvico-uterino. Sin embargo, observa que el "énfasis en la salud femenina contrasta con el poco interés por la salud del varón pese a que éste tiene los peores indicadores de salud comparados con los de las mujeres".

Esta falta de coherencia en la adopción de la perspectiva de género, donde no se incorpora al varón ni tampoco procesos que se refieren a las relaciones intergenerísticas, hace que este autor ponga en duda si se trata de una perspectiva nueva o sólo es "una nueva manera de denominar programas y actividades que se venían desarrollando desde lapsos anteriores y a los cuales se integran algunas nuevas actividades".

Tratar de incorporar la perspectiva de género a un movimiento de carácter más administrativo y económico, con alcance de política de Estado, no puede ser de ninguna manera una tarea sencilla. Autores cercanos a las fuerzas sectoriales que están promoviendo la reforma reconocen que las estrategias financieras y gerenciales para generar servicios más eficaces y eficientes no han avanzado de manera paralela en el programa de salud reproductiva, y argumentan que para poder aplicar conjuntamente, de manera eficaz, las reformas del sector salud y la atención de la salud reproductiva es necesaria la capacitación y el apoyo a gerentes y prestadores de servicios, y trabajar sobre todo en el ámbito local (Langer *et al.*, 2000).

La presión internacional que se deriva de los acuerdos conjuntos firmados en las CIPD ha representado un impulso importante que ha modificado la inercia propia de las políticas internas, la cual se ve reflejada en los actuales esquemas de organización, pero que, sin embargo, y como fue señalado, no significa necesariamente que las acciones hayan sido transformadas. Evidentemente, el problema

de carácter económico sigue siendo uno de los principales obstáculos en esta tarea de integración de servicios; los recursos financieros continúan siendo limitados y la asignación de recursos sigue siendo diferencial entre zonas urbanas y rurales (Nigenda *et al.*, 2002), lo que dificulta el alcance de las metas.

Aunque poder y conocimiento son resultado de procesos sociales, el conocimiento no siempre ha sido acogido por el poder; sin embargo, éste no puede permanecer ajeno a ello por mucho tiempo y tendrá que incorporar la vanguardia cognitiva como una estrategia de legitimación. Este proceso ha sido lento en el caso de la reforma del sector salud y de la política de salud reproductiva, incluso contradictorio en ciertos momentos. Sin embargo, debido a la propia lucha de los grupos sociales en un marco de interacción de múltiples actores, intereses y roles, se reconocen algunos avances a pesar de los discursos reiterados. Esperamos que en el futuro los retrocesos estén ausentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrantes, Raquel, y Celia Almeida (2002), "Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: Los casos de Brasil y México", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 8, núm. 4, pp. 971-990.
- Almeida, Celia (2002), "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: Algunas lecciones de los años 80 y 90", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 18, núm. 4, pp. 905-925.
- Armada, F., C. Muntaner y V. Navarro (2001), "Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations", *International Journal of Health Services*, vol. 31, núm. 4, pp. 729-768.
- Barquet, M. (2002), "Sobre el género en las políticas públicas: Actores y contexto", en E. Urrutia (coord.), *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: Aportes desde diversas disciplinas*, México, El Colegio de México, pp. 345-372.
- Barrera Sánchez, J. F. (2002), Programa de Desarrollo Humano, Oportunidades, *Revista del CIESS*, México.
- Bertranou, J. P. (1995), "La política de la reforma a la seguridad social en México. Análisis de la formulación del Sistema de Ahorro para el Retiro", *Estudios Sociológicos*, vol. XIII, núm. 37, pp. 3-23.

- Bossert, Thomas, *et al.* (1998), "Transformación of Ministries of Health in the Era of Health Reform; The Case of Colombia", *Health Policy and Planning*, 13 (1): 59-77, Oxford University Press.
- Cabrera, G., y A. Hazas (1992), "La seguridad social y el cambio demográfico", en IMSS, *La seguridad social y el Estado moderno*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Cárdenas de la Peña, H. (1974), *Medicina familiar en México*, México, IMSS.
- 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, pp. 363-429.
- De la Madrid, Miguel (1983), *Primer Informe de Gobierno*, México.
- De los Ríos, Rebeca (1993), "Género, salud y desarrollo: Un enfoque en construcción", en OPS-OMS (eds.), *Género, mujer y salud en las Américas*, publicación científica, núm. 541, Washington, D. C.
- Dieterlen, P. (2000), "Algunos aspectos filosóficos del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progres), *Estudios Sociológicos*, vol. xviii, núm. 52, pp. 191-202.
- Elu, María del Carmen (1981), *De lo institucional a lo comunitario: Un programa de salud rural*, México, Asociación Mexicana de Población, A. C.
- Espinosa, Gisela (2002a), *Avances y retos de la salud reproductiva en México; Discurso, financiamiento y praxis*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.
- (2002b), *Gasto económico y costo social, una reflexión sobre la salud reproductiva*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.
- , y Lorena Paz Paredes (2000), *Hacia una perspectiva de género en la salud reproductiva*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.
- Fernández (1988), *El cambio estructural —desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud—. Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso*, México, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Guerrero, Organización Panamericana de la Salud, vol. 4.
- Figueroa, Guillermo (1997), "Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud", en María del Carmen Elu (ed.), *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*, México, Foro de ONG, Ssa.
- Freyermuth, Graciela (2002), *El Programa de Ampliación de Cobertura y el ejercicio del presupuesto en salud reproductiva*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, Chiapas.
- Funsalud (1996), "Funsalud: Una institución ejemplar", décima Asamblea General de Asociados, *Cuadernos Funsalud*, núm. 17, México.

- Gómez Dantes, Octavio (s. f.), "Reporte de Evaluación de Programa de Salud para Población no Asegurada", mimeo.
- _____, et al. (1999), "Evaluación de programa de salud para población no asegurada", *Revista de Salud Pública*, vol. 33, núm. 4, pp. 401-412.
- Hernández Bringas, Héctor Hiram (2001), *La mortalidad infantil en México durante los años de crisis*, Cuernavaca, Morelos, México, UNAM-CRIM.
- Instituto Nacional de Salud Pública, 1990-1991 (1991), México.
- Jamilson, D., W. H. Mosley, A. R. Meashim y José Luis Bobadilla (comps.), (1994), *Prioridades en la lucha contra las enfermedades en los países en desarrollo*, Washington, D. C., Banco Mundial-Oxford Medical Publications.
- Lamas, Marta (2001), "Movimiento feminista y discurso político: Los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna", en J. G. Figueroa y C. Stern (coords.), *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*, México, El Colegio de México, pp. 177-194.
- Lane, S. (1994), "From Population Control to Reproductive Health: An Emerging Policy Agenda", *Social Science and Medicine*, vol. 39, núm. 9, pp. 303-314.
- Langer, Ana (2000), "Hacia una maternidad sin riesgos: Acciones para México en el contexto internacional", en M. C. Elu y E. Santos (eds.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- _____, y Gustavo Nigenda (2001), *Salud sexual y reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades*, México, Population Council-Banco Interamericano de Desarrollo.
- _____, Gustavo Nigenda y J. Catino (2000), "Reforma del sector sanitario y salud reproductiva en América Latina y el Caribe: Fortalecer los vínculos", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, recopilación de artículos, núm. 3, pp. 139-148.
- Laurell, Cristina (1999), "La política de salud en el contexto de las políticas sociales", en M. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, Edamex, pp. 239-252.
- Laurell, Cristina (2001), *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Cómo garantizar y ampliar tus conquistas históricas*, México, Planeta.
- Lerner, Susana, e Ivonne Szasz (2001), "La investigación y la intervención en salud reproductiva: Encuentro de enfoques y tendencias", *El Cotidiano*, vol. 107, mayo-junio.
- _____, (2003), "La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción", *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 53, pp. 299-352, México.

- Logia, Silvia (2002), *Los programas de salud reproductiva en el contexto intercultural: Un acercamiento a las representaciones de los agentes de la medicina institucional y de las parteras en una zona indígena*, tesis de doctorado, México, El Colegio de México (mimeo.).
- López y Padilla (1996), "Cuando las Afores nos alcancen", *La Jornada*, 25 de enero, México.
- Lush, Louisiana (2002), "Integración de servicios: Panorama de los adelantos en las políticas", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial, pp. 29-35.
- Martínez, Jacqueline (s. f.), *Descentralización de la política social: ¿A qué nivel de gobierno?* http://www.cidac.org/investigadores/jacqueline_mtzzicardi00.htm
- Martínez, Carolina (1995), "Planificación familiar: Un programa con larga historia", en M. Bronfman, A. Langer y J. Trostle (comps.), *De la investigación en salud a la política: La difícil traducción*, México, INSP-Manual Moderno, pp. 51-89.
- Melo, B. C. de, y R. Costa (1995), *Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: As estratégias da oms/ops e do banco mundial para a atenção a saúde*, Ministerio da Saúde Fundação Oswaldo Cruz, pp. 49-108.
- Mello, C. (2002), "Dos estudos populacionais à saúde reprodutiva", en *Os 40 anos da Fundação Ford no Brasil, uma parceria para a mudança social*, São Paulo, Edusp, Ford Fundación.
- Menéndez, Eduardo (s. f.), *Poblaciones abiertas, seguras y privadas: Cambios, reorientaciones y permanencias en el sector salud en México* (en prensa).
- Muriedas, Pilar (2000), "Del desencuentro a la tolerancia", en María del Carmen Elu y E. Santos (eds.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Nájera, E., M. Cortés y C. García (1989), "La reorientación del sistema sanitario, necesidad del enfoque epidemiológico", *Revisiones de Salud Pública*, vol. 1, pp. 15-30, España.
- Nigenda, Gustavo, Rosario Valdés, Leticia Ávila y J. A. Ruiz (2002), *Descentralización y programas de salud reproductiva*, CASE-Salud-Funsalud-INSP.
- Noriega (ed.), (1992), *El nacionalismo en México*, México, El Colegio de Michoacán.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (1985), *La salud de la mujer en las Américas*, Washington, ops, p. 163, especialmente "Salud reproductiva de la mujer", pp. 56-86.
- (1994), "El comercio internacional de servicios de salud: Principales cuestiones y oportunidades para los países de América Latina y el

- Caribe", *Programa de Políticas de Salud*, División de Salud y Desarrollo, serie Informes Técnicos, núm. 33, Washington, D. C.
- Pelcastre, Blanca, Verónica De León y Francisco Garrido (2000), "Menopausia: Representaciones sociales y prácticas", *Sal Pub Mex*, vol. 43, núm. 5, pp. 408-414.
- , Laura Tirado, Alejandró Mohar y Malaquías López (2003), *The Cervical Cancer Woman: A Qualitative Study Regarding Subjectivity, Family and Gender* (en proceso).
- Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud (1989), *Gabinete de Bienestar Social, Primera Reunión*, doctor Jesús Kumate Rodríguez, secretario de Salud, IMSS, Subdirección General de Prestaciones Sociales, Jefatura de Servicios de Bienestar y Desarrollo Social, México.
- Randaelli, C. (1995), "The Role of Knowledge in the Policy Process", *Journal of European Public Policy*, vol. 2, núm. 2.
- Reyes Heroles González, Jesús (1988), "Algunas consideraciones acerca del financiamiento del Sector Salud", en *El cambio estructural —desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud—. Descentralización de los servicios de salud. Avances y perspectivas del proceso*, México, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Nuevo León, Organización Panamericana de la Salud, vol. 4.
- Rico, Blanca (2003), "La reforma del sector salud y la perspectiva de género: propuestas, mecanismos y mediaciones previstas para las puestas en práctica", ponencia presentada en el X Congreso de Investigación en Salud Pública, mesa redonda: "Perspectiva de género, políticas de salud y reforma sectorial", Cuernavaca, México.
- Rofman, Adriana (2000), "El Estado y las mujeres: Articulación entre demandas y políticas de género", en Susana Hintze (comp.), *Estado y sociedad. Las políticas sociales en los umbrales del siglo xxi*, Argentina, Buenos Aires, Guedea, Centro de Estudios Avanzados de la Universidad de Buenos Aires.
- Sandoval, A. (2001), "Población y salud reproductiva. Algunas reflexiones sobre los cambios en el discurso y en los modelos de acción institucionales durante los años noventa", en B. García (coord.), *Población y sociedad al inicio del siglo xxi*, México, El Colegio de México.
- Santos-Burgoa, Carlos (1993), "Reforma del sector salud, parte 11: Recursos humanos en salud pública", ponencia presentada en el Foro Tendencias Internacionales en Políticas de Salud. Implicaciones para México del Informe del Banco Mundial, 30 de julio, mimeo., p. 2.
- Secretaría de Salud (1988), "Historia de la salud, Reseña histórica, 1982-1988", tomos 1 y 2, México, Ssa.
- Secretaría de Salud (1993), doctor Jesús Kumate Rodríguez, entrevista con-

- cedida al señor Regino Díaz Redondo, director general del periódico *Excélsior*, 23 de noviembre, México.
- (1994), *Reseña testimonial, 1988-1994*, tomos I y II, México.
- (2001), *Programa de acción: Salud reproductiva*.
- Soberón Acevedo, Guillermo (1989), *La protección de la salud en México. Palabras, discursos y mensajes (1986-1988)*, vol. 2, México, Porrúa.
- , Jesús Kumate y J. Laguna (1988), *La salud en México: Testimonios 1988*, tomo 3, vol. 3, México, Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública-El Colegio Nacional-Fondo de Cultura Económica.
- , P. Arroyo y Ana Langer (1988), “Fecundidad y salud”, en *Temas de salud*, México, El Colegio Nacional.
- Standing (2000), *El género y la reforma del sector salud*, OPS-Harvard Center for Population and Development Studies, publicación ocasional, núm. 3.
- Subsecretaría de Programación y Presupuesto de Desarrollo Social y Regional (1984), reunión con los gobernadores, México.
- Vargas, I., M. Vásques y E. Jané (2002), “Equidad y reforma de los sistemas de salud en Latinoamérica”, *Cadernos de Salud Pública*, vol. 18, núm. 4, pp. 927-937.
- Venegas, Juan Manuel (2002), “Apoyo a la salud pública pese a su costo exorbitante, ofrece Fox”, *La Jornada*, 13 de agosto, México.

EFFECTOS DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y DE LA ADHESIÓN AL IMSS EN PRÁCTICAS ADECUADAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE

**DOROTEO MENDOZA VICTORINO,¹
ISABEL PADILLA VALLEJO²
y LETICIA DE LA CRUZ MEJÍA³**

INTRODUCCIÓN

El propósito de este documento es analizar los efectos de las condiciones de vida (estrato socioeconómico) y de la adhesión al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (consulta médica en el último año) en prácticas adecuadas para el cuidado de la salud reproductiva de mujeres y hombres derechohabientes, así como de sus hijos.

A 25 años de iniciadas las actividades de planificación familiar en el IMSS y a 21 años de incorporarse como programa nacional en el sector salud del país, interesa valorar el avance que han tenido los esfuerzos encaminados al logro de coberturas y calidad de los servicios, en términos de la homogeneidad en las diferentes dimensiones de la salud reproductiva, tanto en hombres como en mujeres derechohabientes. El ejercicio resulta motivador porque en teoría los resultados debieran ser favorables y halagadores tanto por la permanencia en los servicios de salud por su propio carácter de derecho-

¹ Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. Correo electrónico: dmendoza@mexfam.org.mx

² Coordinación de Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. Correo electrónico: isabel.padilla@imss.gob.mx

³ Adscrita a la Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS. Correo electrónico: leticia.delacruz@imss.gob.mx

habiencia como, y en particular, por tratarse de población predominantemente urbana, características que favorecen la implantación, consolidación y seguimiento de las estrategias operativas.

El análisis se realiza con base en los datos de la Encuesta de Salud Reproductiva (Ensare) efectuada en 1998, ya que permite incorporar una visión integral al respecto en la medida de haber considerado en su diseño conceptual la definición de salud reproductiva propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde tienen presencia tanto los aspectos biomédicos como los socioculturales. Un atributo de esta encuesta es que posibilita el manejo operativo de un conjunto de indicadores, muchos de ellos pertenecientes a los criterios institucionales, para dar seguimiento y monitoreo al programa de salud reproductiva, que miden, en voz de las mujeres y los hombres entrevistados, una serie de condiciones de salud reproductiva que de alguna forma ilustran sus necesidades insatisfechas a través de sus prácticas.

En un primer apartado se plantea de manera resumida el marco conceptual que sustenta el análisis, sobre todo para ilustrar la vinculación con los procedimientos estadísticos adoptados; en seguida se presentan los resultados sobre los factores que explican la variación de algunas de las principales dimensiones de la salud reproductiva; para dar cuenta en un tercer apartado de una medida global, que resume las condiciones presentes en relación con las prácticas del cuidado de la salud reproductiva. Adicionalmente, en el cuarto apartado se analizan los efectos socioeconómicos sobre el cuidado adecuado de la salud reproductiva, y se observa qué variables tienen mayor peso en su explicación. Es de particular interés observar el posible impacto que tiene el programa del IMSS en la condición prevaleciente de salud reproductiva. Se concluye con un conjunto de consideraciones acerca de la estrategia metodológica adoptada, así como sobre los hallazgos relevantes en relación con las prácticas del cuidado de la salud reproductiva en la población derechohabiiente del IMSS.

MARCO CONCEPTUAL Y OPERATIVO

La OMS define a la salud reproductiva como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos (y no nada más la

ausencia de enfermedad o molestias) en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad"; no obstante, se comenta que más que una definición se establece una meta a la que idealmente se debe aspirar (Salles y Tuirán, 1995). De cualquier forma, la citada definición busca incorporar las necesidades que tiene la población para vivir su sexualidad y reproducción, lo que implica tomar en cuenta cuatro consideraciones importantes: *a*) que mujeres y hombres puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual; *b*) que tengan derecho a estar informados y a tener acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y efectivos; *c*) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, y *d*) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y al bienestar materno-infantil (Lerner y Szasz, 2001). Ello representa retos importantes para las acciones programáticas de información, comunicación, educación y servicios de salud, que garanticen cabalmente los mencionados requerimientos; pero también para las actividades de evaluación e investigación que den cuenta de los avances, de las áreas de oportunidad aún no atendidas y de la aportación de elementos para la fundamentación de políticas y la reorientación de estrategias, lo que requiere de información adicional a la que registran las instituciones y, por tanto, implica necesariamente llevar a cabo encuestas y estudios de caso.

El diseño de la Ensare buscó responder al planteamiento anterior, agrupando los elementos en tres grandes dimensiones conceptuales desde las cuales pueden ser vistos los fenómenos reproductivos de la población derechohabiiente: *a*) la dimensión sociobiomédica, que está compuesta por elementos asociados a los eventos, características y procesos mórbidos que forman parte del proceso reproductivo; *b*) la dimensión socioeconómica y cultural, que incorpora tanto los elementos de la estructura macrosocial y económica como aquellos de tipo cultural, tales como las relaciones de género y los ideales reproductivos, así como las variables demográficas como la edad, el estado civil y la migración, entre otras, y *c*) la dimensión institucional, que si bien pudiera incluirse en la anterior, se trata de forma separada para diferenciar e ilustrar claramente los elementos que reproducen y reflejan las acciones institucionales (IMSS, 2000).

Uno de los procedimientos para evaluar requiere de la medición, entendida ésta como la operación que pone en correspondencia las propiedades observables de los objetos con un lenguaje formal que permite realizar operaciones con ellas, tales como clasificarlas, ordenarlas, ponerlas en correspondencia y relacionarlas (Cortés, Menéndez y Rubalcava, 1996). Para los propósitos de este documento, dichas propiedades toman la forma de variables observables en diversos componentes de la salud reproductiva a través de las percepciones expresadas en la encuesta por las mujeres y los hombres entrevistados.

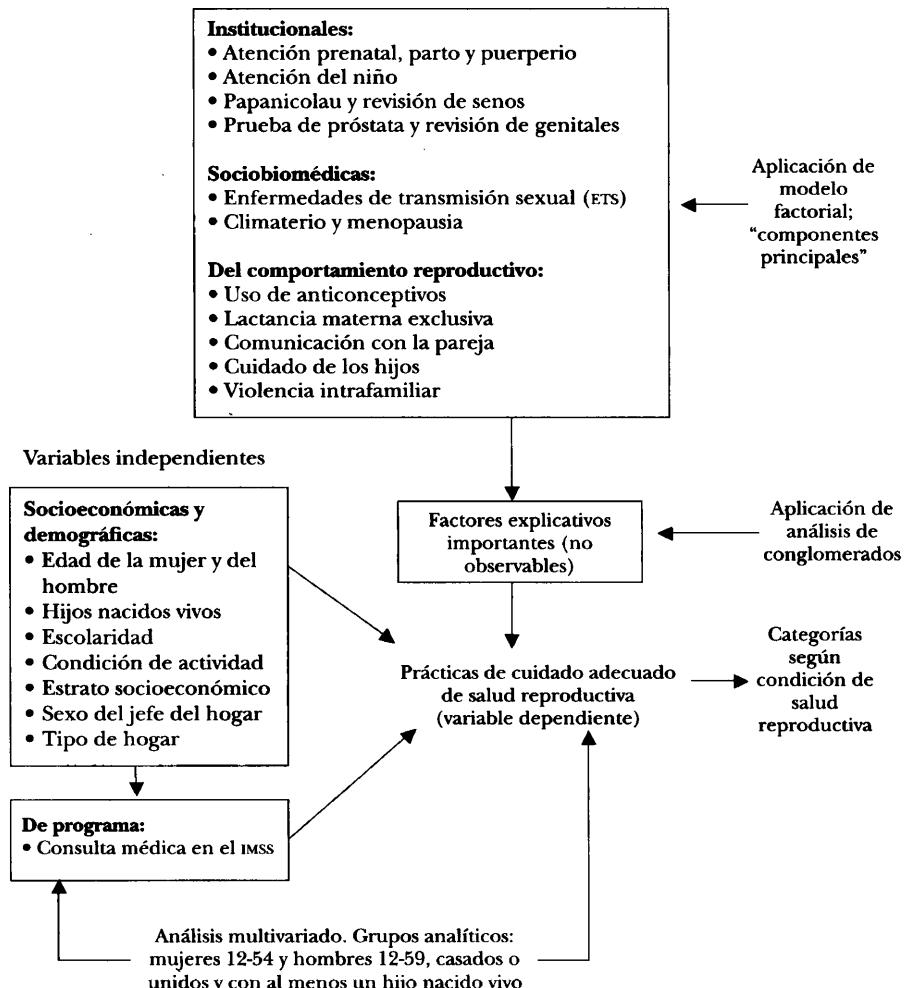
El haber incorporado la perspectiva de género para dar cuenta no sólo de los aspectos individuales de los entrevistados sino también de la comunicación en la pareja en distintos eventos del proceso reproductivo, así como de los roles y responsabilidades de hombres y mujeres en las actividades del hogar y en el cuidado y atención de los hijos, aunado al diseño de la muestra, a través de la conformación de conglomerados y estratos en su proceso de selección en varias etapas, convierte a la Ensare en un instrumento que permite contar con una visión menos atomizada de la realidad, crítica que en ocasiones se hace a las encuestas (Oliveira y García, 1986).

Esquema analítico

El esquema analítico de este trabajo (véase el esquema 1) intenta cumplir con un doble propósito: por un lado, mostrar el conjunto de variables primarias observables que se utilizan para la medición de las condiciones de salud reproductiva y que, por ende, conforman la variable dependiente del análisis, así como de aquéllas correspondientes a la dimensión socioeconómica y cultural que fungen como variables independientes y, por otro, mostrar el tratamiento metodológico que se da a las variables en función de sus relaciones y de la aplicación de los procedimientos estadísticos en las diferentes etapas.

Las variables que miden las condiciones de salud reproductiva de la población objeto de este análisis se relacionan fundamentalmente con prácticas de cuidado de la salud de la madre y del niño,

Esquema 1
Esquema analítico
Variables observables de la salud reproductiva



y se agrupan en tres categorías: institucional, sociobiomédica y la que se refiere al comportamiento reproductivo. En la dimensión *institucional* se incorporan las acciones que el IMSS desarrolla para garantizar embarazos y partos seguros, así como la salud de la ma-

dre y el recién nacido. Se incluyen, así, la atención médica oportuna del embarazo, del parto y del puerperio; la revisión médica del niño durante el primer mes de vida; también se agrega la realización del papanicolaou y la revisión periódica de los senos a las madres, como parte de las acciones que se promueven para prevenir el cáncer cérvico-uterino y de mama. En el caso de los hombres que son padres, se incluyen como medidas preventivas de cáncer de próstata y de infecciones de transmisión sexual la realización de la prueba de próstata y la revisión de los genitales.

La dimensión *sociobiomédica* agrupa variables relacionadas con el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el hecho de haberlas padecido alguna vez, así como la atención médica del climaterio y la menopausia. Aunque estas últimas no son, obviamente, problemas en sí mismos, se caracterizan por un aumento en la incidencia y prevalencia de ciertos padecimientos crónicos de mucha trascendencia (Langer y Romero, 1995). Nótese que estas variables también reflejan el actuar de las acciones institucionales.

Finalmente, las variables más directamente vinculadas con el *comportamiento reproductivo* se refieren al uso de anticonceptivos modernos (quirúrgicos, DIU y hormonales); la práctica de la lactancia exclusiva en los primeros cuatro meses de vida del niño; la comunicación en la pareja para planear la llegada del primer hijo, y la perspectiva de género sobre el comportamiento reproductivo, a través de las relaciones y transacciones entre hombres y mujeres; por ejemplo, los grados de compromiso personal hacia la maternidad o la paternidad —medidos a través de la dedicación de tiempo, la afectividad, la participación en las tareas de la crianza o el aporte de recursos monetarios— (Szasz y Lerner, 2003). Respecto a estos últimos aspectos se incluye la participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los niños menores de un año, el cuidado de los hijos menores de 12 años y la presencia de violencia física y/o psicológica por parte de la pareja; que aunque sus mecanismos de vinculación todavía no estén lo suficientemente estudiados para poder ilustrar las diferentes aproximaciones que han permitido esclarecer la relación violencia/salud reproductiva, es claro que la violencia de género puede tener efectos acumulativos a mediano y largo plazos sobre la salud de las mujeres (Saucedo, 1997).

De esta forma, la medición de la salud reproductiva a través de las respuestas de las mujeres entrevistadas se apoyó en 17 variables observables y en 10 en el caso de los hombres, las cuales se sometieron a un *análisis factorial* utilizando la técnica de *componentes principales* con el objeto de reducir su número a través de factores (no observables) que explican mayormente las variaciones de la salud reproductiva. Con base en la varianza explicada y en la interpretación conceptual, se identificaron tres factores importantes, los cuales, a través de la aplicación del análisis de conglomerados, permitieron elaborar una medida que resume las condiciones presentes de la salud reproductiva, la cual funge como variable dependiente.

La dimensión *socioeconómica* y *demográfica* agrupa las variables que se consideraron independientes en el análisis de la salud reproductiva. En ésta se incluye el estrato socioeconómico, que se definió mediante la construcción de un indicador que toma en cuenta la calidad de la vivienda, la escolaridad relativa promedio del hogar y la actividad asociada al mayo ingreso del hogar (véase el artículo de Echarri en esta obra). No obstante, para no depender exclusivamente de una sola variable, global, y por la probable homogeneidad socioeconómica que pudiera atribuirse a la población derechohabiente del IMSS, se consideró conveniente incorporar también, de forma separada, la edad y el número de hijos nacidos vivos; en tanto que la condición de actividad económica, el sexo del jefe del hogar y el tipo de hogar se incorporaron al análisis para ver qué tanto influyen en que el estrato socioeconómico tenga un efecto significativo.

Un aspecto de particular interés en este trabajo fue la búsqueda del posible impacto que ha tenido el IMSS en la salud reproductiva de la población que atiende, tarea que resulta limitada e insuficiente en vista de que un criterio de inclusión de la población entrevistada es que precisamente fuera derechohabiente de esa institución. Por ello, la alternativa utilizada consistió en considerar como proxy el hecho de que el individuo *haya asistido o no a consulta médica al IMSS en los 12 meses previos*. Esta variable, a la que en adelante nos referiremos como variable de programa, nos indica cierta asiduidad al IMSS y refleja de manera aproximada y parcial la influencia del programa de salud reproductiva institucional en las prácticas de los entrevistados.

Los grupos de población considerados comprenden a los hombres de 12 a 59 años y a las mujeres de 12 a 54 años. Sin embargo, con objeto de identificar grupos más homogéneos en cuanto a las condiciones reproductivas experimentadas, el análisis se restringió a los hombres y mujeres que se encontraban casados o unidos al momento de la encuesta, y que declararon haber tenido al menos un hijo nacido vivo. De esta forma, se trabajó con 2859 mujeres y 1 773 hombres. Dichos grupos reúnen las características de la información requerida por las variables involucradas en la medición de la salud reproductiva; es decir, han tenido oportunidad de experimentar la mayoría de los eventos reproductivos, aun cuando queda implícito el supuesto de que las variables observables y los factores que explican las variaciones en la salud reproductiva son los mismos, independientemente de la etapa reproductiva en que se encuentren los individuos.

Variables y categorías operativas

En el cuadro 1 se presentan las categorías de las 17 variables consideradas para la medición de la salud reproductiva de la mujer derechohabiente del IMSS, y las 10 tomadas en cuenta para los hombres. Nótese que de manera convencional el código -1 representa las condiciones que expresan prácticas adecuadas de atención en la mayoría de los casos y de acuerdo con los criterios y las recomendaciones que se hacen en el programa de salud reproductiva. Así, por ejemplo, en el caso de las mujeres entrevistadas, se trata de aquellas que tuvieron atención médica prenatal oportuna (primer trimestre) en el último embarazo, que se revisaron en el puerperio, que usan anticonceptivos modernos, que lactaron de forma exclusiva a su último hijo en los primeros cuatro meses, la atención médica oportuna que el recién nacido tuvo durante el primer mes, que se han realizado el papanicolaou en el último año, que se han revisado periódicamente los senos, y que no han sufrido violencia física o psicológica por parte de su pareja. De manera similar, se clasificaron las condiciones adecuadas favorables de salud reproductiva según la información proporcionada por los hombres.

Cuadro 1
Variables incorporadas en la medición de la salud reproductiva (mujeres de 12 a 54 años y hombres de 12 a 59 años, casados o unidos y con al menos un hijo nacido vivo)

Variables	Códigos/Categorías			Información de la mujer	Información del hombre
	-1	0 (No aplica)	1		
Revisión médica prenatal en primer trimestre (último embarazo)	Sí	Mujeres cuyos hijos nacieron antes de junio de 1993	No	X	
Atención médica del último parto	Sí	Mujeres cuyos hijos nacieron antes de junio de 1993	No	X	
Revisión en el puerperio	Sí	Mujeres cuyos hijos nacieron antes de junio de 1993	No	X	
Uso actual de anticonceptivos modernos (quirúrgicos, DIU y hormonales)	Sí	Embarazadas actualmente	No	X	X
Lactancia exclusiva en los primeros cuatro meses	Sí	Mujeres cuyos hijos nacieron antes de junio de 1993	No	X	
Revisión médica del niño en el primer mes	Sí	Mujeres cuyos hijos nacieron antes de junio de 1993	No	X	
Papanicolaou en el último año (> 24 años)	Sí	< 25 años	No	X	
Revisión periódica de los senos	Sí	< 15 años	No	X	
Prueba de próstata y/o revisión de genitales	Sí	< 15 años	No		X
Sabe prevenir ETS	Sí (condón y/o no tener relaciones sexuales)	No conoce ETS	No	X	X

Cuadro 1

Variables incorporadas en la medición de la salud reproductiva (mujeres de 12 a 54 años y hombres de 12 a 59 años, casados o unidos y con al menos un hijo nacido vivo) (continuación)

Variables	Códigos/Categorías			Información de la mujer	Información del hombre
	-1	0 (No aplica)	1		
Padecimiento de ETS alguna vez	No	No conoce ETS	Sí	X	X
Atención médica del climaterio y menopausia (>= 40 años)	Sí	< 40 años y >= 40 sin síntomas	No	X	
Comunicación con la pareja antes del embarazo del primer hijo	Sí		No	X	X
La pareja la acompaña en revisiones prenatales	Sí		No	X	X
La pareja ayuda en el cuidado de los niños en el primer año de vida	Sí (la mayoría de las veces)		No (algunas veces o nunca)	X	X
Cuidado de los hijos menores de 12 años	Sí (por padres, familiares, escuela o guardería)	Con hijos mayores de 11 años	(Por vecinos, sirvientes, se quedan solos)	X	X
Violencia física por la pareja (hombre)	No		Sí	X	X
Violencia física o psicológica por la pareja (hombre)	No		Sí	X	X

Fuente: Ensare, 1998.

Los resultados de la distribución de ambas muestras de entrevistados de acuerdo con las variables seleccionadas se presentan en el cuadro 2. Una primera observación es que existe una considerable heterogeneidad en las variables que miden las prácticas adecuadas de cuidado de la salud reproductiva según la información de las mujeres, ya que los porcentajes en categorías favorables discrepan enormemente; mientras que entre los hombres la heterogeneidad es menor, lo que en parte se explica por un menor número de variables. Dicho de otra forma, la gama de condiciones que definen las prácticas adecuadas de cuidado a la salud reproductiva en la población derechohabiente del IMSS expresan avances diferentes de las acciones del programa de salud reproductiva; aunque se debe tener en cuenta que los porcentajes que aparecen en el cuadro no representan mediciones de prevalencias o incidencias como se definen tradicionalmente, debido a que en algunos casos los denominadores se refieren a características particulares. Así, por ejemplo, mientras que en el caso de la información reportada por los hombres de 12 a 59 años, casados o unidos y con al menos un hijo nacido vivo, aparece un 65.8% en el uso de anticonceptivos modernos por ellos o sus parejas, cuando el dato se calcula para los hombres casados o unidos de 15 a 59 años, que es como habitualmente se estima la prevalencia anticonceptiva, se obtiene una cifra de 70.7% de uso de métodos modernos, incluido el condón (Mendoza y Padiña, 2004). De esta manera, los porcentajes adquieren sentido como meras distribuciones de las muestras globales para ubicar la magnitud de los casos favorables y no favorables para los propósitos de esta investigación.

La segunda observación, aun cuando no se trata exclusivamente de parejas, remite a la sorprendente similitud en los porcentajes derivados de la información de mujeres y hombres en cuanto a la comunicación entre ellos previa la llegada del primer hijo (64% vs. 65%), sobre la participación del hombre en el cuidado de los niños en el primer año de vida (35% vs. 32%), así como en lo que se refiere a la violencia física y/o psicológica, donde los porcentajes de no violencia propinada por él se reportan en la misma magnitud, 90% en la no violencia física y 63% en la no violencia física o psicológica. De esta forma, la similitud y congruencia en la información apunta hacia la calidad en los datos obtenidos en esta encuesta.

Cuadro 2

Distribución de la población de la muestra según prácticas adecuadas y no adecuadas de salud reproductiva
(datos no ponderados)

Variables	Información de la mujer (n = 2 859)			Información del hombre (n = 1 773)		
	Adecuadas	No aplica	No adecuadas	Adecuadas	No aplica	No adecuadas
Revisión médica prenatal	35.6	58.1	6.2			
Atención del parto	40.4	57.9	1.7			
Revisión del puerperio	28.8	57.9	13.3			
Uso de anticonceptivos modernos	80.9	4.1	15.0	65.8	17.3	16.9
Lactancia exclusiva	38.6	58.0	3.4			
Revisión del niño	32.1	59.5	8.4			
Papanicolau	61.5	27.3	11.2			
Revisión de senos	58.0	4.7	37.4			
Prueba de próstata y/o revisión de genitales				60.7	12.5	26.8
Sabe prevenir ETS	19.8	31.4	48.8	77.2	7.5	15.3
Padecimiento de ETS	92.5	1.2	6.3	83.9	7.5	8.6
Atención del climaterio y menopausia	16.0	71.9	12.1			
Comunicación con la pareja en el primer hijo	63.6	0.4	36.0	65.2	0.6	34.2
La pareja la acompaña en las revisiones prenatales	41.2	25.7	33.2	48.2	0.6	51.2
La pareja ayuda en el cuidado de los niños en el primer año de vida	34.6	16.7	48.8	31.7	0.6	67.7
Cuidado de hijos menores de 12 años	58.7	39.3	2.0	71.5	27.1	1.4
Violencia física de la pareja	90.1	0.0	9.9	90.0	0.2	9.8
Violencia física o psicológica	63.3	0.3	36.4	62.9	0.2	36.9

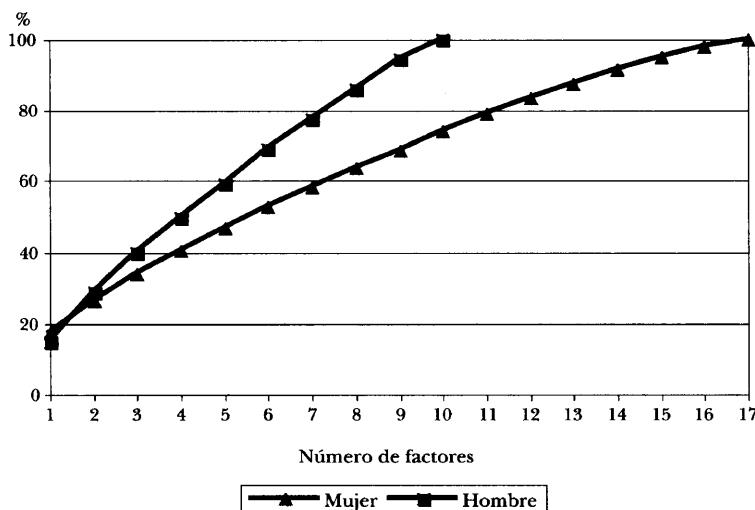
Fuente: Ensare, 1998.

FACTORES DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Para tener una medida global de la salud reproductiva fue necesario construir un indicador que tomara en cuenta simultáneamente la información de todas las variables. Dicha construcción se basó en la teoría del modelo de análisis factorial, a través de la técnica de componentes principales (IMSS, 2000a; Cruz, 1998; Jae-On y Muller, 1978 y 1978a). El modelo descansa en la hipótesis fundamental de que existen algunos factores desconocidos que son los responsables de la covariación entre las variables observables, pero que son menos que éstas en número. El problema estriba en elegir el número de factores a considerar en el análisis, para lo cual un primer criterio fue analizar el porcentaje de variación total explicada por cada factor. La variación total es igual al número máximo de factores, es decir, igual al número de variables observables; que en el caso de las mujeres fue de 17 y en el de los hombres de 10. En la gráfica 1 se muestran los porcentajes de la varianza explicada acumulada según cada factor.

Gráfica 1

Varianza explicada acumulada según el número de factores de la salud reproductiva; mujeres de 12 a 54 años y hombres de 12 a 59 años



Fuente: Ensare, 1998.

Se observa que a medida que el número de factores aumenta, la aportación de cada factor a la variación total disminuye. La gráfica 1 revela que los cinco primeros factores son los más importantes, ya que a partir del factor seis la contribución a la variación total no es significativa. De hecho, los cinco primeros factores explican 47 y 59% de la variación total en las mujeres y hombres, respectivamente. Con base en este criterio, se puede decir que un modelo con cinco factores podría ser adecuado para explicar la variación total de las variables observables en las mujeres; mientras que uno con cuatro factores sería suficiente para las variables observables según la información de los hombres.

Pero la decisión con el criterio anterior es parcial; el segundo criterio establece que el número de factores se determina con base en la interpretación conceptual de los mismos, la cual se sustenta en el análisis de las variables observables que están altamente correlacionadas con el factor. Con base en ello, se definieron conceptualmente tres factores de la salud reproductiva para las mujeres y tres factores para los hombres. En el cuadro 3 se presentan los coeficientes de correlación de dichas variables con los factores identificados en cada uno de los grupos analíticos.⁴

Los datos muestran que en las mujeres el primer factor está correlacionado con la atención del parto, la práctica de la lactancia exclusiva en los primeros cuatro meses, la revisión médica prenatal oportuna, la revisión del niño en el primer mes de vida y la revisión durante el puerperio; es decir, este factor se puede interpretar como *prácticas de atención a la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio y a la salud de sus hijos*. El segundo factor está correlacionado con cualquier patrón de violencia física y/o psicológica; de modo que se interpreta como *la ausencia de violencia doméstica*. En tanto que el tercer factor aparece correlacionado fundamentalmente con el hecho de que el hombre acompañe a su pareja a las revisiones prenatales, ayude en el cuidado de los niños durante el primer año de vida y con la comunicación en la pareja para la llegada del primer hijo; es decir, este factor se interpreta como la *participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos*. De modo que el análisis

⁴ Los coeficientes de correlación son los resultantes de aplicar la rotación de los factores, a través del método Ortogonal Varimax.

Cuadro 3

Coeficientes de correlación de las variables con los factores de la salud reproductiva identificados (mujeres y hombres casados o unidos y con al menos un hijo nacido vivo)

Variables	Mujeres		Hombres	
	12-54	Factor	12-59	Factor
Atención del parto	0.811			
Lactancia exclusiva	0.735			
Revisión médica prenatal	0.720			
Revisión del niño en el primer mes	0.683			
Revisión del puerperio	0.529			
Violencia física de pareja	0.831	2	0.813	1
Violencia física o psicológica	0.817		0.810	
La pareja la acompaña en las revisiones prenatales	0.654		0.529	
Comunicación con la pareja en el primer hijo	0.600	3	0.439	2
La pareja ayuda en el cuidado de los niños en el primer año de vida	0.520		0.467	
Padecimiento de ETS			0.626	
Conocimiento y prevención de ETS			0.413	3

Fuente: Ensare, 1998.

Mujeres

Factor 1: Prácticas de atención a la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio y a la salud de sus hijos.

Factor 2: Ausencia de violencia doméstica.

Factor 3: Participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos.

Hombres

Factor 1: Ausencia de violencia doméstica.

Factor 2: Participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos.

Factor 3: Enfermedades de transmisión sexual.

de las prácticas de cuidado adecuado o inadecuado de la salud reproductiva, que se efectúa posteriormente, se expresa a través de los tres factores explicativos ya mencionados.

En el caso de los hombres, el primer factor se correlaciona con las variables sobre violencia física y/o psicológica, de modo que se puede interpretar como la *ausencia de violencia doméstica*. El segundo factor se correlaciona con el hecho de que el hombre acompaña a su pareja a las consultas del embarazo, con la comunicación en la pareja para la llegada del primer hijo y con la ayuda del hombre en el cuidado del niño en el primer mes de vida; con lo que este factor se interpreta como la *participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos*. En tanto que el tercer factor se correlaciona con el conocimiento que se tiene para la prevención de las ETS, así como informar si las ha padecido; por lo que se interpreta como factor de *enfermedades de transmisión sexual*.

Se reconoce que los tres factores identificados proporcionan una visión parcial en relación con las variaciones de la salud reproductiva, explicando 34% de la varianza según la información de las mujeres y 40% en los hombres; no obstante, surgen como los factores más importantes a la luz de los datos captados en la Ensare.

PRÁCTICAS DE CUIDADO ADECUADO O INADECUADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

La definición de las prácticas sobre el cuidado de la salud reproductiva se basó en la similitud en los tres factores a través del análisis de conglomerados (IMSS, 2000a; Alcántara, 1996; Anderberg, 1973). Para ello, se eligió *a priori* la partición en dos categorías (prácticas de cuidado adecuado o inadecuado). El criterio para esta partición tomó como base la homogeneidad y la heterogeneidad; es decir, grupos de hombres o de mujeres, según el caso, cuyos valores en los tres factores de salud reproductiva fueran muy parecidos al interior de cada grupo, y diferentes entre los grupos.⁵ De esta forma, 72%

⁵ Se utilizó como medida de la homogeneidad la varianza intragrupal, y para la identificación de los niveles de la salud reproductiva se usaron las medias de los factores al interior de cada uno de los grupos (IMSS, 2000a).

de las mujeres se ubica en la categoría de prácticas de cuidado adecuado de salud reproductiva. Este porcentaje de mujeres cumple simultáneamente con la característica de situaciones favorables en los tres factores; es decir, prácticas de atención a la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio, y a la salud de sus hijos (primer factor); ausencia de violencia doméstica (segundo factor), y participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos (tercer factor). El 28% restante se ubica en prácticas de cuidado inadecuado de salud reproductiva, que se manifiesta por presentar situaciones desfavorables en los tres factores explicativos.

En los hombres, el criterio de homogeneidad y heterogeneidad clasificó a 69% en la categoría de prácticas de cuidado adecuado de salud reproductiva por el hecho de presentar condiciones favorables en el segundo y tercer factores; es decir, la participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos, y el conocer sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, así como por no haberlas padecido. El 31% se clasifica en la categoría de prácticas de cuidado inadecuadas, que aunque presenta condiciones favorables en cuanto a la ausencia de violencia doméstica (primer factor), en los dos restantes muestra en cambio situaciones desfavorables.

EFECTOS SOCIOECONÓMICOS Y DE LA ADHESIÓN AL IMSS SOBRE EL CUIDADO ADECUADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Se ajustaron modelos logísticos multivariados⁶ para observar el efecto que tiene, por un lado, la variable relacionada con las condiciones de vida, es decir, el estrato socioeconómico, y por otro, variables del hogar o entorno familiar, como el tipo de hogar y el sexo del jefe, así como variables individuales como la edad, el número de hijos y la adhesión al IMSS sobre las prácticas de cuidado adecuado de salud reproductiva. Los resultados se presentan en los cuadros 4 al 7.

⁶ Se utilizó como dependiente la variable dicotómica: prácticas de cuidado adecuado/inadecuado de salud reproductiva, en lugar de un índice factorial, por la facilidad para interpretar los resultados en razón del signo y magnitud de los coeficientes de las variables independientes.

La estrategia analítica adoptada fue incorporar inicialmente al modelo todas las variables independientes, y posteriormente excluir en forma progresiva algunas de estas variables, como el sexo del jefe, el tipo de hogar y la actividad económica, para valorar si el estrato, la edad o el número de hijos influyen y tienen un efecto significativo.

Cuando se controlan todas las variables independientes en el modelo, se encuentra que las prácticas de cuidado adecuado de la salud reproductiva por las mujeres casadas o unidas y con al menos un hijo nacido vivo se asocian positivamente con la mayor edad a partir de los 25 años y por pertenecer a un estrato socioeconómico alto. Contrariamente, si la mujer tiene familia pequeña (uno o dos hijos), ello tiende a asociarse negativamente con dichas prácticas (véase el cuadro 4).

La condición de actividad económica del hogar, el sexo del jefe y el tipo de hogar no mostraron diferencias significativas; no obstante, se observa que las prácticas de cuidado de la salud reproductiva tienden a ser desfavorables en los grupos de mujeres que trabajan, en los hogares cuyo jefe es un varón y cuando se trata de hogares nucleares. Estas variables no influyen para que las otras variables independientes tengan un efecto significativo.

Se resalta el hecho de que la participación de la mujer en la actividad económica no influye para que se modifique el efecto significativo ni la tendencia que muestra el estrato socioeconómico. En cambio, el número de hijos nacidos vivos sí modifica el efecto significativo de la edad; esto es, cuando no se controla por esa variable, la tendencia hacia una asociación positiva de las prácticas de cuidado adecuado de la salud reproductiva con la mayor edad desaparece, conservándose sólo una diferencia significativa en el grupo de 25 a 29 años (véase el cuadro 5).

En resumen, un modelo que recoge razonablemente el efecto de las variables independientes es el que se muestra en las tres primeras columnas del cuadro 5; es decir, aquel en que se excluye el sexo del jefe, el tipo de hogar y la actividad económica; o mejor dicho, en que se controla simultáneamente la edad, el número de hijos, el estrato socioeconómico y la asistencia a consulta al IMSS. En ese contexto, los efectos ajustados sugieren que el cuidado adecuado de la salud reproductiva toma ventaja en 131% si la mujer tiene

Cuadro 4

Efectos de las variables socioeconómicas y de la adhesión al IMSS
en las prácticas de cuidado adecuado o inadecuado de salud
reproductiva (mujeres de 12 a 54 años, casadas o unidas y con al menos
un hijo nacido vivo)

Variables y categorías	Todas las variables		Se excluye sexo del jefe del hogar		Se excluye, además, tipo de hogar	
	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.
Constante	0.6236	0.049	0.6236	0.049	0.5973	0.058
Edad						
12 a 19	0.0000		0.0000		0.0000	
20 a 24	0.4350	0.180	0.4350	0.179	0.4441	0.170
25 a 29	0.8405	0.008	0.8405	0.008	0.8532	0.007
30 a 34	0.6502	0.043	0.6502	0.043	0.6667	0.037
35 a 39	0.6759	0.037	0.6759	0.037	0.6907	0.033
40 a 54	0.6096	0.055	0.6096	0.055	0.6152	0.053
Hijos nacidos vivos						
Tres o más	0.0000		0.0000		0.0000	
De uno a dos	-0.5904	0.000	-0.5904	0.000	-0.5913	0.000
Condición de actividad						
No trabaja	0.0000		0.0000		0.0000	
Trabaja	-0.1611	0.100	-0.1612	0.099	-0.1691	0.081
Estrato socioeconómico						
Bajo y muy bajo	0.0000		0.0000		0.0000	
Medio	0.1352	0.139	0.1352	0.139	0.1368	0.134
Alto	0.5180	0.000	0.5180	0.000	0.5225	0.000
Sexo del jefe del hogar						
Mujer	0.0000					
Hombre	-0.0016	0.994				
Tipo de hogar						
No nuclear	0.0000		0.0000			
Nuclear	-0.0633	0.510	-0.0634	0.503		
Asistió a consulta médica al IMSS en el último año						
No	0.0000		0.0000		0.0000	
Sí	-0.0469	0.680	-0.0469	0.680	-0.0479	0.673

Fuente: Ensare, 1998.

Cuadro 5

Parámetros de los modelos finales (mujeres de 12 a 54 años, casadas o unidas y con al menos un hijo nacido vivo)

Variables y categorías	Se excluye, además, actividad económica			Se excluye, además, hijos nacidos vivos		
	β	Exp (β)	Sig.	β	Exp (β)	Sig.
Constante	0.5649	1.7593	0.072	0.5552	1.7423	0.077
Edad						
12 a 19	0.0000	1.0000		0.0000	1.0000	
20 a 24	0.4309	1.5386	0.183	0.4085	1.5046	0.206
25 a 29	0.8393	2.3147	0.008	0.6896	1.9929	0.029
30 a 34	0.6443	1.9047	0.044	0.3385	1.4028	0.280
35 a 39	0.6662	1.9468	0.039	0.2382	1.2690	0.445
40 a 54	0.6061	1.8333	0.056	0.1135	1.1202	0.708
Hijos nacidos vivos						
Tres o más	0.0000	1.0000				
De uno a dos	-0.5790	0.5605	0.000			
Estrato socioeconómico						
Bajo y muy bajo	0.0000	1.0000		0.0000	1.0000	
Medio	0.1260	1.1343	0.167	0.1612	1.1749	0.075
Alto	0.4817	1.6188	0.001	0.5362	1.7095	0.000
Asistió a consulta médica al mss en el último año						
No	0.0000	1.0000		0.0000	1.0000	
Sí	-0.0413	0.9595	0.716	-0.0607	0.9411	0.591

Fuente: Ensare, 1998.

entre 25 y 29 años de edad respecto al grupo de 12 a 19 años,⁷ y entre 90 y 95% si tiene entre 30 y 39 años. Por el contrario, si las mujeres tuvieron uno o dos hijos, ello no se asocia positivamente con mejores prácticas de salud reproductiva; de hecho, la ventaja de recibir cuidados adecuados al respecto disminuye en 44% el caso de las mujeres que han tenido tamaños de familia mayores a dos hijos. En consecuencia, estos datos parecen sugerir la existencia de mejores condiciones para la salud reproductiva cuando la mujer

⁷ Aunque se reconoce la limitante de utilizar este grupo como referencia en vista de que el tamaño de muestra disminuye, sólo 10% son madres y corresponden mayormente a mujeres pobres o sin escolaridad.

derechohabiente tiene entre 25 y 39 años de edad y ha experimentado al menos con dos hijos los cuidados relacionados con la salud reproductiva.

Por otra parte, la salud reproductiva toma ventaja en 62% si las mujeres pertenecen a un estrato socioeconómico alto respecto a las niveles bajos o muy bajos.

La variable sobre asistencia a consulta médica al IMSS durante el año previo a la encuesta no mostró un efecto significativo. Pero la tendencia que sugiere el signo del coeficiente es contraria a la esperada; es decir, el hecho de adherirse al servicio médico de esa institución tiende a relacionarse con prácticas desfavorables del cuidado de la salud reproductiva. Una posible explicación es que los datos estén reflejando más bien el efecto del estrato; esto es, las mujeres que acuden a consulta al IMSS se relacionan mayormente con situaciones de pertenencia a un nivel socioeconómico bajo.

En el caso de los varones, el modelo ajustado con todas las variables sugiere efectos significativos de la condición de actividad económica, el estrato y la asistencia al IMSS en busca de consulta médica en el último año. En tanto que la edad, el número de hijos nacidos vivos, el sexo del jefe y el tipo de hogar no mostraron diferencias significativas; aunque se observa cierta tendencia hacia mejores prácticas de cuidado de la salud reproductiva en los varones con edades entre 25 y 34 años y en aquellos que viven en hogares nucleares, contrario a la característica de las familias encabezadas por un varón, que se asocian con condiciones desfavorables de salud reproductiva (véase el cuadro 6).

De hecho, las variables sexo del jefe, tipo de hogar y condición de actividad no influyen en el efecto significativo del estrato y la adhesión al IMSS; tampoco influyen para modificar la no significancia estadística de las categorías de edad e hijos nacidos vivos. En este sentido, un modelo que ilustra razonablemente el efecto simultáneo de las variables independientes es el mostrado en las tres últimas columnas del cuadro 7, que se centra en los efectos ajustados de la edad, el estrato y la adhesión al IMSS.

Cuadro 6

Efectos de las variables socioeconómicas y de la adhesión al IMSS
en las prácticas de cuidado adecuado o inadecuado de salud
reproductiva (hombres de 12 a 59 años, casados o unidos y con al menos
un hijo nacido vivo)

Variables y categorías	Todas las variables		Se excluye sexo del jefe del hogar		Se excluye, además, tipo de hogar	
	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.
Constante	-0.8486	0.283	-0.9829	0.165	-0.9976	0.158
Edad						
12 a 19	0.0000		0.0000		0.0000	
20 a 24	0.7793	0.227	0.7783	0.227	0.8059	0.210
25 a 29	1.1201	0.074	1.1169	0.075	1.1350	0.069
30 a 34	1.0755	0.088	1.0700	0.089	1.1126	0.076
35 a 39	0.6963	0.269	0.6910	0.272	0.7374	0.239
40 a 59	0.1178	0.850	0.1110	0.859	0.1488	0.811
Hijos nacidos vivos						
Tres o más	0.0000		0.0000		0.0000	
De uno a dos	-0.0859	0.492	-0.0839	0.502	-0.0753	0.546
Condición de actividad						
No trabaja	0.0000		0.0000		0.0000	
Trabaja	0.6013	0.027	0.6009	0.027	0.6027	0.026
Estrato socioeconómico						
Muy bajo	0.0000		0.0000		0.0000	
Bajo	0.4359	0.021	0.4358	0.021	0.4668	0.013
Medio	0.6772	0.001	0.6799	0.001	0.7075	0.001
Alto	0.4840	0.049	0.4832	0.049	0.5087	0.038
Sexo del jefe del hogar						
Mujer	0.0000					
Hombre	-0.1493	0.701				
Tipo de hogar						
No nuclear	0.0000		0.0000			
Nuclear	0.0811	0.522	0.0717	0.564		
Asistió a consulta médica al IMSS en el último año						
No	0.0000		0.0000		0.0000	
Sí	0.2605	0.022	0.2595	0.022	0.2593	0.022

Fuente: Ensare, 1998.

Cuadro 7

Parámetros de los modelos finales (hombres de 12 a 59 años, casados o unidos y con al menos un hijo nacido vivo)

Variables y categorías	Se excluye, además, actividad económica			Se excluye, además, hijos nacidos vivos		
	β	Exp (β)	Sig.	β	Exp (β)	Sig.
Constante	-0.3945	0.6740	0.545	-0.4658	0.6276	0.466
Edad						
12 a 19	0.0000	1.0000		0.0000	1.0000	
20 a 24	0.8010	2.2278	0.213	0.8034	2.2331	0.212
25 a 29	1.1371	3.1177	0.069	1.1507	3.1604	0.065
30 a 34	1.1105	3.0359	0.076	1.1388	3.1230	0.068
35 a 39	0.7360	2.0876	0.240	0.7723	2.1647	0.215
40 a 59	0.1174	1.1246	0.850	0.1727	1.1885	0.778
Hijos nacidos vivos						
Tres o más	0.0000	1.0000				
De uno a dos	-0.0668	0.9335	0.580			
Estrato socioeconómico						
Muy bajo	0.0000	1.0000		0.0000	1.0000	
Bajo	0.4726	1.6042	0.012	0.4735	1.6056	0.011
Medio	0.6987	2.0111	0.001	0.6966	2.0069	0.001
Alto	0.5061	1.6588	0.038	0.5020	1.6520	0.040
Asistió a consulta médica al IMSS en el último año						
No	0.0000	1.0000		0.0000	1.0000	
Sí	0.2413	1.2729	0.033	0.2441	1.2765	0.031

Fuente: Ensare, 1998.

De esta forma, el cuidado adecuado de la salud reproductiva se aventaja significativamente en 61% si los varones casados o unidos y con al menos un hijo pertenecen a un estrato socioeconómico bajo respecto a los de estrato muy bajo, y en 100 y 65% si pertenecen a los estratos medio y alto.

Finalmente, la ventaja es de 28% si los varones acudieron a consulta médica al IMSS en el último año respecto de los que no lo hicie-

ron. Esta variable proxy sugiere un muy leve impacto potencial de la institución, que se traduce en que 69.2% de prácticas de cuidado adecuado de salud reproductiva que predice el modelo bajaría a 65.7% si ningún varón asistiera al IMSS, mientras que subiría a 70.8% si todos fueran a consulta médica a sus instalaciones. Todo ello bajo el supuesto de que el efecto de las demás variables permaneciera constante.

CONSIDERACIONES FINALES

En este documento se miden y analizan las prácticas que sobre el cuidado de la salud reproductiva llevan a cabo mujeres y hombres derechohabientes del IMSS. A través de la incorporación de variables observables en la Ensare, las cuales reflejan acciones normativas del programa de salud reproductiva institucional (del IMSS), se identifican factores que resumen las condiciones en que se traducen dichas prácticas. En consecuencia, el ejercicio aporta elementos útiles para la evaluación del mencionado programa si se toma en cuenta que las mujeres y varones que acuden a consulta en el IMSS son predominantemente de estratos socioeconómicos bajos.

Se analiza el grupo de mujeres de 12 a 54 años y de hombres de 12 a 59 años, ambos con las características de estar casados(as) o unidos(as) y con al menos un hijo nacido vivo al momento de la encuesta. Si bien estos criterios de inclusión no permiten clasificar estrictamente a las personas según la etapa del ciclo de vida en que se encuentran ni según las velocidades de sus trayectorias reproductivas, aspectos que están fuera del alcance e interés de este trabajo, se considera que la definición de los grupos analíticos es razonable, ya que permite incorporar al análisis a las personas que ya han tenido oportunidad de experimentar la mayoría de los eventos relacionados con la salud reproductiva y que son de interés en este estudio.

Tres factores se identificaron claramente en términos estadísticos y conceptuales en relación con las prácticas de cuidado de la salud reproductiva por la mujer de un total de 17 variables incorporadas al análisis factorial a través de la técnica de componentes principales. Aun cuando explican la tercera parte (34%) de la varianza total, su relevancia estriba en agrupar variables comunes y constituir los principales componentes de mayor homogeneidad

en su interior y heterogeneidad entre sí. El primer componente se refiere a las *prácticas de atención a la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio y a la salud de sus hijos*; el segundo componente identifica la *ausencia de violencia doméstica*; mientras que el tercero se interpreta como la *participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos*. El 72% de las mujeres cumple con condiciones favorables en los tres factores; es decir, se satisfacen simultáneamente prácticas de cuidado adecuado de salud reproductiva. Sin embargo, también es importante destacar que aún hay un 28% restante que comparte condiciones desfavorables al respecto.

Definidas de esa forma, las prácticas de cuidado adecuado de la salud reproductiva por las mujeres se asocian positivamente con la edad y el estrato socioeconómico; en tanto que la adhesión al IMSS no mostró un efecto significativo, quizás por dos razones: es probable que su efecto se vea reflejado más bien por el estrato socioeconómico, particularmente en las categorías de estratos bajo y muy bajo, y/o también que la variable proxy “asistencia a una consulta a las instalaciones del IMSS durante el último año” sea una característica común en las mujeres, tanto por motivos de consulta de ellas mismas o la de sus hijos y, por ello, no discrimine las prácticas de cuidado adecuado o inadecuado de salud reproductiva.

Al respecto, se reconoce que una limitante de este estudio es que las variables y factores que se identifican dentro de las prácticas de cuidado adecuado de la salud reproductiva no tienen el mismo tipo de relación con el trabajo que desarrolla el IMSS. Mientras las actividades de atención a la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio y a la salud de sus hijos tienen relación directa con la labor primaria del instituto, aspectos como la violencia doméstica o la participación del varón en el cuidado del embarazo y de los hijos serían potencialmente influenciados de manera indirecta. De cualquier forma, todas estas variables y factores se incorporaron con un mismo nivel de análisis porque interesa contextualizar el cuidado de la salud reproductiva desde una perspectiva más integral.

En el caso de los varones, se observa que el primer componente se correlaciona con la *ausencia de violencia doméstica*; el segundo hace referencia a la *participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos*; en tanto que el tercero se refiere al conocimiento de la preventión y presencia de padecimientos relacionados con las *enfermedades*

de transmisión sexual. La combinación de estos factores mediante un análisis de conglomerados agrupó en la categoría de prácticas de cuidado adecuado a 69% de los casos, los cuales presentan simultáneamente condiciones favorables en el segundo y tercer factor; mientras que 31%, al presentar características desfavorables en esos factores, se ubica en la categoría de cuidado no adecuado, aun cuando en el primer factor presenta una condición favorable.

En este caso, el modelo ajustado revela un efecto significativo del estrato y la adhesión al IMSS sobre el cuidado de la salud reproductiva. Esta última variable (adhesión al IMSS) podría estar indicando que si el hombre asiste al menos a una consulta médica por año a las unidades del IMSS se produce un potencial impacto institucional de cinco puntos porcentuales en el logro de mejores condiciones de salud reproductiva de él y su familia, generado primordialmente por el hecho de participar en el cuidado del embarazo y de los hijos, así como de conocer las enfermedades de transmisión sexual y de no padecerlas.

Como conclusión, los elementos de este análisis parecen sugerir que para lograr mejores y más homogéneas condiciones favorables en el cuidado de la salud reproductiva de los derechohabientes, en particular a las mujeres de estratos bajos, el programa del IMSS debiera garantizar las rutinas de la atención oportuna del embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido, pero también reforzar acciones encaminadas al fortalecimiento de las relaciones de género en la pareja, a fin de favorecer una mayor participación del varón en el cuidado de la salud del binomio madre-hijo y de la suya propia, y contribuir con ello a la prevención de la violencia de género y disminuir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

Más aún, es importante subrayar que dichas acciones debieran enfocarse prioritariamente a las poblaciones de hombres y mujeres de bajo estrato socioeconómico, así como a los grupos de jóvenes, menores de 25 años, si se desea mejorar las condiciones de salud reproductiva y disminuir las desigualdades existentes al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara González, B. (1996), *El análisis de conglomerados como alternativa en la formación de estratos*, tesis de licenciatura, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Anderberg, M. R. (1973), *Cluster Analysis for Applications*, Nueva York, Academic Press.
- Cortés, Fernando, Eduardo Menéndez y Rosa María 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*, México, The Population Council-El Colegio de México.
- Cruz Saavedra, A. I. (1998), *El análisis factorial en la investigación de mercados*, tesis de licenciatura, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echarri, Carlos (2006), “Construcción del indicador de estratificación social”, en este volumen.
- IMSS (2000), “Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: Documento metodológico”, *Serie Investigación y Evaluación*, núm. 7, México, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Dirección de Prestaciones Médicas.
- (2000a), “Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: Informe de resultados”, *Serie Investigación y Evaluación*, núm. 8, México, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Dirección de Prestaciones Médicas.
- Jae-On K, y W. Ch. Muller (1978), “Factor Analysis: Statistical Methods and Practical Issues”, *Series: Quantitative Applications in the Social Sciences*, Sage Publications, Londres, Nueva Delhi, The International Professional Publishers, Newbury Park.
- (1978a), “Introduction to Factor Analysis: What it is and How to do it”, *Series: Quantitative Applications in the Social Sciences*, Sage Publications, Londres, Nueva Delhi, The International Professional Publishers, Newbury Park.
- Langer, Ana, y Mariana Romero (1995), “Diagnóstico en salud reproductiva en México”, *Reflexiones. Sexualidad, salud y reproducción*, 3, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.
- Lerner, Susana e Ivonne Szasz (2001), “La investigación y la intervención en salud reproductiva: Encuentro de enfoques y tendencias”, *El Cotidiano*, 107, mayo-junio, pp. 53-65.
- Mendoza Victorino, Doroteo Padilla Vallejo, e Isabel Padilla Vallejo (2004), “La participación de los hombres derechohabientes del IMSS en algu-

- nos aspectos de la salud reproductiva", *Género y Salud en Cifras*, vol. 2, núm. 1, Secretaría de Salud, enero-abril, pp. 11-16.
- Oliveira, Orlandina de, y Brígida García (1986), "Encuestas. ¿Hasta dónde?", en R. Corona *et al.*, *Problemas metodológicos en la investigación socio-demográfica*, México, El Colegio de México.
- Salles, V., y R. Tuirán (1995), "Primeros pasos para la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", *Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, México, El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- Saucedo González, Irma (1997), "La relación violencia-salud reproductiva: Un nuevo campo de investigación", *Salud Reproductiva y Sociedad*, año II, mayo-diciembre, núms. 6-7, México, El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, pp. 3-9.
- Szasz, Ivonne, y Susana Lerner (2003), "Aportes teóricos 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-La Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 177-212.

VII. TEMAS DE FRONTERA Y DEMANDAS CIUDADANAS

LA VIOLENCIA CONYUGAL EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL IMSS

SOLEDAD GONZÁLEZ MONTES¹
y JUAN MANUEL CONTRERAS²

ANTECEDENTES

La violencia doméstica se convirtió en objeto de investigación académica a principios de la década de 1970. Inicialmente el fenómeno se abordó como un problema de patología individual, buscando definir el perfil psicológico de los individuos con propensión a la agresividad. Fueron investigadoras feministas quienes propusieron una perspectiva social, que tomase en cuenta las relaciones de poder y subordinación en la familia y en la pareja en particular. El libro de Leonore Walker, *La mujer maltratada* (*The Battered Woman*), publicado por primera vez en 1979, fue de las primeras investigaciones que conceptualizó el problema de esta manera. Con base en entrevistas a profundidad con mujeres golpeadas, Walker desarrolló un modelo del ciclo de violencia en la pareja que tuvo gran influencia en los estudios posteriores y que sigue utilizándose en los programas dirigidos a atender a las mujeres maltratadas.³

¹ Soledad González Montes es profesora-investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México. Correo electrónico: sgonza@colmex.mx

² Juan Manuel Contreras es asistente de investigación, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Correo electrónico: manuelcv@gmail.com. Ambos agradecemos los comentarios de Brígida García y Doroteo Mendoza a este capítulo, pues nos permitieron mejorarlo considerablemente.

³ Según el modelo de Walker (1989), la violencia hacia las esposas se desarrolla en un círculo repetitivo que tiene tres fases. En la primera, ocurren pequeños incidentes violentos que van aumentando la tensión en la pareja (esta etapa se llama de acu-

En las décadas de 1980 y 1990 se multiplicaron las investigaciones, sobre todo en Estados Unidos, y se desarrollaron nuevos modelos para comprender la dinámica de la violencia en la pareja.⁴ Las investigaciones de corte cuantitativo sirvieron para comprobar la alta prevalencia de la violencia doméstica en diversos sectores sociales, así como la magnitud de sus consecuencias sociales, económicas y de salud. En particular, se han establecido las consecuencias directas para la salud reproductiva de las mujeres, entre las que destacan: la dificultad o imposibilidad que tienen las mujeres víctimas de relaciones conyugales violentas de prevenir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH-sida, las disfunciones sexuales, la inflamación pélvica crónica, las complicaciones durante el embarazo, los abortos, el parto prematuro y el bajo peso al nacer (García y Watts, 2000; Heise *et al.*, 1999).

Con el respaldo de la información reunida, las organizaciones de mujeres intensificaron sus esfuerzos para hacer conciencia de la necesidad de que el Estado intervenga en la prevención de la violencia doméstica y la atención a las víctimas. Esta larga lucha por fin alcanzó importantes éxitos en la década de los noventa del siglo pasado, cuando el movimiento de mujeres logró incorporar la cuestión de la violencia doméstica a las agendas internacionales y nacionales (Keck y Sikkink, 1998). Es precisamente en esa década cuando instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Mundial, que establecen lineamientos para el diseño de políticas gubernamentales, reconocieron que la violencia doméstica constituye un problema de derechos humanos (OPS, 1993). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1998),

mulación de tensiones o *tension-building*). Esta fase desemboca en un episodio de violencia aguda (*acute battering incident*), en el que la violencia física alcanza su punto máximo. Después de la golpiza, el golpeador se siente culpable y busca un acercamiento y reconciliación con su pareja (fase de *loving-contrition*). Si lo logra, se reinicia el ciclo, cuya base de sustentación es una dinámica de control en la pareja, dominada por el varón.

⁴ Destacan el “Family Violence Model”, desarrollado por Murray Straus y colaboradores en los años setenta del siglo XX y actualizado hasta nuestros días (Straus, 1979); el “Stockholm Syndrome”, publicado por Graham y Rawlings en 1991, y el “Duluth Model”, publicado por Pence y Paymer en 1993.

existen tres razones principales para considerar a la violencia doméstica como una prioridad dentro del ámbito de la salud pública: *a) las consecuencias negativas para una gran proporción de mujeres; b) los efectos adversos para la salud reproductiva, y c) la escasez de apoyo y recursos para víctimas.*

En México, diversas organizaciones feministas venían bregando desde mediados de la década de 1970 para que el problema se incluyera en la agenda nacional (Riquer *et al.*, 1996). Ellas crearon los primeros centros de apoyo a mujeres maltratadas a fines de los setenta del siglo XX y su esfuerzo constante tuvo fruto en los noventa, cuando lograron que diversas dependencias gubernamentales colaboraran en la creación y aplicación de leyes y programas de prevención y de asistencia a víctimas (Segob, 1996; Conmujer, 1999, 2000). Como parte de este proceso, la violencia doméstica se incorporó a una conceptualización integral de la salud reproductiva a principios de los noventa (Saucedo, 1999; Valdez, 2004).

En respuesta a las demandas del movimiento de mujeres y a los nuevos lineamientos internacionales, el gobierno federal ha dado pasos positivos en favor de la equidad de género con el establecimiento del Programa Nacional de la Mujer y el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (Segob, 1996; Conmujer, 1999). Por su parte, el gobierno del Distrito Federal promulgó la primera Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en 1997 y creó las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVF).⁵ Desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva, ha sido de suma importancia la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, que establece los criterios para la atención médica de la violencia familiar.⁶

⁵ Las UAPVF del Distrito Federal (que sumaban 16 a fines de 2001) tienen naturaleza jurídica; actúan como tribunales administrativos encargados de aplicar y hacer cumplir la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar; tienen facultad para imponer multas y arrestos (GDF-SDS, 2000).

⁶ La NOM fue publicada el 8 de marzo de 2000 en el *Diario Oficial de la Federación* y se está utilizando como instrumento para dar capacitación al personal de salud pública. Como parte del esfuerzo que se está realizando en este sentido, cabe destacar la *Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de las mujeres embarazadas víctimas de violencia*, editada por el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo (Elu y Santos, 2000).

Por lo que se refiere a las investigaciones académicas, las primeras fueron de naturaleza cuantitativa y tuvieron como finalidad la medición de la prevalencia del fenómeno. Con este propósito, se realizaron encuestas en Ciudad Nezahualcóyotl, Guadalajara, Monterrey, Durango, San Miguel de Allende, ciudad de México, Cuernavaca y Cuautla (García y Oliveira, 2000; Valdez, 2004). Estos trabajos permitieron constatar que la violencia doméstica alcanza muy altas prevalencias en México, llegándose a estimar que al menos una de cada tres mujeres ha sufrido alguna vez en su vida violencia por parte de su cónyuge. También se han llevado a cabo algunos estudios acerca de las condiciones que se asocian a la violencia en la pareja (Glantz y Halperin, 1996; García y Oliveira, 2000 y 2003; Casique, 2003), así como sobre las consecuencias de la violencia conyugal para la salud de las mujeres en general (Finkler, 1997), su salud mental (Valdez y Juárez, 1998), y su salud reproductiva en particular (Sayavedra y Flores, 1997; González Montes, 1998). Con respecto a la salud reproductiva, son de especial importancia las investigaciones sobre violencia durante el embarazo en diversos contextos sociales (Valdez y Sanín, 1996; Freyermuth, 1999; Castro *et al.*, 2002 y 2003). Estas investigaciones han demostrado que la violencia tiene múltiples e importantes repercusiones sobre la salud reproductiva femenina; por tanto, los nexos deben ser analizados cuidadosamente, así como las condiciones que favorecen las altas prevalencias.

LA ENSARE 1998 Y LA VIOLENCIA CONYUGAL

La primera encuesta de alcance nacional que incorporó un módulo sobre la violencia doméstica fue la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente (Ensare), levantada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1998.⁷ Esta encuesta permi-

⁷ Posteriormente se han llevado a cabo dos encuestas nacionales dedicadas específicamente a la violencia doméstica: la Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar y Salud, con Mujeres Usuarias de los Servicios de Salud 2002, realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud (Ssa), y la Encuesta Nacional sobre Relaciones de Pareja 2003, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y el Instituto Nacional de las Mujeres.

tió recoger información muy rica, que hace posible la búsqueda de asociaciones entre la violencia, la situación sociodemográfica de las personas entrevistadas, la salud reproductiva de las mujeres, el ejercicio sexual y las relaciones de género en la pareja. A pesar de la importancia de la información que la encuesta proporciona sobre esta temática, no ha sido suficientemente analizada, por lo que le dedicamos el presente trabajo.

El equipo de investigación del IMSS que diseñó el Módulo de Violencia de la Ensare empleó un concepto de violencia doméstica que cubre casi toda la gama de los comportamientos violentos y las formas de maltrato que pueden ocurrir en el ámbito del hogar: la psicológica o emocional, la física y la sexual (esta última en el Módulo de Ejercicio Sexual). La encuesta no incluye preguntas específicas sobre la violencia económica (negligencia y/o abandono de persona), que en casos extremos puede tener consecuencias graves o fatales, pero sí pregunta sobre aspectos de la relación de pareja que involucran cuestiones económicas y que pueden generar violencia, tales como la aportación que hacen ambos miembros de la pareja al presupuesto familiar. El cuestionario aplicado se concentra especialmente en la violencia física que ocurre en la pareja, aunque también contiene algunas preguntas acerca de la violencia en contra de los menores y otros miembros de la familia de la persona entrevistada.⁸

La Ensare buscó medir la violencia conyugal utilizando la tradicional Conflict Tactics Scale (CTS) desarrollada por Straus en 1979.

⁸ La Ensare aplicó tres cuestionarios: uno individual para varones, otro individual para mujeres y un tercero sobre el hogar en que ambos residen. Con objeto de lograr una representatividad nacional respecto a la población derechohabiiente del IMSS, se utilizó un diseño probabilístico estratificado que abarca tres grandes regiones del país, dentro de las cuales resultaron elegidas 20 Unidades de Medicina Familiar, localizadas en 15 delegaciones del IMSS. En la región norte se incluyeron delegaciones del IMSS en Baja California, Nayarit, Nuevo León y Sinaloa. En la región de los "estados prioritarios", a delegaciones de Guerrero, México-Oriente, México-Toluca, Michoacán, Puebla y Veracruz-Norte. Los "estados no prioritarios" estuvieron representados por delegaciones del Distrito Federal-Noreste, Jalisco, Yucatán y Zacatecas (Mendoza *et al.*, 2000, núm. 9: 2). Con base en estas unidades se aplicó la encuesta a 4 569 hogares, en los que vivía al menos una persona derechohabiiente. En cada hogar se entrevistó a todas las mujeres derechohabiientes que tenían entre 12 y 54 años. Sólo se entrevistó a uno de los varones derechohabiientes de 12 a 59 años del mismo hogar. En total se entrevistaron 5 405 mujeres y 2 992 varones.

Con esta escala es posible obtener la prevalencia, frecuencia y severidad de la violencia intrafamiliar, así como identificar varias formas de ejercerla. La adaptación de esta escala por la Ensare está dirigida a conocer si en el último año las encuestadas han sufrido uno o varios eventos de violencia psicológica y/o física. Específicamente, a las mujeres se les preguntó si en los 12 meses anteriores a la encuesta habían tenido pleitos fuertes con su pareja y además si su esposo o compañero: 1) le gritó, 2) la ofendió o humilló, 3) la amenazó con pegarle, 4) intentó golpearla, 5) la amenazó con cuchillo o navaja, 6) la amenazó con un arma de fuego, 7) le aventó algo, 8) la empujó o le dio una bofetada, 9) la pateó, 10) la mordió, 11) la golpeó, 12) la agredió con arma punzocortante o con arma de fuego. De acuerdo con la conceptualización de la escala, los puntos 1) a 6) pueden considerarse como manifestaciones de violencia psicológica, ya que no involucran agresión corporal, sino la amenaza de ésta, mientras que los puntos 7) a 12) sí involucran directamente violencia física.

Algunos autores han señalado que la Escala de Conflicto tiene limitaciones, entre las que destacan dos: *a)* únicamente pregunta por ciertos tipos de maltrato, pero es posible que la víctima haya vivido otras formas, por lo que de entrada los índices de violencia están subestimados; *b)* la frecuencia se refiere a cualesquiera de las formas de maltrato físico, por lo que se pierde precisión con respecto a cuál es la que se ejerció en cada uno de los eventos. A pesar de estas dificultades, la escala ha demostrado alta confiabilidad y es particularmente útil para comparaciones internacionales (Ellsberg, 2000).

El Módulo sobre Violencia Doméstica utilizó básicamente el mismo cuestionario para varones y mujeres, con la diferencia de que a los varones se les preguntó si la pareja como tal experimentó violencia, de qué tipo, con qué frecuencia, tipo de lesiones provocadas, etc. Es decir, a los varones se les preguntó en plural: “¿Ustedes se han gritado, insultado, golpeado, etc.?", bajo el supuesto (a nuestro parecer correcto) de que si el varón ha ejercido violencia, posiblemente tenderá a ocultarla. Formulada la pregunta de esta manera se pierde precisión pero se evita un mayor subregistro (Nájera, 2000: 149).⁹ El módulo también incluye preguntas a la mujer

⁹ Más adelante en el cuestionario para varones se le pregunta específicamente al encuestado si en el último año su pareja lo golpeó y si él la golpeó a ella, con el fin

sobre cuestiones relacionadas con los motivos del maltrato y su reacción al mismo (si intentó defenderse; si intentó terminar con el maltrato, de qué manera lo hizo; si alguna vez denunció a su pareja, con quién y en caso de que no, por qué no), y si buscó ayuda médica para atenderse de los golpes y cuál fue la respuesta de quienes la atendieron. Asimismo, se preguntó por el tipo de servicio que la encuestada cree que debe haber en las clínicas del IMSS para atender a las mujeres maltratadas.¹⁰

Como puede apreciarse, la Ensare aborda diversos temas vinculados con la violencia doméstica. Sin embargo, una limitación importante es que no buscó indagar de manera amplia y sistemática las posibles conexiones entre la violencia conyugal y la salud reproductiva de las mujeres. A pesar de ello, nos da indicios sobre algunos aspectos de la violencia, de gran trascendencia para la salud reproductiva y en particular para el embarazo y el parto. Con respecto al embarazo, hay un dato que revela la magnitud del problema: de las encuestadas que reportaron haber sufrido violencia el último año y que estuvieron embarazadas en ese mismo periodo, casi la cuarta parte (23%) fueron golpeadas durante el embarazo.

Por otra parte, cuando cruzamos la información sobre la violencia sufrida en el último año por las mujeres entrevistadas con la información (contenida en el Módulo de Fecundidad) referida a hijos fallecidos, hijos nacidos muertos, el peso y la presencia de pro-

de detectar tres posibles direcciones en el ejercicio de la violencia física: del hombre a la mujer, de ella a él y de ambos ("violencia cruzada"). Dados los problemas que hay con la subdeclaración, para los propósitos de este estudio utilizamos la pregunta formulada en plural: ¿Ustedes se han...?" Del total de varones que reportaron violencia en la pareja, sólo 3% habría correspondido a violencia de las esposas contra ellos, a la que ellos no respondieron (de acuerdo con lo que ellos dicen).

¹⁰ La Ensare 1998 es la primera encuesta nacional mexicana que incluyó preguntas dirigidas a recoger información acerca de si las mujeres agredidas por sus cónyuges buscaron ayuda médica a causa de la violencia sufrida y cuál fue la respuesta que recibieron. El resultado es que 17.4% de estas mujeres alguna vez recurrió a un médico por esta causa y de ellas casi todas (96%) consideraron que el trato recibido fue de apoyo (Nájera, 2000, núm. 8: 156). Agregaremos que es probable que la búsqueda de atención médica esté directamente ligada a la intensidad de las lesiones recibidas y a si la mujer estaba embarazada y los golpes pusieron en riesgo el embarazo. Pero estas suposiciones deberían ser corroboradas por estudios futuros basados en encuestas que planteen la cuestión de manera más precisa en sus cuestionarios.

blemas de salud del último hijo al nacer encontramos una asociación significativa, que muestra con toda claridad la gravedad del problema (cuadro 1). Del total de mujeres que no tuvieron hijos fallecidos, 9.4% reportó violencia física, mientras que la proporción asciende a 14% en el caso de las que tuvieron hijos fallecidos. La misma tendencia ocurre en el caso de hijos nacidos muertos. Pero cuando se trata del peso del último hijo al nacer, la diferencia entre las mujeres que han sufrido violencia y las que no la han sufrido es mucho mayor: 20.2% de las que dieron a luz niños que pesaban menos de 2.5 kilogramos reportaron violencia contra 11.2% de las que dieron a luz niños que pesaban más de 2.5 kilogramos. De igual manera, si comparamos las mujeres que tuvieron el último hijo con problemas de salud al nacer con las mujeres cuyos últimos hijos no tuvieron problemas de salud, resulta que hay una mayor proporción de las primeras que sufrió violencia (20.7% contra 11.4%, respectivamente).

Cuadro 1

Presencia de violencia conyugal en el último año según hijos fallecidos, nacidos muertos, peso al nacer, hijos nacidos con problemas de salud,
Ensare 1998

		<i>% de mujeres que sufrieron violencia física en el último año</i>
<i>Hijos fallecidos*</i>		
Sí		14.0
No		9.4
<i>Hijos nacidos muertos</i>		
Sí		14.0
No		9.8
<i>Peso del último hijo al nacer*</i>		
Menos de 2500 kg		20.2
Más de 2500 kg		11.2
<i>Último hijo nació con problemas de salud*</i>		
Sí		20.7
No		11.4

* Chi cuadrada < 0.05 (S.S.)

Estos hallazgos concuerdan con los resultados de la investigación realizada por Valdez y Sanín (1996) en el Hospital de Cuernavaca, que demuestra que las mujeres que sufren violencia durante el embarazo tienen tres veces más riesgo de dar a luz hijos con peso inferior a 2.5 kilogramos y cuatro veces más riesgo de tener problemas en el parto. Este tipo de información pone de relieve el hecho de que es indispensable incorporar el estudio de la violencia conyugal al diagnóstico de la situación de la salud reproductiva en México.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO, CONCEPTOS UTILIZADOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUIDOS

Con estos antecedentes como punto de partida, para los propósitos del presente capítulo decidimos limitar nuestro objeto de análisis a la violencia física ejercida por los maridos hacia sus esposas; es decir, no trataremos otros aspectos, como la violencia emocional/psicológica y la sexual. Hay al menos dos razones de peso para hacer este recorte: de acuerdo con la bibliografía especializada, la violencia física contra las esposas es la que tiene más consecuencias inmediatas para la salud reproductiva femenina, a lo que se suma que es la forma de violencia a la que principalmente está dirigida la Ensare.

Pese a que esta encuesta no permite una exploración completa de las posibles consecuencias de la violencia conyugal para otros aspectos de la salud reproductiva, como la prevención de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), sí nos permite analizar algunos de los elementos que con más frecuencia ponen a las esposas en riesgo de sufrir maltrato. Nuestro objetivo es, por lo tanto, analizar sistemáticamente la información que proporciona la Ensare sobre violencia conyugal y su vinculación con otros aspectos de las relaciones de pareja y del contexto sociocultural y económico en el que éstas se desenvuelven, para poner en relieve las condiciones de riesgo. Irene Casique (2003) ha realizado un análisis de la Ensare con un propósito semejante, centrándose su interés en el trabajo extradoméstico de las mujeres, su poder de decisión dentro de la pareja y su autonomía. A estos aspectos fundamentales hemos añadido otros temas que nos han parecido de gran importancia y que articulamos en el análisis: los con-

trastes en las percepciones de mujeres y hombres con respecto a las características de la violencia y los principales motivos de los conflictos que desembocan en la violencia conyugal; la prevalencia diferencial de la violencia según la etapa en la que se encuentra la pareja; la asociación entre violencia, las características del inicio de la unión, y los valores culturales asociados a la sexualidad de varones y mujeres y al papel de cada uno en el matrimonio.

En este estudio enfrentamos una cuestión teórico-metodológica muy interesante: puesto que la Ensare encuestó a hombres y mujeres, generalmente hay discrepancias muy marcadas en las respuestas sobre los hechos de violencia, su frecuencia, severidad y motivaciones, según el sexo de quien responde.¹¹ Consideramos muy importante iniciar el análisis abordando este primer nivel de la información, que atañe a las subjetividades, las percepciones y lo que Menéndez (1997) llama “el punto de vista del actor” (que también podríamos llamar “de los protagonistas”).

Más allá de este primer acercamiento a lo que los protagonistas tienen que decir sobre lo que piensan acerca de la violencia que han experimentado, hay un segundo nivel de análisis que tiene que ver con las relaciones de género y los valores socioculturales que permanen y orientan los comportamientos y mentalidades. Un tercer nivel analítico se refiere a las condiciones de vida y las cuestiones socio-demográficas que marcan la situación de las parejas en momentos específicos de sus vidas. Para el estudio de los tres niveles la fuente de información es la misma: las respuestas que dieron las personas entrevistadas. Pero mientras en el caso de las percepciones estas personas hablan directamente sobre la violencia, en el otro analizamos información que ellas dan sobre sus vidas pero que no relacionan con la violencia. Aquí será el estudio estadístico el que revelará las condiciones y dinámicas que subyacen con mayor frecuencia a la violencia conyugal, propiciándola. A pesar de que estas condiciones y dinámicas juegan un papel de suma importancia en la violencia, no llegan aemerger a la conciencia de los protagonistas. De ahí la relevancia que tiene combinar las tres vías de acceso al problema, al mismo tiempo

¹¹ En la mayoría de los casos, los hombres entrevistados eran la pareja de las mujeres entrevistadas. Nosotros analizamos la información de hombres y mujeres sin distinguir si son miembros de una pareja o no.

que nos apoyamos en estudios anteriores para tratar de interpretar el significado de los hallazgos estadísticos.

Al primer nivel de análisis, basado en las percepciones y puntos de vista de ambos miembros de la pareja, lo trataremos en las dos primeras secciones del capítulo. En la primera, contrastamos las percepciones de varones y mujeres acerca de la prevalencia, frecuencia e intensidad de la violencia conyugal. Intentamos interpretar estas discrepancias a la luz de la posición que ocupa cada miembro de la pareja con respecto a los hechos de violencia, tomando en cuenta investigaciones anteriores.

En la segunda sección analizamos lo que ambos miembros de la pareja consideran como los principales motivos de conflicto que conducen a los actos violentos. Aquí también es pertinente iluminar el análisis haciendo referencia a lo que sabemos sobre las representaciones culturales y los valores en torno a la sexualidad y los comportamientos socialmente sancionados de hombres y mujeres.

En la tercera sección del capítulo analizamos las asociaciones significativas entre la presencia de violencia física y las respuestas a un conjunto de preguntas contenidas en la encuesta, dirigidas a conocer la interacción de la pareja con respecto a la toma de decisiones dentro del hogar, la participación de la mujer en la generación de ingresos y su autonomía.

En la cuarta sección analizamos si hay etapas del ciclo familiar en las que la violencia se manifiesta con mayor intensidad; es decir, queremos conocer la presencia y prevalencia de la violencia en distintos momentos de la vida en común de la pareja.

La quinta sección indaga si la violencia conyugal se vive con mayor frecuencia y severidad en los sectores más pobres de la población, para lo cual comparamos su prevalencia en los distintos estratos socioeconómicos que abarcó la Ensare, según la estratificación elaborada por Carlos Echarri en esta obra.

Finalmente, la sexta y última sección está dedicada a realizar un análisis multivariado de regresión logística, con el propósito de ver cuáles de las variables expuestas a lo largo de este capítulo son las que más se asocian a la violencia cuando se controlan todas las demás variables.

Es importante destacar una cuestión de procedimiento. En las primeras dos secciones utilizamos el punto de vista de ambos miem-

bros de la pareja para contrastarlos, mientras que en las siguientes cuatro secciones utilizamos exclusivamente las respuestas de las mujeres. Hay varias razones para hacerlo. La primera es que, como se verá, los varones tienden a subestimar los episodios de violencia y su severidad, porque ellos son los que la ejercen en la abrumadora mayoría de los casos. Una segunda justificación para restringir el análisis a las respuestas de las mujeres es que el cuestionario que se les aplicó es más completo, ya que sólo a ellas se les formularon preguntas sobre salud reproductiva; de este modo, sólo a través de sus respuestas es posible establecer correlaciones entre la violencia y la salud reproductiva.

Por último, cabe aclarar que el análisis estadístico de toda la información considerada en este capítulo está basado en datos ponderados. Los resultados están presentados de acuerdo con el tamaño de la muestra y no de manera expandida. Para ello se calculó un nuevo ponderador que se obtuvo de la operación siguiente: $p_1 = p^* (n/N)$, en donde p_1 representa al nuevo ponderador, p el ponderador original, y n/N es una constante en la que n representa el total de casos de la muestra y N el total de casos expandidos con el ponderador. De esta manera, el nuevo ponderador continúa conservando el mismo peso que el original, pero presenta los datos conforme el tamaño de la muestra.

CONTRASTES EN LAS PERCEPCIONES DE MUJERES Y HOMBRES CON RESPECTO A LA PREVALENCIA, FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE LA VIOLENCIA VIVIDA EN EL ÚLTIMO AÑO

La Encuesta de la Dinámica Familiar (Dinaf), aplicada en las ciudades de México y Monterrey en 1998-1999 (García y Oliveira, 2000), y la Ensare fueron las primeras en estudiar la prevalencia de la violencia doméstica preguntando a ambos miembros de la pareja. Ésta es una innovación metodológica sumamente importante, pues permite contrastar las percepciones de mujeres y varones, ambas marcadas por la subjetividad y la condición de género. En el caso de las personas que han sufrido violencia, se ha señalado que la vergüenza y el temor son dos factores que influyen para que prefieran callar sobre esta experiencia. También los perpetradores tienden a la sub-

declaración para evitar dar una imagen negativa de sí mismos y/o porque no le dan importancia a los hechos. En el caso de la Ensare, un factor que seguramente también jugó un papel en la subdeclaración de la violencia es que el levantamiento de la encuesta se llevó a cabo en el hogar donde conviven los entrevistados, con la consiguiente falta de privacidad en la realización de las entrevistas.

La violencia psicológica (gritos, ofensas, humillaciones, amenazas) es la forma más frecuente de violencia hacia la esposa, según lo declararon ambos miembros de la pareja, seguida por la violencia física. En efecto, 36.6% de las mujeres y 34% de los varones refirieron episodios de violencia psicológica contra la mujer durante el año anterior a la entrevista, mientras 9.7% de las mujeres y 9% de los varones indicaron que había habido episodios de violencia física contra ellas.¹² Como se aprecia, los varones declararon violencia en proporción inferior a sus compañeras, pero en este nivel general las disparidades son pequeñas.

Sin embargo, las diferencias en las percepciones de varones y mujeres se agrandan cuando se les pregunta por la frecuencia y tipos de lesiones. En el caso de la frecuencia, resalta el hecho de que una proporción mucho más alta de mujeres que de hombres informaron que en el último año vivieron más de un episodio. En efecto, 59.3% de las mujeres que declararon haber sufrido violencia el último año dijeron que los actos de agresión se produjeron "ocasionalmente"; es decir, más de una vez, mientras que sólo 43.2% de los varones reconocieron que sucedieron en más de una ocasión.

El tipo de lesiones producidas lo hemos utilizado como indicador de la intensidad de la violencia física. Para ello hemos calificado como "lesiones leves" a moretones y rasguños, mientras que calificamos de "lesiones fuertes" a cortaduras, heridas, quemaduras, luxaciones, torceduras, hemorragias, fracturas, pérdida parcial o total de algún miembro o función.

Una proporción más alta de hombres que de mujeres (60.8% vs. 54.7%) considera que no hubo lesiones como consecuencia de los actos violentos. Sólo un cuarto de los varones reconocieron que sí hubo lesiones leves, contra un tercio de las mujeres. La diferencia

¹² Estos datos se calcularon tomando en cuenta solamente encuestadas/os que estaban en unión al momento de la entrevista.

se acentúa cuando se trata de lesiones fuertes: 11.3% de las mujeres que declararon violencia física en el último año dijeron que se trató de lesiones fuertes, contra 1% de los varones. Tal como sucedió con la frecuencia, un porcentaje significativo de los varones (13.4%) no quiso especificar la naturaleza de las lesiones producidas, contra 1.3% de las mujeres.

Las disparidades en la declaración de la frecuencia e intensidad de la violencia sugieren que los perpetradores de actos violentos, casi todos varones, tienden a minimizar o no reconocer los daños que éstos producen, aunque sí acepten que han sucedido.¹³

El cuadro 2 presenta la información que dieron las mujeres que declararon violencia el último año, cruzando el tipo de lesiones con la frecuencia. Esto nos permite observar que cuando los actos violentos ocurrieron sólo una vez, en casi 60% de los casos no hubo lesiones; en poco más de un tercio de los casos hubo lesiones leves (moretones y/o rasguños), y en 6.1% las lesiones fueron fuertes. Es decir, incluso una sola ocasión de ejercicio de la violencia puede ser riesgosa para la integridad de la víctima; pero este riesgo se multiplica cuando la violencia es recurrente. La situación más grave y con mayores riesgos es sin duda aquella en la que la violencia es continua y severa, como sucede en los casos de las mujeres entrevistadas que declararon haber vivido violencia ocasionalmente y que tuvieron lesiones fuertes. En números absolutos se trata de 32 casos sobre un total de 283 que declaró haber sufrido violencia en el último año. Si bien el número puede parecer pequeño, éstas son las personas que con mayor urgencia deberían ser detectadas por los prestadores de servicios de salud para prevenir daños mayores.

Por otro lado, constatamos que varones y mujeres coinciden en que la violencia que produce lesiones a la víctima se asocia sobre todo a los celos, el alcoholismo y problemas en la pareja por cuestiones económicas. Vale decir que de la amplia gama de conflictos que pueden ocurrir en la pareja, éstos son los tres identificados por

¹³ Nájera (2000: 152) interpreta de manera semejante el hecho de que un alto porcentaje de varones no da respuestas; no quieren declarar “porque ellos son los que realizan esas acciones, que en los últimos tiempos han empezado a visibilizarse y censurarse socialmente”.

Cuadro 2

Distribución porcentual de las mujeres que declararon haber sufrido violencia física en el último año, según la frecuencia y el nivel de lesiones, Ensare 1998

Lesiones	Frecuencia	
	Sólo una vez	Ocasionalmente
Sin lesiones	57.9	51.8
Lesiones leves	36.0	31.3
Lesiones fuertes	6.1	14.5
n.e.	0.0	2.4
<i>Total</i>	100.0	100.0
<i>N</i>	114	166

las (los) protagonistas como los que suelen desembocar más comúnmente en violencia severa. Por esta razón, en seguida analizaremos con mayor amplitud los dos primeros. Trataremos el tema de los conflictos por cuestiones económicas cuando analicemos la relación entre violencia, el trabajo extradoméstico de las mujeres y las decisiones sobre la utilización de los ingresos femeninos.

**LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE LOS CONFLICTOS QUE DESEMBOLCAN
EN LA VIOLENCIA CONYUGAL, SEGÚN LA PERCEPCIÓN
DE LOS (LAS) PROTAGONISTAS. EL PESO DEL ALCOHOLISMO Y LOS CELOS**

La Ensare incluyó una pregunta sobre cuáles fueron los motivos de los pleitos que condujeron a los actos violentos, de acuerdo con las percepciones de hombres y mujeres. En las respuestas nuevamente observamos que hay más discrepancias que coincidencias entre las mujeres y sus compañeros (cuadro 3). Las coincidencias se dan en cuanto a los motivos a los que se les atribuye mayor peso en los conflictos: el alcoholismo del varón, los celos, las cuestiones de dinero y el reclamo por el incumplimiento de los deberes de la pareja. Las discrepancias surgen acerca de la importancia que varones y mujeres le dan a cada uno de estos motivos y con respecto a quién le asignan la responsabilidad del conflicto que desemboca en el uso

de la fuerza física. La tendencia general es atribuir la responsabilidad o “culpa” al cónyuge. Sin embargo, hay una excepción: algunos hombres (13 sobre un total de 164 que reconocieron haber ejercido violencia) dijeron que su propio alcoholismo fue el causante del problema.

Como puede apreciarse en el cuadro 3, la gama de motivos mencionados por los protagonistas es amplia. En esta sección nos centraremos en el alcoholismo del varón y en los celos porque son los dos motivos de conflicto más frecuentes en las respuestas de ambos sexos y porque ya existen algunos estudios previos sobre estos temas, lo que nos permite dar pasos iniciales en su interpretación. Una cabal comprensión del significado de los otros motivos manifestados en las respuestas requeriría de estudios cualitativos que analicen cuidadosamente la complejidad de las relaciones en la pareja. De hecho, la información estadística que presenta la Encuesta da pistas para investigaciones de este tipo, que debieran ser su complemento indispensable.¹⁴

Una cuarta parte de las mujeres que declararon haber sufrido violencia el último año atribuyeron los golpes del marido al alcoholismo de él. En el caso de los varones, 7.6% consideraron su consumo de alcohol como la principal causa de la violencia. Esta cifra es baja si se compara con la manifestada por las esposas, pero es interesante si se considera que estos maridos están reconociendo su parte en el problema. Esto no significa, sin embargo, que están asumiendo que son los responsables, ya que algunos estudios han señalado que en muchos casos tanto hombres como mujeres piensan que el alcohol es el responsable de provocar la violencia y no la persona que lo ingiere. Más aún, según esta representación cultu-

¹⁴ Los reclamos de los deberes de él y de ella, y los reclamos por cuestiones de dinero, están entre los principales motivos de la violencia, según lo declaran tanto los varones como las mujeres. Para los varones, otro motivo importante es que ellos defienden a sus hijos. Para las mujeres, el que ellas defiendan a sus hijos y que ellos cometan adulterio también son causa de violencia, al igual que la intervención de los familiares de él. Este último motivo de conflictos tendría más peso en zonas rurales donde domina el patrón de residencia posmarital patrivilocal y donde los parientes viven más cercanos a la pareja y, por lo tanto, tienen más posibilidades de intervenir.

Cuadro 3
Principales motivos de la violencia, según el sexo del declarante,
Ensare 1998 (%)

<i>Motivos</i>	<i>Mujer*</i>	<i>Varón*</i>
Alcoholismo de él	24.3	7.6
Celos de él	15.7	5.3
Celos de ella	5.1	27.6
Reclamo de los deberes de él	13.7	11.5
Motivos de dinero	12.5	11.7
Reclamo de los deberes de ella	11.7	9.8
Adulterio de él	6.3	2.0
Defender ella a sus hijos	6.9	6.2
Defender él a sus hijos	1.8	9.3
Familiares de él	7.0	3.2
Familiares de ella	0.8	3.7
Adulterio de ella	0.2	0.2
Número	283	164

* Estos cálculos, como todos los demás que hicimos, sólo consideran a mujeres y varones unidos al momento de la entrevista y que en ese año presentaron al menos un episodio de violencia. Las cifras de Nájera (2000: 155) son un poco diferentes porque incluyen a unidos(as) y ex unidos(as).

ral, el alcohol es un elemento atenuante de la responsabilidad del individuo que comete actos violentos.¹⁵

No sabemos qué piensan los entrevistados de la Ensare al respecto, pero lo que sí está claro es que sus respuestas corroboran los hallazgos de las investigaciones que han señalado la alta frecuencia

¹⁵ "Diversas investigaciones han demostrado que el alcohol cumple un rol de facilitador social en todo tipo de relaciones [...] Para ambos géneros, el alcohol reduciría la responsabilidad y posibilitaría el desarrollo de comportamientos que no serían legitimados si no estuvieran alcoholizados [...] La deshinibición alcohólica está orientada por la cultura, el grupo y el sujeto y no por las características bioquímicas del alcohol en sí, por ello posibilita comportamientos desinhibidos diferentes en el hombre y la mujer" (Menéndez y Di Pardo, 1998: 59).

con que la violencia conyugal está asociada al alcoholismo masculino en México y otros países del mundo (Osorio, 1992; Ramírez y Uribe, 1993; Sayavedra y Flores, 1997: 127 y 239; Natera *et al.*, 1997, 2000; Medina Mora *et al.*, 1999; Ramos *et al.*, 2001). El estudio de Castro *et al.* (2002), realizado entre usuarias del IMSS en el estado de Morelos, por ejemplo, encuentra que una de las variables que mejor predicen la violencia durante el embarazo es el consumo de alcohol por el marido. Las mujeres cuyos maridos tienen un alto consumo de alcohol presentan un riesgo 6.8 veces mayor de tener violencia durante el embarazo que aquellas cuyas parejas toman moderadamente o no ingieren alcohol (*ibid.*: 255). Por su parte, Ramos *et al.* (2001) encontraron que tres cuartas partes de las mujeres hospitalizadas como consecuencia de un acto de violencia refirieron que su pareja estaba alcoholizada en el momento de la agresión.

Sin embargo, la relación entre alcohol y violencia es problemática, pues los mecanismos mediante los cuales opera son complejos. Según los estudios específicos sobre el tema, el consumo de alcohol no sería por sí mismo el factor determinante o causante de la violencia, sino que estaría actuando como un detonante y justificante para quienes la perpetran. En efecto, se ha comprobado que hay alcohólicos que no son violentos y maridos que golpean aunque no hayan ingerido alcohol, o que ingieren alcohol con el propósito de justificar los golpes. En todo caso, el consumo de alcohol exacerba la violencia conyugal a tal grado que puede ocasionar graves daños a la salud (Corsi, 1994; Heise *et al.*, 1999).¹⁶

Por lo que respecta a los celos, para casi 30% de los maridos que reconocieron que hubo violencia en la pareja en el último año,

¹⁶ “Desde nuestra perspectiva, el alcohol es un instrumento y no la causa de las violencias; es decir, es el uso del alcohol en las relaciones sociales lo que establece la violencia y no el alcohol en sí [...] El uso de alcohol refiere en consecuencia a las condiciones económicas, de poder, culturales y, por supuesto, psicológicas que operan en los grupos y sujetos para convertirlo en instrumento de violencia” (Menéndez y Di Pardo, 1998: 47). En su estudio sobre el proceso de alcoholización en colonias populares del sur de la ciudad de México, estos autores encontraron que el alcoholismo del varón, asociado a violencias, desobligaciones de diferente tipo, etcétera, era la principal causa de solicitud de separación por mujeres a través del DIF (*ibid.*: 53).

los celos de sus esposas fueron el principal motivo de los conflictos. Para las esposas, los celos también fueron un motivo muy importante de la violencia (constituyen el segundo motivo en orden de importancia), pero en este caso se trata de los celos de sus maridos y no los de ellas.

Dado que una alta proporción de las entrevistadas y los entrevistados sigue esta tendencia a considerar que los celos del otro juegan un papel protagónico en los conflictos ligados al ejercicio de la violencia física, vale la pena ahondar en el asunto. La Ensare nos da algunas pistas que directa o indirectamente se encuentran asociadas a los celos masculinos y a la salud sexual y reproductiva. Este tema ha sido abordado por otros estudios, en los que nos apoyamos para interpretar algunos aspectos de la información. Otros aspectos (como el hecho de que una proporción tan alta de hombres consideren que sus golpes son una respuesta a los celos de sus esposas) quedan en la oscuridad por el momento, a la espera de investigaciones futuras.

La información derivada de la encuesta indica que los celos masculinos se refieren primordial aunque no únicamente al control de la sexualidad de la esposa. Por lo general, los celos no se limitan al presente de la relación de pareja, sino que se extienden al pasado de la mujer; es decir, a su vida anterior a la unión. La relación con otros hombres en el pasado aparece como un factor muy importante para el maltrato conyugal presente, pues el varón celoso aspira a la exclusividad en el acceso al cuerpo de su esposa, tanto en el presente como en el pasado, y puede sentir que la ausencia de exclusividad justifica su violencia. La virginidad de la mujer cuando el hombre comienza a tener relaciones sexuales con ella es muy valorada,¹⁷ y su ausencia también puede llegar a convertirse en mo-

¹⁷ En su investigación sobre virginidad e iniciación sexual en México, Amuchás-tegui (2001: 393) encuentra que: "En el caso de las mujeres solteras, no se consideraba como moralmente aceptable que una virgen anticipara y planeara un encuentro sexual, de manera que al encontrar la oportunidad de tener relaciones todas se expusieron al riesgo de embarazarse o al de una infección. Su dilema era difícil: si aceptaban tener relaciones se arriesgaban a quedar embarazadas; pero si usaban anticonceptivos se sabría que eran conocedoras y experimentadas, lo cual les daría una mala reputación y pondría en riesgo su futura condición para el matrimonio [...] La maternidad al menos podría acarrearles el perdón de su falta, mientras que

tivo de reclamos y de maltrato. Otro aspecto de este conjunto de valores y mentalidades es que la sexualidad femenina debe restringirse al ámbito de una sola unión. De no darse este conjunto de condiciones, la mujer puede verse en situación de vulnerabilidad frente a su pareja.

Estos valores aparecen en los resultados de la Ensare. Así, las mujeres que tuvieron una unión anterior a la que tenían en el momento de levantarse la encuesta sufrieron violencia en una proporción mayor que aquellas que sólo tuvieron una unión (13.5% contra 9.5%, respectivamente). Además, las que tuvieron relaciones sexuales antes del matrimonio con su actual pareja resultaron más propensas a sufrir violencia que quienes no tuvieron relaciones pre-matrimoniales (14.5% contra 6%). Aun cuando las relaciones hayan ocurrido con el mismo marido pueden dar lugar al maltrato, lo cual pone en evidencia el gran peso que tiene la norma cultural de que la sexualidad femenina debe constreñirse al matrimonio. La falta de apego de la compañera a esta normatividad es utilizada con frecuencia por el cónyuge como justificación para maltratarla, como castigo o correctivo de comportamientos femeninos considerados transgresores y, por lo tanto, condenables. Obviamente, el maltrato físico es mayor entre las mujeres que tuvieron relaciones sexuales antes del matrimonio con un individuo que no es el actual marido, y los mayores niveles de violencia se dan entre las pocas mujeres que reconocieron haber tenido relaciones sexuales durante su unión presente con otro individuo que no es su marido.

Estos hallazgos sobre la importancia que se atribuye a la virginidad de las mujeres y a que la sexualidad femenina se ejerza solamente dentro del matrimonio coinciden con los de un estudio cualitativo realizado en comunidades rurales de Chiapas y Morelos (Castañeda *et al.*, 2001). Allí también la población entrevistada (masculina y femenina) manifiesta que si la mujer no cumple con estos requisitos, además de perder el respeto de quienes la conocen y de convertirse en alguien “que no vale nada”, está en riesgo de sufrir violencia:

prevenirla constituiría una aceptación explícita de la búsqueda de placer sexual, lo cual no debían anhelar si querían mantenerse dentro del grupo de mujeres ‘aptas’ para el matrimonio”.

Una lo paga muy caro si no es con el esposo con quien deja de ser virgen [estudiante, mujer, 17 años, Chiapas; *ibid.*: 79-80].

Si una muchacha no llega virgen puede tener problemas en su vida matrimonial, pues el marido siempre se lo dice, le pega y le saca los trapos al sol [...] Los hombres le echan en cara a sus actuales esposas el hecho de haber tenido relaciones sexuales con ellos mismos antes de casarse [mujer, 16 años, Morelos; *ibid.*: 79-80].

- La última parte de la segunda cita revela la contradicción en la que caen los varones que desean tener relaciones sexuales antes de casarse (la clásica “prueba de amor”), pero que al mismo tiempo quieren que su futura esposa y madre de sus hijos llegue virgen al matrimonio. La mujer se ve atrapada en el dilema de ceder ante la presión que ejerce el novio para tener relaciones y el temor a la sanción posterior si pierde la virginidad. Los datos de la Ensare muestran que, en efecto, una parte de las mujeres que ceden luego llegan a sufrir maltrato emocional y físico si el marido “les echa en cara” su “liviandad”. Las causas que originan la violencia pueden ser complejas, de diverso tipo y profundas, pero el hecho es que los maridos suelen utilizar como justificativo el comportamiento sexual de sus compañeras, considerado impropio por los valores culturales dominantes.¹⁸

Si bien el control de la sexualidad femenina es un aspecto fundamental de las relaciones genéricas en nuestra sociedad, también lo es el control de los movimientos y actividades femeninas. El temor y el repudio de los maridos a no tener la exclusividad en toda la trayectoria sexual de sus esposas parece ser un elemento tan fuerte en el ejercicio de la violencia conyugal como el temor a la autonomía de las esposas, como veremos en la siguiente sección.

¹⁸ Amuchástegui (2001: 414) concluye que la moral católica sobre la virginidad femenina sigue dominando en México y permea el discurso de las mujeres y varones entrevistados. Sin embargo, cada vez son más las jóvenes que tienen relaciones sexuales antes del matrimonio. Esta autora no exploró los posibles vínculos entre pérdida de la virginidad fuera del matrimonio y violencia, pero a nosotros nos parece que la distancia entre el discurso normativo y la práctica crea un dilema no resuelto que con frecuencia lleva a conflictos y violencia. Como en el caso del alcohol, es probable que los celos por el pasado sexual de la cónyuge sirvan al marido de justificante del maltrato presente.

LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES, LA INEQUIDAD EN LA PAREJA Y LA VIOLENCIA CONYUGAL

Los estudiosos de la violencia conyugal coinciden en que, de manera general, ésta tiene raíces en la dinámica de control y poder en las relaciones de pareja, dinámica enmarcada por una inequidad de género favorable a los hombres. Se ha documentado que entre los varones existe una expectativa cultural de que las mujeres deben asumir ciertos comportamientos considerados apropiados, como la pasividad en materia sexual (Amuchástegui, 2001) y la sumisión a la voluntad del marido (Szasz, 1998). Sin embargo, el aumento de la presencia femenina en la fuerza de trabajo en las últimas décadas y la posibilidad de limitar el número de hijos a través de la anticoncepción han sentado las bases para procesos de cambios profundos en las relaciones de pareja. Estos cambios están socavando el modelo de familia en la que el jefe tomaba las decisiones importantes por su cuenta y en el que la esposa debía pedirle permiso para realizar actividades fuera del hogar. La marcha hacia a un modelo más equitativo de relaciones conyugales y hacia una mayor autonomía femenina no está exenta de fuertes crisis y conflictos en las parejas, que pueden dar lugar al ejercicio de la violencia física.

Estudios como el de Oliveira y García han encontrado que la participación de las mujeres en la fuerza laboral puede propiciar o exacerbar la violencia conyugal, ya que los varones tratan de reafirmar una autoridad que temen que se les esté escapando. En el caso de las jefas de hogar en tres ciudades mexicanas (Tijuana, Mérida y México), “el hecho de que mantengan a la familia no repercute necesariamente en una posición de mayor autonomía frente a sus cónyuges; más bien éstos, por sentirse desplazados, las hacen objeto de reproches y maltratos” (Oliveira y García, 1994: 192).

Los resultados de la Encuesta confirman que trabajar fuera del hogar está asociado a una mayor presencia de violencia conyugal. En términos generales, 56% de todas las mujeres entrevistadas son amas de casa y no perciben ingresos; es decir, se consideran parte de la población económicamente inactiva, mientras el restante 44% forma parte de la población económicamente activa

(PEA).¹⁹ De acuerdo con los resultados de la Ensare, pertenecer a la PEA aumenta ligeramente el riesgo de sufrir violencia, pues 43.6% de las que declararon haber sufrido violencia formaban parte de la PEA contra 39.6% de las que no registraron violencia.

Aquí puede haber al menos dos cuestiones involucradas: la participación de la esposa en la fuerza de trabajo puede significar para el marido una pérdida de control sobre ella en la medida en que esta última sale del hogar para actuar en otros espacios; por otro lado, el hecho de que ella esté ganando dinero puede significarle un cuestionamiento a su papel como proveedor exclusivo o principal de la familia. El problema se agudiza cuando la esposa recibe mayor remuneración que él. El cuadro 4 muestra que la proporción de esposas que sufren violencia es casi el doble cuando ellas reciben los ingresos más altos (15.5%) en comparación con las parejas en las que él es quien recibe una mayor retribución (7.9%), y es casi tres veces superior a la violencia física declarada por mujeres que integran parejas en las que ambos tienen igual remuneración (5.6%). Tener ingresos más altos que el marido pone en riesgo claramente a las mujeres, pues la subversión de los papeles tradicionales en la familia —en la que la jefatura correspondía de manera incuestionable al hombre— genera conflictos.

El aporte de dinero para la manutención de los hijos sigue la misma tendencia. Cuando el varón es el proveedor exclusivo, los porcentajes de violencia son menores que cuando la esposa es la proveedora o cuando ambos aportan (cuadro 5). Incluso el nivel de aportes en dinero para la manutención de los hijos por parte de las mujeres se asocia directa y significativamente con la intensidad de la violencia física sufrida. Así, cuando el principal generador de recursos para los hijos es el varón, 43% de las aportadoras que sufrieron violencia resultaron lesionadas, mientras que la cifra alcanza 64% entre aquellas que son las principales proveedoras.

Estos datos sugieren que los papeles tradicionales de las mujeres como madres y amas de casa resultan menos conflictivos que la salida

¹⁹ Las cifras de participación de las casadas en la PEA son algo más bajas que para el conjunto de las entrevistadas: 40%. Si se considera al total de las derechohabientes del IMSS entrevistadas, su participación en actividades económicas resulta ser casi 5 puntos porcentuales mayor que el promedio estimado para el conjunto de las mujeres mexicanas en el ámbito nacional (38.9%) (Mendoza *et al.*, 2000, núm. 9: 5).

de las esposas a trabajar por ingresos. Pero el problema no sería solamente que las mujeres adquieran un nuevo papel económico más allá del doméstico, sino algo más complejo: su mayor aportación monetaria a la economía familiar puede implicar una mayor participación en la toma de decisiones con respecto al empleo del dinero, con la consiguiente pérdida de control sobre estas decisiones por parte del varón. Es decir, estamos hablando del socavamiento de una de las principales bases de la jefatura masculina. Esto es algo que muchos hombres no pueden aceptar y responden con violencia, tal como lo describen Oliveira y García (1994) en su estudio sobre las jefas en sentido económico (porque han tenido que asumir la responsabilidad de mantener a sus hogares aun cuando sus maridos viven con ellas), en sectores populares de las ciudades de Tijuana, Mérida y México.

Cuadro 4

Distribución porcentual de las mujeres trabajadoras según hayan sufrido violencia física en el último año o no, y según quién recibe mayor ingreso en la pareja, Ensare 1998

<i>Quién recibe mayor ingreso</i>	<i>Violencia física</i>		<i>Total</i>	<i>N</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>		
Ella	15.5	84.5	100.0	193
Él	7.9	92.1	100.0	700
Igual remuneración	5.6	94.4	100.0	126

Nota: Se toman en cuenta únicamente las mujeres que declararon estar laborando.

Un conjunto de preguntas formuladas por la Ensare tiene por objeto explorar la participación de los miembros de la pareja en la toma de decisiones con respecto a tres cuestiones: los gastos que se realizan para el hogar, el uso del tiempo libre y la crianza de los hijos. El cuadro 6 compara a las mujeres que han sufrido violencia física el último año con las que no la han sufrido para ver si hay una relación entre la violencia y el hecho de que las decisiones en estos tres rubros las haya tomado exclusivamente el marido, la esposa o ambos. En los tres rubros, una menor proporción de mujeres sufre

Cuadro 5

Distribución porcentual de las mujeres que sufrieron y no sufrieron violencia física en el último año, de acuerdo con quién es el principal generador de dinero para la ropa y la alimentación de los hijos, Ensare 1998

<i>Aporta dinero para la ropa de hijos*</i>	<i>Violencia física</i>			<i>N</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>	
Él	10.2	89.8	100.0	1 393
Ella o ambos	14.3	85.7	100.0	483
<i>Aporta dinero para la alimentación de los hijos*</i>				
Él	10.3	89.7	100.0	1 442
Ella o ambos	14.5	85.5	100.0	434

Nota: Se toman en cuenta únicamente las mujeres que declararon tener hijos vivos menores de 12 años viviendo con ellas.

* Chi cuadrada < 0.05 (S.S.).

violencia cuando las decisiones son compartidas por ambos miembros de la pareja. Sin embargo, en cada rubro hay algunas variantes.

En el caso de las decisiones con respecto a los gastos en el hogar, prácticamente no hay diferencias entre las mujeres que han tomado por su cuenta estas decisiones y las mujeres cuyos cónyuges son quienes han decidido sobre los gastos efectuados. En cambio cuando se trata de las decisiones con respecto al uso del tiempo libre, encontramos una proporción más alta de mujeres que han sufrido violencia cuando es el marido quien acostumbra a decidir unilateralmente.

Por lo que se refiere a la crianza de los hijos, que es una actividad social y culturalmente asignada a las mujeres, el mismo cuadro 6 muestra que éste es un campo en el que las parejas comparten más las decisiones que en los otros dos; es decir, se trata del área con la proporción más baja de maridos que toman las decisiones sin consultar a la esposa. Al igual que en el caso de las decisiones

Cuadro 6

Distribución porcentual de las mujeres que sufrieron y que no sufrieron violencia física en el último año, de acuerdo con la toma de decisiones con su pareja, Ensare 1998

<i>Gastos del hogar*</i>	<i>Violencia física</i>			<i>N</i>
	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>	
Él	11.3	88.7	100.0	657
Ella	11.5	88.5	100.0	1171
Ambos	6.9	93.1	100.0	1056
<i>Tiempo libre*</i>				
Él	14.2	85.8	100.0	642
Ella	10.8	89.2	100.0	716
Ambos	6.7	93.3	100.0	1470
<i>Crianza de hijos*</i>				
Él	10.8	89.2	100.0	297
Ella	13.6	86.4	100.0	743
Ambos	8.3	91.7	100.0	1682

* Chi cuadrada < 0.05 (S.S.).

sobre los gastos para el hogar, aquí también hay una mayor proporción de casos de violencia entre las mujeres que toman ellas solas las decisiones con respecto a los hijos.

La Ensare preguntó además por la participación de los maridos en aspectos específicos de la crianza de los hijos: si se levantaban de noche para tranquilizarlos y si les cambiaban el pañal. El cruce de esta información con la referida a la violencia conyugal en el último año arroja resultados interesantes, presentados en el cuadro 7. Claramente, la mayor prevalencia de violencia ocurre en las parejas en las que los maridos nunca realizaban estas tareas. Vale decir que las parejas con una división sexual del trabajo más tradicional (según la cual los varones no se ocupan de la crianza de los hijos) son más propensas a estar involucradas en actos violentos. Sin em-

bargo, la demás información presentada en esta sección sugiere que también hay riesgo de violencia conyugal cuando los papeles tradicionales de género se alteran porque la mujer toma las decisiones por su cuenta.

Por ejemplo, otro aspecto de la autonomía femenina que fue abordado por la Ensare se refiere al control de los maridos sobre las salidas fuera del hogar. Se preguntó a las encuestadas qué hacen cuando quieren salir solas: si le avisan al esposo, le piden permiso o ninguna de las dos cosas. Estas preguntas intentan detectar grados de autonomía femenina. En un extremo de falta de autonomía se encontrarían las mujeres que deben pedirle permiso al marido. Las parejas en las que la mujer sólo avisa cuando va a salir tendrían relaciones de menor subordinación femenina que aquellas en las que la esposa debe pedir autorización para efectuar salidas. En el otro extremo estarían las mujeres que no avisan ni piden permiso y que, por lo tanto, gozarían de más autonomía.

La mayoría de las encuestadas respondió que avisa a su marido; de las mujeres de este grupo, 8.1% sufrió violencia en el último año. Una de cada cuatro mujeres en unión dijo que en general le pedían permiso a su pareja; de éstas, 10.5% vivió violencia conyugal. Por último, poco menos de 10% de las entrevistadas declaró que ni le avisan, ni le piden permiso al marido; en este caso, 19.6% sufrió violencia.

El hecho de que la mayoría de las esposas no tiene que pedir permiso sino que simplemente avisa que va a salir es un dato alentador, pues estaría mostrando una relativa equidad en las relaciones de pareja. Sin embargo, que una de cada cuatro mujeres tuviera que pedir permiso revela que las relaciones de subordinación femenina siguen teniendo un peso importante. Más alarmante aún es que el reducido número de mujeres que supuestamente tiene autonomía total está sufriendo una mayor carga de violencia que las demás. Como en el caso de las que salen a trabajar y las que ganan más que los maridos, aquí también se comprueba que el salirse (en este caso, literalmente) de los papeles tradicionales pone a las mujeres en riesgo de sufrir violencia de parte de sus cónyuges.

Cuadro 7

Distribución porcentual de las mujeres que sufrieron y que no sufrieron violencia física en el último año, de acuerdo con la participación del esposo en la crianza de los hijos, Ensare 1998

	Violencia física		Total	N		
	Sí	No				
<i>El esposo se levantaba de noche para tranquilizar a los hijos*</i>						
<i>El esposo les cambiaba el pañal*</i>						
Casi siempre	6.7	93.3	100.0	451		
Algunas veces	8.6	91.4	100.0	1 199		
Nunca	12.8	87.2	100.0	523		
<i>El esposo se levantaba de noche para tranquilizar a los hijos*</i>						
Casi siempre	6.3	93.7	100.0	126		
Algunas veces	7.2	92.8	100.0	983		
Nunca	11.3	88.7	100.0	1 060		

* Chi cuadrada < 0.05 (S.S.).

LA VIOLENCIA CONYUGAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL CICLO DE VIDA DE LA PAREJA

Pasemos ahora al análisis de las características sociodemográficas de las mujeres que declararon haber sufrido violencia en el último año. Aquí el concepto de ciclo doméstico resultó ser clave, pues encontramos una estrecha interrelación entre el ejercicio de violencia por el marido, la edad de ambos, el tiempo que la pareja lleva unida, el número de hijos que tiene y la edad de su hijo mayor. Los resultados de la Ensare demuestran que la primera etapa de la unión es el periodo en el que hay una mayor prevalencia de maltrato físico. Las mujeres más jóvenes, con poco tiempo de vivir en pareja y, por lo tanto, con hijos pequeños, son las que tienen el porcentaje más alto. Los estudios de Alvarado *et al.* (1998), Contreras y Guzmán (2001), y Granados y Madrigal (1998) refieren resultados

parecidos, donde las tasas más altas de violencia conyugal corresponden a parejas adolescentes.

La gráfica 1 muestra que en todos los grupos etarios hay un porcentaje de mujeres que declara haber sufrido violencia física, pero cuanto más joven mayor es la posibilidad de que su marido la haya maltratado recientemente: una de cada tres mujeres de 15-19 años en unión declaró haber sufrido violencia y 12.8% de las que tienen 20-24 años. Las proporciones fluctúan entre 7 y 12% para los grupos que tienen 25-34 años de edad, apreciándose un descenso notable a partir de los 35 años. La edad de los maridos maltratadores sigue una tendencia semejante, con la mayor proporción concentrada en los más jóvenes. La diferencia entre las dos curvas de la gráfica 2 se debe a la diferencia de edades que por lo general existe entre esposos, dado que las mujeres suelen unirse con varones mayores que ellas.

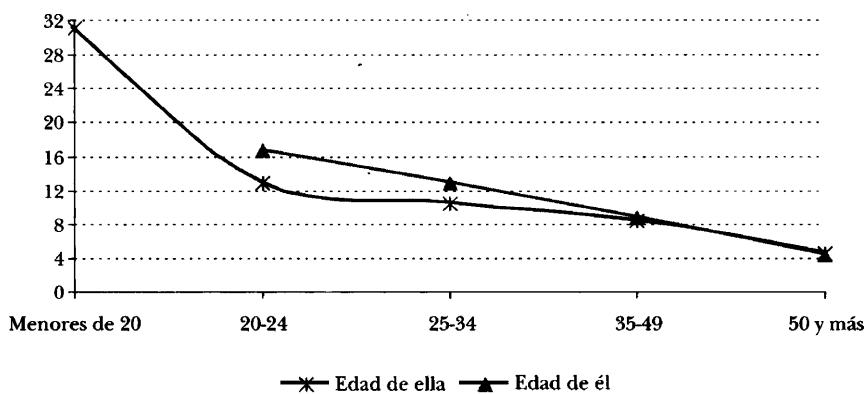
Al diferenciar entre las que sufrieron lesiones y las que no, los datos de la encuesta muestran que a partir de los 35 años no sólo descienden los niveles de violencia sino también el nivel de severidad. Mientras que entre las mujeres mayores de 35 años que sufrieron violencia 36% tuvieron lesiones, la proporción sube a 50% en el caso de las menores de 35 años.

Puesto que en el patrón de nupcialidad mexicano la edad de los cónyuges y el tiempo que lleva unida la pareja están muy relacionados, el tiempo que lleva unida la pareja también resulta ser un factor clave, que sigue la misma tendencia que acabamos de mencionar: los datos de la encuesta muestran que las prevalencias más altas de violencia se dan en los primeros cinco años de la unión y especialmente en los primeros dos años. Cuando la pareja tiene más de 10 años de constituida, la curva de la violencia conyugal tiende a descender (gráfica 2). Dicho en cifras, las mujeres que llevan menos de 10 años en unión declararon haber sufrido violencia en proporciones que oscilan entre 12 y 14%, mientras que para las que llevan entre 11 y 20 años unidas la proporción no llega a 8 por ciento.

La presencia de hijos también es un elemento de peso en el ejercicio de la violencia por los maridos. Cuando no han tenido hijos, 5% de las mujeres en unión sufrieron maltrato; este porcentaje sube a 12% entre las que tenían un hijo y luego va descendiendo a medida que el número de hijos aumenta (cuadro 8).

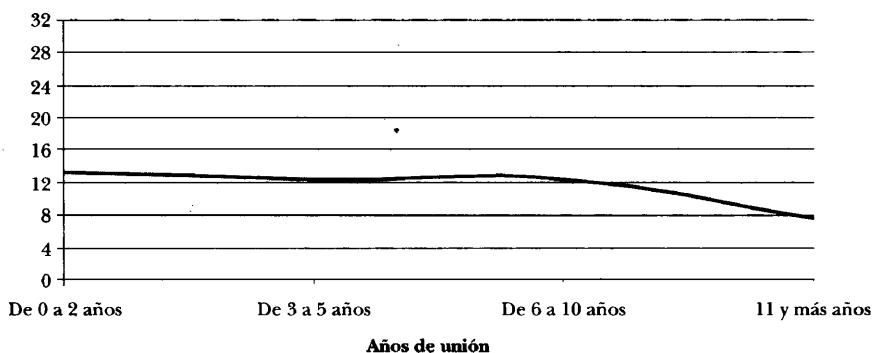
Gráfica 1

Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia física en el último año, según su edad y la edad de su pareja, Ensare 1998



Gráfica 2

Porcentaje de mujeres que sufrieron violencia física en el último año, según años de unión con su pareja actual, Ensare 1998



Una interpretación plausible de estos hallazgos es que la adaptación que requiere iniciar la convivencia en pareja propicia tensiones y conflictos, a los que una parte de los varones responde golpeando a la esposa. Se trata de una etapa difícil, pues los miembros de la pareja deben asumir nuevas responsabilidades, y podemos hipotetizar que en un contexto en el que las relaciones están pauta-

das por un modelo genérico de autoridad masculina en el hogar, algunos jóvenes maridos buscan imponer su dominio sobre sus esposas desde el inicio de la unión para garantizar su control. Los datos de la Ensare sugieren un matiz adicional: es la adaptación a las exigencias específicas generadas por la presencia de niños pequeños, en particular al primer hijo (con lo que conlleva de aprendizaje de nuevas capacidades y habilidades), lo que incrementa las tensiones en la pareja, que pueden desembocar en maltrato.

Cuadro 8

Distribución porcentual de las mujeres que sufrieron y no sufrieron violencia física en el último año, según el número de hijos que tienen, Ensare 1998

Número de hijos*	Violencia física			N
	Sí	No	Total	
0	5.0	95.0	100.0	159
1	12.2	87.8	100.0	484
2 y más	9.5	90.5	100.0	2 255

* Chi cuadrada < 0.05 (S.S.)

El maltrato es mayor cuando la pareja declara no haberse unido por amor sino por otras razones, como las presiones familiares o el embarazo de la mujer. En la Ensare resulta que 15% de las entrevistadas dijeron que no se habían unido por amor. Una de cada cinco de estas mujeres sufrió violencia el último año, mientras que esta proporción es más baja (una de cada 10) cuando la unión fue por amor.

Hemos visto que la prevalencia de violencia conyugal en los primeros años de convivencia de la pareja es mayor que en las etapas posteriores. El análisis de la información prueba que también hay una estrecha correlación entre la violencia física y el estado civil de la pareja: 14.5% de las mujeres en unión libre declaró haber sufrido violencia física durante el último año, en contraste con 9.2% de las casadas. Aquí es importante destacar que en el caso de las primeras uniones, el estado civil depende en gran medida de la

edad de la mujer y el tiempo que ha durado la unión, pues en el nivel nacional se ha detectado la tendencia a que una parte de las convivencias se inicien como uniones libres, que al cabo de un tiempo se legalizan mediante el matrimonio (Quilodrán, 1999).²⁰ Es decir, la proporción de uniones libres es mayor entre las parejas más jóvenes que entre las de más de 20 años.

POSICIÓN SOCIOECONÓMICA Y VIOLENCIA CONYUGAL

Desde que se iniciaron los estudios sobre violencia doméstica el feminismo ha sostenido que el problema está presente en todos los sectores sociales. Si bien esto es cierto, es pertinente preguntarnos si las prevalencias difieren entre sectores y si son mayores en los sectores más pobres. Las investigaciones de Alvarado *et al.* (1998) sobre la ciudad de Durango, Granados y Madrigal (1998) sobre Monterrey, y Ramos *et al.* (2001) sobre los servicios de urgencia en la ciudad de México prueban que —al menos en estos contextos— tanto las prevalencias como la intensidad del abuso físico son mayores en los sectores más desfavorecidos económicamente. De igual manera, en el estudio de Castro *et al.* (2003) sobre violencia conyugal durante el embarazo, el bajo estatus socioeconómico resultó ser una de las variables predictivas más fuertes.

En el caso de la Ensare, estamos hablando de una población asegurada por el IMSS, con ingresos estables y que no incluye a individuos en extrema pobreza. Sin embargo, se trata de una población internamente estratificada en términos socioeconómicos. Para hacer el análisis del posible peso de la pertenencia a un estrato socioeconómico determinado en la presencia o ausencia de violencia conyugal, utilizamos la estratificación propuesta por Carlos Echarri en esta obra.

El cuadro 9 presenta los principales resultados derivados de la información de la Ensare con respecto a la presencia de violencia

²⁰ En México alrededor de la cuarta parte de las parejas que se unen por primera vez lo hacen en unión libre. La mitad de estas parejas se transforman en uniones legales en un plazo promedio de 6.5 años. Por otra parte, las uniones libres son más frecuentes en la población más desfavorecida económicamente (Quilodrán, 1999: 65).

física según el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad y la ocupación del jefe del hogar.²¹ Todos estos indicadores resultaron significativos en términos estadísticos y los resultados coinciden con los hallazgos de la bibliografía mencionada, pues la proporción de violencia declarada por las mujeres pertenecientes a los estratos muy bajo y bajo es casi el doble de la encontrada en el estrato alto, mientras que el estrato medio tiene una prevalencia intermedia.

Por lo que se refiere a la escolaridad promedio relativa de los miembros del hogar, encontramos que el porcentaje de violencia aumenta en relación inversa al nivel de escolaridad: es de 11.7% en los estratos muy bajo y bajo, 9.1% en el estrato medio y 8.6% en el estrato alto. También las prevalencias según la ocupación del jefe del hogar siguen la misma tendencia, ya que los trabajadores manuales presentan una prevalencia más alta (12%) que los trabajadores no manuales (8.1%) y éstos, a su vez, una mayor que el personal calificado y semicalificado (6.8%) (cuadro 9).

Por otra parte, entre mujeres derechohabientes del IMSS que trabajan fuera de sus hogares, las más afectadas por la violencia conyugal son las mujeres que participan en trabajos de menor jerarquía. Entre las mujeres que tienen una ocupación profesional, de dirección o semicalificada, únicamente 1.6% ha sufrido violencia en el último año por parte de sus parejas; el contraste con las trabajadoras manuales es agudo, pues entre éstas 13% sufrieron violencia. Incluso hay una importante diferencia en los niveles de intensidad de la violencia vivida: del total de trabajadoras manuales que sufrieron violencia, 55% sufrieron lesiones, mientras entre las trabajadoras no manuales la proporción baja a 39 por ciento.

En síntesis, las mujeres de nivel socioeconómico bajo, con empleos de poca jerarquía, aparentemente son las más vulnerables a una dinámica de violencia. Los resultados de la Ensare coincidirían con los hallazgos de estudios anteriores en el sentido de que tanto las prevalencias como la intensidad de la violencia conyugal son mayores en los estratos de menores ingresos. Sin embargo, a la hora de controlar el nivel socioeconómico por otras variables, se reduce

²¹ El 94% de los hogares encuestados por la Ensare en los que residen mujeres actualmente unidas tienen jefatura masculina.

la asociación entre la violencia y la pertenencia a un determinado estrato, como veremos en la siguiente sección.

Cuadro 9

Distribución porcentual de las mujeres que sufrieron y no sufrieron violencia física en el último año, de acuerdo con el estrato socioeconómico al que pertenecen, escolaridad relativa y ocupación del jefe de familia, Ensare 1998

	<i>Violencia física</i>			<i>N</i>
	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>Total</i>	
<i>Estratos socioeconómicos*</i>				
Estrato muy bajo y bajo	11.0	89.0	100.0	1 711
Estrato medio	9.1	90.9	100.0	812
Estrato alto	5.6	94.4	100.0	375
<i>Escolaridad relativa*</i>				
Muy baja y baja	11.7	88.3	100.0	951
Media	9.1	90.9	100.0	1 105
Alta	8.6	91.4	100.0	829
<i>Ocupación del jefe del hogar*</i>				
Trabajadores manuales	12.0	88.0	100.0	1 477
Trabajadores no manuales	8.1	91.9	100.0	479
Personal calificado y semicalificado	6.8	93.2	100.0	646

* Chi cuadrada < 0.05 (S.S.).

UN MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA EL ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE VIOLENCIA CONYUGAL Y CONDICIONES DE RIESGO

En esta última sección presentamos los resultados de un modelo de regresión logística llevado a cabo con la finalidad de explorar el efecto que tienen sobre la violencia conyugal cada una de las diferentes variables descritas de manera independiente a lo largo del capítulo. Es decir, observamos cada variable controlando el efecto que el resto de ellas pudiera tener. Como variable dependiente se consideró a la violencia conyugal con dos categorías: haber sufrido

violencia física por parte de la pareja en los últimos 12 meses o no haberla sufrido.

El análisis de regresión fue realizado con base en la estrategia que se describe a continuación. En primer lugar, se reunieron las variables independientes en dos grandes grupos: uno referido a los aspectos socioeconómicos y demográficos abarcados principalmente en las secciones 4 y 5, y el otro a la dinámica conyugal (secciones 2 y 3). A su vez, el primer grupo se dividió en dos subgrupos: ciclo de vida y posición socioeconómica. En el primero, las variables a considerar fueron: edad de ella, edad de su cónyuge, años de unión de la pareja y número de hijos; mientras que en el segundo subgrupo las variables consideradas fueron: estrato socioeconómico, escolaridad de ella y ocupación del jefe del hogar.

El grupo referido a la dinámica conyugal se dividió en seis subgrupos: celos, aportación económica de la esposa, toma de decisiones, participación del varón en el cuidado de los hijos, autonomía de ella para salir sola y características de la unión conyugal. En el subgrupo "celos" se consideraron dos variables: número de uniones de ella y si había tenido relaciones sexuales antes de la unión con su pareja. Con respecto a la aportación económica de la esposa, las variables consideradas fueron la participación de ella en la fuerza de trabajo, su nivel de ingresos, su ocupación principal y si aportaba dinero para la alimentación de los hijos. En el subgrupo "toma de decisiones" se analizaron las decisiones que se llevaron a cabo en torno a los gastos en el hogar, la crianza de los hijos y la utilización del tiempo libre. Por lo que se refiere a la participación del varón en el cuidado de los hijos, se tomó en cuenta si el esposo se levantaba en la noche para tranquilizar al primer hijo y si le cambiaba el pañal. La autonomía de ella para salir del hogar está representada por las variables que responden a si ella le pide permiso a su cónyuge para salir sola a la calle, si le avisa, o ninguna de las dos cosas. Finalmente, el subgrupo "características de la unión conyugal" tiene dos componentes: el motivo de la unión y el estado civil.

Después de haber clasificado las variables se procedió a construir un modelo para cada subgrupo; de esta manera, se ejecutaron ocho diferentes modelos de regresión. Para cada categoría de cada variable se obtuvieron las razones de momios (RM) tanto crudas como ajustadas, los intervalos de confianza de las RM y la prueba

estadística Wald para ver el nivel de significancia. En cada modelo se realizaron diferentes combinaciones entre las variables para así poder seleccionar una o dos con objeto de obtener un modelo final que tomara en cuenta únicamente las variables que mejor representaran a cada subgrupo. También se probó la multicolinealidad entre todas las variables para no incluir en el modelo final dos o más que estuvieran altamente correlacionadas entre sí.

Después de llevar a cabo este proceso, se escogieron nueve variables para el modelo de regresión final: la edad de ella, el estrato socioeconómico, si tuvo relaciones sexuales antes de la unión con su pareja, la ocupación de ella, la toma de decisiones en torno al uso del tiempo libre, si su cónyuge se levantaba en la noche para tranquilizar al hijo, si ella le pide permiso o le avisa al cónyuge para salir, el motivo de la unión y el estado civil.

El cuadro 10 muestra los resultados del modelo final. Se presentan para cada categoría de las variables incluidas las RM crudas y ajustadas —ajustando por el resto de las variables escogidas y presentadas en el cuadro—, los intervalos de confianza de las RM y la significancia estadística correspondiente a la prueba Wald.

El resultado es que la edad de la esposa resulta estar altamente asociada a la violencia conyugal; incluso su significancia aumenta al controlar por el resto de las variables. A medida que aumenta la edad de la esposa, disminuye el riesgo de que haya sufrido violencia de parte de su cónyuge en los últimos 12 meses. Destaca el hallazgo de que las mujeres menores de 20 años tienen 10.2 veces más riesgo de sufrir violencia que las mujeres de 50 y más años.

Analizando el estrato socioeconómico se observa que antes del ajuste, el bajo nivel socioeconómico apenas se encuentra asociado estadísticamente a la violencia conyugal; sin embargo, después del ajuste, la asociación resulta ser nula, lo cual sugiere que el estatus socioeconómico no está relacionado con la violencia conyugal. Un fenómeno similar sucede con el estado civil, pues después de ajustar resulta que la unión libre no se asocia significativamente con la violencia.

Junto con la edad, la ocupación de ella es la variable que más asociación estadística presenta con la violencia. Aquellas con trabajos menos calificados tienden a sufrir más violencia. Por ejemplo, después de controlar por otras variables, se observa que las trabaja-

doras manuales tienen 6.5 veces más riesgo de sufrir violencia que las que están en la categoría de personal calificado y semicalificado. La mayor parte de las mujeres que representan el "otro caso" son mujeres que no trabajan, y aunque tienen más probabilidad de sufrir violencia que las que tienen ocupación calificada, tienen menos riesgo que las trabajadoras manuales y no manuales.

Casarse por otro motivo que no sea amor y haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio son variables estadísticamente significativas y lo siguen siendo después del ajuste, por lo que ambas son importantes condicionantes del riesgo de sufrir violencia conyugal.

Respecto a la toma de decisiones, es interesante observar que decidir sobre el uso del tiempo libre resultó más ligado a conflictos que decidir sobre los gastos del hogar o la crianza de los hijos. Cabe destacar también que el uso del tiempo libre continuó presentando una asociación significativa con la violencia conyugal después del ajuste, resultando que las parejas con más riesgo de sufrir violencia son aquellas en las que el varón es quien toma las decisiones.

El hecho de que el cónyuge no participara en el cuidado de su bebé también resultó ser condicionante de riesgo de sufrir violencia. La tendencia registrada es muy similar tanto antes como después del ajuste. Aquellas parejas en las cuales él nunca participó tienen un riesgo 2.74 veces mayor de estar involucradas en violencia con respecto a aquellas en las que él participó casi siempre. Los varones que participaron sólo algunas veces también resultaron más proclives a la violencia que los que participaron casi siempre; sin embargo, la diferencia entre estos dos grupos de varones no es significativa.

Finalmente, respecto a la autonomía de la esposa para salir sola de su hogar, se observa que las mujeres que no avisan ni les piden permiso a sus parejas para salir son las que tienen más riesgo de sufrir violencia por parte de ellos. Destaca que no existe una diferencia significativa entre aquellas que avisan y aquellas que piden permiso, aunque estas últimas tienen un RM ligeramente mayor que las primeras.

Cuadro 10

Modelo de regresión logística para la asociación entre violencia conyugal en el último año y diversas variables condicionantes de la violencia, Ensare 1998

	<i>RM cruda</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>RM ajustada^a</i>	<i>IC 95 %</i>
<i>Edad de ella</i>				
Menor de 20	9.49***	3.22-28.00	10.18***	2.92-35.51
20-24	3.11**	1.35-7.17	3.86**	1.54-9.69
25-34	2.50**	1.15-5.43	3.33**	1.42-7.77
35-49	1.96*	0.92-4.18	2.50**	1.10-5.66
50 y más	1.00		1.00	
<i>Estrato socioeconómico</i>				
Alto	1.00		1.00	
Medio	1.66	0.69-3.93	1.49	0.59-3.75
Bajo	2.04*	0.92-4.55	1.30	0.54-3.16
<i>Estado civil</i>				
Casada	1.00		1.00	
Unión libre	1.68*	0.96-2.95	1.17	0.70-1.93
<i>Ocupación de ella</i>				
Personal calificado y semicalificado	1.00		1.00	
Trabajadoras no manuales	6.32**	2.24-17.85	5.41**	1.86-15.72
Trabajadoras manuales	6.57***	2.34-18.44	6.46**	2.04-20.51
Otro caso	4.35**	1.67-11.33	4.03**	1.44-11.26
<i>Motivo de la unión</i>				
Por amor	1.00		1.00	
Otro motivo	2.67***	1.75-4.08	1.77**	1.19-2.64

Cuadro 10

Modelo de regresión logística para la asociación entre violencia conyugal en el último año y diversas variables condicionantes de la violencia, Ensare 1998 (continuación)

	RM cruda	IC 95 %	RM ajustada ^a	IC 95 %
<i>Relaciones sexuales antes del matrimonio</i>				
No	1.00		1.00	
Sí	2.78***	1.91-4.06	2.42***	1.67-3.50
<i>Toma de decisiones sobre el tiempo libre</i>				
Ambos	1.00		1.00	
Él	2.32**	1.44-3.75	2.22**	1.39-3.56
Ella	1.69**	1.06-2.70	1.58**	1.04-2.41
<i>Se levantaba el cónyuge en la noche para tranquilizar al bebé</i>				
Casi siempre	1.00		1.00	
Algunas veces	1.73*	0.94-3.19	1.59	0.87-2.90
Nunca	2.74**	1.44-5.21	2.74**	1.38-5.42
<i>Cuando quiere salir sola</i>				
Le avisa	1.00		1.00	
Le pide permiso	1.34	0.88-2.03	1.32	0.87-2.02
Ninguna de las dos	2.76**	1.46-5.22	2.67**	1.46-4.87

^a Ajustado por todas las variables que aparecen en el cuadro.

Prueba Wald:

*** p = .000

** .001 < p < .050

* .051 < p < .099

CONCLUSIONES

El punto de partida para nuestro estudio fue la escasa pero importante información que proporciona la Ensare con respecto a las consecuencias de la violencia conyugal para algunos aspectos de la salud reproductiva de las mujeres entrevistadas. Esta información

muestra que las mujeres que sufrieron maltrato físico el último año son las que tienen las proporciones más altas de hijos fallecidos, hijos nacidos muertos e hijos con bajo peso y problemas de salud al nacer. Estos datos nos dan una evidencia contundente de la gravedad del problema y subrayan que es indispensable obtener más información sobre otros aspectos de la salud reproductiva que pueden ser afectados por la violencia conyugal, tales como la capacidad de las mujeres de evitar embarazos no deseados, de prevenir enfermedades de transmisión sexual, partos prematuros, abortos espontáneos e inducidos.

El hecho de que la violencia conyugal tenga un impacto tan fuerte en la salud reproductiva femenina hace necesario conocer y comprender las condiciones que rodean y propician su ejercicio. Los estudios especializados proponen que la violencia conyugal resulta de una compleja dinámica en la que intervienen factores psicológicos, familiares, culturales y socioeconómicos.²² Aquí nos interesó poner en relieve aquellos aspectos que en la Ensare aparecen significativamente asociados al ejercicio de la violencia física por parte de los maridos, constituyéndose, por lo tanto, en condiciones de riesgo para las esposas. Mediante la comparación sistemática de las mujeres que declararon haber sufrido violencia el último año con las que no, buscamos desentrañar las características diferenciales de las primeras. Consideramos importante tratar de comprender las condiciones que hacen más vulnerables a las mujeres, como factores articulados entre sí por valores culturales que subyacen las relaciones de género y, en particular, la dinámica de la violencia física en la pareja.

El hecho de que varones y mujeres den versiones discrepantes sobre la frecuencia e intensidad de los episodios violentos es uno de los aportes importantes de la información reunida por la Ensare. El fenómeno nos remite a las diferentes posiciones que cada sexo ocupa en la dinámica de violencia conyugal, en tanto los maridos son los principales perpetradores del maltrato físico y las esposas son sus re-

²² El modelo más utilizado en los estudios de violencia familiar para describir la interrelación entre los factores que intervienen en la violencia doméstica es el ecológico, que articula el nivel individual con las relaciones familiares (el "microsistema"), el entorno social ("exosistema") y el entorno cultural ("macrosistema") (Corsi, 1994; Heise *et al.*, 1999).

ceptoras. Ésta sería la razón por la cual los varones tienden a minimizar los actos de violencia y las lesiones que provocan.

Por lo que se refiere a los motivos del maltrato, cada cónyuge atribuye al otro lo que a su parecer son las causas, si bien una parte de los varones reconocen —aunque sea parcialmente— su responsabilidad en los actos violentos, en particular si están asociados al consumo de alcohol. En la percepción de hombres y mujeres entrevistados por la Ensare, el consumo de alcohol por los varones y los celos (atribuidos al otro) son los dos motivos más frecuentes de los conflictos que detonan la violencia de los maridos. Otros estudios que se han realizado al respecto demuestran que, en efecto, el consumo de alcohol es un factor de riesgo muy importante, no sólo para las mujeres sino también para los mismos varones, pues está entre las primeras causas de muerte (por cirrosis, accidentes y homicidios) para los que están en edades productivas.

Por lo que respecta a los celos, el deseo de control exclusivo de la sexualidad de la esposa resulta ser un componente medular. En términos más específicos, las mujeres que no llegan vírgenes a la unión o que han tenido uniones anteriores están en condición de mayor vulnerabilidad que aquellas sobre las cuales el marido ha tenido la exclusividad sexual, ejercida a partir del inicio del matrimonio o la unión libre y no antes. Claramente, las percepciones de los actores están imbuidas de concepciones de índole cultural que atañen a las representaciones y valores de género, según las cuales las conductas sexuales de varones y mujeres debieran regirse por pautas muy diferentes, incluso opuestas: permisivas para los varones y restrictivas para las mujeres. La transgresión femenina de estas pautas da pie a la sanción en la forma de abuso físico.

Otro aporte innovador de la Ensare es que intenta operativizar el concepto de autonomía femenina, haciendo un conjunto de preguntas sobre cómo se toman las decisiones en la pareja y hasta qué punto las esposas están sujetas al permiso de los maridos. El análisis de esta información mostró que estas cuestiones tienen un papel fundamental en la dinámica de la violencia conyugal. Cuando las decisiones acerca de los gastos en el hogar, el uso del tiempo libre y la crianza de los hijos son compartidas, se constata una menor incidencia de actos de maltrato. Por contraposición, el ejercicio autoritario de la jefatura de parte del varón suele estar acompañado de

violencia física, al igual que la toma de decisiones unilateralmente por parte de las esposas. Aquellas que no consultan ni piden permiso al marido resultaron ser las más vulnerables.

La posición económica y la etapa por la que la pareja está atravesando en su ciclo de vida también se vinculan con el grado de vulnerabilidad a la violencia conyugal. El contexto en el que encontramos mayor proporción de mujeres que sufren maltrato físico de sus compañeros es el sector de menores recursos económicos, entre las parejas de jóvenes en la primera etapa de su convivencia. Las mujeres que trabajan por ingresos en las ocupaciones de menor jerarquía y que hacen aportes económicos sustanciales a la manutención de los hijos sufren una mayor carga de violencia que las que mantienen el papel tradicional de amas de casa. Asimismo, poner en tela de juicio la preeminencia del varón como proveedor significa generar condiciones propicias para sufrir maltrato. Por esta razón, las mujeres que sufren la violencia más intensa son las que tienen ingresos superiores a los del marido.

La información analizada sugiere que la alteración de la división sexual del trabajo, según el modelo de la mujer dedicada al hogar y el hombre proveedor, puede generar las condiciones de conflictividad que conducen al maltrato físico de las esposas.²³ Al mismo tiempo, la información de la Ensare sobre la participación de los maridos en el cuidado de los hijos pequeños reveló una mayor proporción de episodios de violencia entre los varones que menos participaban en tareas tradicionalmente asignadas a las mujeres, como levantarse en la noche a atender los bebés y cambiarles el pañal. Vale decir que las esposas se encuentran en situación de vulnerabilidad cuando la familia está regida por pautas autoritarias de jefatura masculina, con funciones tradicionales en la división sexual

²³ Irene Casique (2003) llega a conclusiones semejantes: "Los resultados de este análisis sugieren que los efectos del trabajo y el empoderamiento femenino no son ni tan inmediatos como podríamos pensar o deseiar, ni siempre en el sentido que nos gustaría esperar. El hecho de que el trabajo extradoméstico y un mayor poder de decisión de las mujeres se traduzcan en un mayor riesgo de las mismas de ser objeto de violencia de su pareja ilustra este planteamiento. La ruptura —o al menos el desafío— a pautas sociales y culturales de los roles asignados y 'apropiados' para los hombres y mujeres puede conllevar en un inicio un incremento en los conflictos en la pareja y en el hogar".

del trabajo, pero también lo están cuando en el contexto de este tipo de relaciones ellas deben salir a trabajar fuera de su hogar.

El hecho de que en México cada vez más mujeres casadas se hayan incorporado a la fuerza de trabajo en la última década²⁴ sin duda ha sentado las bases para la transformación de las relaciones de pareja. Lo que es preocupante, en vista de la información proporcionada por la Ensare y los estudios mencionados en este capítulo, es que este proceso genera las condiciones para un aumento de la conflictividad que da lugar al uso de la violencia física por parte de los maridos. Ante este escenario, una conclusión ineludible es la necesidad de llevar a cabo fuertes campañas de prevención de la violencia conyugal.

El análisis multivariado confirmó que las condiciones de más alto riesgo para las mujeres de sufrir violencia conyugal fueron el hecho de ser joven y trabajar en empleos poco calificados. Otros condicionantes importantes relacionados a la dinámica conyugal fueron el no haberse casado por amor (la mayoría de estos casos señalaron haberlo hecho por embarazo), haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio con su cónyuge, el hecho de que sea él quien tome las decisiones sobre el tiempo libre, la nula participación del varón en los cuidados de los hijos y el hecho de que ella no le avise ni le pida permiso al marido cuando quiere salir del hogar sola. Por otra parte, y contrariamente a lo que esperábamos, el estrato socioeconómico y el estado civil no fueron variables que hayan mantenido su asociación con la violencia conyugal después de ser ajustadas por el resto de las variables, lo cual sugiere que no son condicionantes del riesgo de sufrir violencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, G., J. Salvador, S. Estrada y A. Terrones (1998), "Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango", *Salud Pública de México*, 40(6): 481-486.

²⁴ Véase García *et al.* (1999) para una síntesis de las investigaciones sobre las tendencias en el trabajo femenino extradoméstico.

- Amuchástegui, A. (2001), *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*, México, Edamex-Population Council.
- Casique, I. (2003), "Trabajo femenino, empoderamiento y bienestar de la familia", VII Reunión de la Sociedad Mexicana de Demografía, 2-5 de diciembre del 2003, Guadalajara, México.
- Castañeda, X., I. Castañeda y C. Brindis (2001), "El círculo de lo sagrado y lo profano: Regulación de la sexualidad en adolescentes de áreas rurales", en C. Stern y E. 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, Documentos de Trabajo núm. 6, pp. 73-88.
- Castro, R., et al. (2002), "Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: Un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad", *Papeles de Población*, enero-marzo, pp. 243-266.
- Castro, R., C. Peek-Asa y A. Ruiz (2003), "Violence against Women in Mexico: A Study of Abuse Before and During Pregnancy", *American Journal of Public Health*, 93 (7): 1110-1116.
- Comisión Nacional de la Mujer (Conmujer) (1999), *Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar, 1999-2000*, México, Conmujer: 36.
- (2000), *Informe final de avances en el cumplimiento del Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar, 1999-2000*, México, Conmujer.
- Contreras, J. M., y J. M. Guzmán (2001), "Violencia doméstica y sexual", en J. M. Guzmán, R. Hakkert, J. M. Contreras y M. Falconier, *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*, México, UNFPA, pp. 197-207.
- Corsi, J. (1994), *Violencia intrafamiliar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires, Paidós.
- Elu, M. C., y E. Santos, con las contribuciones de R. Valdez, L. M. Arenas, R. Castro, M. Rivera y M. Acha (2000), *Carpeta de apoyo para la atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Ellsberg, M. C. (2000), *Candies in Hell. Research and Action on Domestic Violence against Women in Nicaragua*, Estocolmo, Umu Tryckeri.
- Finkler, K. (1997), "Gender, Domestic Violence and Sickness in Mexico", *Social Science and Medicine*, 45(8): 1147-1160.
- Freyermuth, G. (1999), "Matrimonio, violencia doméstica y redes de apoyo: Factores constitutivos de los riesgos durante la maternidad. El caso de Chenalhó, Chiapas", en E. Tuñón (comp.), *Género y salud en el Sureste de México*, San Cristóbal, El Colegio de la Frontera Sur (Ecosur), Consejo Estatal de Población de Chiapas (Coespo), UNFPA, pp. 31-78.

- García, B., M. Blanco y E. Pacheco (1999), "Género y trabajo extradoméstico", en B. García (coord.), *Mujer, género y población en México*, México, El Colegio de México, pp. 273-316.
- _____, y O. de Oliveira (2000), "La dinámica familiar en la ciudad de México y Monterrey", en *Informe final del proyecto Trabajo, Familia y Empoderamiento de las Mujeres en México*, México, El Colegio de México.
- _____, (2003), "Trabajo extradoméstico femenino y relaciones de género: Una nueva mirada", Latin American Studies Association (LASA), Dallas, Texas, 27-29 de marzo, sesión "Género, trabajo y familia en América Latina".
- García, C., y C. Watts (2000), "Violence against Women: Its Importance for HIV/AIDS", *AIDS*, 14 (supl. 3): 253-265.
- Glantz, N., y D. Halperin (1996), "Studying Domestic Violence: Perceptions of Women in Chiapas, Mexico", *Reproductive Health Matters* (7): 122-128.
- Gobierno del Distrito Federal-Secretaría de Desarrollo Social (GDF-SDS) (2000), *Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar para el Distrito Federal y Reglamento: Modelo de Unidad de Atención a la Violencia Familiar (UAVF)*, México, GDF-SDS.
- González Montes, S. (1998), "La violencia doméstica y sus repercusiones en la salud reproductiva en una zona indígena (Cuetzalan, Puebla)", en *Los silencios de la salud reproductiva: Violencia, sexualidad y derechos reproductivos*, México, Asociación Mexicana de Población, Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, pp. 17-54.
- Graham, D., y E. Rawlings (1991), "Bonding with Abusive Dating Partners: Dynamics of Stockholm Syndrome", en B. Levy (ed.), *Dating Violence*, Seattle, Seel Press, pp. 119-135.
- Granados, M., y R. Madrigal (1998), "Salud reproductiva y violencia contra la mujer", en *Los silencios de la salud reproductiva: Violencia, sexualidad y derechos reproductivos*, México, Asociación Mexicana de Población, Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, pp. 55-105.
- Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller (1999), "Violence against Women", *Population Reports*, serie L, núm. 11, XXVII (4), Baltimore, Johns Hopkins: 43.
- Keck, M., y K. Sikkink (1998), *Activists Beyond Borders: Advocacy Networks in International Politics*, Ithaca, Nueva York, Cornell University Press.
- Medina Mora, M. E., S. Berenzon y G. Natera (1999), "El papel del alcoholismo en las violencias", *Gaceta Médica de México*, 135 (3): 282-287.
- Mendoza, D. (2000), *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohaciente: Informe de resultados*. Serie Investigación y Evaluación 8, México, Instituto Mexicano del Seguro Social.

- , A. Nájera, L. Cruz, J. González, J. A. Cardona y M. Madrazo (2000), *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabitante: Documento Metodológico*, Serie Investigación y Evaluación 7, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Menéndez, E. (1997), "El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad", *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, El Colegio de Michoacán, pp. 237-270.
- , y R. Di Pardo (1998), "Violencias y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes", *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, El Colegio de Michoacán, 74 (XIX): 37-71.
- Nájera, A. (2000), "Relaciones de género en la salud reproductiva", en D. Mendoza *et al.*, *Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabitante: Informe de resultados*, Serie Investigación y Evaluación 8, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 123-164.
- Natera, G., J. L. López, M. Tiburcio, R. M. Martín y J. León (2000), "Violencia y alcohol, una relación peligrosa", en M. Salas (comp.), *Niñez, adolescencia y género. Una propuesta desde la educación y la salud por la no violencia*, México, Funsalud-SB, pp. 305-333.
- , M. Tiburcio y J. Villatoro (1997), "Marital Violence and its Relationship to Excessive Drinking", *Contemporary Drug Problems*, 24 (4): 787-804.
- Oliveira, O. de, y B. García (1994), "Jefas de hogar y violencia doméstica", *Revista Interamericana de Sociología*, 2 (2 y 3): 179-200.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS, 1998), *Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario*, Washington, D. C., OMS-OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1993), *Promoción de la salud: Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad*, Washington, D. C., División de Promoción y Protección de la Salud, Serie Documentos Reproducidos (HPP 1/3).
- Osorio, R. M. (1992), "Usos, funciones y consecuencias de la alcoholización. El alcohol como instrumento de las relaciones familiares, en E. Menéndez (ed.), *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del alcoholismo en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 21-41.
- Pence y Paymar (1993), *Education Groups for Men Who Batter: The Duluth model*, Nueva York, Springer.
- Quilodrán, J. (1999), "L'union libre en Amérique Latine: Aspects récents d'un phénomène séculaire", *Cahiers Québécois de Démographie*, 28 (1-2): 53-80.
- Ramírez, J., y G. Uribe (1993) "Mujer y violencia: Un hecho cotidiano", *Salud Pública de México*, 35(2): 148-160.

- Ramos L., G. Borges, C. Cherpitel, M. E. Medina y L. Mondragón (2001), *Violencia doméstica, un problema oculto en el sistema de salud. El caso de los servicios de urgencias*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría: 17.
- Riquer, F., I. Saucedo y P. Bedolla (1996), "Agresión y violencia contra el género femenino: Un asunto de salud pública", en A. Langer y K. Tolbert (comps.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva*, México, Edamex, pp. 247-287.
- Saucedo, I. (1999), "La experiencia de las ONG en el trabajo sobre violencia sexual y doméstica", en S. González Montes (coord.), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México, El Colegio de México, pp. 75-96.
- Sayavedra, G., y E. Flores (coords.) (1997), *Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud*, México, Red de Mujeres, A. C.
- Secretaría de Gobernación (Segob) (1996), *Alianza para la Igualdad: Programa Nacional de la Mujer 1995-2000*, México.
- Secretaría de Salud (2000), *Norma Oficial Mexicana: Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar*, México, Secretaría de Salud.
- Straus, M. A. (1979), "Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics Scales (CTS)", *Journal of Marriage and the Family* (41): 75-86.
- Szasz, I. (1998), "Los hombres y la sexualidad: Aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México", en S. Lermer (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, pp. 137-162.
- Valdez, R. (1998), "Panorama de la violencia doméstica en México: Antecedentes y perspectivas", en L. Rendón, R. Valdez y P. Hume, *Violencia doméstica*, Cuernavaca, Centro para Mujeres CIDHAL, pp. 13-21.
- (2004), "Del silencio privado a las agendas públicas: El devenir de la lucha contra la violencia doméstica en México", en M. Torres (comp.), *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*, México, El Colegio de México, pp. 417-447.
- , y C. Juárez (1998), "Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: Análisis y perspectivas en México", *Salud Mental* 21(6): 1-10.
- Valdez, R., y L. Sanín (1996), "La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer", *Salud Pública de México* 38(5): 352-362.
- Walker, L. E. (1989), "Psychology and Violence against Women", *American Psychologist*, 44(4): 695-702.

MUJERES QUE DECLARAN ABORTOS EN MÉXICO

**ADRIANA ORTIZ-ORTEGA,¹
GUADALUPE SALAS Y VILLAGÓMEZ²
y PATRICIA MEZA ROMERO³**

*A las mujeres que no pudieron
declarar sus abortos porque
murieron en ellos.*

PRESENTACIÓN

Las estigmatizaciones que rodean la interrupción de embarazo han llevado a señalar que se trata de un “escándalo silencioso”, o bien de un “silencio escandaloso” (Ortiz-Ortega, 1994). En este contexto, dimensionar la práctica del aborto ha requerido, por un lado, depender muchas veces de estimaciones indirectas para calcular su incidencia; por otro, quienes trabajan en mejorar el acceso de las mujeres al aborto se han esforzado intensamente en la integración de argumentos epidemiológicos, jurídicos, éticos y políticos, entre

¹ Coordinadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), El Colegio de México. Correo electrónico: aortiz@colmex.mx

² Defensoras Populares, A. C. Correo electrónico: gualupita_salas@yahoo.com.mx

³ Becaria del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México. Correo electrónico: pmeza@colmex.mx

Las autoras agradecen a las doctoras Ana María Tepichín y Lucía Melgar, profesoras del PIEM-Colmex; Ivonne Szasz Pianta y Susana Lerner, profesoras-investigadoras del CEDUA; Orlandina de Oliveira, profesora-investigadora del CES, y al maestro Ricardo Aparicio, profesor-investigador de la Flacso, por sus acertados comentarios; asimismo agradecen a Ariadna V. Gómez González el trabajo en la revisión de notas y la preparación del documento final.

otros, para lograr que prevalezca una visión humanista frente a este grave problema de salud pública.

Una pieza clave en el entramado que lleve a la comprensión del aborto implicaría prestar atención a las experiencias mismas de las mujeres; sin embargo, éste no es un ejercicio fácil, ya que las propias mujeres sólo han colocado excepcionalmente en la discusión social algunas de sus voces respecto al impacto de esta práctica en sus vidas. Por ello, el presente estudio se dirige a recuperar mediante un método cuantitativo “las voces de las mujeres” a través de estudiar quiénes son las mujeres que declaran aborto. Las autoras proponen hacer una revisión de las características de las mujeres que se atrevieron a declarar haber tenido al menos un aborto inducido, utilizando una de las encuestas sociodemográficas realizadas en México durante la década de 1990 y que permitieron distinguir entre el aborto inducido y el espontáneo: la Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente, realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (imss) en 1998 (Ensare, 1998). Si bien, como la literatura señala, existe un subregistro en la declaración de aborto en encuestas, utilizar éstas ofrece la posibilidad de acercarse a una evaluación cualitativa de grupos sociales amplios de una manera hasta ahora no realizada en esta escala por estudios cualitativos y resulta por ello novedosa (Lara, Stickler, Díaz Olavarríeta y Ellerston, 2004).

INTRODUCCIÓN

En este texto se presentan los resultados de una investigación sobre las características de las mujeres mexicanas que declararon haber experimentado la interrupción voluntaria de un embarazo al ser interrogadas sobre su historia reproductiva en una encuesta sociodemográfica. Esta exploración es novedosa en el estudio del aborto en México, pues a pesar de que se trata de 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. Debido a que el aborto es una práctica penada legalmente, en México esta experiencia se transforma en un evento clandestino y riesgoso para las mujeres pertenecientes a grupos sociales que no

pueden acceder a la atención privada de buena calidad. Además, se trata de una práctica cultural y socialmente estigmatizada, circunstancia que hace muy difícil la declaración de su existencia por parte de las mujeres que la protagonizan.

Las encuestas sociodemográficas recientes que preguntan por la historia de embarazos de las mujeres mexicanas en su mayor parte no distinguen entre abortos espontáneos y provocados. Solamente tres de estas encuestas hacen esa distinción (véanse las tablas 1A y 2A en el anexo), pero solamente en una de ellas encontramos un número suficiente de mujeres que declaran abortos inducidos, lo que nos permitió analizar sus características y responder a las siguientes preguntas de investigación: las mujeres mexicanas que se autorizan a sí mismas a declarar la práctica de un aborto en un contexto de penalización y estigmatización social de esta práctica ¿tienen características sociodemográficas diferentes de aquellas mujeres que declaran no haber tenido nunca una interrupción de embarazo? ¿Esas características son diferentes cuando el aborto que se declara es voluntario? ¿Estas características diferenciadas se relacionan con indicios de mayor autonomía de las mujeres que sí declaran los abortos?

La presente investigación se llevó a cabo en el contexto de un proyecto colectivo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, cuya finalidad es relacionar distintas dimensiones de la salud reproductiva con las condiciones de vida de la población mexicana. Por este motivo, se ha puesto especial énfasis en las diferencias que introduce el estrato socioeconómico de pertenencia y otros indicios de diferencias en los grados de autonomía en la posibilidad que tienen las mujeres de declarar los abortos que han experimentado.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), América Latina presenta las tasas de aborto riesgoso⁴ más altas que cualquier otra región del mundo. Esta situación se corrobora con los datos de alrededor del año 2000 presentados por Guillaume, Lerner y Salas (2005), en los que se estima que Latinoamérica y el

⁴ Se considera aborto riesgoso aquel que se practica bajo malas condiciones de higiene, por personal no especializado y/o a través de técnicas o prácticas que ponen en peligro la salud e incluso la vida de las mujeres.

Caribe presentan la tasa de aborto riesgoso más alta de los cinco continentes: 29 abortos anuales por cada 1 000 mujeres de 15 a 44 años; seguida de África, con 24; Oceanía, con 17; Asia con 13 y Europa con tres abortos riesgosos por cada 1 000 mujeres en el rango de edad señalado. Las cifras mencionadas deben de ser tomadas como una aproximación, pues la práctica del aborto suele ir acompañada de estigmatizaciones socioculturales, morales y religiosas, además de ser penalizada legalmente en muchos países. Todas estas situaciones hacen prácticamente imposible contar con cifras confiables sobre la práctica del aborto. Frente a esta imposibilidad, estudios exploratorios sugieren que más de cuatro millones de mujeres en América Latina se someten al aborto inducido cada año (The Allan Guttmacher Institute, 1999). Otras estimaciones señalan que esta medición oscila entre 2.7 y 7.4 millones, cifra que coloca a esta región en primer lugar en cuanto a los índices sobre aborto, pues se estima que a escala mundial se practican 36 millones de abortos al año (Paxman *et al.*, 1993).

Cabe señalar que el subregistro provoca que las estimaciones sobre la práctica del aborto varíen en un rango muy amplio. En México las estimaciones varían desde 600 000 abortos anuales (GIRE, 2001), 196 000 anuales en el periodo 1995-1997 (INEGI, 1999) y 270 000 a 750 000 abortos anuales (Núñez y Palma, 1994; Ortiz-Ortega, 1994). Existen aun estimaciones adicionales que sugieren que en México se practican 1 600 000 abortos cada año (López García, 1994).

En tanto que persiste el subregistro de la práctica del aborto inducido debido a la penalización de su práctica, en América Latina son frecuentes los estudios sobre las estimaciones indirectas de la magnitud del aborto y sus consecuencias. Sin embargo, existen pocos estudios que dan cuenta de las características de algunos grupos de mujeres que recurren al aborto, tales como aquellas que tienen complicaciones de aborto y que son estudiadas en los hospitales y las que han recurrido a clínicas que dan el servicio. Además, son prácticamente inexistentes los estudios sobre las mujeres que declaran abortos inducidos en encuestas sociodemográficas, lo que hace particularmente relevante presentar los resultados de nuestra investigación. Analizar esta información a través de encuestas es un ejercicio complejo y difícil. Sin duda, el silencio social que rodea el

tema implica que el preguntar a las mujeres sobre su experiencia sobre el aborto sea poco común. Sin embargo, existen estudios que sugieren que las encuestas tienen el potencial de recolectar información precisa sobre el uso del aborto cuando son culturalmente sensibles en su diseño (Anderson *et al.*, 1994; Huntington *et al.*, 1996; Okonofua *et al.*, 1999, citados en Lara *et al.*, 2004). Es de extrema utilidad entonces establecer las características de las mujeres que declaran abortos en las encuestas más recientes, pues algunas de ellas son culturalmente sensibles a las relaciones de género.

El presente estudio inició haciendo una revisión de las características de las mujeres que se atrevieron a declarar haber tenido al menos un aborto inducido en las encuestas sociodemográficas realizadas durante la década de 1990 y que distinguieron entre el aborto inducido y el espontáneo. Estas encuestas fueron la Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente, realizada por el IMSS en 1998 (Ensare, 1998), la Encuesta de Salud Reproductiva en el área de influencia de IMSS-Solidaridad realizada en 1999 por el Conapo y el IMSS, y la Encuesta para el Programa Gente Joven, realizada por Mexfam en 1999. Debido a que la Ensare fue la única de estas encuestas que nos proporcionó suficientes datos para el estudio, nos concentraremos en el análisis de esta encuesta. Cabe destacar que la Ensare es representativa solamente para las mujeres derechohabientes del IMSS, población que corresponde a un sector de mujeres que tiene trabajo, o que su madre, padre, esposo o concubino lo tienen, y por ello son derechohabientes. Son mujeres que tienen acceso a servicios de salud gratuitos, que viven mayoritariamente en zonas urbanas, se concentran en los estratos sociales medios y populares y representan aproximadamente a la mitad de las mujeres del país. Esta encuesta posee una gama muy amplia de preguntas que, como se verá, permite hacer un análisis de las mujeres a través de múltiples variables, y es sin duda una encuesta culturalmente sensible a las relaciones de género.

En el estudio se confirmó 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. En este sentido, es necesario

advertir que el estudio de las respuestas proporcionadas por las mujeres que declararon haber abortado en la década de 1990 debe realizarse desde un enfoque del contexto histórico que tome en cuenta los cambios que se han producido en la opinión pública sobre el aborto. En breve, si bien la década de 1990 representa un tramo relativamente reciente y contar con una sola encuesta no permite realizar un análisis longitudinal de los cambios producidos en la opinión pública sobre el aborto, es un hecho que la valoración sobre el mismo comenzó a ser incluida en las encuestas de opinión en esa década, y que éstas registraron un cambio positivo en las percepciones respecto a la práctica del aborto. Por ejemplo, de acuerdo con una encuesta de opinión reciente, 69% de la población mexicana entrevistada opinó que el aborto debe ser legal bajo ciertas circunstancias. Hombres y mujeres encuestados señalaron que las mujeres deben ser el grupo social más escuchado por los legisladores al hacer las leyes sobre el tema (48%), en comparación con otros grupos como los médicos (14%) y la sociedad en general (29%). El 80% de los entrevistados de ambos sexos consideró que “está mal” que los legisladores voten las leyes de acuerdo con sus creencias religiosas y 95% consideró que deben realizarse consultas públicas antes de votar las leyes sobre el aborto (García, 2001).⁵

En este contexto, el presente estudio analiza las respuestas de mujeres que declararon haberse practicado al menos un aborto en toda su vida reproductiva. Las entrevistas se realizaron en 1998, época en que la violencia hacia las mujeres se perfiló como un tema que tenía la legitimidad de ser abordado socialmente, al igual que otros temas relacionados con la vida privada de las personas, tales como las decisiones sobre las relaciones sexuales. Consideramos que este estudio es un primer acercamiento, cuyos resultados permitirán desarrollar una mayor sensibilidad respecto al tipo de preguntas que pueden ser utilizadas en posteriores estudios sobre la práctica del aborto.

⁵ La muestra fue realizada bajo los auspicios del Population Council de septiembre a octubre de 2000. Se trató de una muestra aleatoria, representativa de la población nacional en cuanto a edad, nivel socioeconómico y residencia urbano-rural. Se realizaron 3 000 entrevistas con hombres y mujeres entre los 15 y 65 años de edad. El 98% de las personas aceptaron ser entrevistadas y el margen de error fue de $\pm 1.82\%$, con un rango de confiabilidad de 95 por ciento.

ESTRATEGIA ANALÍTICA

Nuestro estudio busca conocer algunas características de las mujeres que se atreven a declarar haber tenido un aborto en una encuesta sociodemográfica, la Ensare. Se trata, como ya se dijo, de población de mujeres derechohabientes del IMSS, población mayoritariamente constituida por obreras y empleadas, hijas, esposas o concubinas de empleados u obreros, situación que les permite gozar de seguridad social al estar afiliadas al IMSS.

Como parte de una investigación colectiva sobre salud reproductiva y condiciones de vida de la población mexicana emprendida por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, nuestro propósito es dar a conocer algunas características que nos permitan acercarnos a las condiciones de vida de las mujeres mexicanas derechohabientes del IMSS que se atreven a declarar haber tenido al menos un aborto inducido. Hemos agrupado esas particularidades en características socioeconómicas, sociodemográficas y otras relativas a sus prácticas sexuales y reproductivas, en sus posibilidades de tomar decisiones y en su exposición a situaciones de violencia familiar o de género. Creemos que el análisis de estas variables nos permite entender mejor las condiciones que podrían influir para habilitar a las mujeres a declarar abortos a pesar de la estigmatización social existente.

Es importante señalar que retomamos la postura ética y los hallazgos de investigaciones previas que indican que no es posible, por ahora, establecer perfiles de todas las mujeres que abortan debido al subregistro y que las características de las mujeres pertenecientes a determinados grupos de población no pueden hacerse extensivas a las demás mujeres, pues la práctica del aborto no es privativa de ciertos sectores o grupos. A pesar de lo anterior, se ha tratado de utilizar los resultados de algunos estudios para estigmatizar a poblaciones específicas, por ejemplo, a las mujeres jóvenes (Rivas, Amuchástegui y García, 1994; Rivas y Amuchástegui, 1996).

Para esta exploración dividimos a las mujeres entrevistadas en tres grupos: *a)* las mujeres que declararon nunca haber tenido un aborto, *b)* las mujeres que declararon haber tenido al menos un aborto espontáneo y ninguno inducido, y *c)* las mujeres que declararon haber tenido al menos un aborto inducido (hayan tenido o

no algún aborto espontáneo también) y desde luego el total de mujeres. Esta clasificación de las mujeres en tres grupos se realizó con el fin de establecer comparaciones entre las distintas poblaciones.

Se estudiaron las frecuencias de diferentes variables en los tres grupos de mujeres. A su vez, las variables se agruparon en cuatro bloques: *a) las características sociodemográficas, b) las características socioeconómicas, c) las prácticas sexuales, nupciales y reproductivas, y d) las variables referidas a la capacidad de toma de decisiones y a la exposición a la violencia familiar.*

El objetivo del análisis de estas variables sociodemográficas, socioeconómicas y sobre prácticas sexuales, reproductivas y violencia familiar fue establecer la presencia de características diferenciadas entre los tres grupos de mujeres estudiados (con aborto espontáneo, sin aborto y con aborto inducido), además de la identificación de variables que sugieren la posibilidad de mayores grados de autonomía e independencia de las mujeres. El eje central de la estrategia analítica es abrir posibilidades interpretativas a través de variables que apunten a posibilidades de mayor autonomía de las mujeres, pues consideramos que esa autonomía puede habilitar a las mujeres que han experimentado algún aborto para declararlo en una encuesta sociodemográfica.

Es importante señalar los límites de nuestro análisis, que además de restringirse a las respuestas frente a un cuestionario y no a las prácticas reales de las mujeres, únicamente nos permite relacionar rasgos actuales de posibles indicios de autonomía, independencia o subordinación con la declaración actual de haber experimentado alguna vez un aborto, mas no con la práctica misma del aborto, que pudo haber ocurrido en diferentes momentos de la vida, momentos en que las mujeres pueden no haber tenido las mismas características.

Nuestra hipótesis de trabajo asume que las mujeres que trascienden la sanción social y declaran haberse practicado un aborto inducido son mujeres que pueden poseer algunos indicios de una mayor autonomía o independencia, y que ésta les permite realizar la declaración. Cabe señalar que dicha autonomía está construida socialmente —y por tanto inserta en la cultura de género y las desigualdades sociales— y conlleva inscritas las relaciones de poder existentes. Implícita en la exploración de esta hipótesis está la bús-

queda de variables que nos aproximen a la medición de dimensiones complejas, como los grados de subordinación o de autonomía de las mujeres, asumiendo que ésta incide en que no se atrevan o se permitan declarar un aborto.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS MUJERES DE LA ENSARE, 1998

Con base en los conceptos de autonomía y subordinación de género, y con base en los conceptos de desigualdad social que enmarcan el conjunto de las investigaciones de este volumen, seleccionamos un conjunto de variables de la encuesta para comparar sistemáticamente las características de las mujeres que declararon abortos inducidos y las que declararon abortos espontáneos con las que no declararon abortos, usando también como grupo de referencia al total de las mujeres. El conjunto de variables seleccionadas para efectos de este análisis fue agrupado en los cuatro bloques señalados anteriormente.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: EDAD, ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES

Este estudio confirma la tendencia que se ha encontrado en todos los estudios basados en encuestas sociodemográficas: son muy pocas las mujeres que reportan aborto inducido. Asimismo, nuestro estudio coincide con lo encontrado en otros estudios con población de recohabiente del IMSS respecto a que las mujeres que más declaran aborto se encuentran en los grupos de mayor edad. Con respecto al estado civil y la educación, se confirma también que la declaración de aborto es más frecuente entre mujeres solteras y entre mujeres con baja escolaridad (Ojeda, Gavilanes y González, 2003).

En el caso de la Ensare, solamente 48 de 3 517 mujeres alguna vez embarazadas de 15 a 54 años de edad, es decir, 1%, se atrevieron a declarar haber tenido un aborto inducido. El 26% declaró haber tenido algún aborto espontáneo y el restante 73% de las mujeres alguna vez embarazadas declaró no haber tenido ninguna pérdida (véanse los cuadros 1a y 1b). Sin embargo, como iremos acla-

rando a lo largo de este trabajo, existen numerosos indicios de que una cifra importante de los abortos que se declaran como espontáneos puede haber correspondido a abortos inducidos. Por ahora, señalamos que los estudios médicos indican que en condiciones de vida normales los abortos espontáneos representan cerca de 25% de todos los embarazos; embarazos que en múltiples ocasiones las mujeres ni siquiera se dan cuenta de ellos y de las pérdidas. Además, en investigaciones cualitativas se ha constatado que varios de los abortos que las mujeres declaran como espontáneos resultaron ser, en realidad, inducidos, y esto se deduce al analizar las circunstancias en que se llevó a cabo el embarazo y el aborto (Núñez Fernández, 2002). Si sumamos ambos tipos de pérdidas declaradas en la Ensare, encontramos que cerca de 27% de las mujeres alguna vez embarazadas dice que ha tenido alguna pérdida. Este porcentaje aumenta en los últimos tres grupos de edad a 37%, como se verá más adelante. Por lo tanto, podemos asegurar que si bien en la Ensare son muy pocas las mujeres que se atreven a declarar haber tenido un aborto inducido, es posible que algunas de las mujeres que los experimentaron los declararon como espontáneos.

Cuadro 1a

Distribución porcentual y números absolutos de las mujeres alguna vez embarazadas por grupos de edad, según si han tenido o no algún aborto y tipo de aborto

Grupos de edad	Mujeres con aborto inducido	Mujeres con aborto espontáneo	Mujeres sin aborto	Total
15-19	0 (0)	13 (10)	87 (69)	100 (79)
20-24	1 (4)	10 (40)	89 (348)	100 (392)
25-29	0 (2)	18 (101)	82 (458)	100 (561)
30-34	1 (6)	22 (121)	77 (428)	100 (555)
35-39	0 (4)	28 (166)	72 (432)	100 (602)
40-44	3 (14)	34 (182)	63 (333)	100 (529)
45-49	2 (9)	35 (154)	63 (282)	100 (445)
50-54	2 (9)	35 (123)	63 (223)	100 (355)
Total	48	897	2573	3518

Fuente: Ensare, 1998.

Cuadro 1b

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas por grupos de edad, según si han tenido o no algún aborto y tipo de aborto

Grupos de edad	Mujeres con aborto inducido	Mujeres con aborto espontáneo	Mujeres sin aborto	Total
15-19	0	1	3	2
20-24	8	5	13	11
25-29	4	11	18	16
30-34	13	13	17	16
35-39	8	19	16	17
40-44	29	20	13	15
45-49	19	17	11	13
50-54	19	14	9	10
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

La declaración de práctica del aborto guardó una relación directa con la distribución por edad de las mujeres. De los 15 a 19 años ninguna mujer declaró haber tenido algún aborto inducido, pero 1% de ellas declaró haber tenido algún aborto espontáneo. El 8% de las mujeres del grupo de 20 a 24 años declaró haber tenido al menos un aborto inducido y 5% reportó espontáneos. Como es de esperarse, la proporción de mujeres que han experimentado alguna pérdida se va incrementando en la medida en que aumentan la edad y el tiempo de exposición al riesgo de embarazarse; de tal suerte que el porcentaje de mujeres que ha experimentado alguna pérdida alcanza 37% en cada uno de los últimos grupos de edad, es decir, casi cuatro de cada 10 mujeres alguna vez embarazadas de 40 o más años de edad han experimentado una pérdida espontánea o inducida en algún momento de su vida reproductiva. Respecto al aborto inducido, el porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas mayores de 40 años que lo declaró aumentó a cerca de 3 por ciento.

Dado que ninguna mujer de 15 a 19 años declaró haber tenido un aborto provocado, no se tienen mujeres de esa edad en este grupo. Sin embargo, Guillaume, Lerner y Salas (2005) señalan, de

acuerdo con diversas fuentes, que en México, alrededor de 1990, 11% de las mujeres menores de 20 años abortaron intencionalmente; porcentaje muy parecido al observado entre las mujeres de 15 a 19 años que declararon aborto espontáneo en la Ensare, que es de un 13% del total de mujeres en ese grupo de edad.

Respecto a otros grupos de edad, la proporción más alta de mujeres que declararon aborto inducido se observa en el grupo de 40 a 44 años (cerca de 30%). En este grupo de edad también se observa el porcentaje mayor de mujeres que declararon aborto espontáneo, mientras que las mujeres que declararon no haber experimentado un aborto inducido pertenecen en mayor proporción al grupo de 25 a 29 años.

De lo anterior se desprende que las mujeres jóvenes tienden a no declarar sus abortos inducidos como tales, y que es posible que algunas las declaren como espontáneos. Pareciera que conforme aumenta la edad algunas mujeres se animan a declararlos en mayor medida.⁶ Si bien esta tendencia es similar a la encontrada en estudios realizados desde finales de 1960, que señalan que las mujeres que abortan en México son mujeres casadas con más de cuatro hijos o hijas (Ordoñez, 1975), cabría explorar en estudios posteriores si acaso las jóvenes no declaran abortos voluntarios por no sentirse autorizadas moral o socialmente a recurrir a él o por no atreverse a declararlos.

La estructura por edad de las mujeres es muy diferente según si declararon aborto espontáneo, inducido o no han tenido aborto. Consecuente con la estructura por edad, encontramos que la edad media de las mujeres de esta población que han declarado haber tenido algún aborto inducido es de 41.4 años, mientras que la de las mujeres con abortos espontáneos es de 39.6 y la de las mujeres sin aborto es de tan sólo 35.4 años. Entre mayor es la edad, mayor es la exposición al riesgo de embarazarse, y entre más embarazos, mayores posibilidades de no querer continuar con alguno de ellos (aborto inducido), en un contexto social en el que se estimula la baja fecundidad. También a mayor número de embarazos aumentan las posibilidades de tener un aborto espontáneo. No obstante que la diferencia entre esas edades es

⁶ En la Ensare se observó que las mujeres de 50 a 54 años declaran una menor proporción de abortos y esto se puede atribuir a olvidos, como ocurre con la declaración de hijos muertos y, en menor medida, de hijos que no viven con ellas a esa edad.

reducida, llama la atención el hecho de que las mujeres que declaran abortos inducidos sean un poco mayores que las que declaran abortos espontáneos; ¿será que porque si son mayores y el evento sucedió hace mucho tiempo ya no tienen problema en declararlo? O ¿será que las mujeres de las generaciones más grandes recurrían al aborto inducido en mayor medida para controlar su fecundidad que las mujeres de generaciones más jóvenes, quienes recurren más a la anticoncepción? Tal vez en ausencia de anticonceptivos el aborto inducido era una práctica más aceptada y posiblemente con el tiempo las mujeres que vivieron la falta de métodos anticonceptivos tengan menos problemas para declararlo que las mujeres jóvenes.

Respecto a la frecuencia con que las mujeres declararon haber recurrido al aborto inducido (véase el cuadro 2), encontramos un promedio de 1.4 abortos inducidos declarados por mujer.⁷ Además del aborto inducido, cerca de 19% de estas mujeres han tenido 0.3 abortos espontáneos.

Cuadro 2

Promedio de embarazos, de hijos(as) nacidos vivos, de hijos(as) nacidos muertos, de abortos inducidos y de abortos espontáneos de las mujeres alguna vez embarazadas, según si han declarado o no abortos y tipo de aborto

<i>Promedio por mujer</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
De hijos(as) nacidos vivos	3.2	3.6	2.8	3.0
De hijos(as) nacidos muertos	0.04	0.08	0.03	0.04
De abortos inducidos	1.4	0.0	0.0	0.02
De abortos espontáneos	0.3	1.4	0.0	0.35
De embarazos	4.94	5.08	2.83	3.41

Fuente: Ensare, 1998.

⁷ De los tabulados de frecuencias se desprende que la mayoría de las mujeres tuvo sólo un aborto (79%), en tanto que 21% tuvo dos o más abortos inducidos: 10.4% (cinco mujeres) declaró haber tenido dos abortos, 6.25% (tres mujeres) tres abortos, 2% (una mujer) cuatro abortos, y otro 2% (una mujer) seis abortos.

El nivel promedio de escolaridad para todas las mujeres es de 7.6 años cursados, pero las mujeres que declaran abortos inducidos tienen en promedio medio año menos de escolaridad que las mujeres de los otros dos grupos. Al analizar el porcentaje de mujeres según el último nivel de escolaridad cursado y su tipo de aborto, se encontró una diferencia: las mujeres que declaran abortos provocados y espontáneos tienen mayores proporciones de no haber asistido a la escuela y no haber terminado la primaria (véase el cuadro 3). Entre el pequeño número de mujeres que declararon aborto inducido encontramos un tercio con muy bajo nivel de escolaridad y otra tercera parte con escolaridad superior al promedio, lo que hace difícil aventurar alguna interpretación.⁸

Cuadro 3

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según nivel de escolaridad y si han tenido o no algún aborto y tipo de aborto

<i>Último grado aprobado en la escuela</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
No asistió a la escuela/ primaria incompleta	31	27	18	20
Primaria completa/ secundaria incompleta	25	33	30	31
Secundaria completa/ preparatoria incompleta/ preparatoria completa	38	34	46	43
Profesional y posgrado	6	6	6	6
Total	100	100	100	100
Promedio de años estudiados	7.29	7.13	7.82	7.64

Fuente: Ensare, 1998.

⁸ Se puede pensar que la falta de escolaridad como elemento de subordinación o una elevada escolaridad como elemento que propicia autonomía podría estar jugando en dos sentidos: subordinación para someterse a un aborto por deseo de otros u otras y declararlo por no ser un acto decidido por ellas o, en el otro sentido, como acto de no subordinación ante la sociedad y de decisión personal, y por ello lo declaran.

En cuanto al estado civil, es conveniente recordar que en México, hacia los 30 años de edad, la unión conyugal es una práctica casi universal experimentada por las mujeres y, por lo tanto, son muy pocas las mujeres que no han estado casadas o unidas en ese rango de edad. Llama entonces la atención que entre las mujeres con aborto inducido la proporción de quienes permanecen solteras sea mayor (7%) que entre las mujeres con aborto espontáneo (1%) y las mujeres sin aborto (4%), y la proporción de quienes están casadas sea algo menor (75%) que entre las que declaran aborto espontáneo (79%) y las que no declaran aborto (77%) (véase el cuadro 4). Las demás características del estado civil (proporciones que viven en unión libre y que están separadas) son semejantes en los tres grupos de mujeres.⁹

Cuadro 4

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según su estado civil al momento de la encuesta y si declararon o no una pérdida y tipo de aborto

Estado civil	Mujeres con aborto inducido	Mujeres con aborto espontáneo	Mujeres sin aborto	Total
Vive en unión libre	11	11	10	10
Es casada	75	79	77	78
Es separada	7	9	9	9
Es soltera	7	1	4	3
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

⁹ Al momento de la encuesta, las mujeres con aborto inducido y con aborto espontáneo vivían en unión libre en proporciones similares que las mujeres que no declararon pérdidas (11 y 10%) y también se encontraban separadas en porcentajes semejantes (entre 7 y 9%).

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS: ESTRATO SOCIAL DE PERTENENCIA Y ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LAS MUJERES

El estrato socioeconómico es una variable construida por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) de El Colegio de México en el marco de la investigación colectiva sobre salud reproductiva y condiciones de vida en México, con el fin de que todas las investigaciones incluidas tuvieran un eje común en relación con los otros temas analizados en el proyecto (véase el artículo de Echarri en esta obra). En nuestra investigación, ésta es una de las variables que nos permite relacionar la declaración de aborto con las condiciones de vida de las mujeres.

Sobre la práctica del aborto, Gaslonde y Carrasco (1973) propusieron un esquema donde señalan que las mujeres de estratos muy bajos no recurren al aborto ni a los métodos anticonceptivos y tienen los hijos e hijas que "Dios les mande"; las mujeres del estrato bajo utilizan poco los métodos anticonceptivos y recurren al aborto inducido en caso de un embarazo no deseado; las mujeres del estrato intermedio recurren más a los anticonceptivos y casi no recurren al aborto inducido, y por último, las mujeres de los estratos altos utilizan anticonceptivos y recurren al aborto cuando falla el método. Sin embargo, en esta investigación no analizamos los abortos realmente ocurridos, sino la posible influencia del estrato socioeconómico en el hecho de declararlos.

No obstante que se está analizando la declaración y no la práctica del aborto, al examinar el estrato socioeconómico de referencia de las mujeres alguna vez embarazadas, los datos de la Ensare muestran que el esquema de Gaslonde y Carrasco para dar cuenta de la práctica real del aborto coincide en parte con la posibilidad de declaración de aborto inducido (véase el cuadro 5). Las mujeres que declararon haber tenido algún aborto inducido pertenecen, en su gran mayoría, al estrato bajo (65%), así como más de la mitad de las mujeres que declararon un aborto espontáneo. Sin embargo, hay que considerar que más de la mitad de las mujeres de esta encuesta pertenecen al estrato bajo. En orden de importancia siguen las mujeres en el estrato alto y medio. En el caso de los abortos espontáneos, se observa que son las mujeres del estrato medio las que declaran una mayor proporción de este tipo de abortos frente a las

del estrato alto. Aunque son en total un pequeño número que no permite hacer muchas inferencias, sí podemos suponer que pertenecer a un estrato socioeconómico medio o alto puede influir en una mayor capacidad de las mujeres para declarar un aborto.

Cuadro 5

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según estratos socioeconómicos y si han declarado o no algún aborto y tipo de aborto

<i>Estratos socioeconómicos del PSRS</i>	<i>Mujeres con aborts inducido</i>	<i>Mujeres con aborts espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Muy bajo	6	8	7	7
Bajo	65	51	55	54
Medio	13	27	29	28
Alto	16	14	9	11
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

En cuanto a la actividad económica de las mujeres, buscamos una posible asociación entre indicios de mayor independencia económica y mayor posibilidad de declarar los abortos voluntarios. Seis de cada 10 mujeres que declaran aborto inducido trabajaban en el momento de la encuesta, dos más que en los otros grupos de mujeres, donde solamente trabajaban cuatro de cada 10 mujeres de sus respectivos grupos (véase el cuadro 6). Casi siete de cada 10 mujeres alguna vez embarazadas que trabajaron al momento de la encuesta eran obreras o empleadas (véase el cuadro 7), pero esta relación baja a seis de cada 10 mujeres en el caso de las mujeres que declararon aborto inducido. Además encontramos que más de 25% de las mujeres con abortos provocados y las que tuvieron abortos espontáneos trabajaban por su cuenta, contra 21% de las que no declararon pérdidas, y que 7% de las mujeres que declaran aborto inducido son patronas o empresarias, contra 1% en los demás grupos. Sin embargo, son también las mujeres que declaran aborto inducido las que trabajaban en mayor proporción dentro de sus

casas (21% contra 14%), lo que hace difícil caracterizar las particularidades de independencia económica de este pequeño grupo de mujeres (cuadro 8).

Cuadro 6

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según actividad económica remunerada o no y si han declarado o no algún aborto y tipo de aborto

<i>¿Trabaja por pago o salario?</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Sí	62	40	41	41
No	38	60	59	59
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Cuadro 7

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según posición en el trabajo y si han declarado o no alguna pérdida y tipo de aborto

<i>¿Usted en su trabajo es...?</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Obrera o empleada	60	66	72	71
Jornalera o peona	0	0	0	0
Patrona o empresaria	7	1	1	1
Trabaja por cuenta propia	27	26	21	22
Trabajo familiar sin pago	0	0	1	1
Trabajo a destajo, propina	7	6	4	5
Total	2	25	73	100

Fuente: Ensare, 1998.

Cuadro 8

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según lugar de trabajo y si declararon o no alguna pérdida y tipo de aborto

<i>Lugar de trabajo</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Fuera de casa	79	85	85	84
Dentro de casa	21	14	13	14
Omisión del dato	0	1	2	2
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

VARIABLES SOBRE LAS PRÁCTICAS SEXUALES, NUPCIALES Y REPRODUCTIVAS

La primera relación sexual

La posible mayor independencia económica derivada de trabajar o de tener un elevado nivel de escolaridad no implica necesariamente que las mujeres sean autónomas en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su estado marital. En este apartado buscamos acercarnos al conocimiento de las posibilidades de las mujeres para tomar decisiones sobre su primera relación sexual, sobre su embarazo y sobre el deseo de tener a su primer hijo o hija nacido vivo, comparando estas posibilidades con el hecho de declarar o no algún aborto.

La mayoría de las mujeres declaran que su primera relación sexual se originó en una decisión compartida (véase el cuadro 9). Son muy pocas las mujeres que tomaron la decisión, o que se atrevan a declarar que fueron ellas las que tomaron la iniciativa de tener esa primera relación. Sin embargo, una cuarta parte de las mujeres afirma que fue su compañero quien tomó esa decisión (sin su participación) y esta afirmación se puede considerar como un indicio de baja autonomía, pues en ellas persiste la aceptación de que sea el varón quien tome las decisiones en una relación de dos.

Cuadro 9

Distribución porcentual de mujeres alguna vez embarazadas según quién decidió tener su primera relación sexual, si declararon o no alguna pérdida y tipo de aborto

¿Quién tomó la decisión?	Mujeres con aborto inducido	Mujeres con aborto espontáneo	Mujeres sin aborto	Total
Él	35	25	22	23
Ella	0	1	1	1
Ambos	65	74	77	76
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Al analizar los tres grupos de mujeres, encontramos que son las mujeres que declararon aborto inducido las que muestran indicios de tener menor autonomía, pues es en este grupo donde ninguna mujer tomó la decisión ella misma y donde fue el hombre quien lo hizo en mayor proporción (35%) que en el resto de las mujeres (22% en las de sin pérdida y 25% en las de aborto espontáneo). ¿Cuál es la relación que puede haber entre este indicio de subordinación en la toma de decisiones sobre la primera relación sexual y el hecho de declarar, tiempo después, haber tenido algún aborto? ¿Será que una parte de ellas tampoco tomó la decisión de abortar, y en este sentido no se sienten culpables del aborto y por eso lo declaran, o al contrario, porque no tomaron la decisión sobre su primera relación sexual con el tiempo construyeron una mayor autonomía y consideran la práctica del aborto su decisión y su derecho y por ello lo declaran?

En el caso de la Ensare (véase el cuadro 10), el tiempo transcurrido entre la primera relación sexual y la primera unión conyugal del total de las mujeres encuestadas es de un poco más de dos años (19 años promedio en la primera relación y 21 años en la primera unión). Al comparar la edad a la primera unión y la edad a la primera relación sexual en los tres grupos de mujeres, se observó una brecha cercana a los tres años entre las mujeres con abortos tanto inducidos como espontáneos, existiendo entre ellas una leve dife-

rencia (0.3 años más) a favor de las primeras, mientras que en las mujeres sin abortos la brecha es de dos años (véanse las gráficas 1 y 2). Esta diferencia sugiere que las mujeres que declararon abortos tuvieron un mayor lapso de relaciones sexuales previas a la unión conyugal en un contexto en que la adopción sistemática de métodos anticonceptivos ocurre casi siempre después de haber tenido al menos un hijo y donde existen limitaciones sociales e institucionales para que las mujeres solteras tengan fácilmente acceso a métodos anticonceptivos.¹⁰

Cuadro 10

Edad promedio de la primera relación sexual y de la primera unión de las mujeres alguna vez embarazadas, según si han declarado o no alguna pérdida y tipo de aborto

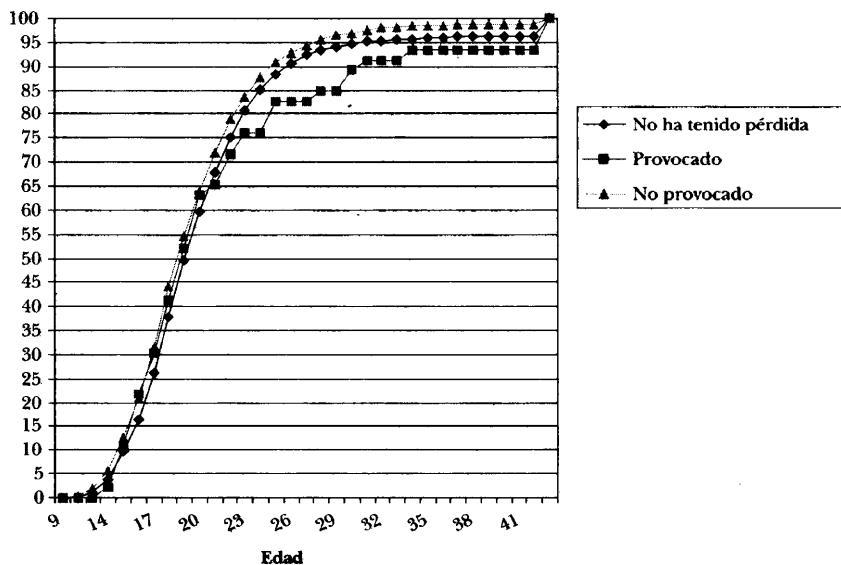
	<i>Mujeres con aborteducido</i>	<i>Mujeres con abortedespontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Promedio</i>
La primera relación sexual	19	19	19	19
La primera unión	22	22	21	21

Fuente: Ensare, 1998.

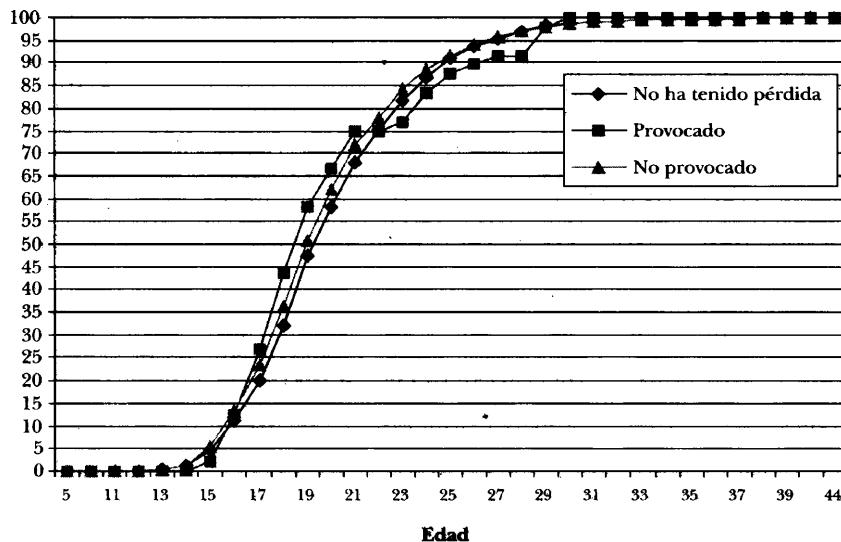
Las mujeres que declaran abortos inducidos dicen que ya habían tenido su primera relación sexual a los 16 años en una proporción mayor que el resto de las mujeres (27%, contra 23 y 21% de las mujeres que declararon aborto espontáneo y las que no declararon pérdidas, respectivamente). A los 19 años, casi 60% dice que ya tenía relaciones sexuales, contra 50% de las mujeres que declararon abortos espontáneos y 47% de las que no declararon pérdidas. A los 20 años, las mujeres que declararon un aborto inducido o espontáneo presentan porcentajes algo mayores de inicio de vida sexual (75 y 72%) que las mujeres que declaran no haber tenido pérdidas (68%) (véase la gráfica 1).

¹⁰ Estamos conscientes de que la comparación anterior está afectada por la soltería y que son las mujeres con aborto inducido las que presentan la mayor proporción de solteras.

Gráfica 1
Porcentaje acumulado de mujeres unidas a la edad x



Gráfica 2
Porcentaje acumulado de mujeres por edad a la primera relación sexual



En síntesis, el análisis de las edades de inicio en las relaciones sexuales y la edad a la primera unión nos confirma que algunas de las mujeres que declararon aborto inducido estuvieron expuestas en mayor proporción a relaciones sexuales fuera de la unión, pues fueron ellas las que declararon relaciones sexuales antes de la unión en mayor proporción y por más tiempo.

Esta situación nos indica una mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado estando solteras, que es una de las principales razones reportadas por la literatura (Guillaume, Lerner y Salas, 2005) para recurrir al aborto inducido. Posiblemente la declaración de haber tenido un aborto inducido se relaciona, en algunas mujeres, con el hecho de haber experimentado un embarazo no deseado estando solteras y, por tanto, con sentir una necesidad legítima de recurrir a la interrupción del embarazo en esa circunstancia.

Calendario de la nupcialidad

Se han identificado tres circunstancias en las cuales acontece el aborto inducido: 1) antes de la unión, cuando la mujer es soltera sin que se haya acordado la unión o el matrimonio y se encuentra embarazada; 2) durante la unión ante embarazos no deseados por tener ya el número de hijos o hijas deseado o no desear tener un hijo en algún momento, y 3) en la interrupción de la unión, ya sea por divorcio, separación o viudez. En Latinoamérica, Guillaume, Lerner y Salas (2005) identificaron los siguientes argumentos de peso para la interrupción de los embarazos: el estigma social al que son sometidas las madres solteras y las adolescentes embarazadas, el deseo de culminar los estudios o proyectos de vida que compiten con la maternidad, el insuficiente e inadecuado acceso a métodos de planificación familiar y a la educación sexual y reproductiva, el deseo de las mujeres por aplazar o limitar la maternidad, dificultades económicas, condiciones de pobreza, el vivir en un contexto de violencia, inequidad de género, vulnerabilidad, y circunstancias coyunturales como la muerte o abandono repentino de la pareja o la pérdida del empleo.

En este apartado evaluamos los escenarios del estado conyugal de las mujeres y sus cambios mediante el análisis del porcentaje de

mujeres unidas por primera vez a edades específicas, y encontramos algunas diferencias entre los tres grupos de mujeres que comparamos: a los 16 años, 27% de las mujeres que declararon aborto inducido ya se habían unido, contra 23% de las que declararon aborto espontáneo y sólo 21% de las que no declararon pérdidas. A los 20 años, 75% de las mujeres que declararon aborto inducido ya estaban unidas, contra 64% de las que declararon aborto espontáneo y 60% de las mujeres que no declararon pérdidas. Pero a partir de los 21 años las mujeres que declararon aborto inducido desaceleran la intensidad con que se unen, de tal suerte que a los 26 años sólo 82% de ellas está unida, cuando a esa misma edad ya está unido 93% de las mujeres con aborto espontáneo y 91% de las mujeres sin pérdida, y a los 33 años solamente 91% de las que declararon aborto inducido estaban unidas, mientras que en los otros grupos 97 y 95% lo estaban.¹¹

El ritmo en que se unieron los distintos grupos de mujeres es coherente con la edad promedio a la primera unión (véase el cuadro 10). Las mujeres que declararon aborto inducido muestran el promedio de edad a la unión más alto (22.3 años), las siguen las mujeres que declararon aborto espontáneo (21.9 años) y, por último, las mujeres que no declararon pérdidas, que son las que se casaron más jóvenes en promedio (21.4 años). Este análisis sugiere que las mujeres que declaran aborto inducido dicen que inician su vida sexual, en mayor proporción, más jóvenes y se casan más grandes; además, son las que permanecen solteras en mayor proporción después de los 30 años. En el otro extremo, las mujeres que no declaran pérdidas dicen haber iniciado su vida sexual más tarde y más cerca de la unión, y prácticamente la unión es universal en ellas. En esta situación, cabe preguntarse si las mujeres que declaran pérdidas voluntarias al referir su historia de embarazos son más liberales, o son las que no han contado con el apoyo de un compañero o lo han tenido en relaciones más inestables a pesar de tener hijos, y es por esto que han tendido a recurrir en mayor proporción al aborto.

¹¹ Datos de la encuesta no presentados.

Uso de métodos anticonceptivos y tipo de métodos utilizados

En el momento de la encuesta, todas las mujeres que declararon algún aborto inducido reportaron haber sido alguna vez usuarias de métodos anticonceptivos, en tanto que en los otros dos grupos de mujeres hay un porcentaje cercano a 5% que dijeron no haber sido *nunca usuarias* de métodos anticonceptivos (véase el cuadro 11).

Cuadro 11

Distribución porcentual de mujeres según si han sido alguna vez usuarias o nunca usuarias de anticonceptivos, si declararon o no alguna pérdida y tipo de aborto

<i>Tipo de usuaria</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Nunca usuarias	0	4	5	5
Alguna vez usuarias	100	96	95	95
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Al analizar el tipo de método utilizado por las mujeres (véase el cuadro 12), encontramos que las que declararon algún aborto inducido están operadas en mucha mayor proporción (81%) que las de los otros dos grupos (63% de las mujeres con aborto espontáneo y sólo 48% de las mujeres sin aborto). Esta situación obedece, en parte, a que las mujeres con aborto inducido son mayores que el resto de los otros grupos de ellas y el porcentaje de usuarias de este método se acumula; al ser irreversible, se va incrementando con la edad.

Por otra parte, los métodos más tradicionales y menos efectivos fueron utilizados en proporciones algo mayores por las mujeres que no declararon abortos o que declararon abortos espontáneos (15 y 13%) que las que reportaron aborto inducido (11%). Esta situación pudiera obedecer, en parte, a que las que no declararon pérdidas son más jóvenes y posiblemente a que algunas son más tradicionales.

Cuadro 12

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos al momento de la encuesta según método usado, declaración o no de aborto y tipo de aborto

<i>Método utilizado</i>	<i>Mujeres con aborteducido</i>	<i>Mujeres con abortedespontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Operación femenina	81	63	48	43
Operación masculina	2	2	2	2
DIU o pastillas e inyecciones	6	18	33	34
Óvulos, espuma o jalea; condón o preservativo, ritmo o retiro	11	13	15	18
Le quitaron la matriz	0	4	2	3
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

La razón por la cual las mujeres que declararon algún aborto inducido dejaron de usar un método anticonceptivo se agrupa claramente y de manera casi homogénea en cuatro causas (véase el cuadro 13). Una tercera parte de ellas dejaron de utilizar el método por la reducida o nula exposición al riesgo de embarazo, lo que es consistente con la estructura por edad más envejecida que presentan estas mujeres y que suponemos obedece también a que se encontraban en etapa menopáusica. Otra cuarta parte lo dejó porque quería embarazarse o porque se embarazó. Otra cuarta parte lo abandonó porque tuvo efectos colaterales, y un poco menos de una quinta parte dejó el método porque se separó de su pareja, porque su pareja está ausente y porque no tiene relaciones sexuales. El comportamiento de las mujeres que declararon un aborto espontáneo o no haber tenido ningún tipo de pérdida es muy diferente: 42 y 47%, respectivamente, dejó el método porque se embarazó o quería embarazarse; 23 y 21% por razones relacionadas con el método o efectos colaterales, y solamente 14, 16 y 13% declaró haber aban-

donado el método por separación o ausencia de la pareja o por no tener relaciones sexuales.

Cuadro 13

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas ex usuarias de métodos anticonceptivos según razón de abandono de método, declaración o no de aborto y tipo de aborto

<i>Razón principal por la que dejó de usar el método</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Se embarazó	8	11	15	14
Quería embarazarse	17	31	32	31
Tuvo enfermedad	0	0	2	2
Razones relacionadas con el método y efectos colaterales	25	23	21	22
Separación o la oposición de la pareja	17	14	13	13
Poca o nula exposición al riesgo de embarazo	33	16	13	14
Otro	0	2	1	1
Omisión del dato	0	2	2	2
No responde	0	1	1	1
No sabe	0	0	0	0
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Fecundidad

Si las mujeres que declararon aborto inducido están cercanas al final de su vida reproductiva y, además, la fecundidad se ha venido reduciendo en el tiempo, esperábamos que tuviesen el promedio de hijos e hijas nacidos vivos más elevado, y aunque su número promedio de hijos e hijas nacidos vivos es mayor (3.2) que el de las

mujeres que no declararon pérdidas (véase el cuadro 2), no fueron ellas las que tuvieron un mayor número de hijos e hijas nacidos vivos, sino que fueron las mujeres con aborto espontáneo (3.6 hijos e hijas nacidos vivos). Volviendo a las mujeres que declararon aborto inducido (3.2 hijos e hijas nacidos vivos), pudimos estimar que, sin la práctica de éste, su promedio de hijos e hijas nacidos vivos habría sido mayor al menos en medio hijo o hija, de manera que su descendencia promedio sería semejante a la de las mujeres que declararon aborto espontáneo.

Para estimar qué tanto el aborto inducido contribuyó al menor número de hijos e hijas nacidos vivos de las mujeres que declararon aborto inducido con respecto al de las mujeres que declararon sólo abortos espontáneos, analizamos el promedio por mujer de embarazos, hijos e hijas nacidos muertos, abortos espontáneos y abortos inducidos. Encontramos que, efectivamente, el aborto inducido da cuenta de 1.38 de los embarazos de las mujeres que lo declararon y que el aborto espontáneo da cuenta de 0.3% de los embarazos de esas mujeres que reconocen aborto inducido. Este último porcentaje es significativamente menor que el impacto de las pérdidas entre las mujeres que sólo declararon abortos espontáneos, pues en ellas estos abortos espontáneos dan cuenta de 1.38% de sus embarazos. Es decir, curiosamente las mujeres que declararon aborto inducido y las mujeres que declararon aborto espontáneo tuvieron, en promedio, el mismo número de embarazos perdidos, pero las mujeres que declararon abortos inducidos tuvieron menos hijos e hijas que las mujeres que solamente declararon abortos espontáneos, porque además de que tuvieron abortos inducidos tuvieron un número algo menor de embarazos.

La situación anterior nos hace pensar que posiblemente las mujeres que declaran abortos inducidos se embarazaron menos porque estuvieron expuestas a relaciones de pareja más inestables y que recurrieron al aborto inducido en parte por esa situación inestable de apoyo de una pareja.

Las mujeres que declararon sólo abortos espontáneos tuvieron un poco más de embarazos y 1.38 abortos en promedio, siendo este último el mismo promedio de abortos que las mujeres que declararon abortos inducidos. Esta situación nos sugiere el hecho conocido de que muchos de los abortos que se declaran como espontá-

neos son en realidad inducidos. Si éste fuera el caso, el hecho de que estas mujeres tengan más embarazos, en promedio, que las que declaran abortos inducidos, a pesar de ser ligeramente más jóvenes, podría estar indicando que en este grupo está la mayoría de las mujeres que recurren al aborto inducido. Asimismo, si analizamos el porcentaje de los embarazos que terminan en aborto, llama la atención que tanto el aborto espontáneo (27% de los embarazos de las mujeres con aborto espontáneo) como el aborto inducido (28% de los embarazos de las mujeres con aborto inducido) dan cuenta de un porcentaje muy parecido de los embarazos de cada uno de los respectivos grupos de mujeres. No podemos sacar conclusiones contundentes, pero más que una coincidencia, pensamos que un número significativo de los abortos declarados como espontáneos fueron en realidad inducidos.

Finalmente, otro indicio de la tendencia a declarar como espontáneos algunos abortos inducidos en las encuestas sociodemográficas resulta de analizar la frecuencia del nacimiento de un hijo o hija muerto, evento poco frecuente y generalmente bien declarado. Para el total de mujeres alguna vez embarazadas, el promedio de hijos e hijas nacidos muertos por mujer es de 0.04 hijos, y esta cifra resulta ser el doble del promedio de abortos inducidos por mujer que se declaran: 0.02; mientras que el promedio de abortos espontáneos por mujer es de 0.35 abortos.

OTRAS VARIABLES INDICATIVAS DE POSIBLES DIFERENCIAS EN LA AUTONOMÍA DE LAS MUJERES

En los apartados anteriores analizamos algunas variables socioeconómicas, tales como el nivel de escolaridad, la actividad económica y la posición en el trabajo de las mujeres, que la literatura sobre género vincula con posibilidades de mayor autonomía de las mujeres. En este apartado analizaremos otras variables relacionadas con la autonomía, tales como la participación de la mujer en la toma de decisiones en eventos importantes de su vida, como son las relaciones sexuales, el embarazo y la práctica anticonceptiva. Finalmente, analizamos distintas formas de violencia que han experimentado, como un posible indicio de subordinación de las mujeres.

Deseo del embarazo del primer hijo o hija nacido vivo

La mayoría de las mujeres que declararon aborto inducido manifestaron que no platicaron con su compañero sobre el embarazo correspondiente a su primer hijo o hija. Encontramos que solamente 40% quería embarazarse de su primer hijo o hija nacido vivo y más de 60% manifestó que no deseaba embarazarse, o quería esperar más tiempo o no estaba segura (véase el cuadro 14). Abiertamente manifestaron no desear embarazarse 35% de las mujeres que declararon aborto inducido, contra 11 y 12% de las mujeres que no declararon aborto y con aborto espontáneo. Contrariamente a lo observado para las mujeres con aborto inducido, 60% del total de mujeres con al menos un hijo o hija nacido vivo quería embarazarse de su primer hijo o hija nacido vivo. Este porcentaje es muy parecido a los de las mujeres que no declararon aborto y con aborto espontáneo.

Cuadro 14

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas, con al menos un hijo(a) nacido vivo, según deseo del embarazo del primer hijo(a) nacido vivo, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

<i>Deseo del primer hijo(a) nacido vivo</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Quería esperar más tiempo	18	15	16	16
Quería embarazarse en ese momento	40	59	60	60
No deseaba embarazarse	35	12	11	12
No estaba segura	7	14	12	12
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Planeación reproductiva

Al analizar la toma de decisiones en pareja sobre el embarazo, encontramos que se confirma la tendencia de las mujeres que declararon aborto inducido a no planear en pareja eventos que inciden en su vida (véase el cuadro 15). Así, 60% de las mujeres que refieren aborto inducido no platicó con su pareja sobre el embarazo, mientras que 60% y más de los otros dos grupos de mujeres sí platicaron con ella, observándose claramente que las mujeres que no declararon pérdidas son las que en cierta medida planearon más su embarazo. Estos datos son consistentes con el hecho de que muchos abortos inducidos se deben al desacuerdo de alguno de los miembros de la pareja con el embarazo.

Cuadro 15

Porcentaje de mujeres con hijos(as) nacidos vivos, según si platicó con su pareja sobre el embarazo, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

<i>Platicó con su pareja sobre embarazo</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Sí	40	60	63	62
No	60	40	37	38
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Deseo de más hijos o hijas

La literatura sobre el aborto en América Latina reporta que el número de hijos o hijas que ya se tienen es, en ocasiones, el motivo por el que las mujeres recurren al aborto inducido ante un embarazo no planeado o no deseado. En esta parte, nos interesa conocer qué tanto las mujeres de la Ensare han alcanzado el número de hijos e hijas deseado. Este indicador constituye una gruesa aproximación a las metas de fecundidad que se plantea cada grupo de mujeres.

Al analizar la pregunta hecha a las mujeres alguna vez embarazadas sobre si pensaban o no tener más hijos o hijas en el futuro (véase el cuadro 16), se observa claramente que son las mujeres que declaran aborto inducido las que, en mayor proporción, no desean tener más hijos o hijas: casi nueve de cada 10; mientras que las mujeres que declaran que nunca han tenido pérdidas son las que en mayor proporción piensan tener más hijos e hijas a futuro (26%) o no saben la respuesta. El deseo de más hijas o hijos de las mujeres que no declararon pérdida puede obedecer en parte a que tienen un promedio menor de hijos e hijas nacidos vivos (2.8) y a que son más jóvenes, pero también se puede pensar que parte de las mujeres con aborto inducido recurrieron a él por haber alcanzado ya el número de hijos e hijas que deseaban tener o podían mantener y cuidar. O ¿será que algunas mujeres que declararon aborto inducido tenían más definido desde antes el número de hijos e hijas que querían tener y por eso abortaron?

Cuadro 16

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas según si desean o no más hijos(as) en el futuro, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

<i>¿Piensa tener más hijos(as) a futuro?</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Sí	10	16	26	23
No	90	84	74	77
No sabe	0	0	0	0
Omisión	0	0	0	0
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

A partir de los 40 años, todos los grupos de mujeres analizados —excepto las que manifestaron abortos inducidos— declaran un número ideal de hijos menor que los que realmente tuvieron (véase el cuadro 17). Especialmente al final de la vida reproductiva, en el grupo de 50 a 54 años, se observa que las mujeres que declaran aborto inducido son las que tienen una menor diferencia entre el

ideal de hijos e hijas y el número de los que tuvieron (0.4 hijos o hijas más que los deseados); las mujeres que declaran aborto espontáneo tuvieron más hijos e hijas que los que hubieran deseado (2.2 de más) y también las que no declararon abortos (1.4 de más). ¿Cómo interpretar esta situación? Es posible que algunas de las mujeres que se atreven a declarar aborto inducido en las encuestas hayan tenido más claro el número de hijos e hijas que deseaban y/o podían tener, y que lo declaran porque consideran válido haber recurrido a la interrupción voluntaria de un embarazo para mantener su decisión.

Cuadro 17

Número ideal de hijos(as) y promedio de hijos(as) nacidos vivos de las mujeres alguna vez embarazadas según grupos de edad, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

Grupos de edad	Mujeres con aborto inducido		Mujeres con aborto espontáneo		Mujeres sin aborto		Total de mujeres	
	Promedio de hijos(as)		Promedio de hijos(as)		Promedio de hijos(as)		Promedio de hijos(as)	
	Ideal de hijos(as)	nacidos vivos	Ideal de hijos(as)	nacidos vivos	Ideal de hijos(as)	nacidos vivos	Ideal de hijos(as)	nacidos vivos
20-24	2	5	2	1	2	1	2	1
25-29	3	2	3	2	3	2	3	2
30-34	3	2	3	3	3	3	3	2
35-39	3	3	3	3	3	3	3	3
40-44	3	3	3	4	3	4	3	4
45-49	3	4	3	4	3	4	3	4
50-54	4	4	4	5	4	5	4	5
Total	3	3	3	3	3	3	3	3

Fuente: Ensare, 1998.

Convivencia con el compañero al momento de tener el primer y el segundo hijo o hija

La encuesta proporciona información sobre si la mujer vivía con su compañero al momento del nacimiento del primer y segundo hijos. Tratamos de inferir de estas respuestas si la presencia de la pa-

reja para la toma de decisiones sobre tener o no un aborto (que no se preguntó) puede haber sido más importante para las mujeres que declaran aborto inducido que para las otras mujeres. Encontramos que la proporción de mujeres que convivían con su compañero o esposo en el momento de tener a su primer hijo es mayor entre las que declararon haber tenido algún aborto inducido (81%), en tanto que las mujeres que declararon abortos espontáneos y las que no declararon pérdidas vivían con el compañero en una proporción menor (69 y 61%, respectivamente). En el momento del nacimiento del segundo hijo, la totalidad de las que declararon aborto inducido y 94% de las demás vivían con un esposo o compañero. Al analizar el cuadro 18, se puede pensar que algunas mujeres que declaran aborto inducido han estado menos dispuestas a tener hijos sin tener una pareja.

Cuadro 18

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas, alguna vez unidas, con al menos uno y dos hijos(as) nacidos vivos, según si convivían o no con su pareja al momento del nacimiento de su primer hijo(a), si han declarado o no aborto y tipo de aborto

Vivía usted con su pareja	<i>Mujeres con aborto inducido</i>		<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>		<i>Mujeres sin aborto</i>		<i>Total</i>	
	<i>Con un hijo(a)</i>	<i>Con dos hijos(as)</i>	<i>Con un hijo(a)</i>	<i>Con dos hijos(as)</i>	<i>Con un hijo(a)</i>	<i>Con dos hijos(as)</i>	<i>Con un hijo(a)</i>	<i>Con dos hijos(as)</i>
Sí	81	100	69	94	61	94	63	94
No	19	0	31	6	39	6	37	6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Convivencia con el esposo o compañero en el momento de declarar una pérdida

Para explorar la posible influencia que la presencia del compañero pudiera tener en la declaración o no del aborto inducido y espontáneo en las mujeres unidas al momento de la encuesta, se analizó

la convivencia con él. Se encontró que la mayoría de las mujeres vivía con su compañero o esposo al momento de la encuesta, aunque, efectivamente, el porcentaje de mujeres que declararon aborto inducido y que no vivían con su compañero o esposo en el momento de declararlo, si bien pequeño (5%), fue casi el doble del observado en las mujeres que declararon aborto espontáneo y más de tres veces que el de las mujeres que no declararon pérdidas (cuadro 19). También se observó que las mujeres que declararon abortos son jefas del hogar en una proporción ligeramente mayor que quienes no los declaran (cuadro 20). De lo anterior, podemos pensar que la presencia del compañero posiblemente guarda relación con la declaración o no del aborto inducido, sobre todo si éste no fue partícipe de este evento.

Cuadro 19

Distribución porcentual de mujeres alguna vez embarazadas, unidas, según si conviven o no con su compañero, si han declarado o no algún aborto y tipo de aborto

<i>Convive con su compañero o esposo</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Sí	95	98	99	98
No	5	2	1	2
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Toma de decisiones en el uso de métodos anticonceptivos

En cuanto al acuerdo del compañero o marido con que la mujer use o usara un método anticonceptivo (véase el cuadro 21), se observa una diferencia entre las mujeres que declaran haber tenido aborto inducido y las demás. El 21% de los esposos o compañeros de las primeras no están o no estuvieron de acuerdo con el uso del método anticonceptivo y este porcentaje es de sólo 4% en las mujeres sin aborto y de 6% en las de aborto espontáneo. Si supiéramos

Cuadro 20

Distribución porcentual de las mujeres alguna vez embarazadas según parentesco con el jefe del hogar, si han declarado o no algún aborto y tipo de aborto

<i>Relación de parentesco con el jefe del hogar</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Jefa del hogar	15	13	10	11
Esposo o cónyuge	65	75	74	74
Hijo	12	9	12	11
Padres	0	0	0	0
Hermanos	0	0	0	0
Pariente consanguíneo	2	1	1	1
Pariente político	6	2	3	3
Sin parentesco	0	0	0	0
Omisión del dato	0	0	0	0
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

si estas mujeres han tenido siempre la misma pareja, podríamos suponer que en algún momento la oposición de la pareja las haya expuesto a un embarazo no deseado en mayor medida que al resto de las otras mujeres.

En el caso de las mujeres usuarias de oclusión tubaria bilateral (OTB), las que declararon abortos inducidos decidieron por sí mismas el uso de este método en una proporción mucho mayor que quienes declararon aborto espontáneo y quienes no declararon abortos (62% contra 45 y 43%, respectivamente). Estos dos últimos grupos de mujeres declararon en una proporción muy elevada (43 y 45%) que lo decidieron ambos. El análisis conjunto con la pregunta anterior sugiere que las mujeres que declaran abortos inducidos posiblemente han tenido que ser más assertivas como individuos en cuanto a decidir sobre el uso de anticonceptivos (véase el cuadro 22), ya sea por oposición o por ausencia de sus compañeros o porque consideran que es una decisión que les corresponde a ellas.

Cuadro 21

Porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos con al menos un embarazo según acuerdo del compañero o esposo con el uso del método, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

<i>Acuerdo del esposo con el uso de método</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Sí	79	93	95	94
No	21	6	4	5
Omisión del dato	0	1	1	1
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Cuadro 22

Porcentaje de mujeres operadas, alguna vez embarazadas, según la persona que decidió su operación, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

<i>¿Quién decidió que usted se operara?</i>	<i>Mujeres con aborto inducido</i>	<i>Mujeres con aborto espontáneo</i>	<i>Mujeres sin aborto</i>	<i>Total</i>
Ella misma	62	45	43	44
Ambos	32	43	45	44
Esposo o compañero	3	6	6	6
El médico	3	5	5	5
Madre de la mujer	0	0	0	0
Suegra de la mujer	0	0	0	0
Otro	0	0	0	0
Omisión del dato	0	1	1	1
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

Diversas formas de violencia hacia las mujeres y sus madres

Se sabe que vivir en un contexto de violencia de género repercute en la autoestima de las mujeres, en su propia valoración en cuanto a sus capacidades y refuerza situaciones de subordinación. Hay algunas que logran “empoderarse” y romper con este tipo de contextos violentos y otras que permanecen en ellos e incluso los reproducen hacia sus dependientes. Analizamos las distintas formas de violencia que han experimentado las mujeres y sus madres, como un indicador del entorno de violencia y su posible relación con la autonomía de las mujeres y de la capacidad de decidir sobre su vida sexual y reproductiva.

En general, las proporciones de mujeres que declaran haber experimentado diversas formas de violencia son marcadamente mayores entre las que declaran haber tenido aborto inducido, seguidas por las que declaran haber tenido aborto espontáneo. Las mujeres que declaran pérdidas inducidas dicen haber sido violadas en 10% de los casos, contra 4 y 3% de las demás, porcentaje que llama la atención por la baja frecuencia con que se declara este tipo de violencia; a su vez, 2% de quienes declaran un aborto inducido dicen que una hija suya ha sido violada. El 23% han sido golpeadas por su esposo o compañero, contra 19 y 16% de las mujeres que declaran aborto espontáneo y que no declaran abortos, respectivamente. Por último, casi la mitad, 47% de quienes declaran un aborto inducido han sido insultadas por su pareja, contra un tercio y una cuarta parte (33 y 26%) de las que declaran abortos espontáneos y las que no declaran abortos. En los tres grupos de mujeres, un porcentaje cercano a 40% dice que su madre fue maltratada por su pareja, pero esta proporción es ligeramente más elevada entre quienes declaran abortos, sobre todo abortos inducidos (véanse los cuadros 23 y 24).

Esta posible asociación entre ser capaces de declarar un aborto en una encuesta sociodemográfica y una mayor exposición a ambientes de violencia de género sugiere que posiblemente la declaración de aborto sea más frecuente en condiciones más vulnerables y subordinadas de las relaciones entre hombres y mujeres.

Estos indicios son coherentes con los hallazgos de los estudios sobre violencia de género. En un estudio sobre violencia durante el

Cuadro 23

Porcentaje de mujeres alguna vez embarazadas según si han sufrido distintos tipos de violencia, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

Tipo de violencia sufrido	Mujeres con aborto inducido		Mujeres con aborto espontáneo		Mujeres sin aborto		Total	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ha sido violada	10	90	4	96	3	97	3	97
Han violado a sus hijos*	2	98	1	98	0	98	1	98
Ha sido golpeada	23	77	19	81	16	84	17	83
Ha sido insultada	47	53	33	67	26	74	28	72

Fuente: Ensare, 1998.

* Sólo para mujeres con hijos(as) nacidos vivos. Debemos señalar que 1% de las mujeres con aborto espontáneo omitió el dato, así como 2% de las mujeres sin aborto, por lo que la suma no da 100 por ciento.

Cuadro 24

Distribución porcentual de mujeres alguna vez embarazadas según si su madre fue maltratada por su pareja, si han declarado o no aborto y tipo de aborto

Madre maltratada	Mujeres con aborto inducido		Mujeres con aborto espontáneo		Mujeres sin aborto		Total	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sí	40	39	36	36	36	36	36	36
No	52	58	62	62	62	62	61	61
No sabe	8	3	2	2	2	2	3	3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ensare, 1998.

embarazo (Castro *et al.*, 2002) se encontró que las mujeres con violencia previa al embarazo tienen un riesgo 13 veces mayor de experimentar violencia durante la gestación que aquellas que no la sufrieron antes. También se encontró que el número de hijos e hijas es un factor importante que se asocia de manera significativa con la

violencia durante el embarazo, pues ésta es mayor a mayor número de hijos. Por otra parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares de 2003 reporta que 38% de las mujeres del país sufrieron violencia emocional en el año anterior, 9% violencia física y 8% violencia sexual, que aunados a la violencia económica totalizan 47% de mujeres que experimentaron alguna forma de violencia (Instituto Nacional de las Mujeres e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004).

DISCUSIÓN

Aunque una encuesta sociodemográfica no es un instrumento suficiente para el estudio del aborto inducido por las dificultades culturales que existen para su declaración en un contexto de penalización y estigmatización social de esta práctica, el ejercicio de análisis de las características de las mujeres que declaran estos abortos y las pérdidas espontáneas nos ha conducido a pistas extremadamente interesantes para la comprensión tanto del aborto como de la posibilidad de declararlo en México.

Las dificultades que existen para registrar esta práctica en una encuesta por muestreo quedaron de manifiesto en el hecho que fueron muy pocas las mujeres que declararon abortos inducidos en las encuestas que habíamos seleccionado inicialmente y por esta razón sólo se pudo hacer el análisis en la encuesta que presentó el mayor número de casos: la Ensare. Esta encuesta se caracteriza por incluir un importante número de preguntas sobre relaciones de género en la pareja. En la mayoría de las variables analizadas, las características de las mujeres que declaran abortos espontáneos son más cercanas a las de las mujeres que declaran abortos inducidos que de las mujeres que no declaran abortos. Estos y otros elementos analizados están sugiriendo que varios de los abortos declarados espontáneos fueron en realidad inducidos, y esto no quita la posibilidad de que las mujeres que no declararon pérdidas también hayan tenido algún aborto inducido. Pero la exploración realizada con los datos de la Ensare, y no obstante que se trata de un número de casos reducidos, nos aporta muchos elementos para acercarnos a las condiciones sociales que hacen posible la declaración de la

práctica del aborto, así como a las características de las mujeres que lo experimentan.

En cuanto a nuestra hipótesis inicial, respecto a una posible mayor autonomía de las mujeres que declararon haber tenido un aborto inducido, aunque hay algunos indicios no fue posible confirmarla, pues —como se vio en el análisis comparativo— el fenómeno del aborto inducido obedece a una realidad muy compleja que para su estudio requiere de un diseño y una estrategia analítica *ad hoc* para la recolección de la información. Los resultados encontrados muestran que las pocas mujeres que declaran abortos inducidos tienen características diferentes de las mujeres que no declaran abortos, pero semejantes en muchos aspectos a las mujeres que declaran abortos espontáneos. Al sumar ambos tipos de declaración de abortos, nos encontramos con que entre las mujeres de mayor edad una elevada proporción (cuatro de cada 10) declara haber tenido una interrupción de embarazo. Una serie de indicios permitieron inferir que una parte de los abortos declarados como espontáneos fueron inducidos, lo que sugiere que existe cierta disposición a reconocerlos, pero no la suficiente como para afirmar su voluntariedad, y esto fue especialmente marcado entre las mujeres muy jóvenes.

En general, no se encontraron diferencias socioeconómicas importantes entre las mujeres que declararon abortos inducidos y las que declararon espontáneos o no los declararon, y las pocas diferencias muestran tendencias contradictorias e inciertas. Una gran mayoría de quienes declaran abortos inducidos pertenecen al estrato socioeconómico bajo. Y aunque entre ellas hay una mayor proporción de mujeres que trabajan en relación con los otros grupos, su número es muy pequeño como para sugerir mayor independencia económica, asimismo, las características del trabajo que desempeñan no arrojan tendencias claras en ese sentido. La escolaridad promedio es semejante en los distintos grupos de mujeres, y a pesar de que entre las que declararon aborto inducido y espontáneo hay un porcentaje elevado con baja escolaridad, también hay un pequeño grupo con alta escolaridad. 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 sugiere que se trata en su mayor parte de mujeres más pobres y de baja escolaridad, además de ser mayores que quienes no declararon abortos.

En cambio, se encontraron diversos indicios de diferencias en la capacidad de tomar decisiones sobre las prácticas sexuales y reproductivas y en las características sociodemográficas de las mujeres. Las variables analizadas indican 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 la perdieron 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 cuanto a sus posibilidades de tomar decisiones sobre su cuerpo y sus capacidades sexuales y reproductivas, parecen haber estado mucho más constreñidas para tomar decisiones sobre su primera relación sexual y sobre el uso de anticonceptivos, a pesar de tener más claridad sobre el no deseo de su primer embarazo y de haber sido más sistemáticas en el uso de anticonceptivos. En relación con las decisiones sobre el embarazo y los hijos, las mujeres que declaran abortos inducidos aparecen más assertivas que las demás, o bien contaron menos con la presencia o el apoyo de una pareja. Afirman con más frecuencia que no deseaban su primer embarazo, que no platicaron con su pareja sobre el embarazo y, en mayor proporción, decidieron por sí solas —y no en acuerdo con su pareja— sobre la cirugía anticonceptiva. Además, después de los 40 años son las que tienen un número de hijos más semejante al ideal de hijos que desearon tener.

Finalmente, se 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, así como violencia sexual, que las mujeres que no declararon abortos.

No es posible interpretar estos elementos como la presencia de mayor autonomía entre las mujeres que declararon abortos inducidos, o entre las mujeres que declararon abortos en general. Aunque existen muchos más indicios de posibilidades de relaciones de subordinación de género y de desventaja socioeconómica entre las

mujeres que declararon abortos, hay elementos que sugieren cierta mayor independencia económica en algunas de ellas, así como mayor capacidad de decidir sobre los embarazos y el número de hijos en algunos casos. Esta complejidad 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. Pero nos proporciona, en cambio, 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.

Salvo los casos en que la declaración de un aborto voluntario se hace en público por mujeres excepcionales para apoyar, por ejemplo, la despenalización del aborto o para exigir medidas sanitarias que garanticen abortos seguros para todas las mujeres, la declaración del aborto inducido implica una ruptura del silencio que suele acompañar a lo ilegal, lo sancionado, lo prohibido. En el caso de la encuesta analizada, el escaso número de mujeres que declaran abortos inducidos confirma el peso de la norma cultural que condena la interrupción provocada de los embarazos, empujando a no declararlos o a expresarlos como espontáneos, aunque éstos hayan sido posiblemente inducidos. La ruptura del silencio en este caso, por tanto, puede leerse como una transgresión a una norma general, y hasta vaga, de silencio. Los discursos del Estado y de la Iglesia católica, así como los prejuicios sociales que condenan el aborto, inciden necesariamente en la forma en que las mujeres lo perciben; sobre todo, en la forma en que perciben el hecho de hablar de él. Es posible que una mujer disienta del discurso hegémónico que condena el aborto y recurra a él en caso de necesidad, o incluso que considere que el aborto es un "crimen", "un pecado" o una "falta" y, no obstante, recurra a él en secreto porque no ve otra opción. En el primer caso, la mujer que ha abortado puede preferir callar porque no se siente convalidada socialmente o porque considera que se trata de una decisión personal que sólo a ella incumbe. En el segundo, puede preferir cargar sola su "culpa", ocultándola, y a la vez no exponerse a la condena social. En ambos casos, el silencio puede ser también un mecanismo de defensa para "olvidar" un

acto traumático, penoso o simplemente contrario al discurso social predominante. Lo anterior constituye un punto de partida para explicar por qué no se declara con mayor frecuencia el aborto inducido, o por qué en algunas ocasiones se declara pero se disfraza como aborto espontáneo, así como para la tarea más que compleja de explicar la ruptura del silencio por parte de algunas mujeres, así sean pocas, que declaran el aborto inducido.

Al respecto nos gustaría apuntar algunas cuestiones primordiales: romper el silencio impuesto (por normas explícitas o implícitas) puede suponer una disidencia respecto a la norma, una transgresión de la norma o indiferencia ante la norma. En el primer y tercer casos, el hecho de que la sanción social se considere absurda o carente de importancia facilita la declaración del aborto por dos motivos: quien ha practicado el aborto lo ha hecho sin culpa alguna o con culpa mínima y, por tanto, considera que tiene nada o poco que ocultar. Esto es, desde luego, esquemático pero permite comprender a un porcentaje de las mujeres que declararon haber tenido uno o más abortos inducidos, e incluso algunas que los declararon como espontáneos. En el caso de las mujeres que aun percibiendo el aborto como algo “prohibido” y/o como fuente de “culpa” lo practicaron, puede pensarse que necesitaron más justificaciones para hacerlo que las mujeres para quienes abortar era una decisión personal sin connotaciones negativas o un último recurso poco problemático. Es más probable, en este caso, que quien se haya sentido con más justificaciones pueda sentirse también con mayor libertad de hablar, o por lo menos sin necesidad de seguir callando.

Entre las posibles justificaciones para declarar un aborto que sugieren los datos de la encuesta, y que pueden constituir hipótesis o elementos clave para ser considerados en futuras investigaciones, cabe destacar:

- 1) El haber sido víctimas de violencia intrafamiliar o de violencia sexual.
- 2) El carecer, cuando se embarazaron, de una pareja o del apoyo de esa pareja en sus decisiones.
- 3) El no haber tomado la decisión de tener su primera relación sexual, o la relación sexual que resultó en un embarazo no deseado.

- 4) La falta de recursos económicos, de escolaridad necesaria o de apoyo material para ofrecer una vida adecuada al hijo o hija potencial que se decide abortar.
- 5) La convicción de que no se quería o no se podía tener a ese hijo o a esa hija por falta de una pareja, o por oposición o falta de apoyo de la pareja.
- 6) La convicción de que no se quería o no se podía tener a ese hijo o a esa hija por motivos relacionados con sus proyectos o sus condiciones de vida, tales como formar pareja, tener hijos cuando se tuviera una relación estable, no tener más hijos o no tenerlos en un momento en que no se tenían las condiciones conyugales o materiales adecuadas, entre otros.
- 7) No tener pareja en el momento en que se declara el aborto.
- 8) Haber tenido oposición de la pareja para el uso de anticonceptivos.
- 9) No haberse puesto de acuerdo con la pareja sobre el embarazo.

Se encontraron indicios del tipo de motivación o justificación que puede estar ligado al grado de disposición a declarar el aborto inducido, aunque para determinar esta relación serían necesarios otros datos. Puede plantearse, por ejemplo, que quien ha sido víctima de una violación se siente con la justificación suficiente para abortar y para declarar ese aborto. Esto también puede estar dándose en casos en que el embarazo es resultado de una relación sexual subordinada, o por la falla de un método anticonceptivo o cuando no se cuenta con una pareja. Cualquiera que sea el tipo de justificación del aborto inducido, el hecho de que la mujer lo declare puede llevar a pensar que para ella esa justificación es suficiente.

Aunque esto implica especular, puede plantearse que la condición de anonimato de la encuesta favorece la ruptura de la norma de silencio acerca de un acto censurado, y que su declaración misma puede ser una forma de liberación, así sea mínima y simbólica, de un acto traumático o problemático o, también, de un acto que ha dejado de ser problemático (o nunca lo fue). Es importante considerar que la encuesta seleccionada se caracteriza, además, por ser un instrumento sensible para captar las relaciones de género entre hombres y mujeres, lo que la acerca a la sensibilidad cultural recomendada para preguntar sobre el aborto. En el caso de las mujeres

solteras y separadas, que tienden a declarar el aborto inducido con mayor frecuencia, es posible que la ausencia de un compañero facilite la posibilidad de declarar esta práctica. En relación con las mujeres mayores que tienden más que las otras a declarar abortos, es muy probable que se sientan más dispuestas a declarar porque se trata de un hecho alejado, menos “traumático”, desprovisto de carga emocional (porque la perdió o nunca la tuvo), o también porque su experiencia les ha demostrado que no se trata de un acto reprobable o que, por lo menos en su caso, fue una buena decisión o la única que podían haber tomado. Como no conocemos la historia de los embarazos de las encuestadas, también es posible que el aborto de las mujeres mayores no sea un hecho lejano sino un acto reciente que se justifique porque ya tienen los hijos o las hijas que desean, o porque no quieren o no pueden tener más.

En resumen, la ruptura del silencio que implica declarar un aborto inducido en las condiciones de la encuesta analizada puede suponer:

- Fuerte justificación del acto.
- Necesidad o posibilidad (liberadora) de decirlo en condiciones de anonimato.
- Sensibilidad cultural del diseño de la encuesta que facilita su declaración.
- Indiferencia a la sanción social.
- Deseo de declarar como forma de oponerse a la sanción social.

Aunque no es posible establecer una relación clara entre las declaraciones de aborto espontáneo y las de aborto inducido en la encuesta analizada, con base en lo anterior puede plantearse brevemente que el disfraz del aborto inducido como aborto espontáneo corresponde a diversas posibilidades: la censura social, la autocensura y una posibilidad menor de romper el silencio o de oponerse a la normatividad social (se atreven a declarar un aborto, pero no son capaces de reconocerlo como voluntario). La mujer que declara el aborto inducido como espontáneo puede necesitar o estar dispuesta a declarar el aborto, pero no sentirse justificada o segura al grado de reconocer que se trató de una decisión propia (o impuesta por otro, caso más complicado). Por otra parte, dado que el abor-

to voluntario (pero sobre todo, el impuesto) puede ser traumático, cabe tomar en cuenta que en algunos casos el falso recuerdo o el olvido funcionan como mecanismos de defensa. Esto explicaría algunas declaraciones de abortos inducidos como si hubiesen sido espontáneos, así como el acallamiento, o más bien olvido por autocensura defensiva, de cualquier tipo de aborto. Es necesario tener presente que en un contexto de estigmatización social del aborto voluntario, declarar un aborto espontáneo también representa un desafío, pues cualquier pérdida puede ser interpretada como "sospechosa" de haber sido provocada.

Aunadas a las condiciones personales antes enumeradas, debemos destacar cómo estas declaraciones individuales se insertan en los cambios discursivos que tuvieron lugar en la década de 1990 como resultado de las movilizaciones feministas. El reconocimiento de la violencia y la violación hacia las mujeres como un problema social permitió a muchas mujeres hablar de un tema antes considerado como privado. Asimismo, como otros estudios de tipo cualitativo han mostrado, en la mencionada década algunas mujeres mexicanas de escasos recursos de diferentes contextos del país mostraban indicios de empezar a constituirse como sujetos de derechos reproductivos, y en menor medida de derechos sexuales (Ortiz-Ortega, Amuchástegui y Rivas, 1998 y 2006; Petchesky y Judd, 2006).

Ortiz-Ortega, Amuchástegui y Rivas encontraron algunos de los factores clave para las formas de apropiación subjetiva de las mujeres entrevistadas en el estudio cualitativo mencionado; uno de ellos fue la edad, al ser las mujeres que ya han terminado la crianza quienes se sienten más listas para expresar su inconformidad frente al abuso y la violencia. El segundo fue unirse o pertenecer a grupos donde pudiesen anticipar sus demandas sociales, de salud, vivienda, trabajo, autoayuda o cuestiones religiosas o sindicales, que era fundamental para que las mujeres construyeran un sentido de apropiación. En tercer lugar, la maternidad fue identificada como un factor muy importante para construir ese sentido de apropiación en un contexto en que se le otorga un peso fundamental en la construcción de una identidad social a las mujeres. Estas consideraciones pueden tomarse en cuenta para interpretar los hallazgos del presente estudio.

El punto que nos gustaría destacar aquí es que las declaraciones de aborto deben ubicarse históricamente en un contexto en el cual las mujeres construyen una voz para entender su sentido y alcance; en este sentido, si bien deben tomarse en cuenta las sanciones sociales vigentes, éstas deben relacionarse con las transformaciones recientes a favor de las mujeres para entender cómo se pueden dar formas contradictorias de transformación en sentido de apropiación y construcción de la subjetividad. Por ejemplo, los primeros estudios sobre aborto de Ordóñez (1975) lograron establecer que las mujeres que abortaban eran católicas, casadas y con más de cuatro hijos o hijas; con el tiempo podemos destacar que detrás de esta declaración se evidenciaba una necesidad de tener acceso a la anticoncepción (Ordóñez, 1975). En cambio, si bien el aborto continúa siendo la cuarta causa de muerte materna, estudios recientes encontraron a las mujeres casadas renuentes a declarar sus abortos (Lara *et al.*, 2004). Ello posiblemente debido al impacto de las ideologías conservadoras recientes entre sectores que se sienten con la necesidad de cumplir con las normas. Asimismo, la dificultad de las jóvenes de hablar de aborto puede tener que ver con la condena a la decisión de las mujeres jóvenes de decidir sobre sus propios cuerpos.¹² Estos ejemplos hablan de la necesidad de que estudios posteriores continúen relacionando la declaración (o no) del aborto inducido con el clima político-social presente en el momento en que se levanta una encuesta.

De la investigación realizada se desprende además la importancia de relacionar la declaración o no declaración de aborto que hacen las mujeres con lo que manifiestan sobre otros eventos de su vida sexual, reproductiva, conyugal y de participación económica, especialmente en lo que se refiere a su participación en la toma de decisiones sobre sus prácticas sexuales, anticonceptivas y sobre los embarazos y los hijos a tener. En la posibilidad de relacionar distintos eventos y condiciones habilitadoras o restrictivas de grados de autonomía de las mujeres parece muy interesante si se toma en

¹² El estudio de Lara, García, Strickler y Martínez (2003) sobre las dificultades de las mujeres jóvenes de acceder a servicios de aborto por violación en la ciudad de México encontró que 66% de las usuarias tenían menos de 20 años y que sólo a 22.3% de éstas se les practicó el aborto legal.

cuenta la presencia o ausencia de una pareja en distintos momentos, y con el apoyo, con la oposición a las decisiones, o con las formas de coerción y violencia ejercida en las relaciones de pareja. La mayor parte de los elementos aportados por este análisis sugieren una posible influencia de las relaciones de género en diferentes aspectos de la autonomía decisoria de las mujeres entrevistadas, incluyendo su capacidad para declarar abortos y para expresar cuándo esos abortos fueron voluntarios.

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió explorar por primera vez en una población representativa de las mujeres derechohabientes del IMSS de alcance nacional las características socioeconómicas y demográficas de las mujeres que declaran abortos en México, diferenciando entre quienes declaran abortos voluntarios y las que se refieren a pérdidas espontáneas. Pero sobre todo, permitió establecer que existen numerosos indicios de relaciones entre la capacidad de declarar la práctica de un aborto voluntario, e incluso entre la capacidad de declarar una pérdida espontánea, y una serie de condiciones que habilitan o constriñen a las mujeres para tomar decisiones sobre sus prácticas sexuales, procreativas y anticonceptivas.

Aportar estos hallazgos constituye una pequeña contribución para ayudar a vencer las barreras culturales que habían impedido hasta hace muy poco que en las encuestas sociodemográficas se incluyeran preguntas que diferencian el aborto inducido del espontáneo y, sobre todo, propiciar que las mujeres declaren, en mayor medida que antes, sus abortos y las condiciones en que los experimentaron. Consideramos que en este sentido nuestro estudio ayuda a entender las múltiples dimensiones del aborto y las características y condiciones de las mujeres que los viven. Este conocimiento contribuye al avance en el cumplimiento de los acuerdos internacionales en la materia al aportar elementos sobre las distintas dimensiones de la vida de las mujeres que se relacionan con la posibilidad o imposibilidad de declararlo, y con las condiciones que propician esta práctica o que pueden contribuir a evitarla o a que no sea riesgosa ni estigmatizada.

El análisis de las características de las mujeres que declararon abortos es útil para continuar llamando la atención sobre las condiciones que propician su práctica en condiciones de clandestinidad y estigmatización social y que llevan a su ocultamiento, perfilando el aborto como un problema de salud pública. Durante los años noventa del siglo xx, la construcción de este argumento por distintos grupos sociales y con apoyo de evidencia empírica permitió que por primera vez el aborto fuese reconocido como problema de salud pública en el marco de las conferencias organizadas por Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer (Pekín, 1995).¹³

De lo anterior se desprenden varias consideraciones: en primer lugar, la importancia que tiene facilitar la declaración del aborto por parte de las mujeres que lo experimentan, pues un mejor conocimiento de su magnitud, de las características de las mujeres que lo practican y de las condiciones que desencadenan una práctica riesgosa ayuda a promover condiciones para evitar los embarazos no deseados y permite mejorar la atención y los servicios

¹³ Durante la conferencia de El Cairo, el esquema de abordaje al tema del aborto se expandió para concebirlo y presentarlo como una cuestión de salud pública, así como para recomendar que en países donde el aborto es legal se creen las condiciones para que éste se practique de manera segura. Por tanto, citar el párrafo 8.25 es ahora referencia indispensable. De acuerdo con éste se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. El compromiso del plan de acción de El Cairo excede, no obstante, el capítulo ocho al presentar una concepción de la mujer como sujeto con derechos sociales, reproductivos y sexuales. Sin embargo, en el ámbito local o internacional, seis años después de El Cairo casi no se habían logrado concretar acuerdos para ofrecer abortos seguros, ni siquiera bajo las condiciones en que la ley lo permitía. La razón principal es de carácter político más que financiero, pues las técnicas adecuadas para el aborto existen y no requieren facilidades sofisticadas ni entrenamientos prolongados (German y Chen, 1994). Ciertamente, la resistencia institucional llevó a que la revisión que Naciones Unidas hizo del programa de acción en 1999 especificara que los sistemas de salud deberían entrenar y equipar a los proveedores para asegurar que el aborto legal fuese seguro y accesible. Sin embargo, el nudo del problema parecería rebasar el problema del entrenamiento médico.

cuando se interrumpe un embarazo. La evidencia conclusiva acumulada a lo largo del tiempo es que al ser el aborto una práctica social y religiosamente sancionada y penalizada legalmente, su costo es claramente mayor en la salud de mujeres de escasos recursos, en tanto que éstas carecen de los medios para acceder a un aborto seguro realizado en los hospitales privados. En segundo lugar, el análisis de las características de las mujeres que declararon abortos inducidos y de las que declararon abortos espontáneos permitió establecer importantes relaciones entre la existencia de esta práctica, la posibilidad de declararla como voluntaria, y las condiciones conyugales, de acceso a la anticoncepción, de toma de decisiones sobre su cuerpo y de violencia de género que experimentan las mujeres mexicanas.

Con este mayor conocimiento de las características y condiciones de vida de las mujeres que declararon abortos se continúa contrarrestando las valoraciones negativas del aborto como delito, mismas que promueven la subdeclaración del mismo debido a las sanciones, no sólo penales sino también sociales, que se derivan de su condena. Hay estudios recientes que muestran, por ejemplo, que un porcentaje muy bajo de mujeres hacen uso de los procedimientos permitidos por la ley para llevar a cabo abortos en la ciudad de México, debido a que el mecanismo es muy burocrático y desmoraliza a las mujeres que acuden a dichos servicios en las clínicas públicas (Lara, García, Strickler y Martínez, 2003). Esperamos que los resultados de un estudio como éste —que permite acercarnos tanto a las condiciones sociales, de vida de pareja, de relaciones de género y de autonomía decisoria que parecen relacionarse tanto con la práctica del aborto como con las condiciones que permiten su declaración en una encuesta sociodemográfica— contribuya a disminuir la estigmatización social y a permitir la expresión y el conocimiento de la diversidad de situaciones en que ocurre y se declara la interrupción de un embarazo.

Es importante continuar apuntalando la comprensión histórica de las sexualidades, de las transformaciones en las relaciones de género y la apropiación del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, pues si bien cada día es mayor el número de personas que conoce los métodos anticonceptivos, prevalecen las dificultades de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo, así como un uso

irregular y discontinuo en la anticoncepción.¹⁴ Esta investigación apunta a diversos elementos que dificultan la toma de decisiones de las mujeres sobre sus prácticas sexuales, anticonceptivas y de decisión sobre los embarazos y el número de hijos. Esto último puede relacionarse con la tasa de abortos riesgosos que prevalece en América Latina, que es la más alta del mundo.

A pesar de la riqueza aportada por esta primera exploración sobre las características y condiciones de las mujeres que declararon abortos en una encuesta nacional con amplia información sobre las relaciones de género en la pareja, en nuestro estudio identificamos como una limitación muy importante la falta de información sobre las características de las mujeres en el momento de la práctica del aborto. Variables fundamentales como el estado civil, el uso y el abandono de anticonceptivos, el nivel de escolaridad y la actividad económica están referidas al momento de la encuesta, y no al momento en que se verificó la interrupción del embarazo que se declara. Por ello, nuestra sugerencia para futuras encuestas es incluir junto con las preguntas sobre relaciones de género, historias de vida reproductiva. Este tipo de historias permitiría estudiar el entorno y las características de las mujeres al momento de cada embarazo y el resultado del mismo. Sería conveniente incluir, en esas historias de vida, variables sobre trayectorias de violencia conyugal, de toma de decisiones sobre prácticas sexuales y reproductivas y trayectorias de emparejamiento, pues nuestro análisis sugiere que éstas son dimensiones importantes para la comprensión de la declaración del aborto y de su práctica.

En síntesis, la exploración cuantitativa de las características de las mujeres que declaran haberse practicado un aborto debe encargarse en la influencia de las relaciones de género y en las trayectorias de vida de las mujeres, para poder continuar profundizando en el tratamiento de este importante tema de salud pública y de derechos sexuales y reproductivos.

¹⁴ Las tasas de continuidad de métodos anticonceptivos encontrados en las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) en la Encuesta de 1998 muestran que el DIU es el que presenta más alta continuidad a lo largo del tiempo en comparación con las pastillas y el ritmo o el retiro. Así, al año de iniciado el método, mientras que el DIU se continúa usando en 77%, las pastillas se usan en 52% y los métodos tradicionales en 58%; a partir de los dos años, el DIU casi duplica a los otros métodos (IMSS, 2000; Rojas y Lerner, 2002).

ANEXO

Tabla 1A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto inducido

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente, 1998</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva, 1999</i>	<i>Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999</i>
Cobertura	Derechohabientes del IMSS: - Nacional - Estados del norte - Estados prioritarios - Estados no prioritarios	- Población del área de influencia de IMSS-Solidaridad - Población de las localidades de acción intensiva de IMSS-Solidaridad	- Área de influencia y no influencia del programa pero similares
Hogar	- Edad - Sexo - Condición de residencia - Identificación del padre o la madre - Derechohabiiente - Escolaridad - Características económicas	- Edad - Sexo - Condición de residencia - Lugar de nacimiento - Escolaridad - Estado civil	- Edad - Sexo - Condición de residencia - Madre y padre en el hogar

Tabla 1A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto inducido
(continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente, 1998</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva, 1999</i>	<i>Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Aportación monetaria al hogar - Estado civil - Cónyuge en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - Características económicas - Migración en los últimos cinco años 	
Mujeres	12-54 años	15-49 años	Hombres y mujeres: 13-19 en áreas urbanas 10-19 en áreas rurales
Historia de embarazos	<ul style="list-style-type: none"> - Número total de embarazos - Nacidos vivos - Actualmente muertos - Nacidos muertos - Total de abortos - Total de abortos provocados 	<ul style="list-style-type: none"> - Nacidos vivos; fecha de nacimiento - Actualmente muertos; fecha de la muerte - Nacidos muertos - Abortos 	<ul style="list-style-type: none"> - Alguna vez se embarazó o estuvo embarazada - Nacidos vivos - Actualmente muertos - Nacidos muertos - Total de abortos - Total de abortos provocados - Fecha de nacimiento del primer hijo nacido vivo

	<ul style="list-style-type: none"> - Total de abortos provocados 	<ul style="list-style-type: none"> - Primer embarazo - Edad - Embarazo planeado o inesperado - Consecuencias del embarazo en su vida - Hubiera preferido esperar más tiempo para embarazarse
Derechohabiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Año al primer ingreso - Ingreso actual 	Información no captada
Condición de actividad	<p>Derechohabiente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad principal - Posición - Quién aporta más dinero al hogar - Trabajo por pago dentro o fuera del hogar - Acuerdo o desacuerdo de la pareja y razones 	Información no captada
Anticoncepción	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento y opinión sobre su seguridad - Alguna vez usuaria y nunca usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Alguna vez usuaria y nunca usuaria - Conocimiento - Forma de uso - Opinión de bueno o malo el método

Tabla 1A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto inducido
(continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente, 1998</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva, 1999</i>	<i>Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Uso actual; razones de uso - Motivos de abandono - Embarazo por falla de método o uso incorrecto - Acuerdo de la pareja en el uso de métodos - No acuerdo: razones - Molestias o problemas de salud por el método - Dudas o temores sobre el uso de método - Razón de no uso actual 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso actual; razones de uso - No usuaria: razón de no uso y uso futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - Alguna vez usuaria - Usuaria actual - No uso actual: razones
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Alguna vez unida - Número de uniones <p>Para cada unión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fecha de inicio 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil actual - Edad a la primera unión 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil actual - Edad del cónyuge - Vive o no con pareja - Razones de no vivir con la pareja

	<ul style="list-style-type: none"> - Cohabitación previa a la unión - Fecha de terminación 		<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de la primera unión - Condición de vivir en el hogar aparte después de la unión. Si no, personas con quienes vivían - Condición de haberse embarazado cuando se unieron - Edad a la que le hubiera gustado casarse
Características socioeconómicas de la mujer	Para derechohabiente	Información no captada	Información no captada
Preferencias reproductivas	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridad 	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo de (más) hijos y cuántos más - Número ideal de hijos por sexo - Quién debe decidir sobre el número de hijos - Quién debe decidir sobre cuándo tener relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sobre la capacidad de embarazarse o embarazar - Conocimiento sobre la menstruación y la eyaculación - Edad a la menarquía - Edad a la primera relación sexual - Vínculo con la persona, edad de la persona y uso de anticonceptivos - Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales

Tabla 1A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto inducido
(continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente, 1998</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva, 1999</i>	<i>Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo prematrimonial 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad a la primera relación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Les han hablado o no de sexualidad - Edad a la cual les hablaron por primera vez de sexualidad
Condición de habla indígena	Información no captada	15-49 años	Información no captada
Salud materno-infantil	Información no captada	<ul style="list-style-type: none"> - Durante el último año: atención aborto 	<ul style="list-style-type: none"> - Si alguien la revisó durante el primer embarazo - Meses de revisión en el primer embarazo
Decisiones reproductivas	<p>(Sólo se pregunta para el primero y para el último hijo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quería embarazarse - Plática con la pareja antes del embarazo 	Información no captada	Información no captada

	<ul style="list-style-type: none">- Reacción de la pareja ante el embarazo- Cambios en la relación de pareja después del nacimiento		
Cuidado y crianza de los hijos	<ul style="list-style-type: none">- Participación de la pareja- Persona encargada del cuidado- Personas que aportan dinero para el gasto de los hijos- Formas de castigo y corrección a los hijos- Formas de castigo y corrección a la mujer cuando niña	Información no captada	Información no captada
Violencia doméstica	<ul style="list-style-type: none">- Toma de decisiones en relación con el gasto, tiempo libre, crianza y educación de los hijos- Alguna vez insultada, golpeada o amenazada- Listado de violencia del esposo: gritos, ofensas, amenazas de golpes, agresión con arma	Información no captada	Información no captada

Tabla 1A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto inducido
(continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiente, 1998</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva, 1999</i>	<i>Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999</i>
	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia del maltrato - Tipo de lesiones - Motivos del maltrato - Denuncia y motivos de no denuncia - Golpes durante el embarazo - Maltrato en la infancia 		
Relaciones familiares y aspectos de género	<p>Adolescentes que viven con sus padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condición de sobrevivencia de cada uno - Características sociodemográficas de padre o madre vivos - Ingreso del hogar - Comunicación con el padre y la madre 	<p>Información no captada</p>	<p>Información no captada</p>

- Ayuda a los padres en el trabajo dentro y fuera de casa

Si ambos padres viven:

- Sumisión de la madre
- Colaboración paterna
- Violencia
- Principal logro de la mujer en la vida
- Principal logro del hombre en la vida
- Opinión de relaciones sexuales de las mujeres y de los hombres antes del matrimonio
- Opinión sobre lo que debe hacer un adolescente si embaraza a la novia y lo que debe hacer la embarazada adolescente
- Acuerdo o no sobre el uso de anticonceptivos de los jóvenes

Cuestionario para padres

- Características sociodemográficas
- Fecundidad y anticoncepción

Información no captada

Información no captada

Tabla 1A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto inducido
(continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva con población derechohabiiente, 1998</i>	<i>Encuesta de Salud Reproductiva, 1999</i>	<i>Encuesta para el Programa Gente Joven, 1999</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento y práctica anticonceptiva - Preocupación por embarazo no deseado: qué haría para evitarlo; qué haría si se diera - Acuerdo o desacuerdo sobre relaciones sexuales antes de casarse para hijas y para hijos - Opinión sobre que los jóvenes reciban anticonceptivos si los solicitan; en caso negativo, razones 			

Fuente: Tabla elaborada a partir de Olga Lorena Rojas y Susana Lerner (2002), *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad-El Colegio de México.

Tabla 2A
Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud Materno- Infantil, 1994</i>	<i>Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995</i>	<i>Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud, 2000</i>	<i>Encuesta de Fecundidad (Progresa)</i>
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> - Nacional - Regional - Rural-urbana 	<ul style="list-style-type: none"> - Nacional - Nueve estados - Rural-urbana 	<ul style="list-style-type: none"> - Nacional - Entidad federativa - Rural-urbana 	<ul style="list-style-type: none"> - Nacional - Estatal - Urbana y rural 	Información no disponible
Hogar	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Condición de residencia - Escolaridad - Estado civil 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Condición de residencia - Escolaridad - Estado civil - Características económicas - Abandono de estudios, último año escolar 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Condición de residencia - Lugar de nacimiento - Escolaridad - Estado civil - Características económicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad - Alfabetismo - Asistencia escolar - Causas de abandono escolar - Escolaridad - Estado civil - Condición de actividad - Situación en el trabajo - Ingresos por trabajo y otros - Rama de actividad 	Información no disponible

Tabla 2A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto (continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud Materno- Infantil, 1994</i>	<i>Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995</i>	<i>Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud, 2000</i>	<i>Encuesta de Fecundidad (Progresa)</i>
Vivienda	Luz, agua y drenaje. Pisos. Número de dormitorios. Baño dentro o fuera	¿Cuáles características de vivienda capta?	Material del piso, luz, agua entubada, servicios sanitarios, etcétera	Información no captada	Información no disponible
Mujeres	15-49 años	15-54 años	15-54 años	12 y más años 12-19 años 20 y más años	15-49 años
Historia de embarazos	1989 a 1994: Aborto en general y meses de embarazo Mortinatos, meses de embarazo Durante toda la vida: - Fecha de término del primer embarazo - Número total de embarazos	Para todos los embarazos: - Número total de embarazos - Fecha de nacimiento o pérdida - Abortos en general - Tiempo de embarazo	- Nacidos vivos - Actualmente muertos - Nacidos muertos - Abortos - Fecha de cada uno de los embarazos - Condición de residencia al momento de cada nacimiento	Mujeres de 12 y más años: - Número de hijos nacidos vivos Mujeres de 12 a 19 años: - Número total de embarazos - Número de hijos nacidos vivos - Condición de residencia al momento de cada nacimiento	- Número de embarazos - Número de hijos nacidos vivos - Número de hijos nacidos vivos - Número de hijos nacidos muertos - Abortos Para todos los embarazos: fechas de pérdida,

	<ul style="list-style-type: none"> - Número total de abortos 	<ul style="list-style-type: none"> - Mortinatos, meses de embarazo 		<ul style="list-style-type: none"> 20 y más años: intervalo intergenésico, orden del producto 	
			<ul style="list-style-type: none"> - Número total de embarazos 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de hijos nacidos vivos 	
			<ul style="list-style-type: none"> - Número de hijos nacidos muertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de abortos 	
Derechohabiencia	<ul style="list-style-type: none"> ¿No distingue institución? 	Información no captada	Información no captada	Información no captada	Información no captada
Condición de actividad	<ul style="list-style-type: none"> - Durante el último embarazo - Despues del parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad económica actual - Edad de inicio de actividad económica - Tiempo trabajado en esa primera actividad - Aportación al hogar 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo desde la unión hasta el nacimiento del primer hijo 	Información no captada	Información no captada
Anticoncepción	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Alguna vez usuaria: tipo de último método, 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Alguna vez usuaria y nunca usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Alguna vez usuaria y nunca usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> 12-19 años: - Conocimiento - Métodos utilizados 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento - Alguna vez usuaria - Uso actual

Tabla 2A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto (continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud Materno- Infantil, 1994</i>	<i>Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995</i>	<i>Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud, 2000</i>	<i>Encuesta de Fecundidad (Progresa)</i>
	<p>fecha de inicio y de término</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actualmente usuaria: tipo de método actual, tiempo de uso - Para las no usuarias actuales: razón de no uso 	<ul style="list-style-type: none"> - Creencia en problemas de salud - Uso actual, tipo de método y razón de uso - Número de hijos al inicio del primer método - No usuaria: último método, razón de abandono, embarazo durante el uso, fecha de inicio y término - Número de hijos al inicio 	<p>- Uso actual, razones de uso</p> <p>Últimos cinco años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia anticonceptiva - Motivos de abandono - Número de hijos cuando inició - Para no usuarias actuales: - Razones de no uso 	<p>- Método usado en la última relación sexual</p> <p>20 y más años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si no se utilizaron métodos, motivos - Uso actual de métodos - Método actualmente usado 	<p>- Tipo de método</p> <p>- Último usado</p>

Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> - Alguna vez unida - Número de uniones - Fecha a la primera unión - Cohabitación previa a la unión - Fecha a la convivencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de uniones: - Número de uniones - Fecha de inicio y término de cada unión - Fecha de inicio de la convivencia - Convivencia previa a la unión - Fecha de inicio de la convivencia - Edad del cónyuge 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de uniones: - Número de uniones - Fecha de inicio y término de cada unión - Convivencia previa a la unión - Fecha de inicio de la convivencia - Tipo de cada disolución 	<ul style="list-style-type: none"> - 20 y más años: - Estado civil - Vive con el cónyuge 	Información no captada
Características socioeconómicas de la mujer	Información no captada	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridad - Asistencia actual a la escuela - Edad de abandono de la escuela 	Información no captada	Información no captada	Información no captada
Preferencias reproductivas	Información no captada	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo de un hijo (o más) - Número ideal de hijos - Preferencia en sexos 	<ul style="list-style-type: none"> - Deseo de (más) hijos - Número ideal de hijos - Preferencia en sexos 	Información no captada	Información no captada

Tabla 2A

Información de encuestas para el estudio de las características de las mujeres que declaran aborto (continuación)

<i>Nombre de la encuesta/ Variables captadas útiles para el estudio</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil, 1994</i>	<i>Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995</i>	<i>Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997</i>	<i>Encuesta Nacional de Salud, 2000</i>	<i>Encuesta de Fecundidad (Progresa)</i>
Exposición al riesgo de concebir	Información no captada	<ul style="list-style-type: none"> - Edad a la menstruación - Edad de inicio de relaciones sexuales • Para menores de 25 años: <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de vínculo con la persona de la primera relación - Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual - Razones de no uso 	Información no captada	<ul style="list-style-type: none"> 12 a 19 años: <ul style="list-style-type: none"> - Edad de la menstruación - Ha tenido relaciones sexuales 20 y más años: <ul style="list-style-type: none"> Edad a la primera relación sexual 	Información no captada
Mortalidad materna	Información no captada	Información no captada	<ul style="list-style-type: none"> - Muerte estando embarazada - Meses de embarazo 	Información no captada	Información no captada

Condición de habla indígena	Información no captada	Información no captada	- Causa de muerte (indicando si es aborto)	Mujeres de 15 a 54 años	Información no captada	Información no captada
Salud materno-infantil (atención de embarazos)	Información no captada	Información no captada	Embarazos ocurridos de 1994 a la fecha de la entrevista:	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de embarazo a la primera revisión - Lugar o institución - Número de revisiones prenatales - Complicaciones en el embarazo - Personal que atendió - Lugar de atención - Tiempo de revisión de posabortedo 	Información no captada	Información no captada

Fuente: Tabla elaborada a partir de Olga Lorena Rojas y Susana Lerner (2002), *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*, México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad-El Colegio de México.

BIBLIOGRAFÍA

- Allan Gutmacher Institute (1999), *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, Nueva York, The Allan Gutmacher Institute.
- Amuchástegui, Ana, y Marta Rivas (1996), *Voces e imágenes de las mujeres que abortan*, México, Population Council-Edamex.
- Anderson, Barbara A., Kaley Katus, Allan Puur y Brian D. Silver (1994), "The Validity of Survey Responses on Abortion: Evidence from Estonia", *Demography*, Chicago, Population Association of America, vol. 31, núm. 1, pp. 115-132.
- Bongaarts, John (1982), "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables", *Studies in Family Planning*, Nueva York, The Population Council, vol. 13, núm. 6-7, pp. 179-189.
- Castro, Roberto, Gregorio Agustín Ruiz, Ma. de la Luz Arenas Monreal *et al.* (2002), "Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del IMSS. Un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad", *Papeces de Población*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 31, enero-marzo, pp. 246-266.
- Echarri Cánovas, Carlos Javier (2003), *Hijo de mi hija: Estructura familiar y salud infantil en México*, México, El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- García, Sandra (2001), "¿Qué piensan y qué opinan los mexicanos sobre el aborto? Resultados de una encuesta nacional de opinión pública sobre el aborto", ponencia para el seminario "Opinión pública sobre el aborto", México, El Colegio de México-Programa Salud Reproductiva y Sociedad-Population Council, mimeo.
- Gaslonde Sáinz, Santiago, y Enrique Carrasco (1973), *Una encuesta modelo para evaluar la eficacia de los programas de planificación familiar: Su aplicación familiar, su aplicación a cinco ciudades de Paraguay*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía.
- Germain, Adrienne, y Lincoln C. Chen (eds.) (1994), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, Mass., Harvard Center for Population and Development Studies.
- Grupo de Investigación en Reproducción Elegida (2001), *Miradas sobre el aborto*, México, GIRE.
- Guillaume, Agnes, Susana Lerner y Guadalupe Salas (2005), *El aborto en América Latina y el Caribe: Una revisión de la literatura de los años 90 a nuestros días*, París, Les numériques du Ceped (borrador).
- Huntington, Dale, Barbara Mensch y Vincent C. Miller (1996), "Survey Questions for the Measurement of Induced Abortion", *Studies in Family Planning*, Nueva York, The Population Council, vol. 27, núm. 3, pp. 155-161.

- Instituto Mexicano del Seguro Social (2000), *Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: Informe de resultados*, México, IMSS-Dirección de Prestaciones Médicas-Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, 217 pp.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999), *Enadid: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997*, Aguascalientes, INEGI.
- Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004), Sistema de Indicadores para el Seguimiento de la Situación de la Mujer en México [en línea], México, INEGI, consultado en agosto de 2005, disponible en <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/sisesim.exe/LstInd>
- Kulczycki, Andrzej (2003), “‘De eso no se habla’: Aceptando el aborto en México”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, México, El Colegio de México, vol. 18, núm. 2 (53), mayo-agosto, pp. 353-386.
- Lara, Diana, Jennifer Strickler, Claudia Díaz Olavarrieta y Charlotte Ellertson (2004), “Measuring Induced Abortion in Mexico. A Comparison of Four Methodologies”, *Sociological Methods & Research*, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, vol. 32, núm. 4, mayo, pp. 529-558.
- Lara, Diana, Sandra García, Jennifer Strickler y Hugo Martínez (2003), “El acceso al aborto legal de las mujeres embarazadas por violación en la ciudad de México”, *Gaceta Médica de México*, México, Academia Nacional de Medicina de México, vol. 139, suplemento 1, pp. 77-90.
- López García, R. (1994), “El aborto como problema de salud pública”, en María del Carmen Elu y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 85-90.
- Núñez Fernández, Leopoldo (2002), *Incidencia, diferenciales y actitudes del aborto en México: Metodologías alternativas*, tesis de maestría en demografía, México, El Colegio de México-Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- , y Yolanda Palma (1994), “El aborto en cifras”, en Adriana Ortiz-Ortega, *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, The Population Council-Edamex.
- Ojeda, Norma, María del Carmen Gavilanes y Eduardo González (2003), “El aborto inducido en las mexicanas en el contexto fronterizo México-Estados Unidos”, *Papeles de Población*, México, El Colegio de la Frontera Norte, vol. 9, núm. 38, octubre-diciembre, pp. 213-251.
- Okonofua, Friday E., Clifford Odimegwu, Helen Ajabor, Patrick H. Daru y Agnes Johnson (1999), “Assessing the Prevalence and Determinants of Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria”, *Studies in Family Planning*, Nueva York, The Population Council, vol. 30, núm. 1, pp. 67-77.

- Ordóñez, Blanca Raquel (1975), "Induced Abortion in México City: Summary and Conclusions from Two Studies Conducted by the Mexican Social Security Institute (IMSS)", *Epidemiology of Abortion and Practices of Fertility Regulation in Latin America: Selected Reports*, Washington, D. C., PAHO, Scientific Publication, núm. 36, pp. 26-29.
- Ortiz-Ortega, Adriana (1994), *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, The Population Council-Edamex.
- (2001), *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-Iglesia católica en México (1871-2000)*, México, The Population Council-Edamex.
- , Ana Amuchastegui y Marta Rivas (1998), "Because They Were Born from Me", en Rosalind Petchesky y Karen Judd (eds.), *Negotiating Reproductive Rights*, Londres, Zed Press, pp. 145-179.
- (2006), "Porque yo los traje al mundo". La negociación de los derechos de las mujeres en México", en Rosalind P. Petchesky y Karen Judd (comps.), *Cómo negocian las mujeres sus derechos sexuales y reproductivos. Una intersección entre culturas, política y religiones*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Programa Salud Reproductiva y Sociedad y Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos, pp. 251-300.
- Paxman, John, Alberto Rico, Laura Brown y Janie Benson (1993), "The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America", en *Studies in Family Planning*, Nueva York, The Population Council, vol. 24, núm. 4, julio-agosto, pp. 205-226.
- Petchesky, Rosalind P., y Karen Judd (comps.) (2006), *Cómo negocian las mujeres sus derechos sexuales y reproductivos. Una intersección entre culturas, política y religiones*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Programa Salud Reproductiva y Sociedad y Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos.
- Rivas, Marta, y Ana Amuchástegui (1994), "Tapémosle el ojo al macho. La paradoja institucional alrededor del aborto", en Adriana Ortiz-Ortega, *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, Population Council-Edamex, pp. 166-169.
- Rojas, Olga Lorena, y Susana Lerner (2002), *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*, México, El Colegio de México-Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- Salas y Villagómez, Guadalupe (1998), "Incidencia del aborto en México", en *Papeles de Población*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 16, pp. 83-100.

FACTORES DE DESIGUALDAD SOCIAL ASOCIADOS A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) EN LA POBLACIÓN MEXICANA

JOSÉ RAMIRO CABALLERO HOYOS¹
y ALBERTO VILLASEÑOR SIERRA²

INTRODUCCIÓN

El término infección de transmisión sexual (its) es usado para describir una variedad de síndromes clínicos asociados a más de 30 organismos bacterianos, parasitarios y virales, adquiridos mediante relaciones sexuales coitales. Los actores sociales son vulnerables a las its no sólo por las prácticas sexuales que desarrollan, sino también por la influencia de factores socioculturales y ambientales de sus comunidades (Holmes *et al.*, 1999). Por este motivo, los programas sanitarios de control de las its han tenido enormes dificultades para su implementación efectiva (Brandt, 1996), lo cual ha generado un importante desafío para el desarrollo de estrategias de prevención y control en los sistemas de salud pública del mundo.

Mayaud y McCormick (2001) plantean que las its constituyen un importante problema de salud pública por cuatro razones: *a*) las its son frecuentes en la población mundial y tienen altas tasas de prevalencia e incidencia; *b*) las its pueden generar serias complicaciones y secuelas en el organismo humano impactando en la salud sexual y reproductiva de la población; *c*) las its tienen consecuencias sociales y económicas, y *d*) algunas its facilitan la adquisición y diseminación

¹ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, México. Correo electrónico: rchsur@gmail.com

² División de Biología Molecular, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México.

del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); pero a su vez el VIH, al causar inmunosupresión, puede modificar la historia natural (duración), la presentación clínica (severidad) y la respuesta al tratamiento de algunas ITS (sobre todo en el caso de las infecciones virales).

Hay una asociación directa entre la posición socioeconómica y el estado de salud que ha sido reconocida por centurias. Las diferencias en la morbilidad y la mortalidad entre distintos grupos socioeconómicos constituyen uno de los hallazgos más consistentes en la investigación epidemiológica asociada a las desigualdades sociales. Las diferencias son variables en distintos contextos y tienen relación con factores políticos, culturales e institucionales que afectan la manera en que las condiciones socioeconómicas influyen sobre la salud (Lynch y Kaplan, 2000). En el contexto internacional, las desigualdades socioeconómicas entre países tienen un notorio efecto en la epidemiología de las ITS; por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó el año 2001 que cada año se registraban en el mundo unos 340 millones de casos de gonorrea, infecciones por chlamydia, sífilis y tricomoniasis vaginales, y que el mayor porcentaje (75 a 85%) se presentaba en los países con menor desarrollo económico (WHO, 2001).

Las altas prevalencias de ITS en estos países tienen que ver con factores demográficos, con variables relacionadas con la pobreza, con cambios socioculturales asociados a procesos migratorios, con un bajo acceso a servicios adecuados de prevención y tratamiento, con subculturas de múltiples parejas sexuales y parejas concurrentes, y con altas prevalencias de resistencia antimicrobiana para algunos patógenos. A su vez, las principales razones para la baja eficiencia de los programas de control son la poca prioridad que asignan a las ITS los tomadores de decisiones políticas debido a que no se conoce la magnitud real del problema en la población, la inadecuada infraestructura de servicios especializados, las limitaciones económicas para brindar tratamientos adecuados, el bajo énfasis en el desarrollo de estrategias educativas para la prevención, y las dificultades para generar cambios en factores estructurales (pobreza, analfabetismo, conflictos políticos, discriminación y estigma hacia determinados grupos sociales, entre otros) que impactan en la dinámica de transmisión y difusión de las ITS (Gerbase *et al.*, 1998; Mayaud y Mabey, 2004).

En los países de mayor desarrollo económico, las desigualdades en la estructura social generan mayores tasas de morbilidad y mortalidad en la población más excluida y de menores recursos económicos (Marmot, 2003). Mike Catchpole (2001) describió que en la última década del siglo XX se produjo un incremento en las tasas de ITS en Europa y en Estados Unidos. Las tasas más altas se presentaron en adolescentes y jóvenes de 16 a 24 años, en los estratos socioeconómicos más pobres y en grupos de minorías étnicas. A su vez, Van Devanter (1999) describió que Estados Unidos tenía las tasas más altas de ITS de los países de mayor desarrollo económico y que éstas superaban a las de algunos países pobres debido a las profundas desigualdades en su estructura social.

En México, las ITS constituyen un problema endémico. Su incidencia se reporta principalmente en la población económicamente activa y ocasiona secuelas graves de salud reproductiva. El año 2000, las tasas acumuladas de incidencia por 100 000 habitantes hasta la semana 26 (de enero al 29 de junio) fueron las siguientes: 1.1 de gonorrea, 0.9 de sífilis congénita, 3.5 de herpes genital, 0.2 de linfogranuloma venéreo, 0.4 de chancre blando y 6.4 de virus de papiloma humano (Dirección General de Epidemiología, 2002: 11). En el periodo de 1993 a 1998, la incidencia de las ITS clásicas (sífilis adquirida, herpes genital y gonorrea) y de candidiasis y tricomoniasis urogenitales en la población adolescente y joven de 15 a 24 años alcanzó niveles superiores a los de la población total (Conapo, 2000a: 45-47).

El presente trabajo pretende responder a las siguientes preguntas de investigación: ¿cuáles son los factores asociados al reporte de ITS en la población mexicana? ¿Entre esos factores, cuál es la importancia de algunos factores de desigualdad social como el estrato socioeconómico, la desigualdad genérica y la desigualdad intergeneracional?

El concepto de desigualdad social se entenderá, siguiendo al sociólogo Harold Kerbo (1998: 11-12), como la condición por la cual las personas tienen un acceso desigual a los recursos, servicios y posiciones que la sociedad valora. Tal desigualdad puede surgir en cuanto al modo en que individuos y grupos se ordenan y son evaluados unos por otros, pero, más importante aún, se relaciona con las diferentes posiciones de la estructura social. Esta concepción

ción de desigualdad supone la existencia de una sociedad que ha institucionalizado un sistema de relaciones sociales basado en capas jerárquicas o estratos sociales.

La evolución de las epidemias de IIS se desarrolla en contextos sociales y los cambios estructurales de las sociedades son factores que influyen en los determinantes de la infectividad, la tasa de contactos entre individuos infectados y susceptibles, y la duración de la infección. En las últimas décadas, las desigualdades entre países y dentro de los países se profundizaron —en el marco de la globalización— y, en términos generales, las tasas de IIS tendieron a ser más altas en las sociedades marcadas por altas desigualdades de ingresos, especialmente en los países de menor desarrollo económico (Aral, 2002a). Es por ello que resulta relevante hacer una aproximación a la asociación entre algunas variables de desigualdad social y la presencia de IIS en la población mexicana.

El objetivo de la indagación será explorar elementos de asociación entre algunas variables de salud reproductiva y sociodemográficas y el reporte de IIS en dos encuestas nacionales aplicadas por instituciones del sistema mexicano de salud. Esta exploración se realizará mediante un análisis de variables específicas de la Encuesta Nacional de Salud aplicada el año 2000 a una muestra poblacional (ENSA, 2000) y de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva aplicada en 1998 a una muestra de derechohabientes del IMSS (Ensare, 1998).

El nivel exploratorio del objetivo del trabajo se sustenta en las siguientes consideraciones: *a)* hay grandes dificultades para conocer la magnitud real de la prevalencia e incidencia de las IIS. En el campo epidemiológico, es común usar la metáfora de la punta del iceberg para referirse a lo que se conoce del problema frente a su real magnitud. Las IIS se diseminan rápidamente en gran medida porque el periodo de incubación varía de semanas, meses e incluso años (como el del VIH), y porque en la mayoría de las infecciones no producen síntomas o signos, especialmente en las mujeres. Cuando producen síntomas, éstos son leves y a menudo no llaman la atención de las personas infectadas. A la vez, algunos síntomas de las IIS pueden desaparecer con el tiempo, creando la falsa impresión de que la enfermedad también desapareció; *b)* debido a lo anterior, el empleo de encuestas de reporte oral (donde el informante

indica si tuvo o no una ITS en algún momento de su vida) genera información sujeta a subreportar comportamientos sexuales y antecedentes de ITS; c) las variables incluidas en las encuestas analizadas orientaron el proceso de análisis del presente trabajo hacia un enfoque del modelo epidemiológico tradicional y la inclusión de algunos elementos contextuales, pero con la limitante de no abarcar procesos de interacción sexual. A su vez, las variables disponibles fueron insuficientes para cubrir una descripción completa dentro del modelo epidemiológico tradicional. Sin embargo, incluyeron información básica como para realizar una aproximación al efecto de algunas variables de desigualdad social, genérica e intergeneracional en la presencia de ITS. En tal sentido, las limitaciones de la aproximación llevan a plantear como válido un nivel exploratorio de análisis con objeto de generar hipótesis sobre tales asociaciones.

ENFOQUES TEÓRICOS PARA EL ESTUDIO DE ITS Y LIMITACIONES DEL PRESENTE TRABAJO

La teorización en el estudio de ITS se desarrolló en dos vertientes: una tradicional relacionada con la epidemiología de los factores de riesgo individuales, y otra, más reciente y con un componente crítico hacia las limitaciones de la primera, relacionada con una epidemiología basada en los procesos de interacción. Esta última tiene un enfoque estructural de procesos contextuales y otro de redes sociales. Veamos algunos detalles de tales vertientes.

Vertiente de factores de riesgo individuales

Aral (2002a) sugiere que los esfuerzos por dar cuenta de las variaciones de la prevalencia e incidencia de ITS entre distintos contextos socioculturales se realizaron frecuentemente bajo el paradigma epidemiológico de los factores de riesgo individuales.

Bajo tal paradigma, Adimora *et al.* (1994: 1-9) propusieron un ensayo de epidemiología de las ITS, pero su interés se focalizó en el efecto de las variables demográficas, socioculturales y de comportamiento en la presencia de ITS en individuos. En ese ensayo plantea-

ron un uso intercambiable de los llamados *marcadores de riesgo* y *factores de riesgo* en la clasificación de las variables relacionadas a las ITS, debido a que los factores de riesgo tradicionales pueden asociarse al mismo tiempo a la probabilidad de encontrar una pareja infectada, a la probabilidad de infección en la exposición y a la probabilidad de enfermedad en caso de infección. En el cuadro 1 se señalan las variables marcadores de riesgo y factores de riesgo para la presencia de ITS que proponen estos autores.

Cuadro 1

Marcadores de riesgo y factores de riesgo para la presencia de ITS

<i>Marcadores de riesgo</i>	<i>Marcadores de riesgo o factores de riesgo</i>	<i>Factores de riesgo</i>
Estado civil	Edad	<i>Prácticas sexuales:</i>
Identidad étnica	Sexo	– Número de parejas
Residencia urbana/rural	Consumo de tabaco, alcohol	– Tasa de nuevas parejas
Estrato socioeconómico	y drogas	– Parejas casuales
	Presencia de otras ITS	– Preferencias sexuales
	Circuncisión preventiva	
	Uso de anticoncepción	
		<i>Cuidados de la salud:</i>
		– No uso de barreras
		– Diagnósticos tardíos
		– Tratamientos tardíos
		– Tratamiento no médico de pareja sexual
		– No cumplimiento de terapia de ducha vaginal

Fuente: Adimora *et al.*, 1994: 7.

Dado que la asociación entre variables sociodemográficas e ITS es probablemente explicada por diferencias coincidentales en las prácticas sexuales y/o la prevalencia de la enfermedad, tales variables se denominan marcadores de riesgo. Las características sociodemográficas (particularmente la edad, el sexo y la etnicidad) son conceptualizadas como sistemas de estratificación que generan de-

sigualdades económicas y sociales, y que se expresan en el acceso a estructuras de oportunidades y la disponibilidad de recursos que influyen en las actitudes y prácticas individuales. Estas características condicionan las prácticas individuales en su ambiente social y las peculiaridades de la interacción de las parejas sexuales, en el marco de los diferentes contextos sociales y epidemiológicos. A la vez, influyen en el riesgo de adquirir y diseminar las diferentes ITS según microorganismos patógenos específicos (Mason *et al.*, 2005).³

Otras variables, como las prácticas sexuales y las prácticas de cuidado de la salud, se relacionan directamente con la probabilidad de exposición a las ITS y con complicaciones infecciosas, por lo cual se denominan factores de riesgo. A su vez, algunas variables podrían funcionar como marcadores de riesgo o como factores de riesgo, por lo cual es difícil clasificarlas con exactitud.

Vertiente de contextos sociales y de estructuras de redes sociales

Ingham y Van Zessen (1997) hicieron un planteamiento crítico sobre el sesgo individualista del paradigma tradicional y plantean que sus componentes operan bajo un concepto del comportamiento basado en la toma de decisiones racional y con un enfoque de causalidad de procesos cognitivos (correspondencia relacional envolvente de percepciones, conocimientos, creencias, actitudes y prácticas). Señalan que en tal concepción se sigue un enfoque que hace predominar una orientación estática de la observación de los procesos, debido a que se asume que los atributos de los individuos pueden ser operacionalizados y medidos con cuestionarios estructurados.

En tal planteamiento, los autores sugieren poner mayor atención a los contextos socioculturales con una orientación que enfatice las interacciones sociales. En ese sentido, proponen un modelo dinámico de las interacciones sexuales que comprende, por una parte, una dimensión de factores que afectan directamente el fun-

³ Cabe añadir que en la investigación sociodemográfica, los marcadores y factores de riesgo se asumen como dimensiones analíticas o conceptos asociados al fenómeno de estudio.

cionamiento de la interacción (principalmente competencias de relación de poder, negociación y control) y, por otra, una dimensión de factores relevantes pero que no afectan de manera directa a la interacción (por ejemplo, aspectos cognitivos y acceso a recursos preventivos). En la propuesta de este modelo, los autores señalan tres diferencias centrales con el modelo tradicional: el énfasis en la explicación más que en la predicción del riesgo; la necesidad de usar métodos cualitativos para rescatar la relación de las interacciones con expectativas, deseos, emociones, capacidades y planes individuales dentro de los contextos socioculturales, y la necesidad de añadir al modelo una dimensión de procesos temporales.

Otra corriente opuesta a los estudios epidemiológicos tradicionales de las IIS que recupera los procesos estructurales de interacción social es el enfoque de las redes sociales de difusión. Rothenberg (2000) señala que este enfoque considera la influencia de las relaciones dentro de un grupo y cómo la totalidad de esas relaciones pueden influir sobre la probabilidad individual de adquirir o transmitir una infección. La probabilidad de *adquirir* una IIS está en función de la selección de parejas y de las prácticas sexuales (selección de la pareja conyugal y de las prácticas del cónyuge con otras parejas). La hipótesis central del enfoque de redes sociales es que estos comportamientos se dan en un contexto social de relaciones de personas que influye sobre el riesgo de transmisión y propagación de la enfermedad. De manera similar, la probabilidad de *transmitir* una infección depende de los mismos comportamientos y es condicional a la situación de llegar a ser infectado.

En esa línea, Aral (1999) sintetiza algunos principios y parámetros que emergen en el nuevo paradigma de la epidemiología de las IIS, a la luz del enfoque de redes sociales de parejas sexuales. Por un lado, los *principios emergentes* son: *a)* la situación de salud de una persona es altamente dependiente de la salud de su pareja y de sus prácticas sexuales; *b)* la investigación de la transmisión de la infección y su prevención es tan importante, y quizás más, que la de la adquisición de la infección y su prevención; *c)* la consideración de las características de las parejas sexuales y del proceso de su selección es un importante componente de la apreciación de las prácticas de riesgo, y *d)* la necesidad de considerar en las investigaciones tanto a casos infectados como a casos no infectados.

Por otro lado, los *parámetros poblacionales emergentes* para comprender los determinantes de las tasas de IIS son: *a*) el grado en que una población o subpoblación pueden estar abiertas o cerradas a conexiones sexuales con miembros de otras poblaciones, dependiendo del contexto cultural; *b*) la composición de la población y los patrones de combinación sexual por edades, etnias, estratos socio-económicos y otros tendrían efectos facilitadores en la difusión de IIS; *c*) niveles altos de parejas sexuales concurrentes (diferentes parejas en períodos similares, independientemente de las preferencias sexuales) en una población genera un mayor potencial de diseminación de las IIS; *d*) el grado de riesgo que caracteriza a los grupos llamados *centrales* (grupos con mayor promedio de prácticas sexuales de riesgo comparado con la población general) en función del promedio de parejas sexuales como indicador de la tasa de difusión de IIS dentro del grupo; *e*) la interacción sexual entre los grupos *centrales*, y la población general como indicador de la tasa de difusión de IIS en la población general, y *f*) la interacción sexual entre subpoblaciones, particularmente entre los grupos *centrales* basada en la acción de actores que funcionan como *puentes* intermediarios, es un indicador de la potencial diseminación de IIS de una subpoblación a otra.

Implicaciones para el presente trabajo

Este estudio seguirá la vertiente de la epidemiología tradicional de factores de riesgo individuales, debido a que las encuestas poblacionales que se analizan incluyeron variables correspondientes a ese enfoque. Sin embargo, el trabajo no generará un análisis pormenorizado de marcadores y factores de riesgo, debido a que las variables incluidas en los cuestionarios obedecieron a una intención descriptiva más amplia en el campo de la salud sexual y reproductiva que a un intento específico por apreciar factores de riesgo epidemiológico de las IIS.

A su vez, el análisis generará una aproximación a los procesos contextuales a partir de la indagación de los efectos de algunas variables de desigualdad social, genérica y generacional como eje central del trabajo. Empero, su principal limitación será la nula indagación de procesos de interacción de las parejas sexuales.

METODOLOGÍA

Se realizó un análisis de variables específicas de la ENSA de 2000 y la Ensare de 1998. Ambas encuestas incluyeron preguntas estructuradas a fin de obtener el reporte de rrs para diferentes momentos: mientras la ENSA pidió que los informantes declararan si tuvieron alguna rrs *en el último año*, la Ensare lo hizo para *alguna vez en la vida*. También incluyeron entre sus variables sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva algunas que la epidemiología tradicional considera como marcadores y/o factores de riesgo para la presencia de rrs.

La ENSA de 2000 fue diseñada y aplicada por la Secretaría de Salud (Ssa) (Rojas y Lerner, 2001: 225-237). Uno de sus objetivos generales fue contribuir al conocimiento de la salud poblacional mediante una encuesta que contemplara factores de riesgo a la salud, necesidades de salud y enfermedades crónicas.

El diseño de la ENSA de 2000 implicó una encuesta transversal, probabilística y representativa en los niveles nacional y estatal. El tamaño de la muestra fue de 47 360 viviendas y 123 136 personas entrevistadas (50.4% mujeres y 49.3% hombres). El esquema muestral fue estratificado, polietápico, de conglomerados y con probabilidad proporcional al tamaño. La muestra sobrerepresentó a los estratos socioeconómicos bajo y muy bajo. La población estudiada se dividió en tres grupos: *a*) población infantil de 0 a 9 años; *b*) población adolescente de 10 a 19 años, y *c*) población adulta de 20 y más años. La información se recolectó mediante cuestionarios (de hogar y específicos para cada población estudiada), análisis clínicos y medición de parámetros biológicos.

Por su parte, la Ensare de 1998 fue diseñada y aplicada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Rojas y Lerner, 2001: 151-171). Uno de sus objetivos generales fue generar información que permitiera evaluar las acciones de salud reproductiva y que proporcionara bases sólidas para el planteamiento y reordenación de estrategias operativas con la población derechohabiiente.

El diseño de la Ensare de 1998 implicó una encuesta transversal, probabilística y representativa en los niveles nacional y regional. El tamaño de la muestra fue de 6 024 mujeres en edad fértil y 3 765 hombres. El esquema muestral fue estratificado multietápico. La población estudiada se dividió en tres grupos: *a*) mujeres derecho-

habientes de 12 a 54 años; *b*) hombres derechohabientes de 12 a 59 años, y *c*) hogares de derechohabientes mujeres y hombres. Debido a que la encuesta se aplicó a población derechohabiente, la composición de la muestra sobrerepresentó a los sectores medios y de residencia urbana. La información se recolectó mediante dos cuestionarios, uno de hogar y otro para cada grupo específico.

En el caso de la ENSA de 2000 el análisis se realizó en una submuestra correspondiente a los casos que reportaron haber tenido actividad sexual en los grupos adolescente y adulto ($n = 42\,092$, equivalente a 63.1% de la muestra total de ambos grupos). Para efectos del análisis se unieron las bases de datos de ambos grupos y se consideraron únicamente las variables comunes.

Siguiendo la clasificación de marcadores y factores de riesgo, las variables específicas que se analizaron en la ENSA de 2000 se agruparon de la siguiente manera:

a) Variables sociodemográficas como marcadores de riesgo: nivel de instrucción y estado civil. Con el objeto de incluir en el análisis el efecto de las desigualdades sociales, también se incluyó la variable estratos socioeconómicos. Esta variable se generó agrupando los casos entrevistados en categorías, según el indicador de estratificación social propuesto por el Programa Salud Reproductiva y Sociedad (PSRS) de El Colegio de México (véase el artículo de Echarri en esta obra). Este indicador concibe la estratificación social de los hogares a partir de las siguientes variables: calidad de la vivienda, escolaridad relativa promedio del hogar, y actividad asociada al mayor ingreso del hogar. De acuerdo con los resultados, se agruparon los entrevistados en las siguientes cuatro categorías de estrato socioeconómico: alto, medio, bajo y muy bajo.

A su vez, se generó la variable de entidades federativas por niveles de marginación a fin hacer una aproximación a las condiciones contextuales en las que se dan desigualdades sociales en tales entidades. Para el efecto, se agruparon los estados en categorías de marginación, según el índice de marginación propuesto por el Consejo Nacional de Población (2000b). Este índice permite discriminar las entidades federativas según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación primaria, la residencia en viviendas inadecuadas, la percep-

ción de ingresos monetarios bajos y las derivadas de la residencia en localidades pequeñas, aisladas y dispersas (por ejemplo, falta de servicios de salud, equipamiento e infraestructura).

En tal sentido, se agruparon los estados en las siguientes cinco categorías de marginación: *a) marginación muy alta: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz e Hidalgo; b) marginación alta: San Luis Potosí, Puebla, Campeche, Tabasco, Michoacán, Yucatán, Zacatecas, Guanajuato y Nayarit; c) marginación media: Quintana Roo, Sinaloa, Durango, Tlaxcala, Morelos y Querétaro; d) marginación baja: Tamaulipas, Sonora, Chihuahua, Baja California Sur, Estado de México, Colima, Jalisco y Aguascalientes, y e) marginación muy baja: Distrito Federal, Coahuila, Baja California y Nuevo León.*

b) Variables marcadores de riesgo/factores de riesgo: edad (cumplida), sexo (femenino y masculino, se asume una mayor probabilidad de riesgo en los hombres), consumo de tabaco (cantidad de cigarros en la vida), consumo de alcohol (frecuencia de ingestión y embriaguez en el último mes), uso de drogas ilegales (utilización alguna vez en la vida) y uso de anticoncepción (uso actual).

c) Variables factores de riesgo: edad de inicio sexual coital (numérica, se asume una mayor probabilidad de riesgo cuando el inicio es a una edad más temprana).

d) Variable dependiente: reporte de IIS en el último año, mediante la aplicación de la siguiente pregunta: “¿En los 12 últimos meses has tenido alguna enfermedad de las siguientes?: verrugas genitales, gonorrea, sífilis, otras enfermedades de transmisión sexual, ninguna, no sabe, no responde”.

En el caso de la Ensare de 1998, el análisis se realizó en una submuestra correspondiente a los casos de derechohabientes que reportaron haber tenido actividad sexual en los grupos masculino y femenino ($n = 6\,140$, equivalente a 73.1 % de la muestra total). Para efecto del análisis, se unieron las bases de datos de hombres y mujeres y se consideraron únicamente las variables comunes.

Siguiendo la clasificación de marcadores y factores de riesgo, las variables de análisis se agruparon de la siguiente manera:

- a) Variables sociodemográficas como marcadores de riesgo:* nivel de instrucción, estado civil, ocupación, antecedentes de migración y estrato socioeconómico según el mencionado indicador de estratificación social propuesto por el PSRS de El Colegio de México.
- b) Variables marcadores de riesgo/factores de riesgo:* edad, sexo, uso de condón (limitado al uso de condón alguna vez en la vida: “¿Alguna vez ha usado usted o su pareja los preservativos o condones?”), opinión sobre el uso del condón para prevenir las IRS y exposición a información de IRS propuesta por diferentes fuentes (escuela, amigos y medios de comunicación).
- c) Variables factores de riesgo:* edad de inicio sexual coital, reporte de antecedentes de abuso sexual (con la pregunta: “¿Ha sufrido alguna vez, incluyendo su infancia, alguna violación?”).
- d) Variable dependiente:* reporte de IRS alguna vez en la vida. Se recolectó en el cuestionario con las siguientes preguntas individuales: “¿Ha padecido (tenido) alguna vez?: sífilis (una úlcera o chancro duro que no duele, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero sobre todo en lugares húmedos); gonorrea (escurrimiento de pus por donde orina y ardor al orinar); chlamydia (secreción en los genitales, dolor al orinar y dolor y secreción rectal), tricomoniasis (flujo blanquecino que da mucha comezón en los genitales) y herpes genital (vesículas en los genitales parecidas a granitos con agua).

Las opciones de respuesta a las preguntas fueron dicotómicas (sí o no). En el grupo de estudio, las preguntas tuvieron los siguientes porcentajes de no respuesta: la sífilis 35.8%, gonorrea 27.4%, chlamydia 90.9%, tricomoniasis 80.6% y herpes genital 58.7%. Esto se debió a que estas preguntas se podían contestar solamente si se indicaba previamente que se conocía o se había oído hablar de las infecciones.

El análisis estadístico de los datos de la ENSA de 2000 y de la Encuesta de 1998 se hizo en forma separada y, en ambos casos, se siguió una fase descriptiva y otra multivariada.

En la primera fase, la descripción se hizo mediante frecuencias y porcentajes. A la vez, se describió la frecuencia de IRS reportadas y

su relación con las variables sociodemográficas. A fin de apreciar las diferencias estadísticas entre las variables sociodemográficas con respecto a la proporción de ITS reportadas se calcularon pruebas chi cuadrada y sus valores de significancia a un nivel de 0.05.

En la fase de análisis multivariado, se realizaron análisis de regresión logística dicotómica exploratoria mediante el cálculo de razones de momios (RM) crudas (para cada variable) y ajustadas (entre todas las variables) e intervalos de confianza de 95% (IC 95%). La bondad de ajuste del modelo obtenido fue evaluada con la prueba Hosmer-Lemeshow para datos reagrupados y ordenados según sus probabilidades de predicción.

Los cálculos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 12.

Las variables de análisis de la regresión logística fueron incluidas en los modelos según un criterio de significancia estadística en las relaciones bivariadas y otro de relevancia teórica en la predicción epidemiológica de la presencia de ITS. En el caso de la ENSA de 2000, las variables fueron codificadas de la siguiente manera, a efectos de construcción del modelo: *a)* variable dependiente: se recodificó la variable original con varias opciones de ITS en una variable dicotómica (1 = sí o presencia de ITS y 0 = no o ausencia de ITS); *b)* las variables independientes: estrato socioeconómico: 1 = estratos muy bajo y bajo y 0 = estratos medio y alto; sexo: 1 = mujer y 0 = hombre; escolaridad: 1 = inferior (primaria y ninguno) y 0 = superior (universitario, preparatoria y secundaria); ocupación: 1 = trabajaba y 0 = no trabajaba; consumo de cocaína: 1 = sí y 0 = no, y edad de inicio coital: 1 = 10 a 17 años y 0 = 18 y más años. En el caso de la Encuesta de 1998, las variables se codificaron de la siguiente manera: *a)* variable dependiente: se unieron las cinco variables de ITS en una sola, mediante una sumatoria, y se codificó como 1 = sí o casos de ITS (aquellos casos que tuvieron dos o más ITS quedaron incluidos en este mismo código) y 0 = no casos de ITS; *b)* las variables independientes: estrato socioeconómico: 1 = estratos muy bajo y bajo y 0 = estratos medio y alto; sexo: 1 = mujer y 0 = hombre; escolaridad: 1 = inferior (primaria y ninguno) y 0 = superior (universitario, preparatoria y secundaria); ocupación: 1 = trabajaba y 0 = no trabajaba; antecedente de abuso sexual: 1 = sí y 0 = no; uso de condón alguna vez: 1 = sí, 0 = no; opinión favorable al uso del condón

para prevenir las ITS: 1 = sí y 0 = no; exposición a información sobre ITS en la escuela: 1 = sí y 0 = no; exposición a información sobre ITS por radio y televisión: 1 = sí y 0 = no; exposición a información sobre ITS por periódicos y revistas: 1 = sí y 0 = no.

RESULTADOS

A continuación se presentarán los hallazgos del análisis realizado. En primer lugar, se presentarán los datos de la ENSA de 2000 a población abierta, y posteriormente los de la Encuesta de 1998 a población derechohabiente. Se describirán los hallazgos por separado debido a que son poblaciones diferentes y a que las preguntas del reporte de las ITS son distintas (en la ENSA de 2000 reporte de ITS en el último año, y en la Encuesta de 1998 reporte de ITS alguna vez en la vida). Esta situación hace que la información no pueda ser apreciada comparativamente y que el análisis tenga un sentido exploratorio en la apreciación de las relaciones entre variables.

Resultados de la ENSA de 2000

Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas del grupo analizado (submuestra de personas que reportaron experiencia sexual coital) se presentan en el cuadro 2. Por el diseño de la muestra de la ENSA de 2000, más de dos terceras partes de los entrevistados fueron mujeres. Predominó el grupo que no trabajaba y fue más común esta situación laboral en las personas más jóvenes (de 15 a 19 años).

Respecto al nivel de instrucción, en las personas mayores de 25 años predominaron los niveles de primaria y ninguno (61.6%), mientras que en las personas jóvenes los niveles de secundaria, preparatoria y superior fueron más frecuentes (64.9%). Las diferencias también fueron marcadas en el estado civil, siendo más frecuente el estado de soltero en los jóvenes (64%) y el de casado en los mayores (77%).

Cuadro 2

Características sociodemográficas por grupos de edad, ENSA, 2000, México.
 n = 42 075. En porcentajes

Variables sociodemográficas	Grupos de edad		χ^2^*	P <
	15-24 (n = 7 426)	25> (n = 34 649)		
Sexo				0.001
Masculino	34.5	31.6	23.5	
Femenino	65.5	68.4		
Ocupación				
Trabajaba	39.1	47.1	151.1	0.001
No trabajaba	60.9	52.9		
Nivel de instrucción				
Ninguno	1.6	10.5		
Primaria	33.4	51.1	2 295.7	0.001
Secundaria	36.5	16.6		
Preparatoria	23.2	14.6		
Superior	5.2	6.1		
Estado civil				
Casado o unido	33.3	77.0	4 751.4	0.001
Divorciado-separado-viudo	2.6	16.3		
Soltero	64.0	6.7		
Estratos socioeconómicos				
Muy bajo	41.0	41.6	175.8	0.001
Bajo	43.4	36.7		
Medio	10.7	14.4		
Alto	4.9	7.3		
Entidades federativas				
Marginación muy alta	14.5	15.9		
Marginación alta	26.7	28.6	34.4	0.001
Marginación media	21.0	18.7		
Marginación baja	25.1	24.8		
Marginación muy baja	12.6	12.1		

Finalmente, en estratos socioeconómicos, la muestra tuvo soberrepresentación de los estratos muy bajo y bajo (alrededor de 80%) y menores en el estrato medio y alto. La muestra también estuvo compuesta por informantes de las distintas entidades federativas que se agrupan en diferentes niveles de marginación, siendo más de la mitad la proporción de informantes de niveles de marginación media, alta y muy alta.

Contexto desigual de prácticas sexuales y de uso de anticonceptivos

El grupo analizado estuvo compuesto por personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales coitales. La media de edad del inicio coital fue de 18.5 años (desviación estándar = 4.1) y se hallaron diferencias estadísticamente significativas por edad y sexo. En el grupo de edad de 15 a 24 años, la media de inicio fue a los 16.9 años, mientras que en el grupo de más de 24 años fue 18.8 años ($P < .001$). A la vez, la edad de inicio fue algo más temprana en los hombres (18.1 años) que en las mujeres (18.6 años) ($P < .001$) (cuadro 3).

Cuadro 3
Edad promedio del inicio sexual coital, según edades y sexo,
ENSA, 2000, México. n = 42 075

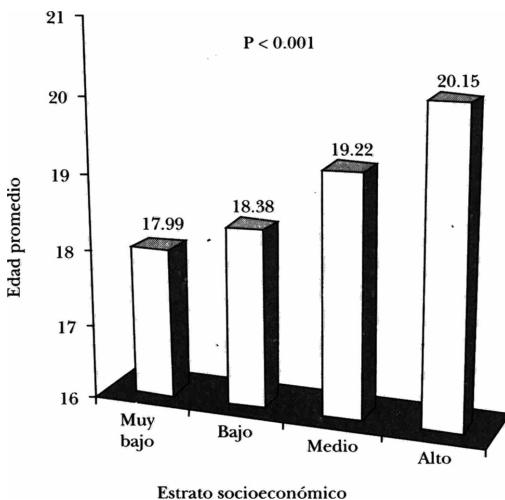
<i>Variables</i>	<i>Media de edad</i>	<i>DE*</i>	<i>P <</i>
Edad			
15-24 (n = 7 426)	16.9	2.4	0.001
25+ (n = 34 649)	18.8	4.2	
Sexo			
Mujeres (n = 28 589)	18.6	4.1	0.001
Hombres (n = 13 503)	18.1	3.9	
Total	18.5	4.1	

* Desviación estándar.

Fuente: elaboración propia.

La edad de inicio sexual coital también presentó diferencias estadísticamente significativas entre estratos socioeconómicos. Cuanto más bajo el estrato socioeconómico más temprana la edad de inicio sexual coital reportada ($P < .001$) (gráfica 1).

Gráfica 1
Inicio de actividad sexual coital por estrato socioeconómico



Fuente: ENSA, 2000.

Un 34.7% de la muestra reportó usar métodos anticonceptivos en el momento de la entrevista. Como se aprecia en el cuadro 4, los métodos más empleados fueron la operación femenina o ligadura (30.2%), el dispositivo intrauterino o DIU (22.2%), las pastillas (12.7%) y el condón (9.6%). El condón, método que también tiene relación con la prevención de las IIS, fue usado en mayor porcentaje en los estratos socioeconómicos alto y medio que en los estratos bajo y muy bajo.

Entre quienes reportaron alguna IIS en el último año, 12.3% dijo que usaba el condón como medida anticonceptiva en el momento del estudio, mientras que en el grupo que no reportó IIS el porcentaje fue menor (9.8%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

Cuadro 4

Uso actual de métodos anticonceptivos por estrato socioeconómico,
ENSA, 2000, México. n = 14 601. En porcentajes

Métodos anticonceptivos	Estratos socioeconómicos				
	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Total
Condón	7.4	9.9	12.4	15.5	9.6
Operación femenina	29.4	30.9	31.3	26.9	30.2
Vasectomía	0.9	1.7	2.7	3.8	1.6
Pastillas	13.8	12.3	11.1	12.8	12.7
Inyecciones	10.1	7.1	5.3	3.3	7.8
Norplant	0.2	0.2	0.2	0.4	0.2
DIU	23.1	22.9	19.2	16.3	22.2
Óvulos	0.2	0.4	0.5	2.4	0.3
Ritmo	5.2	5.9	8.6	11.3	8.6
Coito interrumpido	4.5	3.8	3.0	3.8	3.0
Otro	2.5	2.0	2.5	2.9	2.5
No responde	2.8	2.8	3.2	2.9	3.2

$\chi^2 = 315.704$, P < 0.001.

Fuente: Elaboración propia.

Desigualdades en el reporte de IIS

Un total de 489 personas reportaron haber tenido alguna IIS en el último año (1.2%). Un 0.03% reportó sífilis, 0.2% gonorrea, 0.3% verrugas y 0.7% otras infecciones. El reporte de IIS se asoció con las variables edad, estado civil, sexo, nivel de instrucción y ocupación (cuadro 5): la sífilis tuvo un reporte más alto en los entrevistados de 15 a 24 años (0.1%), en los solteros (0.1%), en los de instrucción primaria y secundaria (0.1%) y en los hombres (0.04%); la gonorrea tuvo el reporte más bajo en las mujeres (0.1%) y en quienes no tenían escolaridad (0.1%); las verrugas tuvieron el reporte más alto en los de instrucción secundaria (0.4%), y otras IIS tuvieron un reporte más alto en los entrevistados de instrucción secundaria (1%), en los de 15 a 24 años (0.9%), en las mujeres (0.8%) y en los solteros (0.8%).

Cuadro 5

rrs reportadas según variables sociodemográficas, ENSA, 2000, México.
n = 42 075. En porcentajes

Variables sociodemográficas	Nombre de la rrs					χ^2 *	P <
	Sífilis	Gonorrea	Verrugas	Otra	No sabe		
Grupos de edad							
15-24 (n = 7 426)	0.1	0.2	0.2	0.9	0.2		
25> (n = 34 649)	0.03	0.2	0.3	0.6	0.1		
Ocupación							
Sí (n = 18 367)	0.03	0.2	0.3	0.6	0.1		
No (n = 21 828)	0.03	0.2	0.3	0.7	0.2		
Nivel de instrucción							
Ninguno (n = 3 494)	0	0.1	0.2	0.3	0.3		
Primaria (n = 19 031)	0.1	0.2	0.3	0.6	0.2		
Secundaria (n = 7 961)	0.1	0.2	0.4	1.0	0.1		
Preparatoria (n = 6 324)	0.03	0.2	0.2	0.7	0.1		
Superior (n = 2 342)	0.04	0.2	0.2	0.7	0.04		
Sexo							
Mujer (n = 28 589)	0.03	0.1	0.3	0.8	0.2		
Hombre (n = 13 503)	0.04	0.2	0.3	0.3	0.1		
Estado civil							
Casado o unido							
(n = 31 425)	0.03	0.2	0.3	0.7	0.2		
Divorciado-separado-viudo							
(n = 4 797)	0.0	0.2	0.2	0.3	0.2		
Soltero (n = 5 842)	0.1	0.2	0.3	0.8	0.1		
Total	0.03	0.2	0.3	0.7	0.2		

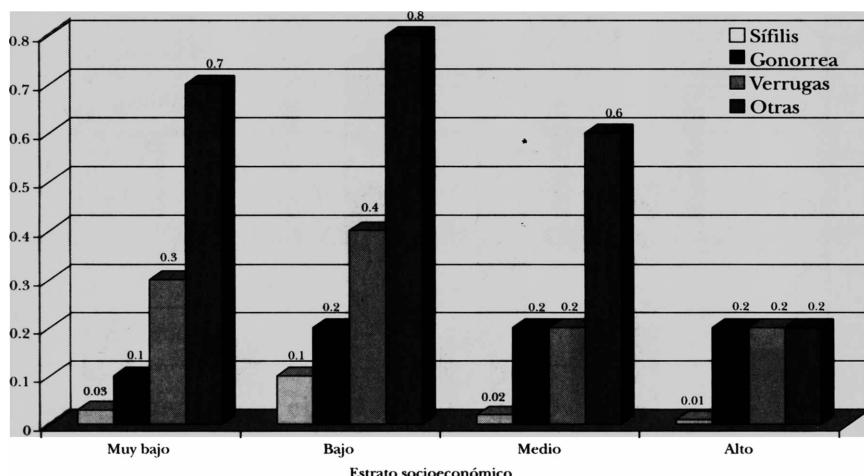
* Chi cuadrada.

Fuente: Elaboración propia.

El reporte de rrs también tuvo una asociación estadísticamente significativa con la variable estrato socioeconómico ($P < .001$), en el sentido de que fue más frecuente la mención de alguna rrs en los estratos socioeconómicos bajo y muy bajo (gráfica 2). Entre quienes reportaron una rrs hubo reacciones inmediatas al enterarse de que

tenían la infección y éstas fueron diferenciales por estrato socioeconómico. Las medidas más frecuentes fueron asistir al centro de salud en los estratos muy bajo (39.3%) y bajo (32.9%) y acudir al médico privado en los estratos medio (40.4%) y alto (47.4%). Un 9.4% reportó no haber hecho nada ante la noticia de la infección.⁴

Gráfica 2
Porcentaje de ITs por estrato socioeconómico



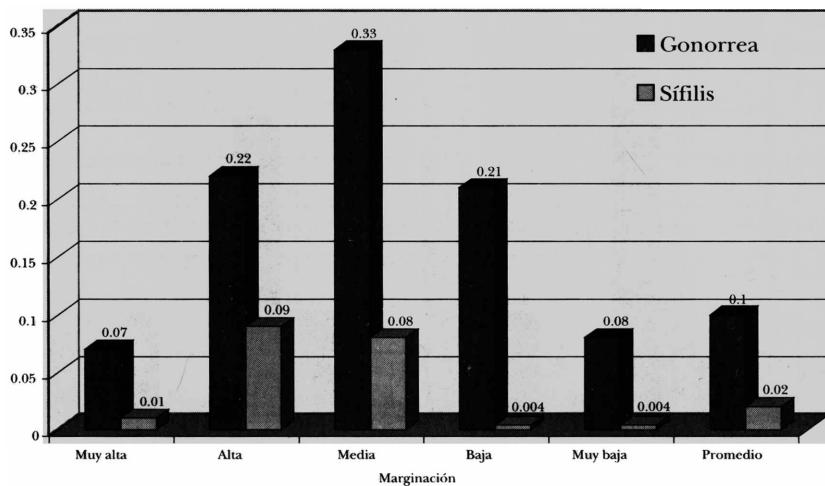
Fuente: ENSA, 2000.

El nivel de marginalidad de las entidades federativas no tuvo asociación estadísticamente significativa con el reporte de ITs debido a la variabilidad de frecuencias en zonas de mayor y menor marginalidad. Las tasas de incidencia de sífilis fueron mayores en los contextos de marginación media y alta; mientras que las tasas de la gonorrea fueron mayores en los contextos de marginación alta, media y baja (gráfica 3). Al comparar los datos de la ENSA de 2000 con los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de casos acumulados en el año 2000 hasta la semana 51 (Sisvea, 2001), se pudo ver la falta de concordancia en los datos arrojados por ambas

⁴ En este caso, como en otros apartados donde no se menciona el número de cuadro, los datos que se presentan son los obtenidos en la encuesta.

fuentes, pero cierto grado de similitud en la distribución de las IRS por zonas de marginación: la tasa de incidencia de gonorrea fue más alta en las zonas de marginación alta, baja y muy baja, mientras que la tasa de sífilis fue más alta en zonas de marginación alta, muy baja y baja (gráfica 4).

Gráfica 3
Tasas promedio de IRS por zonas de marginación, ENSA, 2000

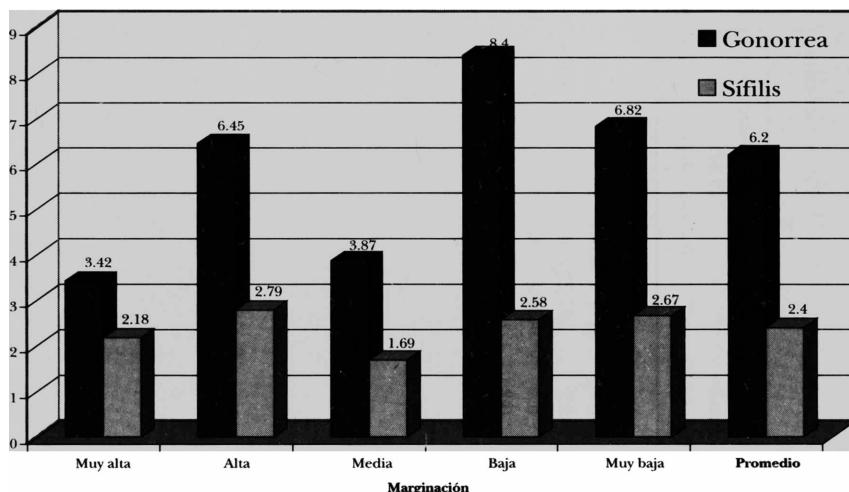


Fuente: ENSA, 2000.

Consumo de sustancias y su relación con las IRS

En el grupo analizado, 62.9% reportó haber consumido tabaco alguna vez, 54.8% haber consumido alcohol, 2% haber consumido marihuana, 1.2% haber consumido cocaína y 0.1% haber consumido heroína. Hubo diferencias de consumo relevantes por estratos socioeconómicos, sexo y grupos de edad, como se puede apreciar en el cuadro 6: *a*) el consumo de tabaco fue mayor en los estratos medio y alto, en los hombres y, aunque con diferencias más pequeñas, en jóvenes; *b*) el consumo del alcohol fue mayor en los estratos medio y alto, en los hombres y en todas las edades; *c*) el consumo de

Gráfica 4
Tasas promedio de ITS por zonas de marginación, Sisvea, 2000



Fuente: Sisvea, 2000.

cocaína fue mayor en el estrato bajo, en los hombres y en los jóvenes; *d*) el consumo de marihuana no presentó grandes diferencias entre los distintos estratos socioeconómicos, pero fue mayor en los hombres y en el grupo de edad más joven, y *e*) el consumo de heroína fue mayor en el estrato alto y en los hombres, sin diferencias por grupos de edad.

En general, el porcentaje de reporte de todas las ITS siempre fue mayor cuando los informantes indicaron haber consumido cocaína y marihuana, mientras que el consumo de tabaco y alcohol se asoció a un mayor reporte de gonorrea, sífilis y verrugas, pero no de otras ITS (cuadro 7). A su vez, el consumo de heroína no se asoció significativamente al reporte de ITS.

Cuadro 6

Consumo de sustancias por variables sociodemográficas, ENSA, 2000, México. n = 42 075. En porcentajes

Sustancias	Estrato socioeconómico				Sexo				Edad					
	Muy bajo (n = 16649)	Bajo (n = 15209)	Medio (n = 5491)	Alto (n = 2771)	χ^2 *	P <	Mujer (n = 28562)	Hombre (n = 13497)	χ^2 *	P <	15-24 (n = 7418)	25+ (n = 34624)	χ^2 *	P <
	58.0	65.0	69.0	71.0	375.2	0.001	52.6	84.7	4060.1	0.001	65.5	62.4	26.3	0.001
Tabaco	48.4	58.0	62.8	67.1	641.2	0.001	40.0	86.8	8111.0	0.001	54.2	55.2	2.7	n.s.**
Alcohol	1.0	1.7	1.1	1.2	32.0	0.001	0.3	3.2	587.2	0.001	2.9	0.9	195.5	0.001
Cocaína	1.9	2.3	1.8	2.0	10.4	0.05	0.4	5.4	1128.9	0.001	3.6	1.7	107.0	0.001
Marihuana	0.1	0.1	0.1	0.2	8.5	0.05	0.0	0.2	65.6	0.001	0.1	0.1	1.6	n.s.**
Heroína														

* Chi cuadrada.

** no significativa.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 7

ITS reportadas según variables de consumo de sustancias, ENSA, 2000,
México. n = 42 075. En porcentajes

Sustancias	<i>Nombre de la ITS</i>					χ^2^*	P <
	Sífilis	Gonorrea	Verrugas	Otra	No sabe		
Tabaco							
Sí (n = 26 479)	0.07	0.2	0.3	0.7	0.2	17.9	0.001
No (n = 15 609)	0.01	0.1	0.2	0.7	0.1		
Alcohol							
Sí (n = 23 070)	0.05	0.2	0.3	0.6	0.2	31.8	0.001
No (n = 18 859)	0.02	0.1	0.2	0.7	0.1		
Cocaína							
Sí (n = 525)	0.2	0.8	1.5	2.7	0.0	12.9	0.001
No (n = 41 530)	0.03	0.2	0.3	0.6	0.2		
Marihuana							
Sí (n = 851)	0.1	0.9	1.3	1.4	0.2	4.3	0.05
No (n = 41 208)	0.03	0.2	0.3	0.7	0.1		
Total	0.03	0.2	0.3	0.7	0.2		

* Chi cuadrada.

Fuente: Elaboración propia.

Factores asociados al reporte de ITS

El modelo de regresión logística describe que ser de estrato socioeconómico muy bajo y bajo (RMA = 1.6), tener un nivel de instrucción menor (RMA = 1.7), ser de sexo masculino (RMA = 1.7), haber iniciado la vida sexual coital a una menor edad (RMA = 1.4) y haber consumido cocaína (RMA = 4.9) fueron factores que se asociaron de manera independiente a una mayor probabilidad de riesgo de reporte de ITS en el último año (cuadro 8).

Cuadro 8

Regresión logística de factores asociados al reporte de IRRS, ENSA, 2000, México. n = 41 700. En razón de momios e intervalos de confianza de 95% crudos y ajustados

Factores	Reporta IRRS		Razón de momios crudos	IC 95 %	Razón de momios ajustados*	IC 95 % **
	Sí n = 489	No n = 41 211				
Estratos socioeconómicos						
Muy bajo y bajo	392	31 276	1.3	1.1-1.7	1.6	1.2-2.0
Medio y alto	78	8 146	1		1	
Escolaridad						
Ninguna y primaria	220	22 074	1.5	1.3-1.8	1.7	1.4-2.1
Secundaria, preparatoria, universidad	244	16 256	1		1	
Sexo						
Mujer	365	28 056	1		1	
Hombre	124	13 155	1.4	1.1-1.7	1.7	1.3-2.1
Ocupación						
Trabajaba	224	19 002	0.7	0.5-1.0	0.7	0.4-1.1
No trabajaba	271	22 594	1		1	
Consumo de cocaína						
Sí	27	494	4.8	3.2-7.2	4.9	3.2-7.5
No	461	40 683	1		1	
Edad de inicio coital						
10-17 años	257	18 632	1.3	1.1-1.6	1.4	1.4-2.1
18+ años	232	22 579	1		1	

* Ajustado por estratos (muy bajo, bajo/medio alto), escolaridad (ninguna y primaria/secundaria, preparatoria y más), sexo (mujer/hombre), ocupación (ocupado/desocupado), consumo de cocaína (sí/no), edad de inicio sexual coital (10-17 años/18+ años).

** Prueba de bondad de ajuste Hosmer y Lemeshow: Chi cuadrada = 6.42, grados de libertad = 7, P = 0.492.

Fuente: Elaboración propia.

*Resultados de la Ensare de 1998 para población
derechohabiente del IMSS*

Características sociodemográficas

Por el diseño de la muestra de la Ensare de 1998, casi 80% de los entrevistados fueron mayores de 24 años, y cerca de dos terceras partes de la muestra fueron mujeres. Predominó el grupo que trabajaba, sin diferencias significativas por edades. Respecto al nivel de instrucción, en las personas mayores (25 > años) predominaron los niveles primaria y secundaria (73.4%), mientras que en las personas jóvenes (15 a 24 años) los niveles de secundaria y preparatoria fueron mayores (75.6%). El estado civil casado o en unión libre fue predominante en ambos grupos de edad, aunque mayor en los de más de 25 años, mientras que el estado civil soltero correspondió a una tercera parte de los jóvenes (cuadro 9).

La muestra estuvo compuesta también por personas con experiencia migratoria, siendo ésta mayor en los mayores (54.1%) que en los jóvenes (38.4%). Finalmente, en estratos socioeconómicos, la muestra tuvo sobrerepresentación de los estratos bajo y medio, debido a que el universo de la población de esta encuesta correspondió a derechohabientes del IMSS.

Contexto desigual de prácticas sexuales y uso de anticonceptivos

El grupo analizado estuvo compuesto por 6 410 personas que reportaron haber tenido relaciones sexuales coitales. La media de edad del inicio coital fue de 18.5 años (Desviación Estándar = 4.1). En esta media de edad hubieron diferencias estadísticamente significativas por edad, sexo y estrato socioeconómico: la edad de inicio coital fue menor en el grupo más joven ($P < .001$), en los hombres ($P < .001$) y en los estratos socioeconómicos muy bajo y bajo ($P < .001$) (cuadro 10).

Cuadro 9

Características sociodemográficas por grupos de edad, Ensare, 1998,
México. n = 6 140. En porcentajes

Variables sociodemográficas	Grupos de edad		χ^2^*	P <
	15-24 (n = 993)	≥ 25 (n = 5 147)		
Sexo				
Masculino	42.6	38.8	5.1	0.05
Femenino	57.4	61.2		
Ocupación				
Trabajaba	56.0	58.8	2.8	n.s.**
No trabajaba	44.0	41.2		
Nivel de instrucción				
Ninguno	0.4	3.1	317.1	0.001
Primaria	13.7	38.8		
Secundaria	49.8	34.6		
Preparatoria	25.8	12.8		
Superior	10.3	10.6		
Estado civil				
Casado o unido	61.0	84.1	666.0	0.001
Divorciado-separado-viudo	6.3	10.1		
Soltero	32.7	5.8		
Estrato socioeconómico				
Muy bajo	7.1	7.9	61.9	0.001
Bajo	64.3	51.0		
Medio	20.1	29.6		
Alto	8.5	11.5		
Experiencia migratoria				
Sí	38.4	54.1	81.6	0.001
No	61.6	45.9		

* Chi cuadrada.

** no significativa.

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 10

Edad promedio del inicio sexual coital, según grupos de edad, sexo y estrato socioeconómico, Ensare, 1998, México. n = 6 140. En medias y desviaciones estándar

<i>Variables</i>	<i>Edad de inicio coital</i>	<i>DE*</i>	<i>P <</i>
Edad			
15-24 (n = 993)	17.2	2.3	0.001
≥ 25 (n = 5 147)	18.9	3.9	
Sexo			
Mujeres (n = 3 718)	19.5	3.8	0.001
Hombres (n = 2 422)	17.3	3.2	
Estratos socioeconómicos			
Muy bajo (n = 478)	17.9	3.9	0.001
Bajo (n = 3 264)	18.3	3.5	
Medio (n = 1 719)	18.7	4.1	
Alto (n = 676)	19.3	3.8	
Total	18.5	4.1	

* Desviación estándar.

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los entrevistados dijo haber iniciado su vida sexual con su pareja de matrimonio o unión libre (43.7%); 33.6% dijo con su novio(a); 14% con un amigo o amiga, y 4.3% con algún desconocido o desconocida. La decisión de tener relaciones esa primera vez fue principalmente en pareja (69.4%), en menor medida del hombre (24.5%) y de la mujer (4.9%). El inicio sexual por abuso sexual fue reportado por 0.6% de los entrevistados.

Los datos del cuadro 11 muestran diferencias significativas en el uso de métodos anticonceptivos por estratos socioeconómicos. Los métodos que los informantes refieren haber usado alguna vez (para ellos o sus parejas) y con mayor frecuencia fueron las pastillas, el DIU, el condón y la OTB. El condón, que es un método asociado a la prevención de la transmisión de IRS, fue usado en mayor porcentaje en los estratos socioeconómicos alto y medio ($P < .001$).

Cuadro 11

Uso de métodos anticonceptivos por estratos socioeconómicos, Ensare, 1998, México. n = 6 140. En porcentajes

Métodos anticonceptivos	Estratos socioeconómicos					χ^2*	P <
	Total	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto		
OTB	38.5	36.9	36.7	41.4	40.4	35.4	0.001
Vasectomía	2.3	0.5	1.8	3.6	2.7	34.6	0.001
Pastillas	46.7	40.6	46.1	49.6	46.2	13.9	0.05
Inyecciones	21.8	22.8	22.6	19.5	23.6	12.3	n.s.**
Norplant	2.0	4.2	2.3	1.2	2.2	5.0	n.s.**
DIU	49.5	42.4	52.5	48.2	42.7	37.9	0.001
Condón	43.9	35.0	43.0	44.7	51.8	35.7	0.001
Óvulos	12.0	11.2	9.8	14.1	15.4	24.9	0.001
Ritmo	37.2	28.7	35.6	37.1	47.5	43.8	0.001
Coito interrumpido	42.8	44.5	41.7	38.7	37.1	27.5	0.001

* Chi cuadrada.

** no significativa.

Fuente: Elaboración propia.

Desigualdades en el reporte de IIS

Los entrevistados reportaron diferentes porcentajes de IIS, alguna vez en su vida: 1% sífilis, 3.1% gonorrea, 2% herpes, 11.6% infecciones por chlamydia y 11.4% tricomoniasis. Como se puede ver en el cuadro 12, el reporte de IIS tuvo porcentajes más altos en informantes de los estratos socioeconómicos muy bajo y bajo, en el grupo de mayor edad (a excepción de las infecciones por chlamydia), en los desocupados (a excepción de la gonorrea), en los de menor nivel de instrucción, en quienes tuvieron antecedentes de migración (excepto en la gonorrea) y en unidos o casados.

Cuadro 12

ITS reportadas según variables sociodemográficas, Ensare, 1998, México.

n = 6,140. En porcentajes

Variables sociodemográficas	Nombre de la ITS				
	Sífilis	Gonorrea	Herpes	Chlamydia	Tricomoniasis
Grupos de edad					
15-24	0.5	1.4***	0.7**	12.5	10.1
25>	1.1	3.5	2.3	11.7	11.7
Ocupación					
Trabajaba	1.0	3.6**	1.9	6.6*	6.5*
No trabajaba	1.1	2.3	2.2	21.1	16.6
Nivel de instrucción					
Ninguno	0.0**	2.9**	0.0	25.0***	18.2*
Primaria	2.0	4.6	3.1	17.9	17.7
Secundaria	0.9	2.6	1.9	12.0	13.7
Preparatoria	0.8	2.7	1.6	11.2	6.6
Superior	0.3	2.4	1.6	2.1	5.2
Sexo					
Mujer	1.0	1.5*	2.2	11.8	18.7*
Hombre	1.0	4.9	1.8	0.0	1.6
Estado civil					
Casado o unido	1.1	3.3**	2.0	13.3	12.4
Divorciado-separado-viudo	1.4	4.7	3.3	5.7	10.5
Soltero	0.2	1.3	1.1	9.1	6.2
Experiencia migratoria					
Sí	1.4**	3.1	2.5	14.4**	11.8
No	0.7	3.2	1.6	9.3	11.2
Estrato socioeconómico					
Muy bajo	0.9	3.9	5.0	10.5	14.8**
Bajo	1.2	3.1	2.0	15.9	13.0
Medio	1.0	3.4	1.8	10.6	12.4
Alto	0.5	2.4	1.0	4.9	5.2
Total	1.0	3.1	2.0	11.6	11.4

* Prueba chi cuadrada, P < 0.001.

** Prueba chi cuadrada, P < 0.05.

*** Prueba chi cuadrada, P < 0.005.

Fuente: Elaboración propia.

Opinión sobre el uso del condón y reporte de ITS

Un 34.3% de los informantes tuvo una opinión favorable sobre el uso del condón como medida preventiva contra las ITS. Hubo una diferencia estadísticamente significativa por edades ($P < .001$), debido a que los jóvenes tuvieron un porcentaje más alto de opinión favorable (43.9%) que los mayores (30.3%).

Se encontró que el porcentaje de ITS reportadas en la vida fue más bajo en quienes tuvieron la opinión favorable para el uso del condón que en quienes tuvieron una opinión desfavorable (7% vs. 9.5%). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($P < .005$).

Otro 57.6% de los informantes que tenía una opinión favorable para el uso del condón como medida preventiva contra las ITS había usado el condón alguna vez en su vida, mientras que el porcentaje de uso fue de 42.3% en quienes tuvieron una opinión desfavorable ($P < .001$).

Exposición a fuentes de información y reporte de ITS

Quienes estuvieron expuestos a información preventiva de ITS difundida por los medios de comunicación masiva (radio, televisión, periódicos y revistas) y mediante actividades escolares tuvieron menores porcentajes de ITS que quienes no estuvieron expuestos. La exposición a estas fuentes de información tuvo una asociación estadísticamente significativa con el reporte de alguna ITS en la vida (cuadro 13).

La exposición a información de ITS en las escuelas fue mayor en los estratos socioeconómicos más altos que en los bajos (estrato alto = 38.2%, estrato medio = 23.8%, estrato bajo = 18.2%, y estrato muy bajo = 8.1%; $P < .001$). A su vez, la exposición a información de ITS difundida por periódicos y revistas fue mayor en los estratos más altos (estrato alto = 30.3%, estrato medio = 26.4%, estrato bajo = 19.9%, y estrato muy bajo = 14.3%; $P < .001$), mientras que la exposición a información por radio y televisión tuvo porcentajes más cercanos en todos los estratos (estrato alto 13.9%, estrato medio = 17.2%, estrato bajo = 12.9% y estrato muy bajo 14%; $P < .05$). Final-

Cuadro 13

rrs reportadas según exposición a distintas fuentes de información preventiva, Ensare, 1998, México. n = 6 140. En porcentajes

<i>Fuentes de información</i>	<i>Reporte de ITS</i>	χ^2*	<i>P</i> <
Escuela			
Sí (n = 1 351)	6.3	9.3	0.001
No (n = 4 789)	9.3		
Radio y tv			
Sí (n = 890)	4.7	15.9	0.001
No (n = 5 220)	9.3		
Periódicos y revistas			
Sí (n = 1 412)	6.0	13.2	0.001
No (n = 4 728)	9.5		
Amigos y parientes			
Sí (n = 2 941)	8.2	1.3	n.s.**
No (n = 3 199)	9.1		

* Chi cuadrada.

** no significativa.

Fuente: Elaboración propia.

mente, la exposición a información de rrs mediante amigos y parientes fue mucho mayor en los estratos inferiores que en los superiores (estrato muy bajo = 59%, estrato bajo = 48.7%, estrato medio = 40.3% y estrato alto = 30.2%; $P < .001$).

Antecedentes de abuso sexual y reporte de ITS

El 2.4% del grupo entrevistado reportó haber sufrido alguna violación en su vida. Un 85.5% de este grupo fueron mujeres ($P < .001$). Aunque los porcentajes de violación reportados fueron mayores en los estratos socioeconómicos inferiores que en los superiores (estrato muy bajo = 2.7%; estrato bajo 2.7%; estrato medio 2.1%, y estrato alto 2.4%), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

El porcentaje de ITS reportadas fue mayor en el grupo que informó haber sufrido abuso sexual alguna vez que en quienes no lo reportaron (15.5% *vs.* 8.5%). La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ($P < .05$).

Factores asociados al reporte de ITS

El antecedente de haber sufrido alguna vez abuso sexual fue el único factor de riesgo asociado de manera independiente al reporte de ITS alguna vez en la vida ($RMA = 2.4$). Los factores que emergieron como protectores contra el reporte de ITS fueron la opinión favorable a usar condón para prevenir las ITS ($RMA = 0.7$), haber usado condón alguna vez ($RMA = 0.5$) y haber estado expuesto a información sobre ITS en las escuelas ($RMA = 0.3$), por medios impresos ($RMA = 0.6$) y por radio y televisión ($RMA = 0.4$). Las variables de estrato socioeconómico, sexo, nivel de instrucción y ocupación no tuvieron asociaciones significativas en el modelo (cuadro 14).

Cuadro 14

Regresión logística de factores asociados al reporte de ITS alguna vez en la vida, Ensare, 1998, México. n = 4 832.
En razón de momios e intervalos de confianza de 95%

Factores	<i>Reporta ITS</i>		<i>Razón de momios cruda</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>Razón de momios ajustada*</i>	<i>IC 95 % **</i>
	<i>Sí</i> <i>n = 418</i>	<i>No</i> <i>n = 4414</i>				
Estrato socioeconómico						
Bajo y muy bajo	150	1 514	0.9	0.8-1.1	1.1	0.9-1.4
Alto y medio	268	2 899	1		1	
Escolaridad						
Ninguna y primaria	109	1 540	1.6	1.3-2.0	1.2	1.0-1.7
Secundaria, preparatoria y más	309	2 874	1		1	
Sexo						
Mujer	233	2 617	0.9	0.7-1.1	0.8	0.7-1.1
Hombre	185	1 797	1			
Ocupación						
Trabajaba	247	2 868	1.0	0.8-1.3	0.8	0.6-1.0
No trabajaba	170	1 542	1		1	
Antecedente de abuso sexual						
Sí	17	93	2.6	1.5-4.4	2.4	1.4-4.1
No	401	4 311	1		1	
Uso de condón alguna vez						
Sí	229	2 057	0.4	0.4-0.5	0.5	0.4-0.6
No	180	2 303	1		1	

Cuadro 14

Regresión logística de factores asociados al reporte de rrs alguna vez en la vida, Ensare 1998, México. n = 4 832.
En razón de momios e intervalos de confianza de 95% (continuación)

Factores	<i>Reporta rrs</i>		<i>Razón de momios cruda</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>Razón de momios ajustada*</i>	<i>IC 95 % **</i>
	<i>Sí</i> <i>n = 418</i>	<i>No</i> <i>n = 4414</i>				
Condón es bueno contra rrs						
Sí	110	1 483	0.7	0.5-0.8	0.7	0.5-0.98
No	307	2 939	1		1	
Información sobre rrs en escuela						
Sí	67	991	0.4	0.3-0.5	0.3	0.2-0.4
No	350	3 404	1		1	
Información sobre rrs en radio/TV						
Sí	33	664	0.5	0.4-0.8	0.4	0.3-0.6
No	384	3 731	1		1	
Información acerca de rrs en impresos						
Sí	66	1 040	0.7	0.5-0.9	0.6	0.5-0.8
No	351	3 355	1		1	

* Ajustada por estrato socioeconómico (muy bajo y bajo/alto y medio), escolaridad (ninguna y primaria/secundaria, preparatoria y más), sexo (hombre/mujer), ocupación (trabajaba/no trabajaba), antecedente de abuso sexual (sí/no), uso de condón alguna vez (sí/no), piensa que el condón es bueno contra las rrs (sí/no), exposición a información sobre rrs en escuela (sí/no), exposición a información sobre rrs en radio/TV (sí/no), exposición a información acerca de rrs en impresos (sí/no)..

** Prueba de bondad de ajuste Hosmer y Lemeshow: Chi cuadrada = 10.0, grados de libertad = 8, P = 0.265.

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Sobre la relación entre variables de desigualdad social e IIS

El trabajo es una aproximación exploratoria al reporte de IIS en la población mexicana, a partir del análisis de dos encuestas muestrales a distintas poblaciones. Esta aproximación enfatizó algunas variables relacionadas al enfoque de desigualdad social y su asociación con la presencia de IIS.

Seguir el enfoque de las desigualdades en salud implica suponer que éstas no se reducen a las diferencias en los niveles de atención médica, en decisiones de comportamiento, en movilidad social o en herencia genética, sino que tienen raíces en las desigualdades económicas y sociales que sustentan la estructura de las sociedades (Wilkinson, 1996: 53-71). En ese sentido, se puede reflexionar sobre algunos hallazgos centrales del trabajo desde el enfoque de la desigualdad social.

En la ENSA de 2000, aplicada a población abierta, el estrato socioeconómico se asoció significativamente con el reporte de alguna IIS en el último año como un factor independiente. El sentido de la asociación tuvo que ver con un mayor riesgo de reportar alguna IIS en los estratos bajo y muy bajo que en los otros estratos. Otras variables relacionadas con la desigualdad social que resultaron ser factor de riesgo para el reporte de IIS fueron la baja escolaridad y el sexo masculino.

El consumo de cocaína y la edad más temprana de inicio coital fueron factores de riesgo adicionales para el reporte de las IIS y tuvieron relación con las variables de desigualdad social en los resultados descriptivos. Por una parte, el consumo de cocaína fue el factor de riesgo más importante de todo el modelo ($RMA = 4.9$), y en los datos descriptivos se encontró que fue la droga de mayor consumo en el estrato bajo y en los hombres menores de 25 años. Por otra parte, la edad más temprana de inicio coital se presentó en los estratos muy bajo y bajo.

La variable de nivel de marginalidad de las entidades federativas como contexto de las desigualdades sociales no se asoció al reporte de IIS debido a que no se encontró un patrón consistente por la variabilidad de frecuencias en zonas de mayor y menor margina-

lidad. Usando datos de la ENSA de 2000 y datos del Sisvea para el año 2000, se apreció las tasas de incidencia de gonorrea y sífilis en las entidades federativas según su grado de marginación. Se encontró un predominio de tasas mayores en entidades de menor marginación, en particular en los datos de la segunda fuente. Esta situación se debió probablemente a que las IIS son más frecuentes en centros urbanos de mayor desarrollo socioeconómico.

En la Encuesta de 1998, aplicada a derechohabientes del IMSS, el modelo de regresión logística mostró que las variables de desigualdad social (estrato socioeconómico, sexo, escolaridad, ocupación) no fueron factores independientes asociados al reporte de las IIS. El único factor de riesgo encontrado fue el antecedente de abuso sexual ($RMA = 2.4$) y los factores protectores independientes fueron el uso del condón alguna vez, creer que el condón es bueno para la prevención de IIS y variables de exposición a información preventiva en la escuela y en los medios de comunicación.

El antecedente de abuso sexual como factor de riesgo independiente dentro del modelo es un resultado que coincide con estudios epidemiológicos previos que sugieren que la historia de violencia física y sexual es positivamente asociada con el reporte de IIS alguna vez en la vida y en la actualidad, especialmente en las mujeres (Johnson y Hellerstedt, 2002).

El hallazgo de los factores protectores en el modelo permite pensar que el desarrollo de estrategias preventivas que favorezcan el uso del condón, la reducción del abuso sexual y la difusión de información preventiva de IIS en escuelas y medios de comunicación podría aminorar significativamente el efecto de las desigualdades sociales en el reporte de IIS en el grupo estudiado (sobrerepresentado por los estratos medio y bajo). Pulerwitz y otros (2000) sugieren incorporar en estas estrategias la dimensión de los efectos de poder de género en la relación de las parejas sexuales, por tener una asociación significativa con las variables abuso sexual, uso consistente del condón e información educativa.

Los resultados a la luz de los hallazgos de otros estudios

Algunos estudios realizados en México y en otros contextos han descrito la asociación de las IIS con algunos factores de riesgo. Los datos de estos estudios nos permitirán, a continuación, ver la plausibilidad de los datos reportados en las encuestas analizadas respecto a esos trabajos y, sobre todo, apreciar algunas limitaciones propias en la indagación con cuestionarios de reporte oral.

La sífilis es una IIS de afectación sistémica con múltiples manifestaciones clínicas que ocurre con mayor frecuencia en jóvenes de 15 a 30 años. A diferencia de otras IIS, esta enfermedad raramente se diagnostica por aislamiento e identificación del agente causal, sino por estudios de microscopía directa con campo oscuro, datos epidemiológicos, serológicos o clínicos. Por tanto, en sitios donde no es factible realizar estudios de laboratorio, es muy probable que exista un subdiagnóstico de la enfermedad. Dentro de la historia natural de la enfermedad, después de un periodo de incubación de aproximadamente tres semanas, aparece la lesión cutánea característica no dolorosa (chancro), seguida de una infección no manifiesta (detectada sólo por pruebas serológicas). Debido a la práctica común en nuestro medio de la autoadministración de un antimicrobiano después de una relación coital con una pareja no conocida, la aparición de esa lesión primaria característica (chancro) no siempre está presente, haciendo más difícil su diagnóstico.

En la ENSA de 2000, la forma de indagar sobre la sífilis fue muy general. En el cuestionario se preguntaba lo siguiente: “¿En los 12 últimos meses has tenido alguna enfermedad de las siguientes: sífilis, etc.?”. En cambio, aunque la Ensanre de 1998 fue más específica, su cuestionario preguntó: “¿La ha padecido (tenido) alguna vez?: la sífilis (una úlcera o chancro duro que no duele, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero sobre todo en lugares húmedos)”.⁵ Es muy probable que no todos los entrevistados que tuvieron sospecha de sífilis la hayan reportado y que aquellos que hubieran tenido

⁵ La pregunta con la aseveración de que la sífilis se manifiesta con una úlcera que no duele en “cualquier” parte del cuerpo es errónea y da pie a una interpretación inapropiada (mayor autorreporte) en relación con las úlceras fuera del área genital o bucal (donde se presenta la mayoría de los chancros sifilíticos).

lesiones ulceradas localizadas fuera del área genital (por ejemplo, pápulas erosionadas por rascado de diversa etiología) y otras rrs con úlceras en ocasiones no dolorosas (por ejemplo, el granuloma inguinal) la hayan atribuido erróneamente a la sífilis.

Con la finalidad de interpretar apropiadamente los resultados de frecuencia de reporte de sífilis en las encuestas analizadas, debemos tomar en consideración que en nuestro medio la mayoría de los casos de sífilis son diagnosticados con pruebas poco específicas (VDRL). Éstas con frecuencia resultan en falsos positivos y en un sobreinterpretación de la enfermedad (Tramont, 1991).

En relación con la frecuencia de la sífilis, prácticamente todos los estudios realizados en México se efectuaron en población con prácticas de riesgo (trabajadoras sexuales y en hombres que tienen sexo con hombres) y en pacientes con rrs. En estos estudios se utilizaron pruebas más específicas de laboratorio (RPR y FTA-ABS) y se encontró una prevalencia de sífilis que varió entre 6.4 y 8.2% (Hernández Girón *et al.*, 1998; Juárez Figueroa *et al.*, 1998; Uribe Salas *et al.*, 1996). En otro reporte que reunió diversos estudios realizados en población con prácticas de riesgo y pacientes con rrs de México, la prevalencia promedio de sífilis fue de 23.7% (Valdespino Gómez *et al.*, 1995). Frente a esos datos, las frecuencias de sífilis reportadas en las encuestas analizadas en este trabajo variaron de 1% en la Ensare de 1998 a 0.03% en la ENSA de 2000. Si bien las frecuencias estuvieron muy por debajo de lo referido en la literatura, recordemos que las encuestas se realizaron en población general y en población derechohabiente del IMSS, y sólo se limitan a lo reportado por los entrevistados. También debe tomarse en cuenta que pudo existir un sesgo de memoria y un subreporte asociado a la baja disponibilidad de atención médica en personas de estratos bajos.

Un evento sumamente interesante y que concuerda con otros trabajos fue cómo el reporte de sífilis fue significativamente mayor en aquellos que dijeron haber consumido alcohol, tabaco o drogas ilegales (cocaína y marihuana), así como en aquellos que procedían de un estrato socioeconómico bajo. Esto podría relacionarse con el tipo de prácticas sexuales (de mayor riesgo) en quienes los consumen, tales como la práctica de relaciones sexuales con múltiples parejas y la mayor frecuencia de actividad coital no protegida (sin uso de condón) en los estratos socioeconómicos marginados.

Aunque la gonorrea es una de las IIS más conocidas desde la Antigüedad, en muy pocos países se conoce su verdadera incidencia debido al gran subregistro de los casos. En Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de ataque más elevada ocurre en personas con vida sexual activa entre los 15 y 19 años de edad. Aunque se reportan más casos en hombres, eso podría reflejar que la mayor parte de los casos no diagnosticados en mujeres son debidos a que en ellas los síntomas son más sutiles. A partir de la epidemia del VIH/sida, se ha reportado un incremento concomitante del número de casos de gonorrea en varones, atribuido al incremento en el número de hombres que tienen sexo con hombres (Handsfield, 1991). Algunos indicadores de riesgo reconocidos son un menor nivel de instrucción, pertenencia a estratos socioeconómicos bajos, residencia urbana y uso de drogas ilegales. También se ha descrito una fluctuación estacional: se dan más casos de julio a septiembre y menos de enero a abril. La transmisión de mujer a varón es de aproximadamente 20% y de varón a mujer alrededor de 50%, lo que sugiere la presencia de mayores condiciones de riesgo que enfrentan las mujeres.

Una encuesta sobre conocimientos, hábitos sexuales e historia de datos clínicos sugestivos de IIS realizada en varones de 15 a 49 años de la ciudad de México en 1995 encontró historia de una posible uretritis gonocócica en 2% de los mismos (Hernández Girón *et al.*, 1999). Otro estudio en mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de México describió la prevalencia general de gonorrea de 0 a 5.9% y otra de 2.8% en hombres que tienen sexo con hombres (Valdespino Gómez *et al.*, 1995). Finalmente, en un estudio de revisión de datos de IIS en población con prácticas de riesgo de México se describió que había una prevalencia promedio de 11.5% (Hernández Girón *et al.*, 1998).

En el presente estudio, las encuestas reportaron una frecuencia de gonorrea inferior en quienes dijeron haber tenido una IIS en el último año (0.1 a 0.2%) que en quienes dijeron alguna vez en la vida (3.2%). Aunque nuevamente la frecuencia estuvo por debajo de las previamente descritas en grupos con prácticas de riesgo, no debemos olvidar que las encuestas analizadas se realizaron en población general y en población derechohabiente del IMSS. La diferencia encontrada entre el reporte del último año y de toda la vida

es razonable debido a que la gonorrea puede ser adquirida más de una vez en la vida o el sujeto puede haber tenido recaídas en el caso de no haber sido apropiadamente manejada la primera vez (Juárez Figueroa *et al.*, 1998). Los datos obtenidos en las encuestas son congruentes con la literatura en dos sentidos: *a)* la gonorrea es una IIS con una mayor prevalencia que la sífilis y *b)* el reporte de gonorrea predomina en los hombres y esto posiblemente se asocia a una mayor severidad de la sintomatología en éstos. Por otra parte, llama la atención que la mayoría de reportes de gonorrea se dio en personas mayores de 24 años, y que —de manera similar a la sífilis— la mayor prevalencia de gonorrea se asoció a personas con un mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas.

De acuerdo con algunos reportes de Estados Unidos, la infección por *Chlamydia trachomatis* es muy frecuente (de 7 a 16.6%) y es considerada un cofactor para la infección por el virus del papiloma humano (vPH). En México, algunos estudios realizados reportan los siguientes hallazgos: *a)* en una investigación realizada en 2 436 mujeres que asistían a clínicas ginecológicas en Arizona (Estados Unidos) y Sonora (Méjico), durante 1997 y 1998, se encontró que la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* fluctuaba entre 3 y 8.2%, respectivamente (Giuliano *et al.*, 2001); *b)* un estudio en mujeres embarazadas de la ciudad de México encontró un 10% de positivas para *Chlamydia trachomatis* (Díaz Barreiro *et al.*, 1997), y *c)* un estudio de detección endocervical de *Chlamydia trachomatis* en 559 mujeres del área rural y suburbana de Oaxaca encontró una prevalencia de 7.3%, la cual se asoció a una menor edad, un mayor número de parejas sexuales y un mayor uso de anticonceptivos (Acosta Cazares *et al.*, 1996). A su vez, un estudio realizado en trabajadoras sexuales de la ciudad de México reportó una prevalencia de 16.6% (Alvarado Esquivel *et al.*, 2000), la cual fue mayor a las encontradas en los estudios a población general. En el presente estudio el reporte de aquellos que dijeron haber tenido esa IIS alguna vez en su vida, la prevalencia de *Chlamydia trachomatis* (11.8%) fue más cercana a la de los reportes de población general.

La infección por el herpes virus tipo 2 es una de las IIS con mayor prevalencia alrededor del mundo. En México, un estudio de prevalencia de anticuerpos contra el tipo 2 realizado en una muestra de 730 mujeres de 25 a 85 años encontró anticuerpos en 29.8%

de las mismas. Los factores de riesgo asociados fueron una historia de dos o más parejas sexuales y de dos o más parejas antes del primer embarazo (Lazcano Ponce *et al.*, 2001). En el presente estudio el reporte de haber padecido una ITS alguna vez en la vida encontró una frecuencia de 2% de herpes. Es importante mencionar que la mayoría de las personas que tienen herpes genital no son diagnosticadas debido a que presentan sólo infecciones moderadas o no reconocidas. Además, una vez desarrollados los anticuerpos, éstos permanecen detectables en la sangre durante muchos años (CDC, 2002). Por ello, los resultados de encuestas previas con 29.8% en mujeres de un amplio rango de edad (25 a 85 años) podrían indicar un porcentaje acumulado más que real. A su vez, dadas las características de la enfermedad, no es sorpresiva la baja prevalencia en el reporte de esta ITS.

En la descripción de estudios epidemiológicos que se acaba de presentar es continua la referencia a la asociación de la prevalencia de algunas ITS con estratos socioeconómicos bajos, mayor consumo de alcohol y drogas ilegales, bajo uso de condón e historia de un mayor número de parejas sexuales. Aunque las formas de medición fueron diferentes y no son comparables, los hallazgos de tales estudios son parecidos (aunque en un orden de magnitud diferente) a los descritos en esta investigación. En lo que hace al factor de desigualdad social, se puede destacar una mayor prevalencia de ITS en estratos socioeconómicos bajos. Una limitación importante en las encuestas analizadas (ENSA, 2000, y Ensare, 1998) fue que no incluyeron variables para describir el efecto del número de parejas sexuales.

Limitaciones y aportaciones del trabajo

El presente trabajo se realizó desde un enfoque de la epidemiología tradicional con una aproximación a los procesos contextuales bajo la consideración del efecto de algunas variables de desigualdad social. El análisis que se diseñó partió de una lectura de las bases de datos correspondientes a encuestas aplicadas con anterioridad. En esa lectura se pudo apreciar que las variables relacionadas con las ITS fueron elaboradas dentro de una concepción epidemiológica de factores de riesgo individuales.

Dentro del enfoque de la epidemiología tradicional, las variables consideradas en las encuestas fueron insuficientes como para recolectar un panorama más o menos completo. Las encuestas no incluyeron variables detalladas sobre prácticas sexuales (especialmente la consideración del número y calidad de las parejas sexuales y de las preferencias sexuales) ni sobre los cuidados preventivos y curativos. Estas variables hubieran sido centrales para generar descripciones y explicaciones más completas sobre la presencia del evento IRRS.

En tal sentido, el presente trabajo aporta una aproximación exploratoria a las relaciones entre algunas variables asociadas al fenómeno de la desigualdad social (marcadores de riesgo y/o factores de riesgo) y la presencia del evento IRRS en el contexto mexicano. Una de las ventajas del trabajo, en comparación con otras investigaciones que usaron el enfoque de factores de riesgo en el país, es haber incorporado una variable de estratos socioeconómicos más compleja para generar una aproximación al efecto de desigualdad social en población abierta y en población derechohabiente del IMSS. Esta variable se generó según el indicador de estratificación social propuesto por el PSRS de El Colegio de México, que conjuga en una sola variable la calidad de la vivienda, la escolaridad relativa promedio del hogar y la actividad asociada al mayor ingreso del hogar.

Otra ventaja del trabajo respecto a otros previos es que se realizó un análisis multivariado de la información de la ENSA de 2000 y la Ensare de 1998. Normalmente los reportes oficiales de las encuestas de salud en el país son descriptivos y rescatan los datos más generales, perdiendo una gran cantidad de información que pudiera enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado. En ese sentido, se aprovechó al máximo la información disponible bajo el marco de la epidemiología tradicional.

Una ventaja adicional del trabajo en relación con otras investigaciones fue que las encuestas analizadas se aplicaron en muestras nacionales (la ENSA de 2000 en población abierta y la Ensare de 1998 en población derechohabiente del IMSS que cubre aproximadamente a 50% de la población mexicana), mientras que los estudios de IRRS en el país se desarrollaron en su mayoría en grupos con prácticas de riesgo.

Como se vio en el apartado anterior, una de las principales limitaciones de la forma de recolección del cuestionario por reporte oral usado en las encuestas analizadas es que puede generar errores de tipo I (rechazo de una hipótesis nula cuando es verdadera) y tipo II (aceptación de una hipótesis nula cuando es falsa). Por ello, el trabajo aporta una aproximación indirecta y sujeta a algunos errores de medición, con un repertorio de variables que permitieron hacer una exploración específica al riesgo de reporte de las ITS.

Preguntas de investigación para el futuro

El presente trabajo permitió apreciar la asociación entre algunas variables de la desigualdad social y la presencia de ITS reportadas. Esta asociación se describió mediante procedimientos estadísticos y requiere de indagaciones complementarias que permitan enriquecer su comprensión.

Desde un punto de vista cuantitativo, se requiere desarrollar encuestas por muestreo con un repertorio de preguntas más completo, que abarque —desde un punto de vista epidemiológico— prácticas sexuales, redes de transmisión sexual y medidas de cuidado de la salud, y que incluya —en lo posible— pruebas sensibles de detección de laboratorio para un diagnóstico más preciso de las ITS. La variable estrato socioeconómico que se incluyó en el estudio debería ser usada nuevamente para discriminar el peso de este indicador de desigualdad social en la prevalencia de ITS.

Desde un enfoque cualitativo, las relaciones formales encontradas deberían ser estudiadas en profundidad, a fin de conocer su contenido basado en conocimientos, creencias, actitudes y valores culturales. En ese esfuerzo, sin embargo, es necesario seguir un enfoque teórico basado en la comprensión de la estructura social de las desigualdades y los procesos de interacción.

Los hallazgos del presente trabajo conducen a formular algunas preguntas de indagación para el futuro: ¿qué significados sobre ITS existen en los distintos estratos socioeconómicos? ¿Los significados son diferenciales por sexo, grupos de edad y contextos de residencia (urbano, rural e indígena)? ¿Qué creencias y prácticas sexuales cotidianas están relacionadas con el riesgo de contraer una

ITS? ¿Cómo actúan las relaciones de poder, negociación y control de género en las interacciones sexuales que favorecen y desfavorecen la transmisión y diseminación de las ITS? ¿Cómo la estructura de la red de parejas sexuales condiciona la transmisión y diseminación de las ITS? ¿Qué relación existe entre el consumo de sustancias y las ITS? ¿Cuáles son las fuentes de información con mayor impacto en la prevención de las ITS? ¿Qué estrategias de prevención se conocen y se usan? ¿Qué creencias se asocian al uso del condón como medida de prevención contra las ITS? ¿Cómo los antecedentes de abuso sexual se relacionan con la presencia de ITS? ¿Qué elementos del contexto socioeconómico y cultural favorecen o desalientan la presencia de ITS? Estas preguntas de investigación deben puntualizar más en la explicación que en la predicción del riesgo, rescatar la relación de las interacciones con expectativas, deseos, emociones, capacidades y planes individuales dentro de los contextos socioculturales, y abarcar la dimensión de los procesos temporales (Ingham y Van Zessen, 1997).

Responder a estas preguntas permitirá una más profunda comprensión del efecto de los componentes de la desigualdad social en el estado de salud relacionado con las ITS. Jennie Popay y otros (1998) sugieren, en un ensayo de teoría social sobre las desigualdades en salud, que estos estudios que se aproximan al conocimiento cotidiano de la población ayudarán a profundizar con mayor precisión en cómo las desigualdades estructurales operan en la acción individual y grupal, así como en los efectos culturales sobre las condiciones de salud (en este caso, las condiciones asociadas a la presencia o ausencia de ITS).

Orientación para las políticas preventivas

Los hallazgos del estudio permiten pensar en algunas orientaciones para las políticas preventivas de las ITS desde el enfoque de la promoción de la salud como una estrategia para favorecer el desarrollo de estilos de vida saludables, en el contexto de una sociedad con profundas desigualdades sociales.

Los resultados de la ENSA de 2000 mostraron un efecto independiente del estrato socioeconómico, el sexo y la escolaridad, junto

con el consumo de cocaína y la edad de inicio coital. Esta asociación de las variables de desigualdad social y genérica con el reporte de las IRS orienta a que deba prestarse especial atención al enfoque estructural de la promoción de la salud, mediante el fomento al desarrollo socioeconómico y cultural que favorezca procesos de cambio estructural y organizacional que reduzcan los niveles de desigualdad social y faciliten modificaciones en el ambiente físico, económico, social y cultural, a fin de generar mejores condiciones de bienestar y salud sexual y reproductiva en la población.

Los resultados también sugieren que —en el marco de tal enfoque estructural— se diseñen e implementen acciones específicas para modificar el comportamiento (conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de riesgo) en la población, con énfasis en los estratos socioeconómicos bajo y muy bajo, en los hombres, en personas con menor escolaridad, en adolescentes que inician su vida coital y en grupos consumidores de cocaína.

Por su parte, los hallazgos de la Ensare de 1998 orientan a plantear la necesidad de fortalecer las estrategias de educación en salud mediante campañas de información preventiva contra las IRS en las escuelas y por diferentes medios de comunicación, dando énfasis a mensajes que favorezcan el uso del condón y desfavorezcan la violencia física y sexual mediante la comprensión de las relaciones de poder de género. Estas campañas hipotéticamente ayudan a mitigar el efecto de las variables de desigualdad social en la dinámica de transmisión y difusión de las IRS en la población derechohabiiente del IMSS.

Una meta prioritaria de las políticas sociales debe ser la reducción de las desigualdades sociales en salud, y las actividades de promoción de la salud pueden contribuir significativamente a lograr avances en ese sentido. Los métodos tradicionales de la educación en salud, tales como las campañas de comunicación e información orientadas a modificar conocimientos y actitudes, han sido efectivas más en estratos medios y altos, y por ello son valiosas para la población comprendida por la Ensare. Sin embargo, son insuficientes para cambiar los estilos de vida de la población, especialmente la de estratos socioeconómicos más pobres y vulnerables a riesgos de salud (como la población que predominó en la ENSA). Para estos estratos es más eficiente el enfoque estructural de cambios acompañado con acciones de educación en salud (Jennings *et al.*, 2001).

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Cazares, B., L. Ruiz Maya y D. Escobedo (1996), "Prevalence and Risk Factors for Chlamydia Trachomatis Infection in Low-income Rural and Suburban Populations of Mexico", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 23, pp. 283-288.
- Adimora, A. A., H. Hamilton, K. K. Holmes, y P. F. Spating (1994), *Sexually Transmitted Diseases*, Nueva York, McGraw-Hill, 1-9.
- Alvarado Esquivel, C. A. García Villanueva, D. E. Castruita Limones, F. J. Cardosa Nevarez y R. Ruiz Astorga (2000), "Prevalence of Chlamydia Trachomatis Infection in Registered Prostitutes in the City of Durango, Mexico", *Salud Pública de México*, vol. 42, pp. 43-47.
- Aral, S. O. (1999), "Sexual Network Patterns as Determinants of STD Rates: Paradigm Shift in the Behavioral Epidemiology of STDs Made Visible", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 26, pp. 262-264.
- (2002a), "Determinants of STD Epidemics: Implications for Phase Appropriate Intervention Strategies", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78 (suplemento I), pp. i3-i13.
- (2002b), "Understanding Racial-ethnic and Societal Differential in STI", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, pp. 2-4.
- Brandt, A. M. (1996), "El sida en perspectiva histórica: Cuatro lecciones de la historia de las enfermedades de transmisión sexual", en M. Platts (comp.), *Sida: Aproximaciones éticas*, México, UNAM-FCE, pp. 17-33.
- Catchpole, Mike (2001), "Sexually Transmitted Infections: Control Strategies. There's a New Emphasis on Reducing the Period of Infectiousness", *British Medical Journal*, vol. 322, pp. 1135-1136.
- Centers for Disease Control and Prevention (cdc) (2002), "Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines", *MMWR*, vol. 51, pp. 11-28.
- Consejo Nacional de Población (Cónapo) (2000a), *Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico*, México, Conapo.
- (2000b), Marginación por entidad federativa 2000. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indices/pdfs/002.pdf>, consultado el 6 de junio de 2003.
- Díaz Barreiro, G., L. E. Díaz y J. F. Servín Ramírez (1997), "Frequency of Chlamydia Trachomatis in the Cervix of Pregnant Women During Prenatal Examinations", *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 65, pp. 48-51.
- Dirección General de Epidemiología (2002), *Boletín Epidemiológico Semanal*, vol. 28.
- Echarri, C. J. (s.f.), *Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: Una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas, en esta obra*.

- Gerbase, A. C., J. T. Rowley, y T. E. Mertens (1998), "Global Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases", *Lancet*, vol. 351 (suplemento III), pp. s2-s4.
- Giuliano, A. R., et al. (2001), "Design and Results of the USA-Mexico Border Human Papillomavirus (HPV), Cervical Dysplasia, and Chlamydia Trachomatis Study", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 9, pp. 172-181.
- Handsfield, H. H. (1991), "Neisseria gonorrhoeae", en *Editorial Médica Panamericana S. A.*, Buenos Aires, Churchill Livingstone Inc., pp. 1704-1724.
- Hernández Girón, C., A. Cruz Valdez, M. Quiterio Trenado, A. Peruga y M. Hernández Ávila (1999), "Characteristics of Sex Behavior of Men in Mexico City", *Salud Pública de México*, vol. 41, pp. 95-100.
- , L. J. Figueroa y M. Hernández Ávila (1998), "Prevalence and Risk Factors Associated with Syphilis in Women", *Revista de Saude Pública*, vol. 32, pp. 579-586.
- Holmes, K., et al. (1999), *Sexually Transmitted Diseases*, Nueva York, McGraw Hill.
- Ingham R., y G. Van Zessen (1997), "From Individual Properties to Interactional Processes", en L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, D. Hausse (eds.), *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, Londres, Taylor & Francis, pp. 83-99.
- Jennings, T., et al. (2001), Tackling Social Inequalities in Health. The Role of Health Promotion, http://www.vig.be/content/pdf/KA_inequalities_report.pdf, consultado el 14 de febrero de 2007.
- Johnson, P. J., y W. L. Hellerstedt (2002), "Current or Past Physical or Sexual Abuse as a Risk Marker for Sexually Transmitted Disease in Pregnant Women", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, pp. 62-67.
- Juárez Figueroa, L., et al. (1998), "Low Prevalence of Hepatitis B Markers among Mexican Female Sex Workers", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 74, pp. 448-450.
- Kerbo, H. R. (1998), *Estratificación social y desigualdad. El conflicto de clases en perspectiva histórica y comparada*, Madrid, McGraw-Hill, 1998.
- Lazcano Ponce, E., et al. (2001), "High Prevalence of Antibodies to Herpes Simplex Virus Type 2 among Middle-aged Women in Mexico City, Mexico: A Population-based Study", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 28, pp. 270-276.
- Lynch, J., y G. Kaplan (2000), "Socioeconomic Position", en L. F. Berkman e I. Kawachi (eds.), *Social Epidemiology*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 13-35.

- Marmot, M. G. (2003), "Understanding Social Inequalities in Health", *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 46 (suplemento I), pp. s9-s23.
- Mason, W. M., M. J. Kriechbaum, D. M. Upchurch y Y. Kusunoki (2005), *Sociodemographic and Behavioral Correlates of STD Biomarker Outcomes*, Los Ángeles, UCLA, http://www.ccpr.ucla.edu/ccprwpseries/ccpr_6105.pdf, consultado el 14 de febrero de 2007.
- Mayaud, P. y D. Mabey (2004), "Approaches to the Control of Sexually Transmitted Infections in Developing Countries: Old Problems and Modern Challenges", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 80, pp. 174-182.
- Mayaud, P. y D. McCormick (2001), "Interventions against Sexually Transmitted Infections (sti) to Prevent hiv Infection", *British Medical Bulletin*, vol. 58, pp. 129-153.
- Popay, J., G. Williams, C. Thomas y T. Gatrell (1998), "Theorising Inequalities in Health: The Place of Lay Knowledge", *Sociology of Health & Illness*, vol. 20, pp. 619-644.
- Pulerwitz, J., S. L. Gortmaker y W. DeJong (2000), "Measuring Sexual Relationship Power in hiv/STD Research", *Sex Roles*, vol. 42, pp. 637-660.
- Rojas, O. L., y Susana Lerner (2001), *Inventario de encuestas nacionales sobre salud reproductiva: 1990-2000*, México, El Colegio de México.
- Rothenberg, R. (2000), "How a Net Works. Implications for Network Structure and Control of. Sexually Transmitted Diseases and hiv", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 25, pp. 63-68.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sisvea) (2001), "Casos acumulados por entidad federativa de otras enfermedades de notificación semanal hasta la semana 51 del 2000", *Epidemiología*, vol. 18, núm. 1, pp. 12-13.
- Tramont, E. C. (1991), "Esapiroquetas", en *Editorial Médica Panamericana S. A.*, Buenos Aires, Churchill Livingstone Inc., pp. 1896-1912.
- Uribe Salas, F., et al. (1996), "Prevalence, Incidence, and Determinants of Syphilis in Female Commercial Sex Workers in Mexico City", *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 23, pp. 120-126.
- Valdespino Gómez, J. L., et al. (1995), *Sexually Transmitted Diseases and the hiv/AIDS Epidemic*, *Salud Pública de México*, vol. 37, pp. 549-555.
- Van Devanter, N. (1999), "Prevention of Sexually Transmitted Diseases: The need for Social and Behavioral Science Expertise in Public Health Departments", *American Journal of Public Health*, vol. 89, pp. 815-818.
- Wilkinson, R. G. (1996), *Unhealthy Societies*, Londres, Routledge.
- World Health Organization (2001), *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overviews and Estimates*, Ginebra, WHO.

*Salud reproductiva y condiciones
de vida en México, tomo II,*
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 II) ofrece los resultados de diez textos elaborados por diversos autores que abordan los siguientes temas: las desigualdades de género y clase y sus expresiones en el ámbito de la salud reproductiva, las desigualdades étnicas y su vínculo con la maternidad y mortalidad materna; el impacto de las políticas y reformas en la salud reproductiva y temas de frontera y demanda ciudadana como son la violencia intrafamiliar, el aborto y las infecciones de transmisión sexual.

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.

