

# Salud reproductiva y condiciones de vida en México

---

Susana Lerner  
Ivonne Szasz  
Coordinadoras  
del libro

Gabriela  
Rodríguez  
Texto para las  
Políticas Públicas

 EL COLEGIO  
DE MEXICO

 **AFLUENTES**

Primera edición: 2009

D.R. © 2009, El Colegio de México, A.C. y AFLUENTES S.C.

El Colegio de México  
Camino al Ajusco 20  
Pedregal de Santa Teresa  
10740 México D.F.  
[www.colmex.mx](http://www.colmex.mx)

AFLUENTES S.C.  
Giotto 58,  
Mixcoac  
03910 México D.F.  
[www.afluentes.org](http://www.afluentes.org)

Impreso en México

---

Este documento fue elaborado por Gabriela Rodríguez de AFLUENTES S.C., con base en una publicación de El Colegio de México. Se agradecen los comentarios de Susana Lerner e Ivonne Szasz; así como el trabajo de Juan Manuel Aurrecochea en la preparación del texto y de Guillermina Herrera, en la corrección de estilo.

---

## Introducción

---

La intención de este texto es ofrecer insumos basados en hallazgos científicos para mejorar los servicios de salud reproductiva y educación sexual, y contribuir a un mejor diseño de las políticas públicas, los marcos reglamentarios y los programas e intervenciones gubernamentales.

México es un país profundamente desigual; las prácticas sexuales y reproductivas de sus pobladores responden a un amplio y muy diferenciado abanico de condiciones de vida, mientras sus niveles de pobreza, lo mismo que el rezago en materia de alimentación, educación, derechos sociales, prevención y atención a la salud inciden de manera directa sobre el estado que guarda su salud sexual y reproductiva (SSR).

Las múltiples desigualdades saltan a la vista. Al calificar como un éxito que las mujeres mexicanas estén posponiendo la edad para tener el primer hijo, no suele indicarse que son mayoritariamente las de clase alta las que se convierten en madres a los 24 años, mientras que aquéllas que viven en condiciones más precarias lo hacen antes de llegar a los 19 años, teniendo un mayor número de hijos en comparación con las primeras. La situación se agudiza entre las mujeres unidas campesinas e indígenas, pues sólo la mitad de ellas recurren a la anticoncepción.

Comprender los desafíos de la SSR desde la perspectiva de los derechos humanos, de la justicia social y la ciudadanía implica reconocer que el Estado mexicano está obligado a incorporar las dimensiones de la desigualdad, fundamentalmente las de género, las económicas, étnicas y generacionales en sus planes y políticas de población, del modo como se comprometió en el Programa de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en 1994.

En el presente documento se presentan algunos hallazgos de un conjunto de estudios publicados en el libro *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, coordinado por Susana Lerner e Ivonne Szasz (El Colegio de México, México, 2008) que, como su título indica, tiene por objetivo mostrar las relaciones entre salud reproductiva y condiciones de vida de los distintos grupos de la población mexicana al iniciarse el siglo XXI. Se trata de una investigación que se enfocó en la desigualdad social y en las relaciones entre género y poder, incluyendo el análisis de los mecanismos de discriminación y coerción ejercidos por las instituciones y otros actores sociales. Después de un proceso prolongado de discusión teórico metodológica, las y los autores, investigadores de diversas instituciones académicas, optaron por llevar a cabo un estudio crítico que permitiera identificar a los grupos sujetos a mayores condiciones de exclusión, segregación y vulnerabilidad, a partir de los datos de algunas de las 16 encuestas nacionales hechas en la década de 1990, y de cuatro más realizadas en los primeros años del nuevo milenio. Con base en esas encuestas, uno de los investigadores, Carlos Javier Echarri, dirigió la construcción de cuatro estratos socioeconómicos para propiciar la comparación de las distintas condiciones de vida de los hogares mexicanos.

La organización civil Afluentes, S.C. fue invitada a desarrollar esta versión, que busca destacar algunos resultados y traducir los datos a un lenguaje más accesible evitando perder la profundidad interpretativa de los estudios, a fin de facilitar el uso de la información por parte de quienes toman decisiones en los ámbitos legislativo y ejecutivo, los sectores sanitario y educativo, y entre los prestadores de servicios, maestras/os, docentes, directoras/es de escuelas, educadoras/es comunitarios y líderes de organizaciones de la sociedad civil.

## ¿Cómo definir los estratos para diferenciar mejor las desigualdades sociales?,<sup>1</sup>

Para el conjunto de estudios sobre SSR que este documento presenta, se acordó establecer un piso común para identificar la heterogeneidad de las condiciones de vida, que tomara como unidad de análisis los hogares y los individuos.

A partir de las dimensiones de escolaridad, actividad económica y calidad de la vivienda, se construyeron los siguientes cuatro estratos:

- *muy bajo*
- *bajo*
- *medio*
- *alto*

Tal estratificación permitió que las diferencias fueran evidentes: las mujeres de estratos medios y altos disponen de mayor información y enfrentan menos obstáculos para cumplir sus deseos reproductivos.

Resultó evidente también que las mujeres de estratos socio-económicos superiores tienen menos hijos y ello ocurre a edades más tardías.

En el estrato muy bajo las mujeres tienen a su primer hijo a los 19.1 años, en promedio; las del estrato bajo lo tienen medio año después (a los 19.7 años); las del medio son madres por vez primera a los 21.4 años, y las del estrato alto lo son a los 23.7 años. En cuanto al uso de anticonceptivos, se constatan asimismo diferencias notables. A mayor estrato social se incrementa el uso de los que requieren de la participación del varón (vasectomía y métodos locales); a menor estrato aumenta el uso de inyectables, del dispositivo intrauterino y de los métodos tradicionales.

1. El artículo original, "Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas", de Carlos Javier Echarri, aparece en las páginas 59 a 113 del Tomo I de Susana Lerner e Ivonne Szasz (Coord.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, El Colegio de México, 2008.

## ¿Quién define las necesidades: las propias mujeres o los funcionarios gubernamentales?,<sup>2</sup>

Con una lógica centrada en la disminución del ritmo de crecimiento poblacional, en las décadas de los setenta y ochenta del siglo pasado los funcionarios gubernamentales definieron las necesidades satisfechas o insatisfechas de anticoncepción de forma por demás limitada y reduccionista, circunscritas a comparar la demanda de las usuarias potenciales con la oferta de los servicios.

Desde los años setenta, las estrategias se enfocaron hacia "mujeres meta" que no utilizaban ningún anticonceptivo (casadas o en unión libre, de edades intermedias y con alta paridad), sin que importaran demasiado sus preferencias, intereses ni proyectos de vida. Un cambio de paradigma llevó a otra visión. La sustitución del término planificación familiar (PF) por el enfoque de salud reproductiva (SR) representó un parte aguas que impulsó una transformación profunda e integral.

*La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entrena la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.*

*IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Documento de la ONU A/Conf. 177/20).*

2. El artículo original, "Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural", de Rosa María Camarena y Susana Lerner, aparece en las páginas 117 a 216 del Tomo I, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Encuesta sobre las Instituciones de Planificación Familiar", Eniplaf, Conapo IMSS, 1996; Encuesta de Salud Reproductiva IMSS-Solidaridad-Conapo", 1999.

El enfoque de la SR surgió de los grupos de mujeres de la sociedad civil, y en particular de la crítica del movimiento feminista a las políticas poblacionales puramente antinatalistas. Se cuestionó el enfoque prioritario dado a la procreación, lo mismo que la injerencia estatal coercitiva en la introducción de prácticas anticonceptivas irreversibles a mujeres unidas; la exclusión de servicios dirigidos a adolescentes, madres solteras, viudas, separadas y divorciadas, a mujeres estériles y, de manera especial, la exclusión de los hombres de todas las edades y condiciones reproductivas; pero, además, no se tomaban en cuenta las condiciones físicas y emocionales de las mujeres y se favorecía el abuso de los profesionales de la salud hacia las más pobres.

El enfoque de la SR privilegia la perspectiva individual y familiar, pero sobre todo los intereses de las mujeres, centrando la atención en los derechos reproductivos y las condiciones de desigualdad social y de género.

*El enfoque de la SR incluye y reconoce:*

- *las prácticas de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana, VIH/sida;*
- *la perspectiva de género y de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de mujeres y varones;*
- *la autodeterminación y la capacidad de las mujeres para decidir sobre su vida reproductiva;*
- *a las madres y mujeres adolescentes, solteras, separadas, divorciadas o viudas, a las que viven en uniones no formales, a las vinculadas con el comercio sexual y, obviamente, a los hombres;*
- *a las mujeres para que tengan embarazos y partos saludables;*
- *a las personas para que sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura;*
- *a las personas para que puedan reproducirse con la libertad de decidir si lo hacen, cuándo y con qué frecuencia.*

## ¿Cuáles son los mitos y realidades en el México rural?<sup>3</sup>

En las zonas rurales de México existen más necesidades insatisfechas que las reconocidas en las encuestas, las cuales han dejado de lado muchos problemas relacionados con la SR. La estrechez y parcialidad de los programas de PF y de salud materno-infantil han quedado en evidencia en fechas recientes.

Con un criterio ampliado que ahora toma en cuenta las necesidades definidas por las propias mujeres, se ha encontrado que persiste una considerable segmentación y exclusión de ciertos grupos de población: las mujeres indígenas, quienes tienen menos educación y las personas de contextos más precarios.

En los programas, la información se difunde casi exclusivamente a mujeres unidas y casadas, mientras el conocimiento sobre anticoncepción es menor entre las solteras (25% no ha oído hablar de ningún método, frente a 11% de las que viven en pareja). La situación se agrava entre las mujeres indígenas, las menos educadas y las solteras; dos de cada tres de estas últimas que carecen de escolaridad, y poco menos de tres de cada cinco indígenas, no conocen método alguno.

El uso de anticonceptivos entre las mujeres indígenas y sin escolaridad no alcanza 40 por ciento, mientras en el resto supera a 60 por ciento. Entre las mujeres sin hijos, 9 por ciento los utiliza, y hace lo propio sólo 5 por ciento de las solteras, viudas, divorciadas y separadas. Hay una elevada incidencia de esterilizaciones: 54 por ciento de las usuarias sin escolaridad. Y mientras 18 por ciento de las mujeres operadas han tenido menos hijos de los deseados, 23 por ciento tiene menos hijos sobrevivientes de los que hubiera querido; otro 1 por ciento quisiera tener otro hijo.

Prevalcen altos índices de mortalidad infantil, así como la práctica de cesáreas (cerca de 30 % del total de partos del país) y abortos (17% de mujeres han tenido al menos un aborto);

muchos de ellos han sido inducidos, y reflejan una cifra subestimada. No ha recibido la atención prenatal mínima de cinco consultas (que establece la Norma Oficial Mexicana) 75 por ciento de las mujeres sin escolaridad, 67 por ciento de las indígenas, 65 por ciento de las de mayor paridad y 61 por ciento de las de mayor edad. De las mujeres de áreas rurales marginadas, 34 por ciento no se atendió el parto en una clínica debido a deficiencias en los servicios. Las mujeres con mayores necesidades de salud reproductiva son las indígenas, las que no tuvieron posibilidades de acudir a la escuela y las de mayor edad.

Se han hecho la prueba ginecológica del Papanicolau menos de la mitad de las mujeres de 25 años; mientras tanto, poco más de la mitad ha recibido información sobre la forma de explorarse los senos. La desigualdad en el acceso a las pruebas de detección de cáncer cérvico-uterino son alarmantes: 55 por ciento de las no indígenas frente a 24 por ciento de las indígenas; más de 57 por ciento de las de mayor escolaridad y menos de 30 por ciento de las que no tienen escolaridad alguna.

### **¿Qué tan satisfechas están las necesidades de anticoncepción?**<sup>4</sup>

A pesar de jugar un papel esencial para la satisfacción de las necesidades de SR y de que las políticas de control de la fecundidad se han dirigido a las mujeres más pobres, la estratificación socioeconómica de los hogares y las relaciones de género no han sido consideradas. Los programas han excluido a un amplio sector de la población femenina con vida sexual activa y riesgo de embarazos no deseados: las solteras, viudas, divorciadas y separadas. Tampoco se ha considerado el papel de los varones en las decisiones repro-

ductivas, o sus necesidades particulares de anticoncepción, y menos aún se han garantizado los derechos reproductivos, como son las necesidades sentidas y la autonomía de las personas, la insatisfacción con el método usado o la preferencia por algún otro al que todavía no se tiene acceso.

La exclusión territorial y la falta de oferta de servicios de salud institucionales en lugares aislados y dispersos tiene un efecto notable sobre la satisfacción de necesidades: en las localidades donde la población requiere de una hora y media como mínimo para trasladarse a una unidad médica de segundo nivel, la insatisfacción con el uso de anticonceptivos de las mujeres se incrementa en 62 por ciento al compararse con las que viven en localidades con mayores ventajas.

Si bien debe destacarse como un avance que entre 1987 y 1997 el porcentaje de necesidades no satisfechas haya disminuido en 13 por ciento (de 25.1% a 12.1%), y que el indicador haya mejorado para todos los grupos de edad, es necesario señalar que el cambio más notable se observó en las mujeres que tenían cuatro o cinco hijos nacidos vivos (grupo para el que las necesidades no satisfechas se redujeron casi 60%), y que las necesidades insatisfechas se mantuvieron en una de cada cinco mujeres adolescentes y jóvenes, en una cuarta parte de las mujeres rurales y en una quinta de las habitantes de zonas urbanas.

Al analizar la calidad de vida y de vivienda queda al descubierto la selectividad de los servicios: a menor escolaridad mayor la insatisfacción. En las áreas rurales de los estados más pobres (Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz), las mujeres del estrato más bajo presentan porcentajes de insatisfacción muy superiores a los del estrato alto (33.6% frente a 3.4%).

Las mujeres que habitan en viviendas con piso de tierra acusan 35 por ciento de insatisfacción frente a 13.5 por ciento de las que cuentan con

3. El artículo original, "Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: mitos y realidades en el México rural", de Rosa María Camarena y Susana Lerner, aparece en las páginas 117 a 216 del Tomo I, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Encuesta sobre Instituciones de Planificación Familiar, Eniplaf, 1996; Encuesta de Salud Reproductiva IMSS-Solidaridad-Conapo, 1999.

todos los servicios en el hogar. Quienes carecen de agua entubada muestran 23.7 por ciento de insatisfacción, frente a 14.8 por ciento de las que cuentan con tal servicio.

Entre los factores relacionados con la calidad institucional, debe señalarse que la falta de capacitación y la limitada competencia técnica de los prestadores de servicios ha resultado en un incremento de la insatisfacción.

Los programas tendrían que tomar en cuenta, asimismo, otros factores individuales, culturales y comunitarios: la dinámica de poder y los procesos de negociación entre hombres y mujeres –cuando estos últimos de hecho existen-, expresándose en las prácticas sexuales y reproductivas. Un análisis desde la óptica del género deja claro que si el varón es el jefe del hogar, la insatisfacción es de 26.2 por ciento, frente a 33.5 por ciento si es la mujer la que ocupa ese lugar. El riesgo de insatisfacción se incrementa seis veces en la mujeres cuya pareja se opone a la práctica anticonceptiva que donde el marido la aprueba. Se observa, de igual modo, que la influencia de opinión de la pareja desciende en la medida en que aumenta el poder de decisión de la mujer.

### **¿Qué concepto de calidad de atención subyace en las encuestas sobre los servicios de salud?**<sup>5</sup>

Las evaluaciones sobre la calidad de los servicios de salud se han hecho bajo dos paradigmas fundamentales:

- *el paradigma gerencial, que supone que la o el paciente es un/a cliente y evalúa la exactitud de los procesos de acuerdo con una cultura de la calidad. Concibe a las entidades de salud como empresas,*

4. El artículo original, "Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?", de Ricardo Aparicio aparece en las páginas 217 a 285 del Tomo I, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, Enfes, 1987; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, Enadid, 1997; Encuesta Nacional de Planificación Familiar, ENPF, 1995; Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar, Encoplaf, 1996; Encuesta Mundial de Fecundidad, EMF, 1976; Encuesta de Instituciones de Planificación Familiar, Eninplaf, 1996; y datos de Cuadernos de Salud Reproductiva, Conapo, 1999.

*en las que la satisfacción de la o el consultante se evalúa como si se tratara de un/a cliente;*

- *el paradigma de derechos, que critica el concepto de los servicios de salud como empresas y cuestiona el poder de la institución médica sobre los cuerpos y las decisiones de las personas.*

Ese último paradigma se ha construido a partir de la crítica a la adopción del modelo gerencial, y se ha nutrido de las posturas de los movimientos feministas y de derechos humanos, que demandan políticas públicas de salud con un enfoque social, humanitario y democrático, en un proceso paralelo a la adopción internacional de los conceptos de SSR y derechos reproductivos. La crítica a los sistemas de salud señala que la orientación asistencial genera dependencia por parte de la o el paciente, la omisión de la perspectiva de la o el usuario, y la carencia de una perspectiva que vincule a la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población, así como su falta de relación con la ciudadanía, al considerar a los consultantes como objetos y no como sujetos de la atención.

En las encuestas se encontró que el tema de la calidad sólo aparecía en tres de las 15 que se abocan al tema de la SR; cinco de ellas formulan algunas preguntas al respecto y siete no se refieren en absoluto al tema.

5. El artículo original, "Calidad de la atención en los servicios de salud: rastreando el concepto subyacente en encuestas recientes" de Montserrat Salas Valenzuela, aparece en las páginas 287 a 343 del Tomo I, *Ibidem*. Encuestas utilizadas: Encuesta de Salud Reproductiva, Ensare/ IMSS, 1998; Encuesta de Salud Reproductiva/IMSS-Solidaridad-Conapo, 1999; Encuesta Nacional de Salud, Ensa/ Ssa, 2000; Encuesta Nacional de Planificación Familiar, Enaplaf/Conapo, 1995; Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar, Encoplaf/Conapo, 1996; Encuesta de las Instituciones de Planificación Familiar, Eninplaf/Conapo, 1996; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, Enadid/INEGI, 1997; Programa Gente Joven/Mexfam, 1999; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, Enadid/INEGI, 1992; Comportamiento Sexual en la Ciudad de México, Conasida, 1992, 1993; Ensami/Ssa, 1994; EDER/INEGI y otros, 1998; ENVIF/INEGI, 1999; Salud Reproductiva entre Jóvenes Indígenas", IMSS-Solidaridad, 2000; Enajuv/INEGI-IMJ, 2000.

## ¿Qué clase de calidad demandan las mujeres? <sup>6</sup>

Como producto de la reflexión colectiva realizada por mujeres en el seno de numerosas organizaciones y grupos de diverso tipo, se ha concluido que un servicio de calidad con perspectiva de género debería considerar aspectos tales como:

- *accesibilidad y disponibilidad,*
- *aceptabilidad por parte de las usuarias,*
- *dignificación de las usuarias,*
- *conciencia y respeto por los derechos sexuales y reproductivos,*
- *competencia técnica,*
- *insumos esenciales y equipamiento,*
- *relaciones interpersonales,*
- *información y medios para permitir la toma de decisiones por parte de las/os pacientes,*
- *constelación de servicios,*
- *potenciación de los comportamientos favorables,*
- *seguimiento.*

## ¿Qué diferencias existen en el embarazo adolescente? <sup>7</sup>

En México, existen diferencias significativas en la incidencia, tendencia y características del embarazo adolescente según el estrato socioeconómico de pertenencia.

El embarazo adolescente se concentra en los estratos bajos (74%) y mayoritariamente rurales, probablemente porque en ellos, en comparación con otros estratos y con ambientes urbanos, sigue predominando la tendencia a la unión y a la maternidad más tempranas.

Parece haber una tendencia al incremento de los embarazos en menores de 19 años en los estratos medio y alto, casi siempre entre mujeres unidas o casadas, y sólo ocurre con mayor frecuencia en las solteras del estrato alto, lo cual puede deberse a la escasa aceptación social de la práctica de la sexualidad previa al matrimonio y el consecuente rezago en el uso de métodos anticonceptivos.

Los embarazos adolescentes se concentran en la adolescencia tardía (17-19 años); los que ocurren en la adolescencia temprana (entre los 12 y 14 años) pertenecen a madres de estratos bajos (87%). Si las oportunidades de vida se ampliaran (más escolaridad, mayores oportunidades de trabajo extra doméstico, menor sometimiento de las mujeres), la edad de la unión se pospondría al igual que la del primer embarazo, y disminuirían los embarazos adolescentes, que tienden a ocurrir una vez que las jóvenes han abandonado sus estudios; con excepción del estrato alto, donde se presenta en un porcentaje importante cuando aún van a la escuela; es al ocurrir el embarazo que se presenta la deserción. El fenómeno se relaciona más con condiciones de pobreza, escasa escolaridad y falta de opciones para las mujeres.

7. El artículo original "Embarazo adolescente y estratificación social", de Claudio Stern y Catherine Menkes, aparece en las páginas 347 a 396 del Tomo I, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, Enadid, 1992 y 1997; Encuesta Nacional de Juventud, ENJ, 2000; Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, Ensar, 2003.

6. *Ibidem*.

Independientemente del contexto rural o urbano, edad, escolaridad y estado conyugal, el factor que mayor efecto tiene sobre la probabilidad del embarazo adolescente es el estrato socioeconómico, tanto en mujeres unidas como en las solteras, pero principalmente entre estas últimas.

### **¿A qué edad inician las jóvenes su vida sexual, nupcial y reproductiva?<sup>8</sup>**

La edad a la que la mujer mexicana inicia su vida sexual, su vida marital y reproductiva ha cambiado en tiempos recientes.

Se distinguen tres generaciones: las nacidas entre 1951 y 1960, las que nacieron entre 1961 y 1970, y quienes lo hicieron entre 1970 y 1975.

Las mujeres de la generación más reciente (nacidas entre 1970 y 1975), aplazaron de forma significativa la edad de su primera relación sexual (1.6 años más tarde que las de la generación más antigua (nacidas entre 1951 y 1960), la de su primera unión (o matrimonio) y la de su primer embarazo. Además, se aprecia una mayor heterogeneidad en la secuencia en que ocurren estos eventos en la generación más joven.

Para las mujeres que han alcanzado los 26 años, la secuencia “unión - primera relación sexual -embarazo” predomina en las nuevas generaciones (45%), aun cuando un número nada despreciable pospone los tres eventos hasta después de alcanzar esa edad (20%). Si bien es cada vez mayor el número de jóvenes que tienen relaciones sexuales pre-maritales la proporción en cada una de las tres generaciones es minoritaria y no ha aumentado con el tiempo (35%).

Las mujeres que inician la vida marital y el embarazo a edades más tardías ejercen prácticas sexuales sin fines reproductivos y parecen presentar cierta separación entre estos dos eventos; pero el resto permanece sin cambios; es

decir, una vez que ingresan a la vida en pareja muestran una rápida procreación.

El inicio de la vida sexual es más tardío conforme se asciende en la jerarquía social; dos subgrupos de mujeres coexisten: uno mayoritario que inicia la vida sexual dentro de la unión y comienza su vida reproductiva casi de inmediato, y un segundo grupo que experimenta estos eventos a edad más tardía y vive un periodo de vida sexual más prolongado sin tener hijos. Las del segundo grupo, minoritario por ahora, son las que tienen mayor escolaridad y pertenecen a sectores urbanos medios y altos; y son quienes presentan cambios en los patrones de sexualidad, nupcialidad y reproducción.

Lo que hoy por hoy ignoramos es si esos cambios se generalizarán a todos los sectores sociales, o si más bien están reflejando nuevas heterogeneidades, más profundas y permanentes, y ligadas a la creciente desigualdad social.

### **¿Cómo se distinguen las prácticas y regulaciones sexuales entre hombres y mujeres?<sup>9</sup>**

Hay una marcada desigualdad en las regulaciones sexuales para hombres y mujeres, así como diferentes prácticas por estrato socioeconómico.

Se constata un proceso de modernización desigual de las sexualidades, que en los sectores más pobres continúa muy vinculado a los controles e instituciones sociales tradicionales.

8. El artículo original “Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social”, de Patricio Solís, Cecilia Gayet y Fátima Juárez, aparece en las páginas 397 a 428 del Tomo I, *Ibidem*. Encuesta utilizada: Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (Ennivh)/CIDE-UIA, 2004.

9. El artículo original “Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México”, de Ivonne Szasz, aparece en las páginas 429 a 475 del Tomo I, *Ibidem*. Encuestas utilizadas: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, En sare, 1998; Encuesta Nacional de Planificación Familiar, Enaplaf, 1995; Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar, Encoplaf, 1996; Encuesta Nacional de Juventud, Enajuv, 2000; Encuesta Nacional de Salud, Ensa, 2000.

Los adolescentes sexualmente activos son, en mucho mayor medida, varones; 80 por ciento de los solteros que dicen tener relaciones sexuales son hombres.

También es mayor entre ellos la frecuencia de las relaciones ocasionales. La proporción de los jóvenes que dicen haber iniciado su vida sexual con prostitutas o desconocidas tiende a disminuir en las generaciones más jóvenes, incrementándose ese inicio con las amigas.

Las mujeres inician su vida sexual a los 19.7 años en promedio, un año y medio más tarde que los hombres.

La minoría de las mujeres solteras (13%) afirma haber tenido relaciones sexuales y casi la mitad de ellas ya habían tenido hijos. En cambio, 46 por ciento de los hombres solteros declara haber tenido actividad sexual y únicamente 1 por ciento de ellos declara haber tenido hijos.

Aunque la mayor parte de las mujeres mexicanas se unen maritalmente antes de concebir un hijo, poco más de la cuarta parte lo concibe estando soltera. Esta última cifra es bastante cercana a la de quienes declaran haber tenido su primera relación sexual antes de la unión conyugal, lo que sugiere que la mayoría de las mujeres unidas que declaran relaciones sexuales pre-maritales experimentaron un embarazo. Estos datos confirman la cercanía con que las mujeres mexicanas empiezan su vida sexual, conyugal y reproductiva.

En la experiencia masculina, hay una mayor distancia entre el inicio de las relaciones sexuales y la unión; ellos inician su vida sexual más temprano, sin reconocer la existencia de hijos producto de tales relaciones; permanecen solteros más años que las mujeres y tienen una mayor diversidad de parejas sexuales; sólo una pequeña proporción afirma que su primera relación sexual la tuvo con su esposa. Por lo que hace al estrato socioeconómico, la población de solteros (79%) y solteras (70%) con contactos sexuales se concentra en los estratos medio y alto.

Mujeres de todos los estratos han tenido su primera relación con el esposo (64%) o con el

novio (34%); pero entre los grupos de mayor edad la presencia del esposo es mayor, mientras lo es la del novio entre las más jóvenes.

Las mujeres rurales y las de los estados con mayor presencia indígena inician su vida sexual a edades más tempranas y con mayor cercanía a las uniones maritales, si se les compara con las urbanas.

Las regulaciones de género se asocian con las desigualdades sociales, pues son más estrictas para las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos.

La norma que separa la vida sexual de la vida marital masculina atraviesa todos los sectores.

La desigualdad de las regulaciones y prácticas de género persiste en todos los grupos de edad y en todos los estratos, aunque disminuye en las mujeres menores de 35 años y en los estratos medio y alto.

## **¿Cuál es el grado de conservadurismo o liberalismo frente a las normas sexuales?** <sup>10</sup>

Indagar acerca de la sexualidad es siempre un acercamiento incompleto, dado que el cuerpo continúa siendo depositario del prestigio moral de las personas. En las encuestas, las respuestas suelen ocultar parte de las actitudes y prácticas sexuales. Pero algo de la realidad sexual se expresa, indudablemente, en esas mediciones, porque el discurso es también expresión de las normas sociales.

Un estudio con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dejó claro que las desigualdades de género se mezclan inextricablemente con otras desventajas sociales y condicionan las ideas sobre la sexualidad.

Las mujeres sostienen opiniones más conservadoras en todos los aspectos: 74 por ciento está en desacuerdo con que las mujeres ten-

gan relaciones antes del matrimonio, y 58 por ciento piensa lo mismo respecto de los hombres. En contraste, sólo 34 por ciento de la población masculina considera negativo que los hombres tengan relaciones sexuales antes de casarse; pero casi 60 por ciento opina que es malo que las mujeres lo hagan. Las posturas van siendo más conservadoras conforme la escala social desciende, manifestando los hombres opiniones más liberales que las mujeres.

Aparentemente, el grado de conservadurismo tiene que ver con “ser mujer”; pero, además, con el estrato social. Las mujeres de condición económica alta tienen opiniones más liberales que quienes pertenecen a clases menos favorecidas.

Los técnicos y profesionales, y quienes están unidos o casados, son más liberales que los solteros. Las opiniones más conservadoras se dan entre las personas que tienen menos estudios, las desempleadas y las que se dedican a trabajos manuales.

En suma, la mayor adhesión a los principios normativos que tienen en alta estima la virginidad, la fidelidad y la monogamia se da entre las mujeres, los jóvenes y en los estratos medio, bajo y muy bajo de la población.

Sorprende en especial que solteros y jóvenes manifiesten opiniones más conservadoras que sus mayores, lo que quizá refleje el lugar subordinado que ocupan ante los adultos, quienes ejercen control sobre sus cuerpos, tal como ocurre entre las mujeres respecto de los varones. Es posible que el lugar del débil condicione las opiniones para una encuesta en la que se exprese el “deber ser” que dictan los códigos y normas dominantes, y no necesariamente las convicciones y prácticas más íntimas.

10. El artículo original “Género, clase y concepciones sobre sexualidad sobre sexualidad en México” de Marina Ariza y Orlandina de Oliveira, aparece en las páginas 11 a 46 del Tomo II, *Ibidem*. La encuesta utilizada fue: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ensaie, 1998.

## ¿Hasta qué grado las parejas negocian los asuntos relacionados con la reproducción?<sup>11</sup>

Es indudable que un avance real de los estudios de SR es la inclusión de la visión de los hombres a la par de la de las mujeres. Tomar en consideración la perspectiva masculina y a la pareja permite profundizar en las relaciones de poder y en el potencial conflicto en la toma de decisiones por género, además de hacer visible a la pareja como unidad compleja.

En México, se ha encontrado que hay más consenso que conflicto entre las parejas en lo que atañe a la toma de las decisiones reproductivas; sin embargo cuando aparece el disenso sobre ideales y metas reproductivas, son los hombres quienes tienden a dominar las decisiones.

El acuerdo es mayor en los estratos altos. La posición masculina sobre el uso de anticonceptivos por parte de sus parejas es también más favorable en los estratos socioeconómicos más altos, así como en los medios urbanos: 85 por ciento de los hombres urbanos y 74 de los rurales afirman que sus compañeras están de acuerdo en usarlos; más de 80 por ciento de los hombres y las mujeres consideran que la adopción de un método anticonceptivo es responsabilidad de la pareja; coinciden, además, en que las decisiones en cuanto al número de hijos y cuándo tenerlos debe ser compartida, un dato que es menor si el estrato es también más bajo. El mayor desacuerdo de las parejas ocurre entre los no derechohabientes del IMSS, con 17 por ciento, que se compara con 13 por ciento de los derechohabientes.

Otros factores que influyen son el tipo de unión y la escolaridad. Las parejas en unión libre usan anticonceptivos 2.6 veces más que las unidas legalmente. Si el hombre tiene cinco años más de educación que su pareja, el uso se incrementa casi tres veces con respecto a la mujer que tiene una escolaridad similar; pero

cuando la mujer es la que tiene mayores estudios, la probabilidad se incrementa 19 veces.

La subordinación femenina se confirma en las decisiones reproductivas: la probabilidad de uso de anticonceptivos en la pareja es menor cuando el hombre no tiene una actitud favorable hacia su utilización, aun cuando las mujeres posean mayor conocimiento sobre los métodos. No deja de sorprender que el mayor poder de decisión y autonomía de la mujer no coincida con una actitud más favorable de la pareja hacia el control de la fecundidad. Pero los hombres con actitudes más favorables asumen que la responsabilidad de decidir cuántos hijos tener y cuándo se debe compartir con la pareja; son ellos también quienes poseen un conocimiento medio y alto sobre los métodos anticonceptivos.

## ¿Cómo afecta la desigualdad social a la reproducción masculina?<sup>12</sup>

El patrón de reproducción de los hombres muestra claras diferencias por estrato social y generación. La fecundidad varonil, o el promedio de hijos nacidos vivos, es mayor en el estrato bajo que en el medio (3.1 frente a 2.8), y las diferencias entre estratos socioeconómicos se incrementan en las generaciones de mayor edad: son menos amplias en la generación de 20 a 29 años. Los varones de 34 a 39 años, de estrato bajo, tienen tres hijos; pero el mismo grupo de edad del estrato medio, tiene dos hijos en promedio.

La generación de 40 a 49 años, de estrato medio, tiene un promedio de tres hijos, frente a cuatro de quienes pertenecen al bajo. Para los de 50 años y más, la diferencia es de 1.6 hijos: los hombres tienen seis hijos en el estrato bajo y 4.4 en el medio.

La edad a la primera relación sexual es menos variable. Los de clase media se inician a los 17.5 años en promedio y se unen en pareja a los 24.5. Los del estrato bajo inician su vida sexual a los 17.3 años y su unión se da a los 23.3 años. En este último estrato ocurren más uniones y se presenta una mayor fecundidad; en general, se constata que a más uniones mayor el número de hijos. Los tamaños de la familia se van incrementando cuando los hombres se unen por segunda o tercera ocasión.

Entre los solteros, 12.2 por ciento tiene su primer hijo en ese estado civil, una práctica que es más frecuente entre estratos de condiciones más precarias. Uno de cada 25 varones unidos o casados declara tener hijos fuera del ámbito conyugal, siendo esa práctica más común entre hombres del estrato medio y en los grupos extremos; es decir, en la población mayor y la más joven. En edades medias, son menos los hombres que admiten tener hijos como fruto de relaciones extramaritales.

En la totalidad de los estratos socioeconómicos y grupos de edad, la responsabilidad de la práctica anticonceptiva está a cargo de las mujeres. Sólo 22 por ciento de los varones unidos emplean métodos de uso o colaboración masculina (ritmo, retiro, condón y vasectomía), aumentando el porcentaje a 30 entre los jóvenes del estrato medio.

## ¿Cómo se entrelazan deseos, derechos y costumbres en las mujeres indígenas?<sup>13</sup>

Encuestas y estudios cualitativos han encontrado que tanto las instituciones de salud como el arraigo a costumbres que subordinan a las mujeres indígenas representan un obstáculo

11. El Artículo original "Actitudes hacia la reproducción y control de la fecundidad en las parejas mexicanas", de Irene Casique, aparece en las páginas 47 a 94 del Tomo II, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Encuesta de Comunicación en Planificación Familiar, Encoplaf, 1996; Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ensare, 1998.

12. El artículo original "Reproducción masculina y desigualdad social en México" de Olga Rojas, aparece en las páginas 95 a 137 del Tomo II, *Ibidem*. La encuesta utilizada fue: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ensare, 1998.

para que ellas mismas puedan ejercer su autonomía reproductiva. Sin embargo, algunas acciones de resistencia y la difusión de información acerca de los derechos sexuales y reproductivos están propiciando cambios.

Las mujeres indígenas de las nuevas generaciones se debaten entre los discursos tradicionales sobre maternidad, planificación familiar, sexualidad y su papel en la comunidad, en ambientes donde la combinación de pobreza y escasez de oportunidades educativas y laborales les limitan sus oportunidades de independencia y autonomía.

En los territorios indígenas, la vida conyugal y la reproducción se inician a temprana edad y surgen como único medio legítimo para ingresar a la vida adulta, sin que ello signifique, necesariamente, que las mujeres adquieren su autonomía, como en el caso de los varones. La soltería en mayores de 20 años, la falta de hijos al unirse y el embarazo de mujeres solas atentan contra la tradición y se castigan severamente: el mandato exige ser esposa joven y madre.

Pero las nuevas generaciones están viviendo cambios; las jóvenes indígenas prefieren una descendencia menor a la que tuvieron sus progenitoras, y a que ello ocurra a edades más tardías. La mayoría piensa que la mujer debería tener su primer hijo entre los 20 y los 25 años, aunque todavía cerca del 20 por ciento afirma que debe ocurrir antes de alcanzar los 20 años. Más de la mitad de los varones y las mujeres están a favor de tener pocos hijos, y casi 75 por ciento piensa que tener muchos empeora la salud de madres e hijos. Casi 40 por ciento de las indígenas piensa que la mujer debe formar pareja después de los 20 años; 25 por ciento de las y los jóvenes indígenas consideran que el mayor logro que puede tener una mujer es estudiar, mientras sólo 6 por ciento piensa que lo alcanza al ser madre. Se trata de aspiraciones difíciles de concretar en localidades donde el sistema de salud falla: falta información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, y los servicios de salud re-

productiva son escasos, deficientes y alejados de las comunidades, física y culturalmente. La voluntad de las parejas masculinas y de los parientes se impone a la de la mujer, y resulta muy visible el control social de los mayores –incluyendo curas y pastores– sobre la sexualidad femenina. Pero en la actualidad, por fortuna, es posible observar también que las mujeres indígenas luchan a contracorriente por ganar autonomía y hacer respetar sus deseos.

### **¿Cuáles son las dificultades que encaran los programas de mortalidad materna en las comunidades indígenas de Chiapas?**<sup>14</sup>

Es doloroso confirmar el elevado nivel de la mortalidad materna en México, calculado para el año 2005 en 63.3 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, así como la tendencia creciente que es posible observar en particular en el estado de Chiapas. Sin embargo, los datos se deben tomar con reserva pues el aumento en las cifras se debe en parte a un mejor registro de la mortalidad.

Pero es igualmente indignante el señalamiento hecho por organismos internacionales en cuanto al carácter prevenible de esos decesos, toda vez que 90 por ciento de sus causas corresponde a padecimientos de fácil solución prácticamente en cualquier hospital de segundo nivel, lo cual es un indicador de los retos en bienestar y justicia social de la población.

El nivel registrado hasta ahora en Chiapas permite anticipar que el país no será capaz

13. El artículo original "Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres" de Gisela Espinosa Damián, aparece en las páginas 141 a 202 del Tomo II, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR)/IMSS-Solidaridad-Conapo, 1999; Encuesta sobre Salud Reproductiva entre Jóvenes Indígenas (Ensañi), IMSS-Solidaridad, 2000.

14. El artículo original, "Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónicas de la muerte materna en Chiapas" de Graciela Freyermuth Enciso y Cecilia de la Torre Hernández, aparece en las páginas 203 a 251 del Tomo II, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Sistema de Información de Salud para la Población Abierta, SISPA/SS, 2002. Estadísticas Vitales, INEGI, 1990-1999. Población del IX y XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 1990 y 2000.

de cumplir con el compromiso adquirido en la Cumbre del Milenio, pues ¿cómo reducir la muerte materna a menos de 22 por ciento para el año 2015, cuando no se registró decremento alguno en el periodo 2000-2005 y la reducción durante el periodo 1990-2005 ha sido menor a 30 por ciento?

La tendencia ascendente de la mortalidad materna en Chiapas se agudiza en las regiones que tienen mayor presencia indígena en el estado, como son los Altos y la Sierra. La razón de 158.3 es la más elevada del estado, llegando a abarcar el 25 por ciento de los registros de la entidad. Otros datos confirman las desigualdades étnicas y de género. Entre 1990 y 1994, y entre 1995 y 1999, la mortalidad femenina disminuyó en 13 por ciento en Chiapas, pero en los Altos sólo se redujo en 6 por ciento. Por otro lado, 63 por ciento de las mujeres que murieron en el primer periodo (1990-1994) carecieron de toda atención médica. En estas regiones se recurre a los médicos tradicionales para atender las enfermedades graves, mientras los problemas de maternidad y enfermedad, y los altos grados de mortalidad materna e infantil ponen en evidencia los límites de los sistemas locales de salud y cuestionan el supuesto acceso universal de los servicios. Las tres causas básicas de muerte materna en esta región son hemorragia obstétrica (60%), síndrome hipertensivo del embarazo (20%) y sepsis puerperal (13%), padecimientos todos que es posible atender con medidas de bajo costo.

Los programas y estrategias gubernamentales para atenuar la muerte materna, (“Arranque parejo en la vida”, “Embarazo seguro”, “Parto exitoso y sobrevivencia infantil” y “Por una vida mejor”) han permitido mejorar el diagnóstico, el seguimiento de embarazos y la detección de mujeres en riesgo. Tales esfuerzos han favorecido la participación comunitaria; pero carecen de metas calendarizadas e indicadores precisos. La estrategia de detección de riesgo obstétrico requiere de una modificación ya que ha mostrado ser inadecuada.

## **Reforma y política de salud reproductiva. ¿Agendas contradictorias o complementarias?**<sup>15</sup>

Las políticas y programas de SR se han puesto en marcha en un contexto de cuestionamiento y adelgazamiento del Estado mexicano y de una profunda reforma del sector salud. En la actualidad, el sistema nacional de salud se adecua al modelo del mercado que procura mayor participación del sector privado en la prestación de servicios y en su financiamiento. El nuevo modelo sanitario sustituye la noción del derecho social por la de igualdad de oportunidades, en aras de fomentar el desarrollo del mercado de servicios médico-sanitarios. Las políticas de salud son guiadas por criterios de eficiencia con un estrecho horizonte en el que influye la ideología de la empresa privada, misma que subordina los compromisos sociales a los imperativos económicos.

Los derechos sociales, su garantía y la universalidad de los servicios como ejes conductores de las políticas de salud y seguridad social en la época del “Estado de bienestar”, han sido sustituidos por tres acciones: combate a la pobreza, programas asistenciales para poblaciones focalizadas y un paquete mínimo de atención.

A contracorriente, el paradigma dominante se ha impuesto al enfoque de la SR que concibe la salud como un derecho constitutivo de las personas y que el Estado, por ser así, está obligado a proteger. Al partir de ideologías divergentes desde hace 15 años, la agenda combina la SR y la “Reforma del sector salud”, lo cual explica las contracciones y contradicciones del servicio. Los avances en la calidad de servicios se apoyan en la capacidad de presión y gestión, de acciones orientadas en instituciones específicas, así como en la movilización de actores y grupos de interés, como el movimiento de mujeres.

## ¿Cuál es el impacto de los servicios de SR del IMSS en la población derechohabiente?<sup>16</sup>

Un conjunto de variables fueron construidas para evaluar el impacto de los servicios de SR de las derechohabientes del IMSS.

Las prácticas adecuadas de SR se agruparon en tres factores: a) prácticas de atención a la salud de la madre en el embarazo, parto y puerperio, y a la salud de los hijos; b) ausencia de violencia doméstica, y c) participación del hombre en el cuidado del embarazo y de los hijos. En el caso de los varones se tomaron en cuenta los dos últimos factores y se agregó un tercero referido al conocimiento para la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Con tales parámetros, 72 por ciento de las mujeres y 69 por ciento de los hombres muestran prácticas adecuadas, lo que indica que alrededor de 30 por ciento de la población en conjunto no está siendo atendida todavía de manera suficiente.

En el caso de las mujeres, las prácticas adecuadas ocurren más entre las de mayor edad (25-39 años), entre quienes están más escolarizadas y las que viven en mejores condiciones socioeconómicas. La SR toma ventaja con 62 por ciento en mujeres de estrato alto, y tiende a ser desfavorable en los grupos de mujeres con más de dos hijos que trabajan fuera del hogar, y en los hogares encabezados por un varón.

Entre los hombres, las prácticas adecuadas de SR tienden a darse en los de 25 a 34 años de edad y en aquellos que viven en hogares nucleares. Las muestran 61 por ciento de quienes pertenecen al estrato bajo, 65 por ciento de los del medio y la totalidad de los hombres de extracción alta.

15. El artículo original, "La reforma del sector salud en México y la política de salud reproductiva: ¿agendas contradictorias o complementarias?", de Raquel Abrantes Pego y Blanca Pelcastre Villafuerte, aparece en las páginas 255 a 301 del Tomo II, *Ibidem*.

## ¿Cuál es el panorama de la violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS?<sup>17</sup>

El problema social que representa la violencia doméstica conlleva graves efectos para la SR y se asocia con el ejercicio sexual y las relaciones de género. Las consecuencias que la violencia implanta sobre la SR de las mujeres son directas: la cuarta parte de las que la padecieron en el año previo a la entrevista y que estuvieron embarazadas en el mismo periodo fueron golpeadas durante el embarazo. Las que tuvieron hijos fallecidos sufrieron violencia en mayor medida que las que no padecieron la pérdida de sus pequeños. Lo mismo sucedió con las que tuvieron hijos con menor peso y experimentaron otros problemas de salud.

Los datos revelan que hombres y mujeres valoran de distinta manera la violencia que se ejerce sobre ellas. Los varones, aunque la reconocen, lo hacen en menor medida y minimizan también sus efectos, atribuyendo sus orígenes al alcohol, los celos, a problemas económicos y al incumplimiento de deberes de sus parejas.

La virginidad y el control de la sexualidad femenina son fuente importante de la violencia contra las mujeres. Las que viven en unión libre sufren más violencia que las casadas. Corren mayor riesgo quienes vivieron en uniones anteriores, y las que tuvieron relaciones sexuales pre-maritales (incluso si ello ocurrió con quienes serían después sus parejas).

16. El artículo original "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 derechohabiente" de Doroteo Mendoza Victorino, Isabel Padilla Vallejo y Leticia de la Cruz Mejía, aparece en las páginas 303 a 330 del Tomo II, *Ibidem*. La encuesta utilizada fue: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ensare, 1998.

17. El artículo original "La violencia conyugal en la población derechohabiente del IMSS", de Soledad González Montes y Juan Manuel Contreras, aparece en las páginas 333 a 379 del Tomo II, *Ibidem*. La encuesta utilizada fue: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ensare, 1998.

Sufren más violencia las que trabajan fuera del hogar, y el problema se agudiza para las que obtiene mayores ingresos que sus parejas, lo que sugiere que los papeles tradicionales de madre y ama de casa resultan menos conflictivos. Cuando los maridos no participan nunca en la crianza y cuidado de los hijos, el riesgo aumenta. Las que piden permiso para salir solas sufren menos violencia que las que no lo hacen. Socavar la jefatura masculina es también causa de violencia.

Otros factores sociodemográficos son también determinantes muy importantes de la presencia de violencia conyugal. Se presentan tasas más altas de violencia en las parejas adolescentes y en los primeros cinco años de la unión; a partir de los 35 años este evento suele disminuir. La presencia de los hijos es también un elemento de peso; la violencia se concentra entre las que sólo tienen un hijo, y desciende en la medida en que su número aumenta. Sufren más violencia las mujeres con menor escolaridad y las de estratos bajo y muy bajo. Sin embargo, cuando se analiza como causa exclusiva el nivel socioeconómico, éste apenas se halla asociado estadísticamente con la violencia conyugal. Lo mismo sucede con el estado civil.

## ¿Cuáles son las características de las mujeres que declaran abortos en México?<sup>18</sup>

En un tema sobre el cual prevalecen el silencio y el estigma, puede ser relevante conocer las características de quienes declaran sus abortos. La hipótesis es que las mujeres en mejor posición socioeconómica y con mayor grado de autonomía estarían más dispuestas a declarar los abortos que han experimentado.

Lo que los estudios revelan es que aun en condiciones de anonimato, las mujeres tienden a ocultar la experiencia del aborto o a presentar como espontáneos los inducidos. Las jóvenes tienden a no declararlo. La mayoría de quienes no declaran pertenecen al estrato

bajo, trabajaban en el momento de la encuesta, mostraron indicios de menor autonomía, iniciaron su vida sexual más temprano que sus pares, se casaron a mayor edad, eran las que permanecían solteras en mayor proporción después de los 30 años y tenían, en promedio, medio año menos de escolaridad que las que no declararon los abortos inducidos. Las que se dicen víctimas de violencia declaran abortos inducidos más que las que no la padecen; 10 por ciento de las que declaran pérdidas inducidas dicen haber sido violadas; 23 por ciento ha sido golpeada por su pareja y 47 por ciento insultada. Todas reportaron haber sido usuarias de métodos anticonceptivos alguna vez; pero en 21 por ciento de los casos sus esposos o compañeros no estuvieron de acuerdo con ese uso.

Al parecer, las mujeres que declaran abortos inducidos recurrieron a él por vivir situaciones inestables y por carecer del apoyo de sus parejas. Y la declaración de aborto es más frecuente en las mujeres en condiciones más vulnerables y subordinadas. Aunque los datos revelan también que las mujeres que declaran abortos inducidos son más asertivas que las demás, señalan más a menudo que no deseaban su primer embarazo, que no platicaron con su pareja al respecto, y en los casos en que se ligaron las trompas lo decidieron por sí solas sin pedir el consentimiento de su pareja.

18. El artículo original "Mujeres que declaran abortos en México", de Adriana Ortiz-Ortega, Guadalupe Salas y Villagómez y Patricia Meza Romero, aparece en las páginas 381 a 452 del Tomo II, *Ibidem*. La encuesta utilizada fue: Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ensaie, 1998.

## ¿Cuáles son los factores vinculados con la incidencia de las infecciones de transmisión sexual?<sup>19</sup>

La incidencia de las ITS se reporta principalmente entre la población económicamente activa y ocasiona graves secuelas para la SR. En las encuestas revisadas, 1.2 por ciento reportó haber tenido alguna ITS (sífilis, gonorrea, verrugas u otras infecciones) en el año previo. La mención es más frecuente en los estratos bajo y muy bajo. El porcentaje de todas las ITS fue mayor cuando las y los informantes consumieron cocaína y marihuana, mientras que el consumo de tabaco y alcohol se asoció con un mayor reporte de gonorrea, sífilis y verrugas, pero no de otras ITS.

La mayor probabilidad de reportar riesgo de ITS se asocia con los siguientes factores: la pertenencia a estratos socioeconómicos bajo o muy bajo, menores niveles de escolaridad, ser de sexo masculino, haber iniciado la vida sexual a temprana edad y haber consumido cocaína.

El reporte de ITS fue mayor entre quienes informaron haber sufrido abuso sexual, como muestran otros estudios epidemiológicos; las historias de violencia física y sexual se asocian con el padecimiento de ITS, especialmente entre las mujeres.

Reportan menos ITS quienes tienen opiniones favorables al uso del condón, y los que recibieron información pre ventiva en la escuela o a través de los medios de comunicación.

---

19. El artículo original "Factores de desigualdad social asociados a Infecciones de transmisión Sexual (ITS) en la población mexicana", de José Ramiro Caballero Hoyos y Alberto Villaseñor Sierra, aparece en las páginas 453 a502 del Tomo II, *Ibidem*. Las encuestas utilizadas fueron: Encuesta Nacional de Salud, ENSA, 2000; Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ensare, 1998.

---

## Conclusiones y recomendaciones para el diseño de políticas públicas

---

En los albores del siglo XXI los estudios sobre salud sexual y reproductiva realizados en México muestran la persistencia y profundización de graves desigualdades socioeconómicas, inequidades de género y fuertes rezagos étnicos, los cuales tienen importantes implicaciones en amplios grupos de población. El contexto de creciente empobrecimiento, la permanencia de una política económica y social excluyente, y en particular la influencia creciente de fuerzas conservadoras y de derecha, han restado prioridad a las políticas de población y de salud reproductiva.

Uno de los retos de mayor actualidad es instrumentar la atención de las necesidades no satisfechas de SSR con base en la comprensión de los procesos de exclusión social. El contraste entre la retórica y los resultados e intervenciones en los programas de población y salud requiere considerar las necesidades que identifican y experimentan las personas y no sólo las definidas e instrumentadas por las instituciones públicas.

La población usuaria de los servicios ha estado excluida del proceso de diseño y programación de los servicios, y ajena a la posibilidad de ejercer su derecho a la ciudadanía. Las necesidades deberían estar definidas a partir de los intereses expresados por las mujeres usuarias de los servicios y por sus parejas, para poder superar el enfoque tan limitado con que se han definido las “necesidades no satisfechas”. Los trabajos revisados para el presente documento han dejado claro que el uso de anticonceptivos no representa, por sí solo, la satisfacción de una necesidad.

Tres factores son claramente determinantes de las necesidades de anticoncepción: las condiciones de vida de los hogares, la oposición del esposo o compañero al uso de anticonceptivos y el limitado poder de decisión de algunas mujeres.

En cuanto a la agenda de los derechos reproductivos, está visto que este concepto tan emergente no se ha traducido en acciones concretas, toda vez que la reforma del sector salud no se ha enfocado a superar las diferencias sociales ni a aumentar la equidad de género.

El poder se ejerce hasta en las encuestas. Muchas de las que ha venido realizando el sector público reproducen una visión hegemónica, parte del sistema biomédico institucional, y aunque se incluyen factores técnicos y señalamientos críticos, se han dejado fuera aspectos de calidad referidos al ejercicio ciudadano de los derechos.

Los estudios confirman el rezago en la infraestructura y funcionamiento institucional, sobre todo en los territorios más pobres. En contextos aislados y dispersos, se deben fortalecer los servicios institucionales y la capacitación, porque sigue siendo muy limitada la competencia técnica de quienes prestan los servicios, así como los materiales e insumos médicos.

La educación sexual tendría que contribuir más eficientemente a la formación de una cultura preventiva, así como responder a las complejas y emergentes transformaciones del género y las prácticas sexuales. Debe tomarse en cuenta el modelo mixto en el que coexisten dos subgrupos de mujeres: uno mayoritario con unión temprana, primera relación sexual dentro de la unión e inicio de la vida reproductiva inmediatamente después, y un segundo grupo, minoritario pero creciente, que experimenta el inicio de la vida sexual, de la unión y la procreación en forma más tardía, con un periodo de vida sexual anterior a la unión.

En los programas para mujeres indígenas es urgente apoyar la construcción de su autonomía y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, así como lidiar no sólo con los obstáculos que imponen los usos y costumbres de las comunidades indígenas, sino con las barreras de la cultura institucional del sector salud y educativo.

No se podrá abatir la mortalidad materna en zonas indígenas mientras las estrategias no se modifiquen. La clasificación de riesgos impide que se identifiquen de manera adecuada las complicaciones. Es urgente habilitar al personal de los estados y suministrar recursos, ofrecer instrumentos para detectar emergencias obstétricas, fortalecer redes de atención y una estrategia de educación para la salud que difunda los signos de alarma a todas las mujeres y mejore el acceso a los centros de atención.

El rezago se observa también en la clase trabajadora, cuyos programas de salud reproductiva no han incorporado la perspectiva de género. Al interior del IMSS, es necesario desarrollar nuevos conceptos que permitan una mejor aproximación para medir el impacto de las intervenciones institucionales, así como garantizar rutinas de atención materna oportuna, especialmente para los estratos bajos y muy bajos, y para las y los jóvenes menores de 25 años. Es urgente robustecer las acciones encaminadas a fortalecer la equidad en las relaciones de género así como favorecer la participación de los hombres en el cuidado de la salud de madres e hijos, y en la suya propia.

Los servicios integrales de SSR tienen que tomar en cuenta los factores que inciden sobre la violencia. Está visto que las relaciones de género son las determinantes más importantes de la presencia de violencia conyugal, y que ésta es mayor hacia las mujeres más jóvenes y en la primera etapa de la unión. Aumenta igualmente entre quienes no se han unido por amor sino en razón de otras presiones, y cuando la mujer trabaja fuera del hogar o percibe un mayor ingreso que su pareja. La violencia que produce lesiones se asocia principalmente con los celos, el consumo de alcohol y los problemas económicos.

Poco se investiga, y menos lo hace el Estado, en relación con el aborto. Hay que profundizar los estudios sobre este tema y articular el conocimiento de las trayectorias de vida con los grados de autonomía de las mujeres, con los niveles socioeconómicos de sus familias y con las limitaciones en la escolaridad y acceso a servicios de salud.

Otro aspecto a superar se refiere a la evaluación de los programas públicos, los cuales tendrían que considerar indicadores que permitan diferenciar la influencia de las interacciones individuales y familiares que operan en el ámbito comunitario.

La prevención de las ITS merece mayor prioridad en los programas de SSR. Es necesario diseñar estrategias comunitarias con mensajes que promuevan la equidad de género en la vida cotidiana y en las decisiones sobre la salud sexual. Se requieren estrategias específicas para llegar a los estratos socioeconómicos bajo y muy bajo, a los hombres, a las personas con menor escolaridad, a las y los adolescentes, así como a quienes consumen drogas, con un enfoque que promueva el cambio en las actitudes y prácticas de riesgo.

Las políticas de población están obligadas a superar la visión de corto plazo y a fortalecer medidas de política económica y social para ampliar las oportunidades de vida: más escolaridad, más oportunidades de trabajo extra-doméstico y menos sometimiento de las mujeres y las jóvenes, aspectos que impulsarían su desarrollo personal y pospondrían la edad de la unión y del primer embarazo.

Todas las mujeres deben ser empoderadas, incluyendo, evidentemente, a las que habitan en comunidades rurales e indígenas, a fin de que las discrepancias de pareja dejen de resolverse siempre a favor de los hombres.

La capacidad de decisión de las mujeres no debería ser un lujo social. ¿Por qué es sólo en los estratos medios y altos, y en zonas urbanas que las posturas de los varones tienden a ser favorables al uso de anticonceptivos y a las decisiones compartidas?

Hoy y siempre será inadmisibles que las restricciones a la vida sexual se vinculen con las condiciones materiales de vida y la inequidad de género. Mientras en los sectores bajos y muy bajos la distancia entre los sexos es muy intensa, entre los sectores medios y altos las trayectorias sexuales de hombres y mujeres tienden a ser un poco más semejantes y más desvinculadas de la vida marital.

Los programas de SR deberían ser capaces de evitar que las relaciones de poder se ensañen contra quienes son más débiles. Es imprescindible impedir que se ejerza un mayor control normativo sobre la sexualidad de mujeres y jóvenes de los estratos medio, bajo y muy bajo, o que se favorezcan actitudes conservadoras que les hacen más vulnerables.