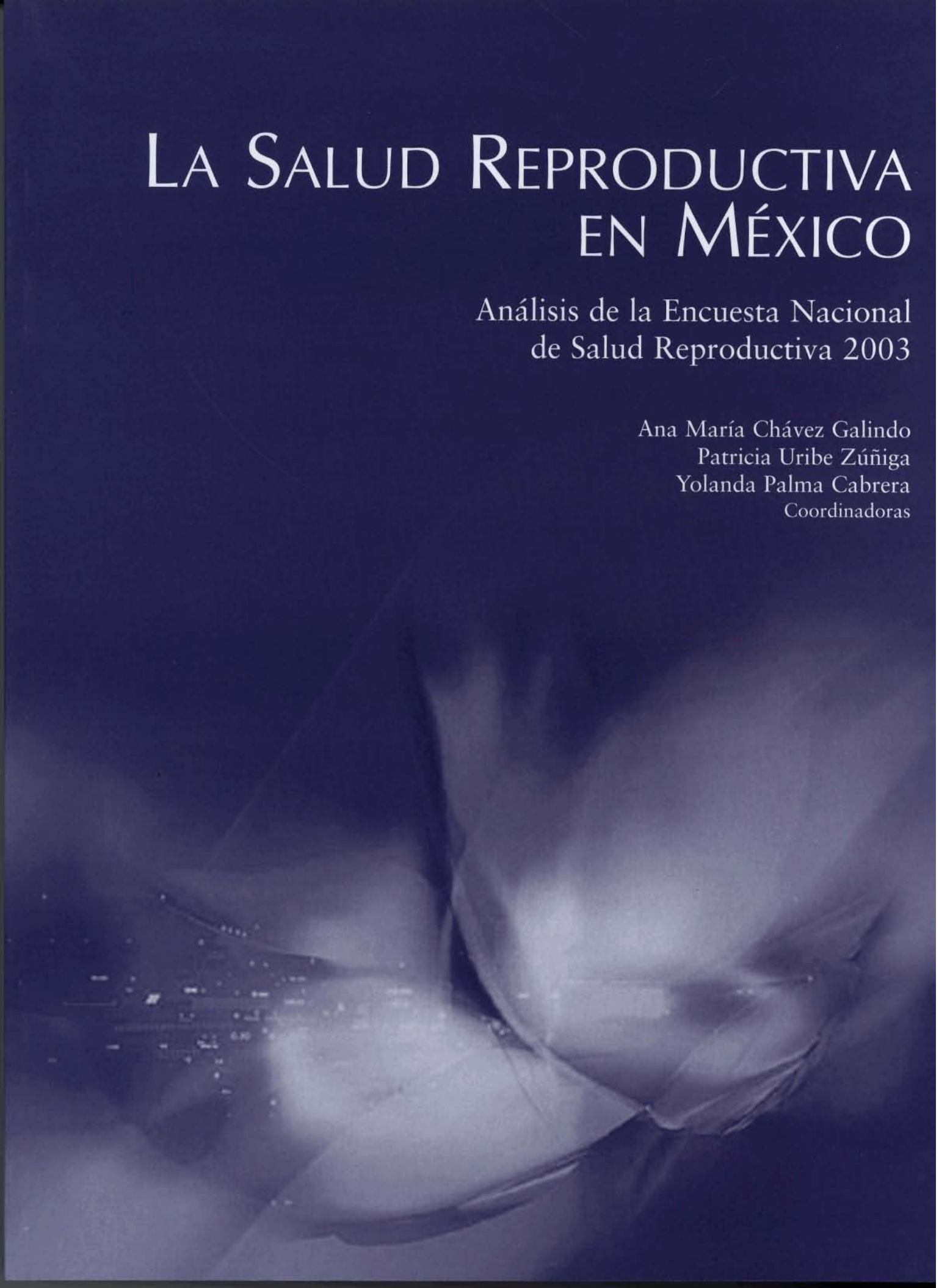
La Salud Reproductiva en México

Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Ana María Chávez Galindo
Patricia Uribe Zúñiga
Yolanda Palma Cabrera
Coordinadoras



La salud reproductiva en México

Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

La salud reproductiva en México

Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Ana María Chávez Galindo
Patricia Uribe Zúñiga
Yolanda Palma Cabrera
Coordinadoras

Secretaría de Salud
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, unam
México, 2007

Diseño de portada: Gabriela Carrillo

Primera edición, 2007

D.R. © Secretaría de Salud
Homero 213
Col. Chapultepec Morales
Deleg. Miguel Hidalgo
11560 México, D.F.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Av. Universidad s/n, Circuito 2
Col. Chamilpa
62210 Cuernavaca, Morelos, México
www.crim.unam.mx

Impreso y hecho en México

ISBN: 970-32-3952-2

Índice

Presentación CRIM 9

Presentación SSA 11

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva

Objetivos y metodología (características generales)
Yolanda Palma 15

Evaluación de la Ensar 2003
Joseph E. Potter, Thomas Pullum, Georgina Martínez y Ernesto Amaral .. 27

Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Los hogares en la Ensar 2003
Carlos Javier Echarri Cánovas 43

Inicio de la vida sexual y reproductiva
Carlos Welti Chanes 65

Transición a la vida adulta. Experiencias de las jóvenes rurales y urbanas
Marta Mier y Terán 85

Preferencias reproductivas en el último tramo de la transición demográfica en México
Catherine Menkes Bancet y *Octavio Mojarro* 107

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos
Yolanda Palma y *José Luis Palma* 115

La nupcialidad femenina en México al inicio del nuevo milenio. Diferencias rurales y urbanas
Norma Ojeda 123

Necesidades no satisfechas de anticoncepción. Un análisis de la Ensar 2003
Ricardo Aparicio 133

Lactancia y amenorrea posparto
Beatriz Zubieta García 145

Salud materno infantil
María de la Cruz Muradás, Alejandro Suárez y Rafael Lozano 155

La salud reproductiva de la población indígena
Ana María Chávez Galindo, Catherine Menkes Bancet, Héctor Hiram Hernández Bringas, Gregorio Agustín Ruiz Hernández y *René Augusto Flores Arenales* 175

Infecciones de transmisión sexual
Gudelia Rangel Gómez, Eduardo González Fagoaga y Giovanni Macías Suárez 191

Análisis de las secciones de infertilidad, menopausia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama

Infertilidad
Dilys Walker Evans, Bernardo Hernández Prado y Leticia Suárez López 209

Menopausia
Dilys Walker Evans, Bernardo Hernández Prado y Leticia Suárez López 220

Cáncer cérvico-uterino
Eduardo Lazcano Ponce y Leticia Suárez López 227

Cáncer de mama
Lizbeth López Carrillo y Leticia Suárez López 236

Cuestionarios 255

Presentación
Centro Regional de investigaciones multidiciplinarias (crim)

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (Ensar) se enmarca dentro de la serie de encuestas nacionales sobre fecundidad que se han realizado en México desde 1976, las cuales han conformado un observatorio insustituible del proceso de transición demográfica en el país.

Casi todas las encuestas de esta serie, en ocasiones llamadas también *demográficas y de salud*, han incluido, en efecto, mediciones sobre diversos aspectos de la salud de la población, en especial de los mayormente asociados con la fecundidad. En este sentido, la importancia y oportunidad de la Ensar recae, en buena medida, en que posibilita la continuidad de estas mediciones pero, también, en que ha adoptado la concepción actual de la salud reproductiva en México.

Por una parte, la Ensar permite dar seguimiento a las variables determinantes e intermedias más importantes de la fecundidad, en un momento en el que México se encuentra ya finalizando la última etapa de su transición demográfica, de acuerdo con la definición tradicional de ese proceso. Como lo muestra la encuesta, en el país la fecundidad ha llegado a un nivel cercano al reemplazo y la demanda no satisfecha de anticoncepción, a un punto también muy bajo —aunque también pone a la vista que persisten contrastes importantes entre regiones y grupos de población.

Al mismo tiempo, en esta encuesta, por primera vez, se han incorporado preguntas que permiten observar los diversos elementos que comprende la salud reproductiva e incluso una aproximación —muy limitada en este caso— a algunos aspectos relativos a la prestación de los servicios correspondientes.

El interés y la decisión de la Secretaría de Salud (SSA) de realizar un esfuerzo de generación de conocimiento de la magnitud de la Ensar, refleja claramente la importancia que le otorga esa dependencia a la salud reproductiva de la población, y al hecho de visualizar de manera integral sus diversos componentes. Por ello, el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), UNAM, reconoce y felicita a la SSA por su iniciativa para llevar a cabo este proyecto, y agradece muy especialmente haber confiado a este centro su realización.

Por la importancia de la Ensar, debe hacerse aquí un reconocimiento al grupo de trabajo que llevó a cabo dicho estudio y que posibilitó —debe decirse sin modestia— una muy alta calidad en cada una de las fases de su desarrollo. El equipo del CRIM estuvo encabezado, al inicio del proyecto, por el ex director del centro, Héctor Hernández, y por Leopoldo Núñez, quien tuvo a su cargo la dirección del estudio.

El CRIM conformó un equipo de trabajo específicamente para la realización de la Ensar, con la integración de profesionales con amplia experiencia en la realización de encuestas demográficas y de salud. Yolanda Palma fue la coordinadora general de la encuesta; José Luis Palma fue el responsable operativo de las diversas etapas del estudio, desde el diseño hasta la integración de reportes. Ambos adscritos al Centro de Investigación en Salud y Demografía (Insad), quienes contaron, a su vez, con la colaboración de un grupo de investigadores, entre quienes destacan Mónica González, Mariana Vidal, Luz María Uribe y Sara González, así como el

coordinador del trabajo de campo, Héctor Durán, con un muy amplio equipo de supervisores, personal de campo y de procesamiento de información que sería muy largo enumerar aquí.

Debe resaltarse también la participación del personal administrativo del CRIM, en particular de Héctor Silva y Anselmo Paz, cuya disposición y capacidad de respuesta inmediata fue decisiva ante los requerimientos que impuso el desarrollo de un proyecto de esta naturaleza.

Una labor central del estudio fue el diseño muestral y el posterior análisis de resultados, desde el punto de vista estadístico. Esta labor la desarrolló Miguel Cervera.

La SSA encargó al Instituto Nacional de Salud Pública que realizara una supervisión externa de la encuesta durante el trabajo de campo y hasta las labores de crítica, codificación y captura. Este trabajo de supervisión estuvo dirigido por Susana Cerón. También por parte de la SSA, debe hacerse un reconocimiento a Roberto Tapia, titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, quien no sólo hizo posible la realización de la Ensar, sino que participó personalmente en la orientación del diseño del estudio, e incluso, con la colaboración de Yolanda Varela, gestionó continuamente apoyos de las autoridades estatales, esenciales para el desarrollo del trabajo de campo.

Cabe hacer una mención muy particular de Lourdes Quintanilla y Vicente Díaz, de la Dirección General de Salud Reproductiva, ya que ellos fueron los impulsores iniciales para la realización de la Ensar y quienes fungieron como contraparte del equipo del CRIM para el planteamiento de las preguntas de investigación y el diseño de los cuestionarios.

El área de salud reproductiva de la SSA se fortaleció con la constitución del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, cuando los trabajos de la Ensar estaban culminando. A partir de entonces debe subrayarse la labor realizada por Patricia Uribe y Raffaela Schiavon, no solamente por la continuidad que dieron al proyecto, sino por el impulso para el análisis detallado y la promoción del uso de sus resultados, tanto para fines programáticos como académicos. Ellas, ahora junto con Susana Cerón, recientemente incorporada a ese centro, han sido las principales promotoras de la presente publicación.

Finalmente, cabe resaltar que los titulares de ambas instituciones, el entonces secretario de Salud, Julio Frenk, y el rector de la UNAM, Juan Ramón de la Fuente, además de tomar la decisión y acordar la realización de la Ensar, fueron impulsores activos del proyecto a lo largo de su desarrollo.

La Ensar ofrece posibilidades de análisis muy amplias. Esta publicación tiene como propósito describir los aspectos metodológicos de la encuesta, mostrar algunos de sus principales resultados y, como fin último, motivar el análisis de la información por parte de instituciones académicas, responsables de la planeación de programas de salud reproductiva y organizaciones de la sociedad civil. La SSA ha puesto la base de datos a la disposición de los organismos interesados en su utilización.

Los artículos que aquí se incluyen los escribieron reconocidos especialistas en cada uno de los temas que se analizan. El agradecimiento final es, precisamente, para estos académicos, quienes de manera entusiasta respondieron a la invitación de la SSA y del CRIM, dedicando su capacidad y su tiempo al procesamiento y análisis de la información.

Dra. Ana María Chávez Galindo
Directora del CRIM, UNAM

Presentación
Secretaría de Salud (ssa)

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en el 2003 (Ensar 2003), con el apoyo del CRIM, UNAM. Esta encuesta es parte de una serie de encuestas realizadas periódicamente a nivel nacional, con el propósito de realizar una evaluación periódica sobre las tendencias de la fecundidad, el uso de anticonceptivos, salud materno-infantil, nupcialidad, preferencias sobre el número de hijos y fecundidad; asimismo, acorde con el concepto de salud reproductiva adoptado en México a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo en 1994, se consideró necesario incorporar los componentes que conforman la salud reproductiva, de tal manera que se adicionaron indicadores de violencia familiar, papeles de género, sexualidad, climaterio y menopausia, cáncer cérvico-uterino y de mama, así como infecciones de transmisión sexual.

Los primeros resultados nos han dado a conocer los principales indicadores en esta materia, sin embargo, consideramos necesario profundizar en el análisis de temas específicos, por lo que solicitamos a investigadores de reconocido prestigio exploraran esta información. En este trabajo se presentan los temas más relevantes en salud reproductiva. Cada investigador tuvo la libertad de enfocar el tema a partir de sus conocimientos y experiencia, de tal manera que las conclusiones son responsabilidad de cada autor. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva agradece su participación entusiasta y hace patente su reconocimiento por su colaboración desinteresada.

Consideramos que la Ensar 2003 es un aporte al Programa Nacional de Salud. Esperamos que la información generada enriquezca la evaluación de los programas actualmente existentes para diseñar nuevas acciones y proyectos, dentro del contexto de la demografía y de la salud sexual y reproductiva.

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Directora general adjunta del Centro Nacional de Equidad
y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud

La Encuesta Nacional de Salud Reproductiva

Objetivos y metodología (características generales)

*Yolanda Palma**

Objetivo general

La Ensar 2003 busca obtener información acerca de la salud reproductiva de las mujeres mexicanas, así como del conocimiento y práctica de las medidas de prevención y atención en la materia. Ello permitirá evaluar las acciones realizadas y obtener elementos para dar una mejor orientación a los programas.

Objetivos específicos

Dentro del marco de la salud reproductiva, la encuesta incorporó los principales componentes que la definen, variables que se asocian de manera directa y variables sociodemográficas que directamente o por intermediación de otra influyen en la salud reproductiva. Entre las primeras se encuentran:

- Fecundidad
- Anticoncepción
- Atención materno-infantil
- Nupcialidad
- Infertilidad
- Menopausia
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Cáncer cérvico-uterino y de mama
- Aspectos básicos de sexualidad.

De las segundas, las variables asociadas a la salud reproductiva, destacan:

- Diferencias de género
  - Las tareas domésticas
  - El cuidado de los hijos
  - La atención de la salud familiar
- Violencia familiar.

Entre las variables sociodemográficas se hallan:

- Composición del hogar
- Edad
- Escolaridad
- Actividad económica
- Pertenencia a algún grupo indígena
- Características de la vivienda.

Comparación temática de encuestas similares

La Ensar 2003 se enmarca en una serie de encuestas nacionales sobre fecundidad, la primera de las cuales se llevó a cabo en 1976. La Ensar 2003 constituye la octava de esta serie de encuestas. La atención de estos estudios se ha centrado en la medición de la fecundidad, aunque no en todas se ha incorporado una historia de los embarazos.

Otro aspecto característico de estas encuestas es que el segundo tema más importante que se ha incorporado es el de la salud. Con excepción de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992, el resto contiene módulos importantes de datos sobre atención materno-infantil; la salud sería, entonces, la variable asociada a la fecundidad a la que se ha dado una gran importancia en estas encuestas. Adicionalmente, se han medido variables intermedias asociadas a la fecundidad: principalmente las que se relacionan con el estado conyugal y la anticoncepción.

Por primera vez, la Ensar 2003 incorporó el resto de las variables que definen la salud reproductiva; algunas de éstas de manera exploratoria. En el cuadro 1 se ejemplifica la inclusión de algunas variables en estas ocho encuestas.

* Investigadora del Centro de Investigación en Salud y Demografía (Insad).

CUADRO 1

COMPARACIÓN TEMÁTICA DE LAS ENCUESTAS NACIONALES

	EMF 1976	*ENP 1979*	*END 1982*	*Enfes 1987*	*Enadid 1992*	*ENPF 1995*	*Enadid 1997*	*Ensar 2003*
Fecundidad								
Historia de embarazos	✓	—	—	✓	✓	✓	✓	✓
Aborto provocado	P	—	—	—	—	—	—	✓
Número ideal de hijos	—	—	✓	✓	—	✓	✓	✓
Atención materno infantil								
Tiempo de lactancia	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓
Atención prenatal	P	✓	—	✓	—	✓	✓	✓
Atención durante el parto	✓	✓	—	✓	—	✓	✓	✓
Atención médica durante el puerperio	✓	✓	—	✓	—	✓	✓	✓
Tipo de parto y peso al nacer	—	—	—	✓	—	✓	✓	✓
Estado conyugal								
Historia de uniones	✓	—	✓	—	—	✓	✓	✓
Edad a la menarca y a la menopausia	—	—	—	✓	—	✓	—	✓
Inicio y frecuencia de las relaciones sexuales	—	—	—	✓	—	✓	—	✓
Anticoncepción								
Primer método usado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Uso actual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Último uso/ex usuarias	✓	✓	✓	✓	—	✓	✓	✓
Razón de no uso actual	—	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Infertilidad	—	—	—	—	—	—	—	✓
Violencia familiar	—	—	—	—	—	—	—	✓
ITS	—	—	—	—	—	—	—	✓
Cáncer cérvico-uterino y de mama	—	—	—	—	—	—	—	✓

Fuentes: Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF), 1976, Dirección General de Estadística de la Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP); Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos con Módulo de Fecundidad/Mortalidad (ENP), 1979, Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar; Encuesta Nacional Demográfica (END), 1982, Consejo Nacional de Población (Conapo); Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), 1987, Dirección General de Planificación Familiar, SSA; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1992, INEGI; Encuesta Nacional de la Planificación Familiar (ENPF), 1995, Conapo; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), 1997, INEGI.

Poblaciones objeto de estudio

La primera población de estudio son los hogares que se encuentran en viviendas no institucionales, esto es, no se incluyen viviendas colectivas (cárceles, conventos, hoteles, casas de huéspedes, instalaciones militares, etcétera). La segunda población objeto de estudio la constituyen todas las mujeres en edad fértil (15-49 años de edad) que residen habitualmente en el hogar.

Cuestionarios

Para alcanzar los objetivos de la encuesta, se diseñaron dos instrumentos de captación: el Cuestionario de hogar (véase el anexo I) que recoge información de todos los miembros del hogar y de las personas que temporalmente vivían ahí, así como el Cuestionario individual (véase el anexo II), que se aplica a todas las mujeres en edad fértil que se hayan listado en el primer cuestionario.

Diseño de la muestra

Dominios de estudio

La Ensar 2003 se propone generar estimaciones de confianza y precisión medibles para los siguientes dominios de estudio:

- Nacional
- Nacional urbano
- Nacional rural
- Chiapas (urbano, rural)
- Guerrero (urbano, rural)
- Oaxaca (urbano, rural)
- Guanajuato (urbano, rural)
- Puebla (urbano, rural)
- San Luis Potosí (urbano, rural)
- Sonora (urbano, rural)
- Tamaulipas (urbano, rural)

En este caso, *urbano* se entiende como el conjunto de residentes en localidades con 2 500 habitantes o más, de acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000 (CGPV, 2000). Por otra parte, *rural* es el complemento, es decir, el conjunto de residentes que se ubican en localidades de menos de 2 500 habitantes.

Esquema de muestreo

El esquema de muestreo de la Ensar 2003 fue probabilístico, polietápico y estratificado. Las unidades de análisis de la Ensar se seleccionaron con criterios probabilísticos. Cada elemento de la población de estudio tiene una probabilidad conocida y diferente de cero, de ser seleccionado en la muestra. Esto hace factible la medición de la confianza y la precisión de cada una de las estimaciones que se consideren de interés para el proyecto. Las estimaciones fundamentalmente se refieren a tasas, promedios y proporciones.

Las unidades de análisis de la Ensar 2003 se seleccionan a través de varias etapas. Debido a la imposibilidad de seleccionar directamente las unidades objeto de estudio, se realizan etapas sucesivas de selección, hasta tener finalmente en la muestra las unidades de análisis definidas para la encuesta. La muestra se obtiene de un marco elaborado específicamente, el cual se construye tomando como base la información demográfica y cartográfica del CGPV 2000, llevando a cabo conteos y actualizaciones en el momento de la selección de las diferentes unidades de muestreo.

Al tener como objetivo aumentar la calidad de las estimaciones, las unidades de análisis de la Ensar 2003 se agrupan con base en características similares. Se toman en cuenta tres criterios: el geográfico, el número de habitantes de cada localidad y algunas características sociodemográficas. En todo diseño muestral existen dos procedimientos fundamentales: el de selección y el de estimación. El primero indica las reglas a seguir para obtener la muestra de las unidades en las diferentes etapas hasta llegar a las unidades de observación, es decir las que serán objeto de entrevista. En cambio, el segundo, el procedimiento de estimación, proporciona los mecanismos que han de aplicarse para obtener, a partir de la muestra seleccionada, las estimaciones válidas para cada dominio de estudio. A continuación se describe el procedimiento de selección, con énfasis en dos aspectos: la estratificación de las unidades de muestreo y las probabilidades de selección de éstas.

Procedimiento de selección

Estratificación

La estratificación de las unidades muestrales se establece mediante tres grandes criterios:

1. Geográfico.
2. Tamaño de la localidad.
3. Características sociodemográficas.

Criterio geográfico

Se conforman regiones geográficas, utilizando como unidad básica la entidad federativa, buscando la contigüidad de éstas y que el comportamiento de las entidades comprendidas en cada región presente características de interés. Así, para la Ensar 2003 se establecen doce regiones, las cuales se presentan a continuación:

Región 1: Baja California; Baja California Sur; Coahuila; Chihuahua; Nuevo León (r); Sonora y Tamaulipas.

Región 2: Aguascalientes; Durango; Nayarit; Sinaloa y Zacatecas.

Región 3: Colima; Jalisco (r); México (r); Michoacán y Morelos.

Región 4: Guanajuato; Hidalgo (r); Puebla; Querétaro; San Luis Potosí y Tlaxcala.

Región 5: Campeche; Quintana Roo; Tabasco; Veracruz y Yucatán.

Región 6: área metropolitana de la ciudad de México.

Región 7: área metropolitana de la ciudad de Guadalajara.

Región 8: área metropolitana de la ciudad de Monterrey.

Región 10: Chiapas.

Región 11: Guerrero.

Región 12: Oaxaca.

La marca (r) indica que en la entidad mencionada no se incluyen los municipios que forman parte de alguna de las tres áreas metropolitanas. Al respecto, en el cuadro 1 aparece la relación de municipios o delegaciones que integran cada una de aquéllas consideradas como regiones.

Tamaño de la localidad

El segundo criterio utilizado en la estratificación es el tamaño de la localidad. En cada una de las regiones establecidas, excepto en la 6, 7 y 8, las localidades se clasificaron de acuerdo a su tamaño, tomando como medida la población reportada en el CGPV 2000. De esta manera, se establecieron seis estratos de localidades, según su número de habitantes:

Estrato	*Tamaño (miles de habitantes)*
1	500 y más
2	100 a 500
3	20 a 100
4	5 a 20
5	2.5 a 5
6	menos de 2.5

Las tres áreas metropolitanas consideradas se ubican en estratos independientes (estratos 6-8).

Características sociodemográficas

El último criterio para estratificar es el que se refiere a características sociodemográficas. Con la finalidad de contar con estimaciones de mayor calidad, se llevó a cabo en las localidades urbanas una estratificación adicional, tomando en cuenta características sociodemográficas, de las cuales se consideraron las siguientes:

- Porcentaje de población alfabeta.
- Promedio de escolaridad.
- Porcentaje de población sin estudios.
- Porcentaje de hogares con ingresos superiores a cinco salarios mínimos.
- Porcentaje de viviendas con drenaje.
- Porcentaje de viviendas con techos de materiales sólidos.
- Porcentaje de viviendas con paredes de materiales sólidos.
- Promedio de habitantes por cuarto.

El valor de estas características se obtiene para cada una de las AGEB (grupos de manzanas) que conforman cada localidad urbana, así como las áreas metropolitanas. En cada caso se construyeron, como máximo, cuatro estratos, los cuales se establecieron a través de un procedimiento multivariado que permite disminuir la varianza de las estimaciones. Las localidades rurales no se estratificaron.

Unidades y etapas de selección

Se establecieron diferencias, según se trate de viviendas ubicadas en localidades urbanas o rurales. Enseguida se dan las principales características de cada caso.

Unidades en zona urbana

En este caso, están las localidades de los estratos de tamaño 1 a 5 y las tres áreas metropolitanas. En el primer caso, es decir, para las localidades de los estratos 1 a 5, la selección se lleva a cabo en cuatro etapas, la siguiente relación presenta para cada etapa la unidad de selección correspondiente:

Unidad

Etapa 1: Localidad
Etapa 2: AGEB
Etapa 3: Manzana
Etapa 4: Vivienda.

Para las áreas metropolitanas se tienen tres etapas de selección:

Unidad

Etapa 1: AGEB
Etapa 2: Manzana
Etapa 3: Vivienda.

En la vivienda seleccionada, se aplica un cuestionario para cada hogar y cada una de las mujeres objeto de estudio.

Unidades en zona rural

Aquí se trata de las localidades del estrato 6. También se ocupan cuatro etapas de selección:

Unidad

Etapa 1: Municipio rural (sin localidades urbanas)
Etapa 2: AGEB rural (conglomerado de localidades rurales)
Etapa 3: Localidad rural
Etapa 4: Vivienda.

Probabilidades de selección

Las probabilidades de selección varían según la unidad de que se trate.

Probabilidades para viviendas ubicadas en zona urbana

De acuerdo con el número de habitantes, se determinó que algunas localidades entraran con certeza en la muestra, es decir, la probabilidad de selección de estas localidades es igual a la unidad. En la región 1, entraron con certeza todas las localidades de los estados de Sonora y Tamaulipas que, según el CGPV 2000, reportaron una población superior a cien mil habitantes; en el resto de la región se incluyeron con probabilidad 1 a las localidades de quinientos mil o más habitantes.

En las regiones 2, 3 y 5 las localidades que entraron con certeza son las de más de medio millón de habitantes. En cambio, en la región 4, para los estados de Guanajuato, Puebla y San Luis Potosí se tiene probabilidad 1 para las localidades con una población superior a cien mil habitantes; en el resto de la región se incluyeron con certeza las que tienen al menos quinientos mil habitantes.

Las regiones 6, 7 y 8, es decir, las áreas metropolitanas, entran cada una como una sola localidad en la muestra, es decir, su probabilidad de selección es la unidad.

Las regiones 10, 11 y 12 se incluyen con certeza en las localidades con al menos cien mil habitantes. La siguiente relación muestra por región los tamaños de localidad y su estrato equivalente, que se incluyen con certeza en la muestra:

Regiones	*Tamaño*	*Estrato*
1 a 5	500 mil y más	1
1 en Sonora y Tamaulipas	100 mil a 500mil	2
4 en Guanajuato; Puebla y San Luis Potosí	100 mil a 500 mil	2
10, 11 y 12	500 mil y más	1
10, 11 y 12	100 mil a 500mil	2

El resto de localidades urbanas se seleccionan con probabilidad proporcional a su tamaño (PPT), de acuerdo a la población reportada en el CGPV 2000:

- La medida de tamaño utilizada para llevar a cabo la selección son las viviendas particulares habitadas (VPH) según el CGPV 2000.
- La selección de localidades se realiza en forma independiente por tamaño del estrato en cada región.

Así, se tiene que la probabilidad de selección de una localidad es igual a

$$VPH_L / VPH_E$$

donde:

VPH_L es el número de viviendas particulares habitadas de la localidad L, y VPH_E es el número de viviendas particulares habitadas del estrato.

Las AGEB en las localidades urbanas se seleccionan con PPT, por lo que su probabilidad de selección es igual a

$$VPH_{AGEB}/VPH_{L}$$

donde:

VPH_{AGEB} es el número de viviendas particulares habitadas de la AGEB

VPH_{L} es el número de viviendas de la localidad.

Las manzanas en las AGEB en muestra se seleccionan con PPT, así, la probabilidad de selección correspondiente se obtiene mediante:

$$VPH_{MAZ}/ VPH_{AGEB}$$

donde:

VPH_{MAZ} es el número de viviendas particulares habitadas de la manzana.

Las viviendas se seleccionan, en la manzana en muestra, asignando igual probabilidad a cada una.

Probabilidades para viviendas ubicadas en zona rural

Etapa 1: Municipio rural (sin localidades urbanas)
Etapa 2: AGEB rural (conglomerado de localidades rurales)
Etapa 3: Localidad rural
Etapa 4: Vivienda.

Como ya se mencionó, para seleccionar viviendas en zona rural se utilizan cuatro etapas: en la primera se selecciona el municipio rural, que constituye un conglomerado de AGEB rurales, mismas que sólo incluyen localidades de menos de 2 500 habitantes; en la segunda etapa, se selecciona el AGEB rural; en la tercera, la localidad y, finalmente, la vivienda. En todos los casos, con excepción de la vivienda, la probabilidad de selección es proporcional a su tamaño. Así, la probabilidad de selección del municipio rural está dada por

$$VPH_{MUN}/VPH_{E}$$

donde:

VPH_{MUN} es el total de viviendas particulares habitadas del municipio rural

VPH_{E} es el total de viviendas particulares habitadas del estrato.

Para la AGEB rural la probabilidad de selección es

$$VPH_{AGEB}/VPH_{MUN}$$

donde:

VPH_{AGEB} es el total de viviendas particulares habitadas del AGEB rural

VPH_{MUN} es el total de viviendas particulares habitadas del municipio rural.

La probabilidad de selección de la localidad se obtiene a través de la siguiente expresión:

$$VPH_{L}/VPH_{AGEB}$$

donde:

VPH_{L} es el total de viviendas particulares habitadas de la localidad rural L.

Procedimiento de estimación

Sea Y el total nacional de la característica "y" que se quiere estimar.

El total Y se obtiene de la siguiente expresión:

$$Y = {}^{U}Y + {}^{R}Y$$

donde:

${}^{U}Y$ es el total de la característica "y" en la zona urbana del país

${}^{R}Y$ es el total de la característica "y" en la zona rural del país.

Por otra parte, se tiene que ${}^{U}Y$ es la suma de los totales de la zona urbana, correspondientes a cada una de las regiones establecidas en el diseño. Así, se tiene que

$${}^{U}Y = \bullet\ {}^{U}Y^{R}$$

donde:

${}^{U}Y^{R}$ total de la característica "y" en la zona urbana de la región R (la suma se hace para todas las regiones).

En forma equivalente se tiene que:

$$ {}^{R}Y = \bullet {}^{R}Y^{R} $$

donde:

${}^{R}Y^{R}$ total de la característica "y" en la zona rural de la región R (la suma se hace para todas las regiones).

Las proporciones, tasas y promedios se obtienen de cocientes como:

$$ Y/X $$

definiendo de manera similar a Y otra variable X de interés.

Los puntos anteriores se refieren a la característica "y" a nivel nacional. Para el caso de las entidades que son dominio de estudio, el procedimiento para obtener los agregados correspondientes es similar al expuesto antes, donde el nivel nacional se reduce a la entidad federativa de que se trate y sólo existe una región en cada caso.

Para obtener estimaciones del valor de Y es necesario estimar ${}^{U}Y^{R}$ y ${}^{R}Y^{R}$.

A continuación se describe el cálculo de los ponderadores correspondientes a cada caso.

Zona urbana. Estimación de ${}^{U}Y^{R}$

Notación:

Sea ${}^{U}y^{R}{}_{slamj}$

valor de la característica "y" en la vivienda j-ésima seleccionada, de la m-ésima manzana seleccionada; de la a-ésima AGEB seleccionada; de la localidad l seleccionada del estrato s-ésimo, de la zona urbana de la región R

$${}^{U}V^{R}{}_{s}$$

total de viviendas del estrato s, de la zona urbana de la región R

${}^{U}V^{R}{}_{sl}$
total de viviendas de la l-ésima localidad; del estrato s, de la zona urbana de la región R

${}^{U}V^{R}{}_{sla}$
total de viviendas de la a-ésima AGEB; de la l-ésima localidad; del estrato s, de la zona urbana de la región R

${}^{U}V^{R}{}_{slam}$
total de viviendas de la m-ésima manzana; de la a-ésima AGEB; de la l-ésima localidad; del estrato s, de la zona urbana de la región R

${}^{U}v^{R}{}_{slamj}$
total de viviendas seleccionadas de la m-ésima manzana; de la a-ésima AGEB; de la l-ésima localidad; del estrato s, de la zona urbana de la región R

P_{sl}
probabilidad de selección de la l-ésima localidad; del estrato s

P_{sla}
probabilidad de selección de la a-ésima AGEB; de la l-ésima localidad; del estrato s

P_{slam}
probabilidad de selección de la m-ésima manzana; de la a-ésima AGEB; de la l-ésima localidad; del estrato s

P_{slamv}
probabilidad de selección de la v-ésima vivienda; de la m-ésima manzana; de la a-ésima AGEB; de la l-ésima localidad; del estrato s

${}^{U}u^{R}{}_{s1}$
número de unidades seleccionadas en la primera etapa (localidades) en el estrato s

${}^{U}u^{R}{}_{s2}$
número de unidades seleccionadas en la segunda etapa (AGEB) en el estrato s

${}^{U}u^{R}{}_{s3}$
número de unidades seleccionadas en la tercera etapa (manzanas) en el estrato s

${}^{U}n^{R}{}_{s}$
total de viviendas seleccionadas en el estrato s

Es claro que la probabilidad P de selección de una vivienda en el estrato l se obtiene a través de

$$P = P_{sl} * P_{sla} * P_{slam} * P_{slamv}$$

y que el correspondiente factor de expansión se obtiene como

$$F = 1/P$$

Por otra parte, se tiene que

$P_{sl} = {}^{U}V^{R}{}_{sl} / ({}^{U}V^{R}{}_{s} / {}^{U}u^{R}{}_{s1})$
$P_{sla} = {}^{U}V^{R}{}_{sla} / ({}^{U}V^{R}{}_{sl} / {}^{U}u^{R}{}_{s2})$
$P_{slam} = {}^{U}V^{R}{}_{slam} / ({}^{U}V^{R}{}_{sla} / {}^{U}u^{R}{}_{s3})$
$P_{slamv} = 5 / {}^{U}V^{R}{}_{slam}$; en la manzana se seleccionan cinco viviendas con igual probabilidad, es decir, ${}^{U}v^{R}{}_{slamj}$ es igual a cinco.

Consecuentemente,

$$P = ({}^{U}u^{R}{}_{s1*} {}^{U}u^{R}{}_{s2*} {}^{U}u^{R}{}_{s3*}5) / {}^{U}V^{R}{}_{s}$$

como ${}^{U}n^{R}{}_{s} = {}^{U}u^{R}{}_{s1*} {}^{U}u^{R}{}_{s2*} {}^{U}u^{R}{}_{s3*}5$, resulta que

$$P = {}^{U}n^{R}{}_{s} / {}^{U}V^{R}{}_{s}$$

Así, el factor de expansión es igual a

$$F = {}^{U}V^{R}{}_{s} / {}^{U}n^{R}{}_{s} \qquad (a)$$

Se debe tener en cuenta que el resultado anterior es válido siempre y cuando el total de viviendas que resulten en el listado de la manzana sea igual al total de viviendas con que se seleccionó la manzana. Como este número cambia en el tiempo, se debe tomar en consideración el siguiente ajuste. Se tendría una

$$P_{slamv} = 5 / {}^{U}V^{R\,\prime}{}_{slam}$$

donde ${}^{U}V^{R\,\prime}{}_{slam}$ representa el número de viviendas de la manzana, medidas en campo.

Consecuentemente

$$P = ({}^{U}n^{R}{}_{s} / {}^{U}V^{R}{}_{s}) * ({}^{U}V^{R}{}_{slam} / {}^{U}V^{R\,\prime}{}_{slam})$$

De esta manera, el factor de expansión sería igual a

$$F = ({}^{U}V^{R}{}_{s} / {}^{U}n^{R}{}_{s}) * ({}^{U}V^{R\,\prime}{}_{slam} / {}^{U}V^{R}{}_{slam})$$

Este resultado es más general que el presentado en la expresión (a), se toma como punto de partida el cociente ${}^{U}V^{R}{}_{s} / {}^{U}n^{R}{}_{s}$ y se ajusta multiplicando por el cociente ${}^{U}V^{R\,\prime}{}_{slam} / {}^{U}V^{R}{}_{slam}$. El ajuste se hace a nivel de manzana.

Sumando las estimaciones de cada estrato se tiene la estimación del total de la zona urbana que corresponda a la región R.

Sumando las estimaciones urbanas de cada región se tiene la estimación urbana nacional.

Zona rural. Estimación de ${}^{R}Y^{R}$

Notación:

Sea ${}^{R}y^{R}{}_{malj}$
valor de la característica "y" en la vivienda j-ésima seleccionada, de la l-ésima localidad seleccionada; de la a-ésima AGEB seleccionada; del municipio m-ésimo seleccionado del estrato rural de la región R

${}^{R}V^{R}$
total de viviendas del estrato rural de la región R

${}^{R}V^{R}{}_{m}$
total de viviendas del m-ésima municipio; del estrato rural de la región R

${}^{R}V^{R}{}_{ma}$
total de viviendas de la a-ésima AGEB; del m-ésima municipio; del estrato rural de la región R

${}^{R}V^{R}{}_{mal}$
total de viviendas de la l-ésima localidad; de la de la a-ésima AGEB; del m-ésima municipio; del estrato rural de la región R

${}^{R}v^{R}{}_{malj}$
total de viviendas seleccionadas de la l-ésima localidad; de la de la a-ésima AGEB; del m-ésima municipio; del estrato rural de la región R

P_{m}
probabilidad de selección del m-ésimo municipio; del estrato rural de la región R

P_{ma}
probabilidad de selección de la a-ésima AGEB; del m-ésimo municipio; del estrato rural de la región R

P_{mal}
probabilidad de selección de la l-ésima localidad; de la a-ésima AGEB; del m-ésimo municipio; del estrato rural de la región R

P_{malv}
probabilidad de selección de la v-ésima vivienda; de la l-ésima localidad; de la a-ésima AGEB; del m-ésimo municipio; del estrato rural de la región R

${}^{R}u^{R}{}_{1}$
número de unidades seleccionadas en la primera etapa (municipio) del estrato rural de la región R

${}^{R}u^{R}{}_{2}$
número de unidades seleccionadas en la segunda etapa (AGEB) del estrato rural de la región R

${}^{R}u^{R}{}_{3}$
número de unidades seleccionadas en la tercera etapa (localidad) del estrato rural de la región R

${}^{U}n^{R}$
total de viviendas seleccionadas del estrato rural de la región R.

Es claro que la probabilidad P de selección de una vivienda en el estrato rural se obtiene a través de

$$P = P_m * P_{ma} * P_{mal} * P_{malv}$$

y que el correspondiente factor de expansión se obtiene como

$$F = 1/P$$

Por otra parte, se tiene que

$$P_m = {}^{R}V^{R}{}_{m} / ({}^{R}V^{R} / {}^{R}u^{R}{}_{1})$$
$$P_{ma} = {}^{R}V^{R}{}_{ma} / ({}^{R}V^{R}{}_{m} / {}^{R}u^{R}{}_{2})$$
$$P_{mal} = {}^{R}V^{R}{}_{mal} / ({}^{R}V^{R}{}_{ma} / {}^{R}u^{R}{}_{3})$$
$$P_{malv} = {}^{R}v^{R}{}_{malj} / {}^{R}V^{R}{}_{mal}$$

Consecuentemente,

$$P = ({}^{R}u^{R}{}_{1^*}\, {}^{R}u^{R}{}_{2^*}\, {}^{R}u^{R}{}_{3^*}\, {}^{R}v^{R}{}_{malj}) / {}^{R}V^{R}$$

como ${}^{R}n^{R}{}_{s} = {}^{R}u^{R}{}_{1^*}\, {}^{R}u^{R}{}_{2^*}\, {}^{R}u^{R}{}_{3^*}\, {}^{R}v^{R}{}_{malj}$, resulta que

$$P = {}^{R}n^{R} / {}^{R}V^{R}$$

Así, el factor de expansión es igual a

$$F = {}^{R}V^{R} / {}^{R}n^{R} \qquad (b)$$

Se debe considerar que el resultado anterior es válido siempre y cuando el total de viviendas que resulten en el listado de la localidad sea igual al total de viviendas con que se seleccionó aquélla.

Como este número cambia en el tiempo, se debe tomar en consideración el siguiente ajuste. Se tendría una

$$P_{malv} = {}^{R}v^{R}{}_{malj} / {}^{R}V^{R'}{}_{mal}$$

donde ${}^{R}V^{R'}{}_{mal}$ representa el número de viviendas de la localidad, medidas en campo.

Consecuentemente

$$P = ({}^{R}n^{R} / {}^{R}V^{R}) * ({}^{R}V^{R}{}_{mal} / {}^{R}V^{R'}{}_{mal})$$

De esta manera, el factor de expansión sería igual a

$$F = ({}^{R}V^{R} / {}^{R}n^{R}) * ({}^{R}V^{R'}{}_{mal} / {}^{R}V^{R}{}_{mal})$$

Este resultado es más general que el presentado en la expresión (b), se toma como punto de partida el cociente ${}^{R}V^{R} / {}^{R}n^{R}$ y se ajusta multiplicando por el cociente ${}^{R}V^{R'}{}_{mal} / {}^{R}V^{R}{}_{mal}$. El ajuste se hace a nivel de localidad. Sumando las estimaciones rurales de cada región se tiene la estimación rural nacional.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra para la Ensar 2003 se fijó en 20 950 mujeres de 15-49 años, distribuidas en los diferentes dominios de estudio; aproximadamente dos mil en cada uno de los ocho estados considerados como dominio y el resto distribuidas proporcionalmente, según el peso de cada región. Se consideró una tasa de no respuesta de 15 por ciento y un promedio de 1.2 mujeres de 15-49 años por vivienda (de acuerdo con el CGPV 2000), por lo que el total de viviendas a visitar se fijó en 20 456.

En el siguiente cuadro se presenta, para cada dominio de estudio, el total de viviendas en muestra.

MUESTRA DE VIVIENDAS POR DOMINIO DE ESTUDIO

	Total	*Urbano*	*Rural*
Nacional	*20 456*	*14 920*	*5 536*
Chiapas	1 800	1 250	550
Guerrero	1 800	1 160	640
Oaxaca	1 811	960	851
Guanajuato	2 140	1 540	600
Puebla	2 140	1 390	750
San Luis Potosí	2 140	1 340	800
Sonora	2 140	1 720	420
Tamaulipas	2 140	1 660	480

Trabajo de campo

Prueba piloto

Antes de iniciar las actividades de levantamiento de información, en el estado de Oaxaca se realizó, durante los días 2 al 13 de diciembre de 2002, una prueba piloto, cuyos objetivos eran los siguientes:

- Probar los instrumentos de captación (cuestionarios de hogar e individual), tanto conceptualmente, como en su diseño.
- Observar tiempos de entrevista para definir productividad promedio por entrevistadora.
- Determinar niveles de aceptación o rechazo de las entrevistadas hacia los temas de salud reproductiva, con el fin de estimar la posible negación de la respuesta.
- Determinar definitivamente los cuestionarios de hogar e individual por utilizar, durante el levantamiento de la encuesta.
- Probar estrategias para aplicar entrevistas con población indígena monolingüe.

En esta prueba piloto participaron seis entrevistadoras, el coordinador del estudio y dos investigadores; se visitaron localidades urbanas y rurales. Los puntos donde se aplicaron las entrevistas, así como el total de las realizadas en cada uno de aquéllos, se muestra en el siguiente cuadro.

Municipio	*Urbana/rural*	*Entrevistas*
Oaxaca	Urbana	30
Teotitlán del Valle	Urbana	21
San Pedro Ayutla	Rural	18
Tlacolula	Rural	18
San Bartolomé Quialana	Rural	15
Total de entrevistas		*102*

Planeación

La Ensar se llevó a cabo en dos fases: en la primera, los dominios de estudio fueron

- El país en su conjunto.
- Las zonas urbanas y rurales del país, de manera independiente.
- Cada uno de los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.
- Las zonas rurales y urbanas dentro de cada uno de estas entidades.

En la segunda, los dominios de estudio fueron

- Guanajuato
- Puebla
- San Luis Potosí
- Sonora
- Tamaulipas
- Las zonas rurales y urbanas de cada uno de estos estados.

A partir del diseño y del tamaño de la muestra previamente establecidos, se procedió a determinar los tamaños de los equipos y las rutas de trabajo, considerando para ello estos aspectos:

- Distribución y dispersión de la muestra.
- Productividad esperada por entrevistadora.
- Duración del periodo de levantamiento de información.

Así se conformaron 16 rutas de trabajo en la primera fase y 15 rutas de trabajo en la segunda fase. En cada una de éstas estaría asignado un equipo de trabajo integrado por una supervisora, un número variable de entrevistadoras de acuerdo a los puntos antes señalados y un cartógrafo. Cabe señalar que para la referenciación geográfica de la información recabada, se tomó como base el Marco geoestadístico diseñado por el INEGI, de forma tal que a nivel nacional, se trabajó en 2 878 manzanas dentro de 1 389 AGEB, comprendidas a su vez en 272 localidades urbanas y 143 localidades rurales, en un total de 305 municipios pertenecientes a 30 entidades federativas del país.

Cabe mencionar que la última etapa de selección, consistente en la selección de las viviendas don-

de se llevarían a cabo las entrevistas, la realizó una figura que dentro de la estructura operativa se denominó "cartógrafo", asignado uno de ellos a cada una de las rutas de trabajo, como ya se dijo antes.

El trabajo de los cartógrafos en las localidades urbanas consistió en lo siguiente:

- Identificar cada una de las manzanas seleccionadas.
- Hacer un recorrido sistemático, iniciando en la esquina noroeste y continuando en el sentido de las manecillas del reloj hasta recorrer en su totalidad la manzana.
- Elaborar un croquis de dicha manzana.
- Identificar las viviendas existentes en cada manzana y determinar la situación de cada una de éstas en cuanto a su uso (habitada, deshabitada o de uso temporal).
- Seleccionar aleatoriamente cinco viviendas habitadas en cada una de las manzanas.[1]

En las localidades rurales, la labor de los cartógrafos consistió en hacer un recorrido sistemático y exhaustivo de la localidad, realizar un croquis completo de la localidad, un listado de las viviendas existentes, identificando su uso y, a partir de tal listado, seleccionar aleatoriamente las viviendas a las que acudirían las entrevistadoras.[2]

Selección del personal

Se realizó una convocatoria a personal que había participado y se había destacado en encuestas previas con el CRIM, UNAM, así como a estudiantes de trabajo social, enfermería, sociología y psicología en las escuelas y facultades de la UNAM misma, de la UAM y a personal de campo de las oficinas regionales del INEGI en el Distrito Federal. Respondieron a la convocatoria 436 personas candidatas a entrevistadoras y supervisoras, así como 109 para el puesto de cartógrafos.

Para la fase I de la Ensar se requería un total de 17 supervisoras, 73 entrevistadoras y 15 cartógrafos; para la fase II, 15 supervisoras 75 entrevistadoras y 15 cartógrafos, era necesario realizar un proceso de selección que consistió en entrevistas por los coordinadores de Ensar a todo el personal y por una supervisora central, así como la revisión del currículum de cada aspirante.

De este primer grupo de candidatos, se seleccionaron 413 personas (352 para los puestos de entrevistadoras y supervisoras, y 61 para cartógrafos). Con el apoyo de un grupo de psicólogos, se aplicaron dos exámenes psicológicos: la prueba Clever de comportamiento laboral y la 16 FP de apreciación de potenciales.

Con base en los resultados de los exámenes y de las entrevistas con los coordinadores del estudio, se evaluó cada solicitud y se seleccionaron para que asistieran al curso de capacitación quienes obtuvieron las notas más altas. La selección final del personal que participó en las dos fases de la encuesta se dio en función del desempeño de cada uno de los aspirantes durante los cursos de capacitación.

Capacitación

La capacitación del personal se dividió en dos fases; ambas se impartieron en las instalaciones de la Casa de las Humanidades, UNAM, de acuerdo con el programa previsto. El primer curso se impartió del 6 al 24 de enero de 2003; participaron 125 candidatas a entrevistadoras y supervisoras, así como 18 cartógrafos. El segundo curso se impartió del 4 al 16 de agosto del 2003 y participaron 109 candidatas a entrevistadoras y supervisoras y 25 cartógrafos. Al finalizar ambos cursos, se realizó una última selección, de modo que permanecieron para participar en la encuesta de la fase I, 75 entrevistadoras, 17 supervisoras y 15 cartógrafos; mientras que en la fase II, 75 entrevistadoras 15 supervisoras y 15 cartógrafos.

Cabe mencionar que, para ambos cursos de capacitación, se llevaron a cabo prácticas de campo, las cuales tuvieron como objetivo principal la aplicación en campo de los conocimientos adquiridos en el aula. Dichas prácticas se realizaron dentro del perímetro de los pueblos de San Pedro Atocpan, San Pablo Oztotepec, San Gregorio Atlapulco y la cabe-

[1] En algunos casos excepcionales, en el diseño de la muestra se previó seleccionar diez viviendas.

[2] En las localidades rurales, el diseño de la muestra no predeterminó un número absoluto de viviendas a seleccionar, sino una fracción de muestreo "F" que debía aplicarse al total de viviendas habitadas listadas.

cera delegacional de Milpa Alta, así como en la localidad rural de Piedra Larga, delegación Tlalpan, para el caso de la práctica de campo en área rural de los cartógrafos.

El proceso de selección del personal que finalmente participó en la Ensar 2003 se desarrolló durante todo el curso de capacitación. Al final de cada día, los coordinadores de cada mesa se reunieron para analizar, caso por caso, el desempeño de las candidatas. El énfasis en esas reuniones se puso en: 1. detectar al personal sobresaliente que, por su habilidad y actitud ante el proyecto y el trabajo en grupo, podrían convertirse en candidatas a supervisoras, 2. detectar al personal con mayores dificultades para realizar el trabajo, o con actitudes no acordes con la naturaleza e importancia de este estudio, para reforzar su capacitación o, en su caso, dejar de considerarlas para el proyecto y 3. identificar los temas en los que habría que poner mayor énfasis en las sesiones posteriores.

Con base en las conclusiones de las reuniones, se decidió también en diferentes momentos alterar la conformación de los grupos, con miras a que las candidatas fueran observadas por los distintos coordinadores y ante diferentes situaciones. Después de observar el aprovechamiento de los candidatos dentro del aula y su desempeño durante las prácticas de campo, hubo elementos suficientes para decidir la exclusión de algunas de ellas.

Finalmente, como producto de la revisión diaria antes descrita, después de la segunda práctica de campo se hizó un minucioso ejercicio para la integración de los equipos y la asignación de cada una de las 16 rutas de la primera fase y las 15 rutas de la segunda, definidas para el levantamiento de la Ensar. Por último, y dada la conformación de las diferentes rutas, se integró la plantilla del personal como se muestra en el cuadro 4 del anexo.

Resultados de campo

La primera fase de levantamiento de la Ensar 2003 se llevó a cabo del 5 de febrero al 5 de abril y la segunda, del 21 de agosto al 4 de octubre. En total, se visitaron 20 420 viviendas, en las cuales se identificaron 21 296 hogares. De éstos, se obtuvo una entrevista completa en 19 710. En esos hogares se identificaron 20 878 mujeres de 15-49 años y, de aquéllos, se lograron entrevistas completas en 19 612 casos.

De las cifras anteriores, cabe señalar que en la encuesta se obtuvo un nivel de no respuesta global sumamente satisfactorio: 7.3 y 6.5 por ciento de no respuesta a nivel de hogar e individual, respectivamente.

Un aspecto interesante de resaltar es que los porcentajes de no respuesta son resultado principalmente de problemas de marco muestral, es decir, fallas en la definición del uso de las viviendas al momento en que el cartógrafo realizó el recorrido por las manzanas y efectuó la selección de viviendas. A nivel nacional, este tipo de no respuesta es del 4.45 por ciento, quedando el 2.85 por ciento restante para las causas propiamente relacionadas con la respuesta de la población, como no encontrar a nadie en casa después de repetidas visitas, la negativa y rechazo a participar en la encuesta o no poder entrevistar a un informante adecuado (códigos de resultado 04, 05 y 06, respectivamente). Este punto es muy importante, pues la no respuesta por problemas de marco no introduce sesgos en los resultados obtenidos.

Por otra parte, si se observa la no respuesta a nivel del cuestionario individual, diríamos que ésta se debe principalmente a que no se encontró a la persona elegible y a la negativa de las mujeres elegibles para responder a la encuesta (códigos de resultado 04 y 05, respectivamente).

Cabe señalar que el cuidado de las entrevistas fue una preocupación constante durante todo el levantamiento de la información, por lo cual se supervisó directamente en el campo por parte de las supervisoras, y también se hicieron visitas de supervisión del personal de la coordinación de la encuesta. Adicionalmente, el Instituto Nacional de Salud Pública puso en práctica una supervisión externa a lo largo de todo el desarrollo del trabajo de campo.

Evaluación de la Ensar 2003

*Joseph E. Potter**
*Thomas Pullum**
*Georgina Martínez***
*Ernesto Amaral**

Introducción

El principal objetivo de este informe es evaluar la exactitud y precisión de las tasas de fecundidad que pueden estimarse con base en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. Sus organizadores nos solicitaron realizar un análisis similar al elaborado por Ordorica y Potter (1980) para la Encuesta Nacional de Fecundidad 1976. La evaluación aquí presentada cumple con la mayoría de los aspectos de dicha petición, excepto dos principales diferencias: la primera, mientras que a otros investigadores se les solicitó evaluar la nupcialidad y mortalidad resultantes de aquélla, nosotros decidimos no hacer estimados de estas variables ni evaluar la calidad de los datos relevantes a éstas; la segunda diferencia radica en que hemos incorporado la variación muestral explícitamente en el cálculo de las tasas de fecundidad, usando ciertos procedimientos en el programa Stata, que han facilitado la estimación de intervalos de confianza para tales parámetros; dicha estimación contempla los pesos o ponderaciones, el estrato y las unidades de muestreo.

El informe se presenta de la siguiente manera: en la primera sección se examina la consistencia interna y la externa de la Ensar respecto de diversas variables con una estrecha relación con las tasas de fecundidad, las cuales revelan algún sesgo introducido por la no respuesta, reporte incorrecto o aspectos menos observables relacionados con la implementación de la encuesta. La principal prueba de consistencia interna es la comparación de la información, recopilada a través del cuestionario de hogar con la recabada del cuestionario individual, mientras la comparación con el Censo 2000 proporciona la prueba de consistencia externa. Las cuatro variables revisadas son edad, estado civil, paridad y educación. En la segunda parte, se revisa la historia de embarazos de neonatos vivos, con base en las tasas de fecundidad para cohorte-periodo, comparando el patrón de edad de fecundidad en las respectivas cohortes para evidenciar el desplazamiento de eventos (Potter 1977). Finalmente, se hacen estimaciones de tasas de fecundidad específicas para tres periodos: 1995-1997, 1998-2000 y 2001-2003, junto con los intervalos de confianza para cada tasa y comparaciones de éstas con otras fuentes de información.

Al final de la revisión, se ofrecen conclusiones sobre la calidad y precisión de los datos de la Ensar relacionados con la fecundidad. En esta discusión se tratan particularmente algunos señalamientos hechos durante los intercambios concernientes a la calidad y precisión de los datos de la Ensar entre el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA) con el Consejo Nacional de Población (Conapo).

La Ensar

La Ensar en México fue realizada en dos fases: la primera tuvo lugar del 5 de febrero al 5 de abril; la segunda, del 21 de agosto al 4 de octubre del 2003, por el CRIM, UNAM, por encargo de la SSA. Esta encuesta consistió en una encuesta de hogares, como de una más detallada encuesta individual. La muestra se seleccionó mediante un proceso probabilístico, polietápico (localidad, AGEB, manzana y, finalmente, vivienda) y estratificado, donde para la elaboración de los estratos las unidades se clasificaron de acuerdo a características geográficas, tamaño de la localidad y características sociodemográficas semejantes. La encuesta es representativa a escala nacional, ur-

* Investigadores. University of Texas at Austin.
** Investigadora. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

bana, rural, y en el ámbito rural y urbano para los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas. El número de viviendas seleccionadas fue de 20 455, pero el número de cuestionarios de hogar efectivamente realizados fue de 19 643. Las mujeres enumeradas en los hogares en el rango de edad de 15-49 años se seleccionaron para la entrevista individual. Un total de 20 880 mujeres fueron seleccionadas de los hogares para la entrevista individual; de éstas, únicamente se obtuvieron 19 498 entrevistas completas.

Reporte de edad

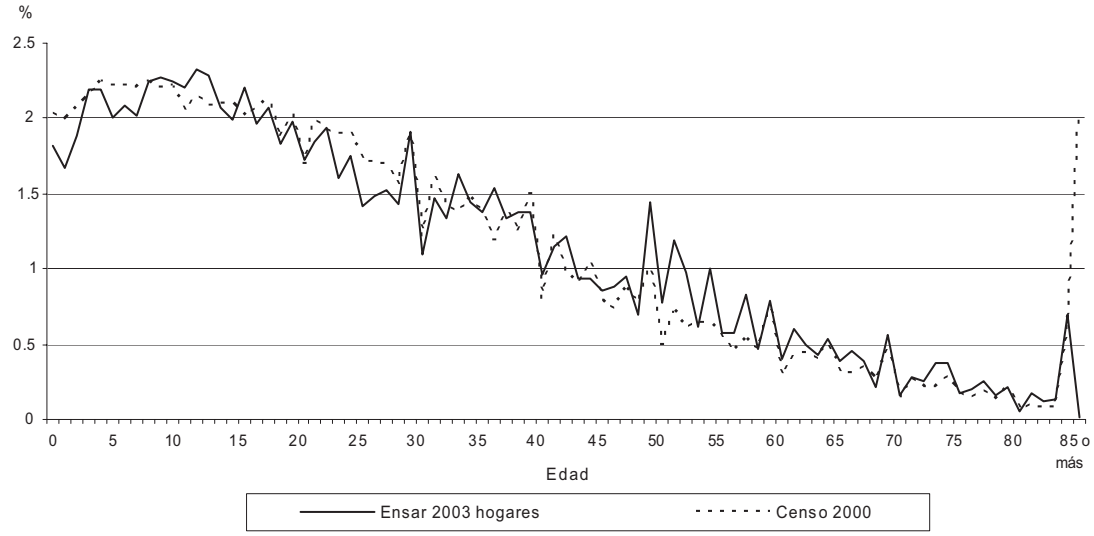
Ya que la base de la selección para la entrevista individual a mujeres es la edad, este elemento es de suma importancia para la precisión de la información obtenida. Un reporte inexacto sobre la edad de las mujeres limitaría el valor de la variedad de análisis demográficos que se realizarían con la información recaudada en una encuesta de esta naturaleza. La calidad en el reporte de edad depende de la importancia cultural dada a esta variable en una sociedad y al nivel general de escolaridad alcanzado, así como de los tipos de preguntas utilizadas en la encuesta para obtener tal información.

La mayoría de las encuestas que preguntan sobre la edad, pero no sobre la fecha de nacimiento, tienden a producir distribuciones de edad que muestran patrones de errores similares a los encontrados en los censos de población, aunque en un grado menor. En este caso, la Ensar no es ajena a estos errores, como se muestra en la gráfica 1, en la que aparece la distribución de edad individual para las mujeres, tanto la declarada en la entrevista de hogares, como la correspondiente al Censo 2000. El índice de Myers para la distribución de edad en mujeres en el Censo 2000 y la entrevista de hogares de la Ensar es bastante similar. En el Censo 2000, dicho índice es igual a 4.0498302, mientras que para la entrevista de hogares es de 4.3404144. Esto señala que en ambas fuentes alrededor de 4 por ciento de las entrevistadas informaron una edad incorrecta. La gráfica muestra que la distribución de edad, de acuerdo a la entrevista de hogares, sigue de cerca las fluctuaciones de la distribución por edad, conforme al Censo 2000. Las fluctuaciones son más acentuadas para las edades terminadas en cero en ambas fuentes.

La gráfica 2 compara la distribución de edad para las mujeres, según lo reportado en la entrevista de hogares, de acuerdo a la edad declarada en la entrevista individual y la distribución de edad con-

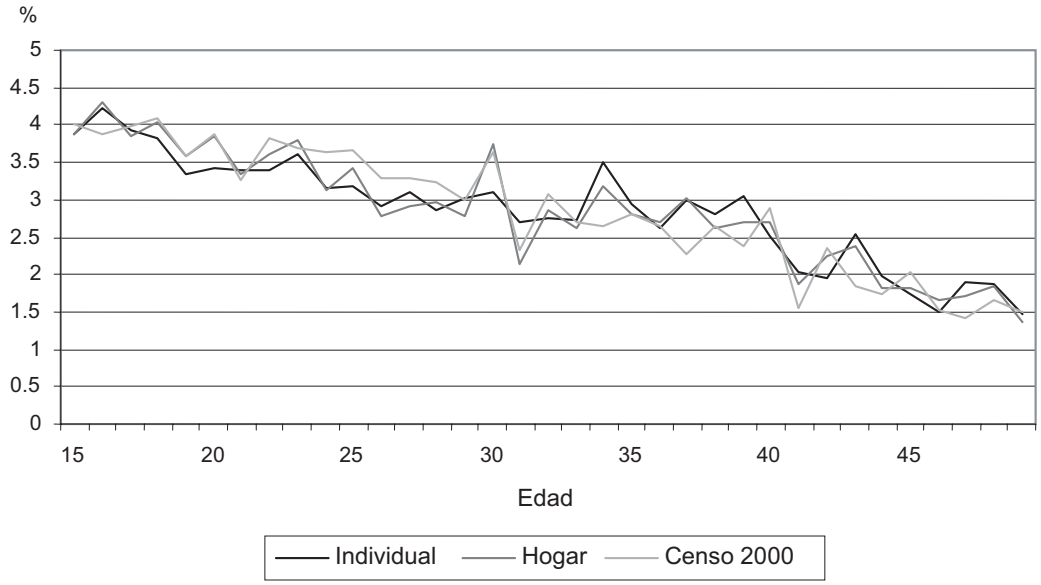
GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN DE EDAD INDIVIDUAL PARA LAS MUJERES, SEGÚN LA ENSAR 2003 DE HOGARES Y EL CENSO 2000



GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN DE EDAD, SEGÚN LA FUENTE DE INFORMACIÓN
(ENTREVISTA INDIVIDUAL, DE HOGAR Y EL CENSO 2000)



forme al Censo 2000. La entrevista individual de la Ensar 2003 incluyó una pregunta sobre mes y año de nacimiento, así como años cumplidos a la fecha de la entrevista, lo cual debe haber producido mejores informes de edad que los obtenidos mediante la encuesta de hogares. Las tres distribuciones muestran un patrón similar de preferencia de dígitos en las edades, terminando en cinco o en cero; sin embargo, las distribuciones de hogar y el Censo 2000 parecen tener un patrón más similar entre sí; mientras que la distribución individual muestra una preferencia menos marcada hacia tales dígitos, lo cual indica un mejor reporte de edad.

Para evaluar la consistencia de la información en la encuesta individual y en la encuesta de hogares, se creó un archivo con la información de la entrevista a cada individuo, con su correspondiente información de la entrevista en hogares. Los resultados de tal equiparación se muestran en el cuadro 1. Las inconsistencias son más frecuentes en las mujeres, quienes se enumeran en una edad preferida, tal como 25, 30 o 40 años en la encuesta de hogar que para las mujeres enumeradas en otras edades. Así, colegimos que la edad fue relativamente bien proporcionada en la encuesta individual.

Sesgo de selección, según el estado marital

Al equiparar las mujeres en edad reproductiva de la base de hogares con las de la base individual, es posible evaluar si varió la probabilidad de que una mujer seleccionada al azar hubiese completado el cuestionario individual de acuerdo a variables asociadas con la fecundidad. De las variables compiladas en la entrevista en el hogar, el estado marital es la variable más útil para este propósito. El resultado de tal comparación se observa en el cuadro 2, en el que se muestra la distribución por grupo de edad y situación marital de las mujeres, quienes no completaron la entrevista individual, así como las que sí lo hicieron.

Aquí observamos una considerable diferencia en la proporción de solteras de acuerdo a si completaron o no la entrevista, indicando que las mujeres que estaban en una unión, o quienes alguna vez estuvieron en una, tuvieron mayor probabilidad de

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS RESPONDIENTES, SEGÚN LA EDAD EN CUESTIONARIO DE HOGAR E INDIVIDUAL

Edad reportada en cuestionario de hogar	*Edad en entrevista individual, menos la edad reportada en cuestionario de hogar*								
	–4 o más	*–3*	*–2*	*–1*	*0*	*1*	*2*	*3*	*+4 o más*
15	0	0	0	0	802	40	3	1	6
16	0	0	0	30	768	38	5	0	3
17	0	0	0	39	698	30	4	1	1
18	0	1	1	29	662	41	7	0	2
19	0	0	2	29	618	47	1	1	7
20	0	2	2	24	652	45	5	2	3
21	0	1	1	24	549	45	7	1	3
22	1	1	5	31	544	40	4	4	6
23	2	0	2	30	576	41	9	2	7
24	5	0	3	25	531	40	10	3	8
25	0	0	2	19	557	50	4	1	8
26	2	0	3	18	494	45	7	0	3
27	1	1	2	24	488	37	6	0	1
28	0	4	2	26	499	57	2	1	5
29	2	0	1	24	517	31	2	2	5
30	1	1	1	22	562	58	6	6	7
31	0	0	0	13	435	29	9	0	3
32	2	0	3	26	468	44	13	3	2
33	1	0	5	28	482	43	4	1	0
34	2	0	2	24	444	43	8	1	5
35	1	2	4	19	441	38	8	4	3
36	2	1	3	27	452	43	9	1	3
37	3	3	2	27	445	44	5	1	3
38	4	2	2	23	451	40	6	4	2
39	6	3	2	23	441	22	2	1	2
40	3	0	1	19	470	38	7	3	9
41	1	0	2	17	334	21	2	1	5
42	2	3	2	31	379	50	9	8	6
43	2	1	3	28	391	32	1	3	4
44	5	0	1	20	315	32	5	3	3
45	3	1	3	15	304	17	6	4	0
46	3	2	2	18	281	28	8	3	0
47	2	1	2	18	281	18	5	0	0
48	2	0	7	16	291	25	0	0	0
49	3	1	4	9	281	0	0	0	0

Cuadro 2

Distribución de respondientes con entrevistas incompletas por grupo de edad, según estado civil

Grupo de edad	*n=*	*Unión libre*	*Separada*	*Divorciada*	*Viuda*	*Casada*	*Soltera*	*Casos perdidos*	*Total*
15-19	(243)	6.2	2.1	0.0	0.0	3.0	88.4	0.3	100
20-24	(316)	5.8	2.9	0.1	0.0	16.3	73.9	0.9	100
25-29	(192)	11.6	8.4	0.5	0.1	36.2	43.2	0.0	100
30-34	(210)	9.7	5.3	3.3	0.7	33.5	47.7	0.0	100
35-39	(171)	17.5	10.1	1.6	0.3	50.3	20.3	0.0	100
40-44	(170)	11.4	7.8	2.2	3.2	57.7	17.7	0.0	100
45-49	(169)	10.1	7.5	1.8	3.3	65.9	11.1	0.4	100
Total	*1 471*								

Distribución de respondientes con entrevistas completas por grupo de edad, según estado civil

Grupo de edad	*n=*	*Unión libre*	*Separada*	*Divorciada*	*Viuda*	*Casada*	*Soltera*	*Casos perdidos*	*Total*
15-19	(3 788)	9.7	1.5	0.1	0.1	6.6	81.6	0.5	100
20-24	(3 312)	17.5	3.6	0.2	0.3	28.0	50.3	0.3	100
25-29	(2 932)	20.0	4.4	0.7	0.6	50.2	24.1	0.0	100
30-34	(2 876)	14.8	5.2	0.7	0.8	66.0	12.5	0.1	100
35-39	(2 787)	14.7	6.4	1.5	3.1	66.4	7.8	0.1	100
40-44	(2 173)	12.3	6.0	3.3	3.1	68.8	6.5	0.0	100
45-49	(1 622)	11.6	7.5	1.6	7.3	66.0	6.0	0.0	100
Total	*19 491*								

haber completado la entrevista. Aunque no podemos observar la diferencia de acuerdo a la paridad, ya que esta información no se recabó en el cuestionario en el hogar, parece probable que la diferencia en completar o no la entrevista variaría aún más de acuerdo a la paridad. La magnitud del efecto de este sesgo en la estimación de la fecundidad para edades menores a 30 años no se evaluaría con precisión, al carecer de información sobre fecundidad en el cuestionario en los hogares. Sin embargo, aun haciendo las asunciones más extremas y agregando todas las mujeres con entrevistas incompletas en los denominadores, la estimación de las tasas para esos grupos de edad, disminuiría en menos del 10 por ciento. Una asunción ligeramente menos extrema implicaría agregar sólo las mujeres solteras con entrevistas incompletas, las cuales tendrían el más grande efecto en la cohorte de edad de 20-24 años a la fecha de la entrevista, e incrementaría el denominador en 6.5 por ciento.

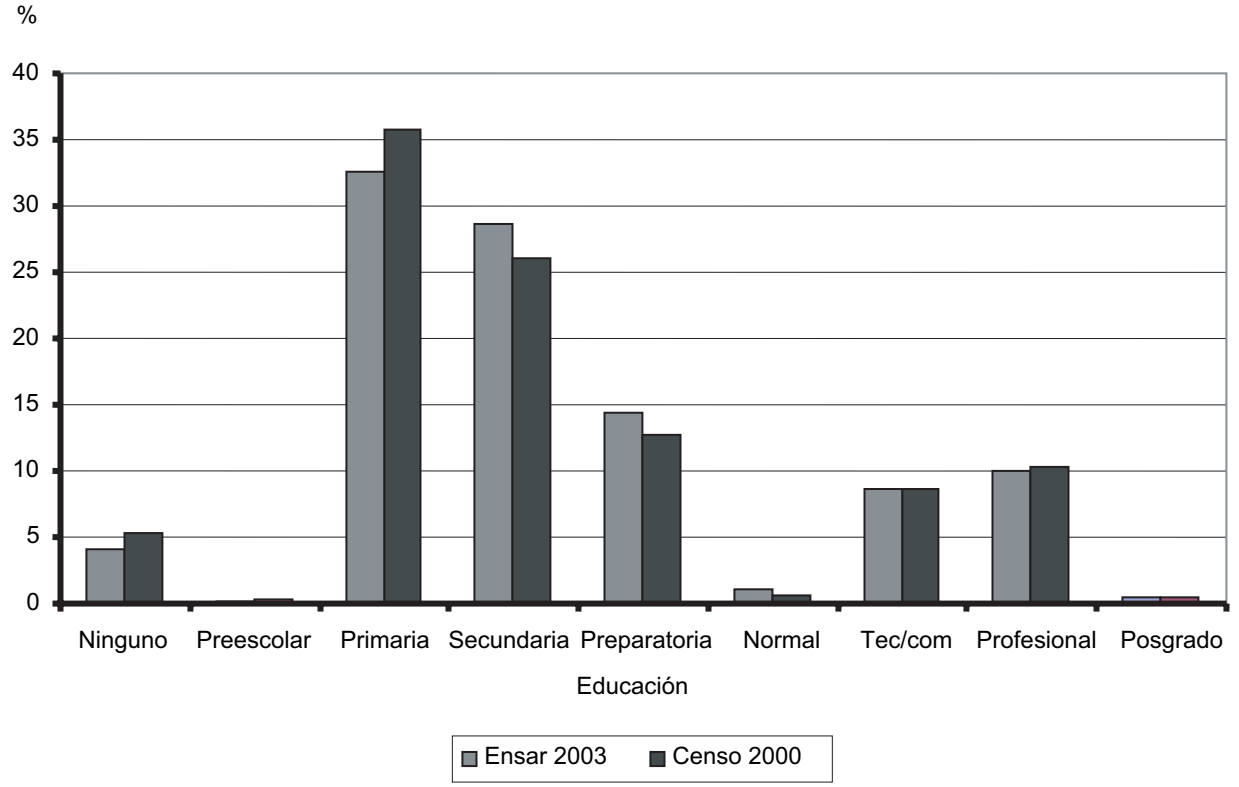
Comparación de otras variables sociodemográficas

Educación

En la gráfica 3, se muestran los niveles de educación para la Ensar 2003 y el Censo 2000. En los niveles de ninguno y sólo educación primaria, aparecen por-

GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO SEGÚN LA ENSAR Y EL CENSO 2000



centajes menores a la encuesta misma de 1 y 3 por ciento, respectivamente. En los niveles de educación secundaria, preparatoria y normal, los porcentajes de la Ensar son mayores en un 2 por ciento, aproximadamente, en comparación con los resultados del Censo 2000 para cada nivel escolar. El resto de los niveles educativos se distribuyen casi a la par para ambas fuentes.

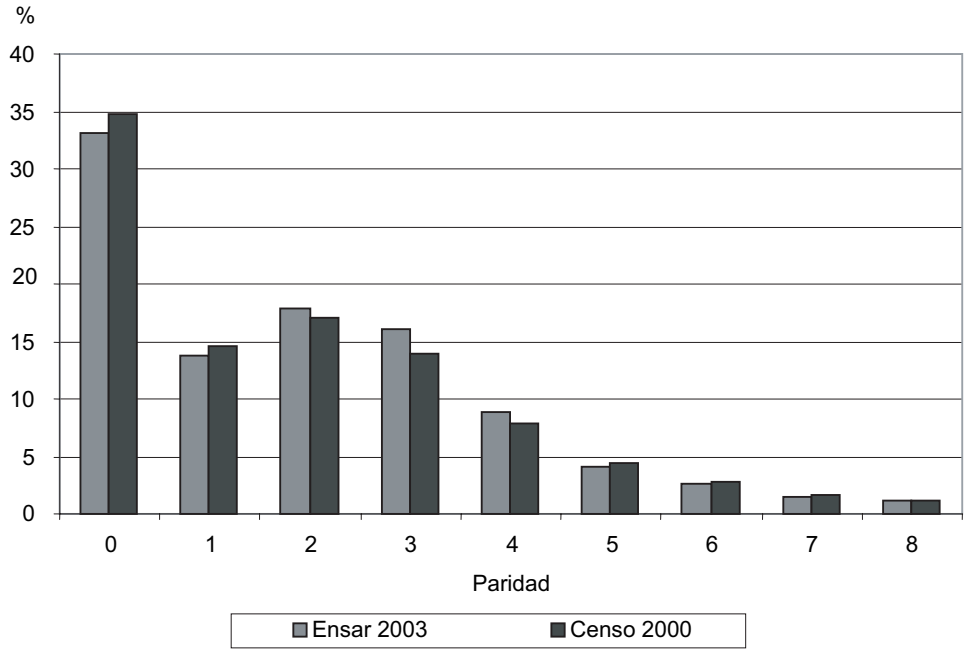
Paridad

El análisis comparativo de la paridad declarada por las mujeres en la Ensar 2003 y el Censo 2000 nos muestra niveles similares de paridad, donde las diferencias no llegan a ser mayores del 2 por ciento (gráfica 4). En una paridad de 0 y 1 la Ensar 2003 muestra porcentajes ligeramente menores que los datos del Censo 2002. En el nivel de paridad de 2, 3 y 4, la relación se invierte, el resto de las paridades presenta distribuciones muy semejantes para ambas fuentes de información. Existe una discrepancia entre los porcentajes de mujeres sin ningún hijo entre ambas fuentes, ya que la Ensar proporciona porcentajes ligeramente menores al del Censo en este grupo. Asimismo, otra discrepancia observada entre ambas fuentes corresponde a los grupos de paridad 2 a 4 hijos. La Ensar registra porcentajes ligeramente más altos en estos grupos. Estas diferencias van en el mismo sentido que las anteriormente señaladas en cuanto al estado civil, es decir, en comparación con el Censo 2000, la Ensar tiene tanto una menor proporción de mujeres sin hijos, como de solteras.

Al evaluar el nivel educativo por paridad, la gráfica 5 nos muestra las coincidencias y diferencias para ambas fuentes de información, de acuerdo con el nivel educativo de la madre y el número de hijos

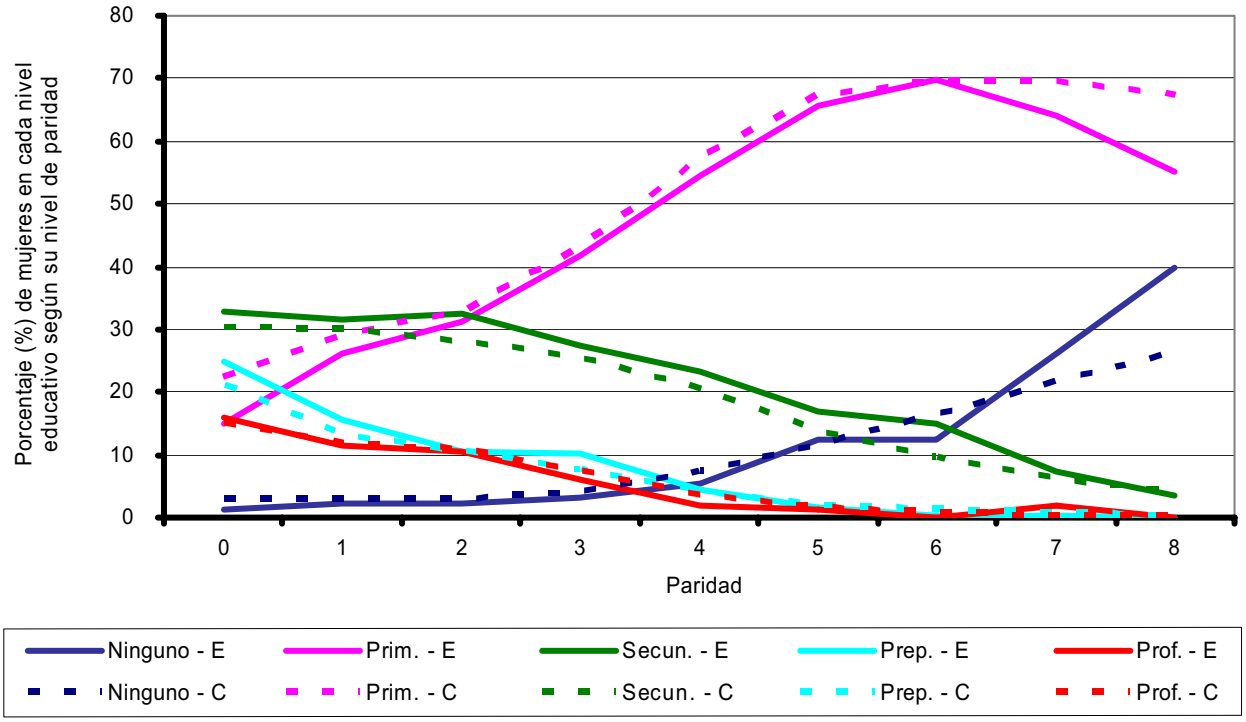
GRÁFICA 4

DISTRIBUCIÓN DE PARIDAD ENSAR 2003 Y CENSO 2000



GRÁFICA 5

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD, SEGÚN LA PARIDAD CONFORME AL CENSO 2000 Y LA ENSAR 2003



declarado. Llama la atención las discordancias entre ambas fuentes en los niveles extremos de paridad para las mujeres con ninguna instrucción escolar y sólo educación primaria. El porcentaje de las mujeres sin ninguna instrucción escolar y alta paridad son mayores para la Ensar 2003 que para el Censo 2000; mientras que el porcentaje de mujeres con educación primaria es más alto en ambos extremos (alta y baja paridad) para el Censo 2000, en comparación con los niveles mostrados por la Ensar. Al parecer, existe una discrepancia en la cobertura de mujeres solteras, a quien probablemente correspondería la paridad 0, entre las fuentes mencionadas, donde quizás la Ensar tuvo una cobertura ligeramente menor de dicha población, como lo muestra la gráfica 4.

Estimación de las tasas de fecundidad y sus intervalos de confianza

Para la obtención de las tasas de fecundidad para los distintos grupos de edad y periodos, se realizó una regresión de Poisson sobre los nacimientos, sin usar covariadas, mediante la aplicación de un contrabalance para el logaritmo de la exposición al riesgo. Este procedimiento nos proporciona cuatro elementos relevantes:

b. El término constante
es(b). El error estándar de b
li(b). El límite inferior de un intervalo del 95 por ciento de confianza para b, y
ls(b). El límite superior de un intervalo del 95 por ciento de confianza para b.

Los límites están dados por

$$Li(b) = b - 1.96*es(b) \text{ y}$$
$$ls(b) = b + 1.96*es(b) .$$

Ahora bien, usando t para tasa, encontramos la tasa, el error estándar de la tasa, y los límites inferior y superior de la misma de la siguiente manera

$$t = exp(b)$$
$$li(t) = exp[li(b)]$$
$$ls(t) = exp[ls(b)]$$

Hay una aproximación estándar para el error estándar de la tasa, es(t), basada en la expansión de las series de Taylor: es(t)= t*es(b). Sin embargo, esta aproximación se deteriora rápidamente, conforme nos movemos más allá de 0. Por esta razón usamos la siguiente aproximación:

$$es(t) = [ls(t) - li(t) \,/\, (2*1.96)$$

De ahí resulta que las t1,...t7 son las tasas específicas de fecundidad para los grupos de edad 1 al 7 y es(t1)..., es(t7) son los correspondientes estimados errores estándar. La tasa global de fecundidad se calcula como TGF = 5*(t1+...+t7).

El error estándar de la TGF se estima como cinco veces la raíz cuadrada de las sumas de las varianzas de las tasas:

$$es(TGF) = 5*sqrt[es(t1)^2 + ...+es(t7)^2].$$

Entonces,

$$li(TGF) = TGF - 1.96*es(TGF) \text{ y}$$
$$ls(TGF) = TGF + 1.96*es(TGF).$$

El estimado (TGF) es algo impreciso, porque ignora las covarianzas entre los estimados errores estándar de las diferentes tasas. Si una ventana de tiempo tiene cuando más cinco años de amplitud, los corchetes deben incluir dos veces las covarianzas entre t1 y t2, t2 y t3, ..., t6 y t7 (6 términos de covarianza), porque algunas mujeres son expuestas a ambos intervalos de edad 1 y 2, ambos intervalos de edad 2 y 3..., ambos intervalos de edad 6 y 7.

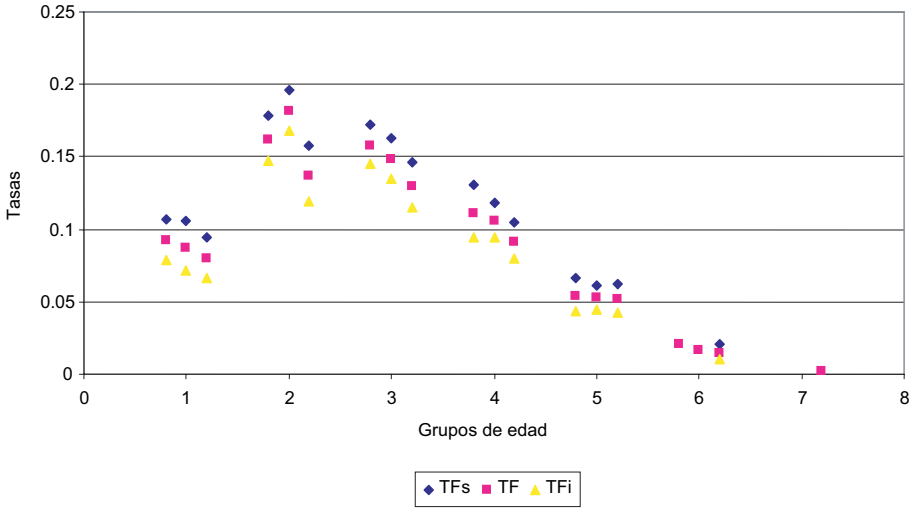
Estos términos pueden no ser negligibles para intervalos de tiempo de cinco años, pero serán bastante pequeños. En este caso, nosotros usamos intervalos de tiempo de tres años y muchas mujeres contribuyen sólo a un intervalo de edad, ambas situaciones reducen el error señalado líneas arriba.

Tasas específicas de fecundidad de la Ensar

La gráfica 6 muestra las tasas de fecundidad y sus intervalos de confianza obtenidas de la encuesta para los periodos de 1995-1997, 1998-2000 y 2001-2003 para los grupos de edad de 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 y 45-49 (etiquetados, en ese orden, del 1 al 7).

GRÁFICA 6

TASAS DE FECUNDIDAD (DATOS NACIONALES PONDERADOS): 1995-1997, 1998-2000 Y 2001-2003



Para el grupo número 1, observamos un ligero descenso en los niveles de fecundidad, conforme se avanza en el tiempo. Para el grupo número 2, observamos un incremento en la tasa de fecundidad del periodo 1995-1997 al periodo 1998-2000, seguido de un descenso para el 2001-2003. El resto de los grupos muestra un descenso continuo para cada siguiente periodo. Cabe notar, sin embargo, que debido al envejecimiento de la muestra, no se pueden calcular tasas para el séptimo grupo de edad (1995-1997 y 1998-2000). Además, por razones que suponemos tienen que ver con el número pequeño de nacimientos, no fue posible calcular intervalos de confianza para el séptimo grupo en el último periodo, ni para el sexto en los periodos anteriores.

El cuadro 3 muestra las tasas específicas de fecundidad estimadas de la encuesta para cada periodo, junto con el intervalo para cada una de éstas y una estimativa independiente. Para el periodo 1998-2000, usamos como punto de comparación las tasas

CUADRO 3

TASAS DE FECUNDIDAD POR GRUPO DE EDAD PARA LA ENSAR, CENSO 2000 Y PROYECCIONES CONAPO 2002

Grupo de edad	*Ensar (1995-1997)*			*INEGI 1996*	*Ensar (1998-2000)*			*INEGI 1999*	*Ensar (2001-2003)*			*Proyecciones Conapo 2002*
	Ls	*TF*	*Li*		*Ls*	*TF*	*Li*		*Ls*	*TF*	*Li*	
15-19	0.1070	0.0918	0.0788	0.0743	0.1059	0.0871	0.0716	0.0642	0.0947	0.0796	0.0668	0.0541
20-24	0.1780	0.1619	0.1473	0.1479	0.1965	0.1818	0.1682	0.1542	0.1574	0.1369	0.1191	0.1175
25-29	0.1724	0.1580	0.1447	0.1541	0.1633	0.1486	0.1352	0.1514	0.1463	0.1299	0.1153	0.1231
30-34	0.1306	0.1109	0.0941	0.0975	0.1185	0.1057	0.0943	0.1111	0.1044	0.0913	0.0798	0.0907
35-39	0.0659	0.0538	0.0439	0.0552	0.0616	0.0524	0.0446	0.0617	0.0621	0.0514	0.0425	0.0495
40-44	nd	0.0204	nd	0.0180	nd	0.0166	nd	0.0228	0.0212	0.0146	0.0100	0.0164
45-49	nd	nd	nd	0.0029	nd	nd	nd	0.0056	nd	0.0021	nd	0.0033

Fuente: 1996 y 2000 son datos publicados por el INEGI, los primeros basados en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, y los segundos basados en resultados del Censo 2000; las de 2002 son estimaciones realizadas por el Conapo, disponibles en <http://www.conapo.gob.mx/m_en_cifras/principal.html>.
* nd = no disponible.

estimadas por el INEGI para el año 1999, basadas en información del Censo 2000. Dos elementos resaltan en esta comparación: primero, una discrepancia en los niveles de fecundidad para los grupos de 15-19 y 20-24 y segundo, concordancia en las tasas de fecundidad estimadas para el resto de los grupos de edad.

Para el periodo 1995-1997, nuestra comparación es con las tasas estimadas por el INEGI para el año 1996, basándose en la Enadid 1997. Los resultados muestran que de las tasas estimadas del INEGI, sólo la del grupo de 15-19 años se encuentra por debajo del límite inferior del intervalo estimado para la tasa de la Ensar del mismo grupo. El resto de las tasas se sitúan dentro de los intervalos estimados por la Ensar.

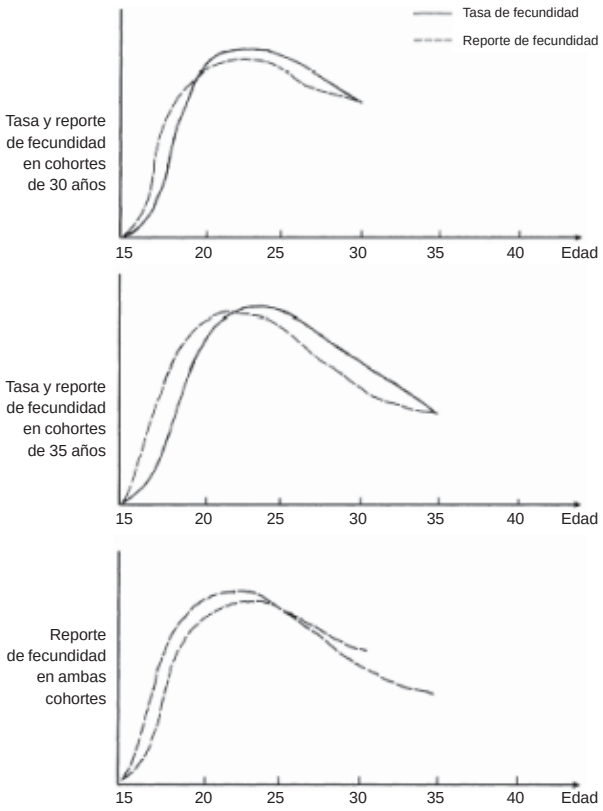
En el siguiente periodo, la tasa basada en el Censo 2000 para el grupo de edad 15-19 es también ligeramente menor a la tasa que marca el límite inferior del intervalo obtenido por la Ensar para el periodo 1998-2000. Para el grupo de edad de 20-24, la estimación de fecundidad basada en el Censo 2000 se encuentra también por debajo de los niveles obtenidos por la encuesta para el periodo 1998-2000, –0.1682 contra 0.1542-. Mientras que sólo en el grupo de edad de 20-24 se observa un incremento del primer al segundo periodo, el resto de los grupos muestra un patrón de descenso con niveles que concuerdan con los datos censales.

Finalmente, la comparación del periodo 2001-2003 es con las tasas que postuló el Conapo para el año 2002, en los supuestos para las proyecciones 2000-2050. Al igual que en el periodo previo, las proyecciones de fecundidad del Conapo para los grupos de 15-19 y 20-24 años son menores al límite inferior del intervalo estimado para las tasas de la Ensar para estos grupos, el resto de las tasas se encuentran dentro de los intervalos estimados por dicha encuesta.

Tasas de fecundidad de cohorte-periodo

Desde hace tiempo se ha demostrado que ciertos tipos de error en el reporte de la fecha de ocurrencia en una historia de nacimientos conducen a un sesgo considerable en la tendencia de las tasas específicas de fecundidad por edad, observadas en la información obtenida, particularmente durante los diez años que preceden a la encuesta (Brass 1971; Potter 1977). Cuando no se cuenta con fuentes externas de información confiable, no es posible probar el efecto de tal sesgo; sin embargo, es posible detectar la existencia de desplazamiento de eventos (nacimientos) comparando los patrones de fecundidad por edad, a través de diferentes cohortes. El típico patrón de desplazamiento se muestra en la gráfica 7 (tomada de Potter 1977).

GRÁFICA 7



El cuadro 4 muestra las tasas de fecundidad de cohorte-periodo obtenidas de las historias de nacimientos de la Ensar en la que las cohortes son determinadas por la edad registrada de la participante al tiempo de la entrevista y los periodos se definen en términos de intervalos de cinco años previos a la entrevista. La experiencia de cada cohorte puede leerse a lo largo de los diagonales. Desde que las tasas se definen para cohortes y periodos, las tasas en un renglón dado se refieren a un rango de edad centrado en la edad más joven del grupo de edad mostrado en la cohorte-columna. Es decir, todas las tasas en el renglón superior se centran en la edad exacta de 15; en el segundo renglón se centran en la edad exacta de 20 y así sucesivamente.

CUADRO 4

FECUNDIDAD COHORTE-PERIODO: TASAS PARA TODOS LOS NACIMIENTOS (NACIONAL)

Grupo de edad	*Años antes de la encuesta*						
	0-4	*5-9*	*10-14*	*15-19*	*20-24*	*25-29*	*30-34*
15-19	0.03	0.04	0.04	0.04	0.05	0.05	0.05
20-24	0.13	0.15	0.17	0.17	0.20	0.20	
25-29	0.16	0.18	0.20	0.22	0.24		
30-34	0.12	0.14	0.17	0.19			
35-39	0.08	0.09	0.12				
40-44	0.04	0.05					
45-49	0.01						
	2.86	3.24	3.50	3.13	2.45	1.26	0.26

Todas las tasas en este cuadro muestran un continuo descenso a través del tiempo y no hay evidencia del tipo de desplazamiento mostrado en la gráfica 7. Estos datos no proporcionan razón alguna para creer que los nacimientos han sido desplazados hacia el presente o el pasado.

Lo mismo se diría de las tasas de cohorte-periodo para el primer nacimiento, las cuales se muestran en el cuadro 5.

Como se observa, éstas muestran un cambio gradual hacia un incremento de edad al primer nacimiento a través de las cohortes, pero ninguna indicación de desplazamiento.

Conclusiones

En este análisis no encontramos evidencia de problemas severos con la Ensar 2003. Los resultados muestran una buena consistencia entre los cuestionarios de hogar e individuales, aunque con cierto sesgo por causa de la probabilidad diferencial de ser listado y considerado elegible en el cuestionario de hogar y haber realmente completado el cuestionario individual. En general, la Ensar es consistente con la información obtenida a través del Censo 2000; la única excepción es la información relacionada con las tasas de fecundidad para grupos específicos de

CUADRO 5

FECUNDIDAD COHORTE-PERIODO: TASAS PARA LOS PRIMEROS NACIMIENTOS (NACIONAL)

Grupo de edad	*Años antes de la encuesta*						
	0-4	*5-9*	*10-14*	*15-19*	*20-24*	*25-29*	*30-34*
15-19	0.024	0.027	0.032	0.031	0.033	0.032	0.033
20-24	0.066	0.070	0.073	0.074	0.077	0.076	
25-29	0.038	0.042	0.041	0.040	0.040		
30-34	0.015	0.018	0.014	0.015			
35-39	0.005	0.004	0.004				
40-44	0.001	0.002					
45-49	0.000						
	0.748	0.821	0.825	0.795	0.747	0.542	0.163

edad, lo cual se discute a continuación. El análisis de cohorte-periodo de las historias de nacimientos no proporcionó evidencia alguna de desplazamiento de los eventos. Sin embargo, cuando se examinaron las tasas específicas de fecundidad, por grupo de edad para periodos de tres años calendario –precedentes a la encuesta–, nos encontramos con una anomalía inexplicable: un sorprendente incremento en las tasas de fecundidad para el grupo de edad de 20-24 años en el periodo 1998-2000, en relación con el periodo previo. Los autores dudan aún entre un real incremento en los niveles de fecundidad (quizás relacionado con el fin de la centuria o una fluctuación aleatoria de las tasas) o un sistemático error en el reporte para una particular cohorte de respondientes.

Tomando en cuenta el rango de incertidumbre, debido a la variación muestral, la principal preocupación relacionada con las tasas de fecundidad de la Ensar es la concerniente a las encontradas para las edades menores de 25 años en los nueve años precedentes a la encuesta. Las tasas encontradas en la Ensar para los años relevantes son considerablemente más altas que las encontradas para 1996 por la Enadid 1997, para 1999 por el Censo 2000 o las proyecciones del Conapo para 2002. Consideramos tres posibles razones para estas "altas" tasas. La primera es simplemente mala suerte. Con esto queremos decir que quizás la muestra fue tomada de la cola de la distribución en lugar de haber sido tomada del centro de la misma y que –en relación con el verdadero grupo de tasas específicas de fecundidad por edad– dicha distribución contenía respondientes, tanto menores de 25 años con alta fecundidad, como respondientes mayores de 25 años con fecundidad promedio. Dicho de otra manera: la población muestral fue tomada de una distribución que contenía mujeres con una fecundidad más joven y más alta que la verdadera fecundidad nacional.

La segunda posible razón para el patrón de fecundidad observado en la Ensar es un sesgo en la muestra de respondientes, quienes completaron el cuestionario individual. Esta selectividad pudo haberse presentado como una mayor probabilidad para encontrar y entrevistar mujeres jóvenes con niños pequeños, que mujeres solteras o quienes no han tenido hijos aún. En este análisis se ha presentado evidencia que indica la presencia de tal sesgo, sin embargo, probablemente no es lo suficientemente grande para explicar por completo las diferencias en las tasas de fecundidad para las mujeres menores de 25 años.

La tercera posible razón para la diferencia es que la fecundidad de mujeres menores de 25 años sea realmente más alta que lo esperado. Si esto es verdad, entonces las tasas del Censo 2000 y las encontradas en la Enadid 1997 subestimarían la fecundidad de las mujeres menores de 25 años. El estancamiento o una marcha atrás en el descenso de la fecundidad adolescente no sería ajena a la experiencia latinoamericana. Brasil, en los últimos diez años, proporciona un prominente ejemplo del continuo descenso de la fecundidad en edades avanzadas, en combinación con un aumento en la fecundidad en edades jóvenes, ocasionado por la incrementada exposición al riesgo del embarazo entre mujeres jóvenes. Sin embargo, el análisis cohorte-periodo de las historias de nacimientos de la Ensar no señala una reversión ni un estancamiento de la fecundidad joven, sino un lento proceso de descenso. Por lo tanto, si realmente existe una diferencia entre la fecundidad joven en el 2002 en el país y la proyectada por el Conapo, esto se debe solamente a que supusieron un mayor descenso de esta fecundidad de la que en efecto ocurrió.

No contamos con la base para estimar la relativa importancia de cada una de las posibles explicaciones, pero consideramos que, en alguna medida, todas contribuyen para las diferencias encontradas. Un análisis más minucioso de la Enadid y del Censo establecería mejores bases para evaluar la probabilidad de que dichos instrumentos hayan subestimado la fecundidad para las edades 15-19 y 20-24, pero, debido a las limitaciones de tiempo y recursos para esta evaluación, dejamos esa tarea a otros investigadores.

Comentarios finales

Antes de concluir nos gustaría comentar brevemente algunos puntos que han sido señalados en el intercambio con el Conapo relacionados con la utilidad y validez de las tasas de fecundidad obtenidas de la Ensar –una de las principales preocupaciones relacionadas con esta muestra–. Nuestro punto de vista es que ambas partes tienen algo de razón. Es cierto que la muestra rural para los 24 estados contiene muy pocas mujeres y algunos de los pesos

(poninal) son muy grandes para éstas y otras mujeres; sin embargo, si la información muestral contenida en los pesos (poninal) y en la variable que identifica estratos y *clusters* son correctos, uno puede estimar los intervalos de confianza para las tasas de fecundidad que incorporan todas las limitaciones señaladas para la muestra. El "precio" del diseño está en la amplitud de dichos intervalos y en la medida en que éstos se estrecharían en caso de utilizar otro diseño muestral, comparación que no hemos intentado.

Dos puntos menos centrales en el debate se relacionan con el uso de anticonceptivos y la mortalidad. Nosotros como autores de este análisis no tenemos mucho qué decir al respecto, desde que estas variables quedaron fuera de la solicitud de evaluación. Sin embargo, nos parece pertinente señalar que en el análisis de ambas variables es importante calcular los intervalos de confianza y que la evaluación del uso de anticonceptivos debe realizarse con base en un análisis de edad específica.

Finalmente, consideramos que quizás se demanda demasiado de esta encuesta. Claramente la Ensar no proporciona una base sólida para estimados precisos de tasas específicas de fecundidad por edad o la tasa global de fecundidad. En vez de lamentar este hecho, tal vez debiéramos preguntarnos por qué dichas tasas no están disponibles de la combinación de los datos censales con los registros vitales. Como se ha señalado, toda la fecundidad estimada previamente, tal como la resultante de la Encuesta Mexicana de Fecundidad y la Enfes, no proporcionaron estimados precisos de tasas específicas de fecundidad por edad, como un resultado de la variación muestral y los problemas de reporte. Al igual que estas encuestas previas, la Ensar proporciona clara evidencia de que la fecundidad decae o que continúa disminuyendo en México.

Fuentes

Brass, W. (1971). *The Analysis of Maternity Histories to Detect Changes in Fertility*. Nueva York, United Nations Economic and Social Council, E/CN.9/AC.12.

Ordorica, M. y J.E. Potter (1981). "Evaluation of the Mexican Fertility Survey 1976-1977", *Scientific Reports*, núm. 21 (diciembre).

Potter, J.E. (1977). "Problems in Using Birth-History Analysis to Estimate Trends in Fertility", *Population Studies* 31, núm. 2, julio.

Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003

Los hogares en la Ensar 2003

*Carlos Javier Echarri Cánovas**

En este artículo se presentan los primeros resultados correspondientes a la información que proporciona el Cuestionario de hogar de la Ensar 2003. En un primer momento, se analizarán algunos aspectos relativos a la calidad de los datos obtenidos, desde una óptica comparativa, con otras encuestas nacionales; enseguida nos referiremos a la composición de los hogares, para abordar después algunas características de los niveles de bienestar de los hogares y sus miembros; para finalizar con algunas características de la estructura familiar.

La calidad de los datos

Durante el trabajo de campo, se realizaron 21 230 entrevistas, lográndose completarlas en 19 643 hogares, en los que se encontró a 84 960 personas, lo que nos da un promedio de 4.33 personas por hogar. Esta cifra es ligeramente superior a la de 4.29, obtenida de la muestra del 10 por ciento del Censo de 2000. No parece haber serios problemas en cuanto a levantamiento, tal como lo muestra el cuadro 1, donde se desglosan los resultados finales de las entrevistas, tanto por tamaño de la localidad, como por etapa de levantamiento.

Por otra parte, la forma de la pirámide de población es bastante razonable, y se asemeja a la resultante del Censo de 2000, con la salvedad de que la base es un poco más estrecha y hay relativamente menos población de entre 20 y 30 años de edad (gráfica 1). Además, resaltan algunas irregularidades en las mujeres de alrededor de 30 y 50 años. Para medir los problemas relativos a la declaración de las

Cuadro 1

Resultado de la entrevista de hogar, según tamaño de la localidad y etapa de levantamiento

	Tamaño de la localidad						*Etapa de levantamiento*					
	Rural		*Urbano*		*Total*		*Ensar*		*Enesar*		*Total*	
Resultado final	*n*	*% Col*	*n*	*% Col*	*n*	*% Col*	*n*	*% Col*	*n*	*% Col*	*n*	*% Col*
Completa	5 338	95.6	14 305	93.4	19 643	94.0	10 317	93.7	9326	94.4	19 643	94.0
Incompleta		0.0	7	0.0	7	0.0	5	0.0	2	0.0	7	0.0
Aplazada		0.0	2	0.0	2	0.0	1	0.0	1	0.0	2	0.0
Nadie en casa	50	0.9	230	1.5	280	1.3	167	1.5	113	1.1	280	1.3
Se negó a dar información	16	0.3	201	1.3	217	1.0	136	1.2	81	0.8	217	1.0
Información inadecuada	5	0.1	27	0.2	32	0.2	24	0.2	8	0.1	32	0.2
No es vivienda	19	0.3	81	0.5	100	0.5	52	0.5	48	0.5	100	0.5
Desocupada	45	0.8	231	1.5	276	1.3	140	1.3	136	1.4	276	1.3
De uso temporal	79	1.4	181	1.2	260	1.2	129	1.2	131	1.3	260	1.2
Otra	27	0.5	39	0.3	66	0.3	33	0.3	33	0.3	66	0.3
99	2	0.0	6	0.0	8	0.0	8	0.1			8	0.0
Total	*5 581*	*100.0*	*15 310*	*100.0*	*20 891*	*100.0*	*11 012*	*100.0*	*9 879*	*100.0*	*20 891*	*100.0*

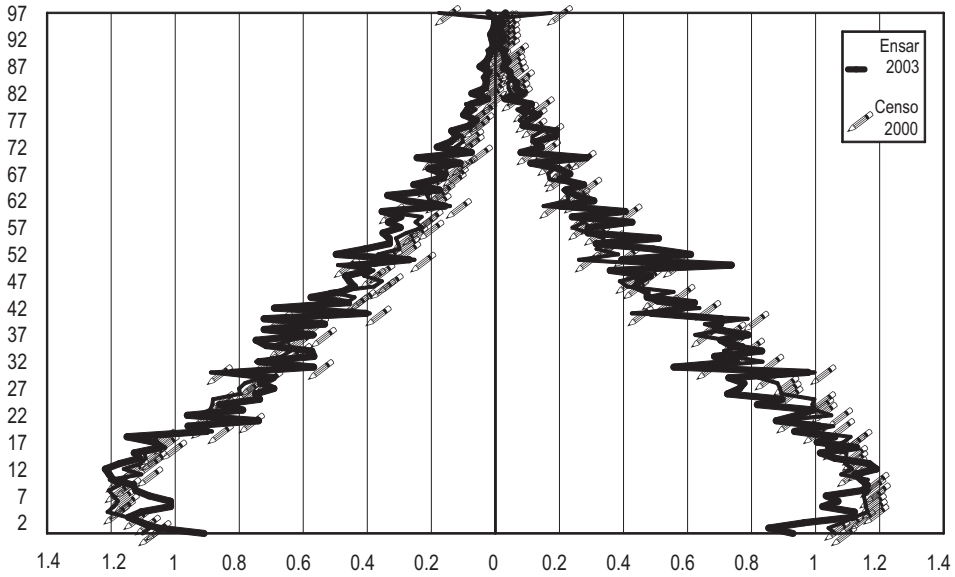
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

* Profesor investigador del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México.

edades, se calcularon los índices de Whipple, Myers y Naciones Unidas, tal como se muestra en el cuadro 2, que contiene también la información correspondiente a otras encuestas levantadas en el país. Este cuadro nos permite afirmar que la declaración de la edad es bastante buena, semejante a la obtenida en el Censo de 2000 y la Enadid de 1997 y mejor que la de la Enajuv 2000 o la Enaplaf de 1995. Lo mismo sucede con los índices de masculinidad, presentados en la gráfica 2 y el cuadro 3 que, al parecer no evidencian omisiones diferenciales por sexo que afecten especialmente a este levantamiento de información.

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

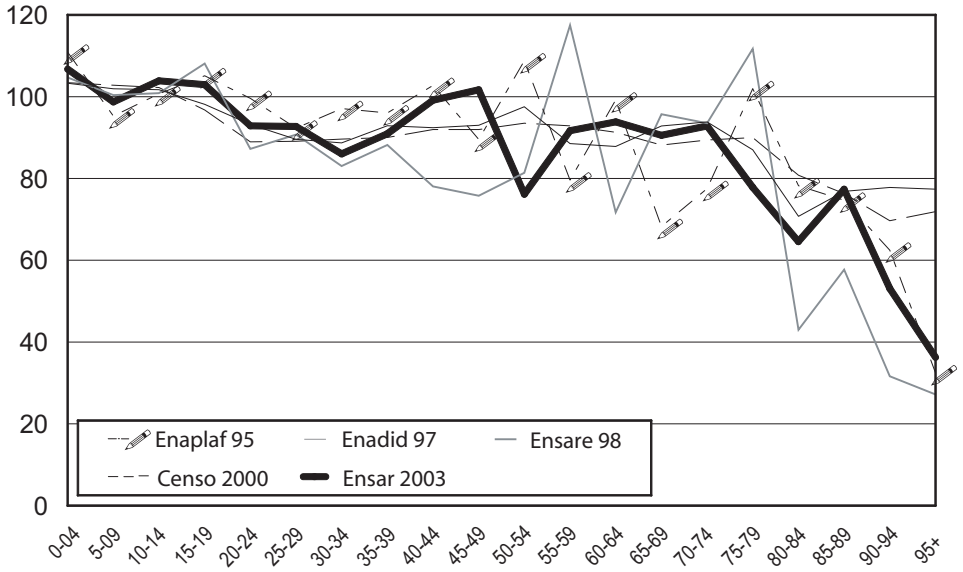
CUADRO 2

MEDIDAS DE LA CALIDAD DE LA DECLARACIÓN DE EDADES EN DISTINTAS ENCUESTAS

	Whipple		*Myers*		*Naciones Unidas*
	Hombres	*Mujeres*	*Hombres*	*Mujeres*	
Ensami 1994	125.11	127.26	12.55	9.09	82.87
Enaplaf 95	126.66	133.21	13.73	13.05	62.15
Encoplaf 96	111.70	115.00	8.41	9.91	59.55
Enadid 97	118.03	120.44	8.68	7.61	18.73
Ensare 98	83.09	87.83	5.69	4.39	71.46
Esr 99	117.39	128.14	11.98	10.43	61.94
Enajuv 2000	141.28	145.88	13.23	13.59	36.09
Ensa 2000	111.64	114.59	5.14	5.64	16.48
Censo 2000	121.90	123.01	7.65	8.07	19.43
Ensar 2003	114.23	121.95	8.23	8.64	19.43

GRÁFICA 2

ÍNDICE DE MASCULINIDAD SEGÚN DIFERENTES ENCUESTAS



CUADRO 3

ÍNDICE DE MASCULINIDAD POR EDAD EN DIFERENTES ENCUESTAS

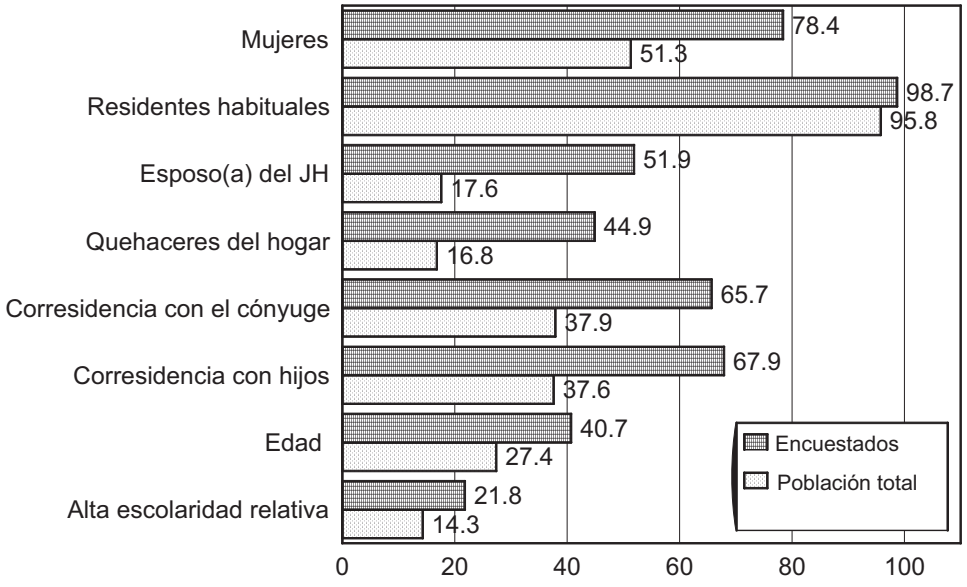
Grupo de edad	*Ensami 1994*	*Enaplaf 95*	*Encoplaf 96*	*Enadid 97*	*Ensare 98*	*Esr 99*	*Enajuv 2000*	*Ensa 2000*	*Censo 2000*	*Ensar 2003*
0-4	97.7	110.9	103.3	103.3	104.7	96.9	108.6	103.3	103.4	106.7
5-9	96.8	95.3	102.1	101.9	100.4	102.6	104.0	103.1	102.8	98.7
10-14	100.9	100.7	84.6	101.7	100.8	99.2	104.5	102.6	102.2	103.9
15-19	99.0	105.1	105.7	98.1	108.1	99.0	97.6	98.1	96.8	102.9
20-24	87.3	99.6	90.5	93.2	87.2	94.2	89.1	93.5	88.9	92.9
25-29	91.4	92.3	80.8	89.6	90.7	84.8	87.0	92.3	89.1	92.7
30-34	99.5	97.1	85.4	88.7	83.0	104.8	86.0	92.5	89.6	86.0
35-39	103.6	96.0	89.3	92.9	88.2	95.5	90.2	93.1	90.0	90.9
40-44	90.7	102.8	92.5	92.4	78.1	90.2	89.4	96.2	92.0	99.1
45-49	109.6	89.5	89.7	93.0	75.8	120.2	91.8	95.5	92.0	101.7
50-54	77.4	108.8	81.0	97.6	81.4	74.3	100.2	96.1	93.5	76.2
55-59	96.3	79.6	94.0	88.5	117.5	97.5	94.8	94.4	92.9	91.7
60-64	96.9	99.2	71.6	87.8	71.7	102.0	90.8	91.9	91.3	93.8
65-69	80.7	68.3	77.3	92.8	95.7	115.7	93.3	89.8	88.2	90.5
70-74	139.3	77.5	95.4	93.8	93.5	115.9	96.5	93.4	89.4	92.8
75-79	93.8	102.0	83.0	87.0	111.7	101.4	100.3	91.2	90.0	77.8
80-84	136.5	78.2	124.8	70.7	43.0	111.0	74.6	80.8	80.8	64.6
85-89	116.1	74.7	157.0	76.8	57.7	67.0	66.0	79.8	76.3	77.3
90-94	63.3	62.5	34.6	77.8	31.7	51.5	104.0	74.2	69.7	53.1
95 y más	32.7	32.5	156.4	77.4	27.2	46.3	75.5	44.5	71.9	36.3

Un aspecto fundamental en la calidad de los datos proviene de las características de los informantes. Así, un rasgo importante del Cuestionario de hogar es que identifica a la persona que respondió el cuestionario.[1] De esta manera, sabemos que, en su gran mayoría, se trató de mujeres (78.4 por ciento), que frecuentemente eran esposas de los jefes del hogar (51.9 por ciento), casi todas residentes habituales de los hogares, dedicadas en mayor proporción a los quehaceres domésticos que la población en general (44.9 contra 16.8 por ciento). La gráfica 3 muestra, además, que se trata de personas de 40.7 años de edad en promedio, contra 27.4 en la población en general y con mayores niveles de escolaridad que el promedio (6.7 frente 5.5 por ciento). Dos terceras partes de quienes respondieron los cuestionarios corresidían con sus cónyuges y con 1.9 hijos en promedio, mientras que las cifras correspondientes a la población total son 37.9 y 0.9 por ciento, respectivamente.

Como la recolección de la información se basa en la buena fe de los encuestados, resulta fundamental conocer sus características, pues quizás influiría en las respuestas obtenidas. El ejemplo más claro es el sexo del jefe del hogar. Como la jefatura no constituye un concepto unívoco, claramente definido e igualmente entendido por toda la población, ni siquiera por todos los miembros de un mismo hogar, resulta ser una pregunta cuya respuesta se deja al albedrío del encuestado, confiando en que se reportará "a la persona reconocida como tal por los miembros del hogar", tal como reza la definición usualmente empleada en las estadísticas mexicanas. Sin embargo, como sólo se pregunta a una persona, en la práctica se trata de la reconocida como tal por la persona que respondió el cuestionario. Así, resul-

GRÁFICA 3

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE RESPONDIERON EL CUESTIONARIO DE HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

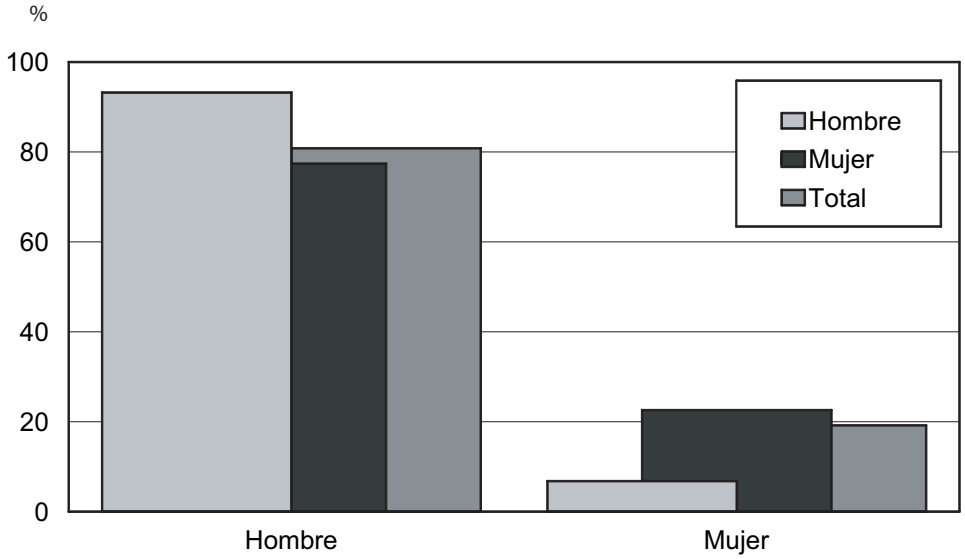
[1] En 471 casos a un segundo informante y en 42 a un tercero.

ta que, al igual que ocurrió con el Censo de 2000, cuando la persona que responde el cuestionario es una mujer, se triplica la proporción de hogares dirigidos por mujeres, como se observa en la gráfica 4. Resulta más fácil declarar a una mujer jefa del hogar, cuando es también una mujer (muchas veces ella misma) quien responde el cuestionario. Otro aspecto destacado es que, si bien no hay grandes diferencias en la proporción de personas que hablan una lengua indígena (11.8 y 11.3 por ciento), el monolingüismo es menor entre los respondientes (7.2 por ciento) que entre la población en general, en la que alcanza un 10.6 por ciento de los hablantes de lenguas indígenas. Esto parecería mostrar que el operativo de campo fue exitoso en la selección de los informantes.

pleto, 95.8 por ciento eran residentes habituales, en casi uno de cada cuarenta casos se listaba a una persona que no vivía en el hogar y casi 1 por ciento de los casos se refería a residentes habituales temporalmente ausentes (cuadro 4). Citar a personas no residentes habituales como miembros del hogar reflejaría el impacto de la migración, o bien el mantenimiento de lazos afectivos con familiares que han cambiado de residencia, hijos en su mayoría. Sin embargo, otra de las novedades de esta encuesta es que, a diferencia de lo que había sido la práctica en las abocadas al estudio de la salud reproductiva, en este cuestionario no se presuponía la condición de residente habitual del jefe del hogar. Así, el cuadro 5 muestra que la distribución por condición de residencia de los jefes del hogar no difiere sus-

GRÁFICA 4

SEXO DEL JEFE DEL HOGAR, SEGÚN SEXO DE LA PERSONA QUE RESPONDIÓ EL CUESTIONARIO DE HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La composición de los hogares

Por lo que respecta a los ocupantes de los hogares, el primer aspecto que analizaremos es el de la condición de residencia. De los 84 904 personas que se encontraron en los hogares con cuestionario completo, 95.8 por ciento eran residentes habituales, en casi uno de cada cuarenta casos se listaba a una persona que no vivía en el hogar y casi 1 por ciento de los casos se refería a residentes habituales temporalmente ausentes (cuadro 4). Citar a personas no residentes habituales como miembros del hogar reflejaría el impacto de la migración, o bien el mantenimiento de lazos afectivos con familiares que han cambiado de residencia, hijos en su mayoría. Sin embargo, otra de las novedades de esta encuesta es que, a diferencia de lo que había sido la práctica en las abocadas al estudio de la salud reproductiva, en este cuestionario no se presuponía la condición de residente habitual del jefe del hogar. Así, el cuadro 5 muestra que la distribución por condición de residencia de los jefes del hogar no difiere sustancialmente de la del conjunto de la población, por lo que nos encontramos de nuevo que, en casi uno de cada cuarenta hogares, el jefe no reside habitualmente ahí. Esto tiene serias implicaciones en la jerarquía de poder y la toma de decisiones dentro de los hogares.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE RESIDENCIA

	Frecuencia ponderada		*Frecuencia no ponderada*	
Condición de residencia	*n*	*%*	*n*	*%*
No residente	229	0.0	1	0.0
No residente ausente	2 156 689	2.0	2 039	2.4
No residente temporalmente presente	544 188	0.5	506	0.6
Residente temporal	490 535	0.5	329	0.4
Residente habitual presente	104 306 983	96.1	81324	95.8
Residente habitual temporalmente ausente	1 007 957	0.9	705	0.8
Total	*108 506 582*	*100.0*	*84 904*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS JEFES DE HOGAR SEGÚN CONDICIÓN DE RESIDENCIA

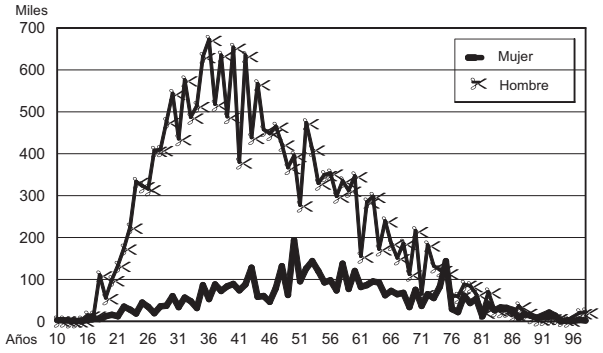
	Frecuencia ponderada		*Frecuencia no ponderada*	
Condición de residencia	*n*	*%*	*n*	*%*
No residente ausente	591 691	2.3	529	2.7
No residente temporalmente presente	97 513	0.4	85	0.4
Residente temporal	106 072	0.4	53	0.3
Residente habitual presente	24 248 033	95.9	18 787	95.7
Residente habitual temporalmente ausente	252 984	1.0	181	0.9
Total	*25 296 292*	*100.0*	*19 635*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

En la gráfica 5 se aprecia la distribución por sexo y edad de los jefes de hogar. Resalta la preponderancia masculina en la jefatura del hogar, así como la menor edad promedio de los jefes varones respecto de las mujeres: 44.9 contra 54.2 años. La proporción de jefas de hogar mujeres es de 18.3, la cual crece en los hogares unipersonales, compuestos y ampliados, así como en los ámbitos urbanos (cuadro 6). La gráfica 6 presenta esta prevalencia de la jefatura femenina, según tamaño de la localidad y tipo de hogar. La comparación mostrada en la gráfica 7 evidencia cómo la Ensar 2003 se inserta en una tendencia ligeramente ascendente de jefatura femenina. En cambio, otras diferencias importantes entre jefes varones y mujeres se refieren a la actividad: el cuadro 7 muestra que, tanto en ámbitos rurales, como urbanos, la principal ocupación de las mujeres jefas de hogar son los quehaceres del hogar, mientras que esta ocupación es casi inexistente para sus contrapartes varones. Para ellos, lo más frecuente resulta dedicarse a actividades asalariadas, como empleados u obreros en los contextos urbanos, y como jornaleros o peones, en los rurales. Llama la atención que en las localidades urbanas haya casi la misma proporción de mujeres jefas de hogar empleadas u obreras, que dedicadas a los quehaceres del hogar. En ambos tipos de comunidades, las actividades por cuenta propia ocupan el segundo lugar en importancia.

GRÁFICA 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS JEFES DE HOGAR POR EDAD, SEGÚN SEXO



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 6

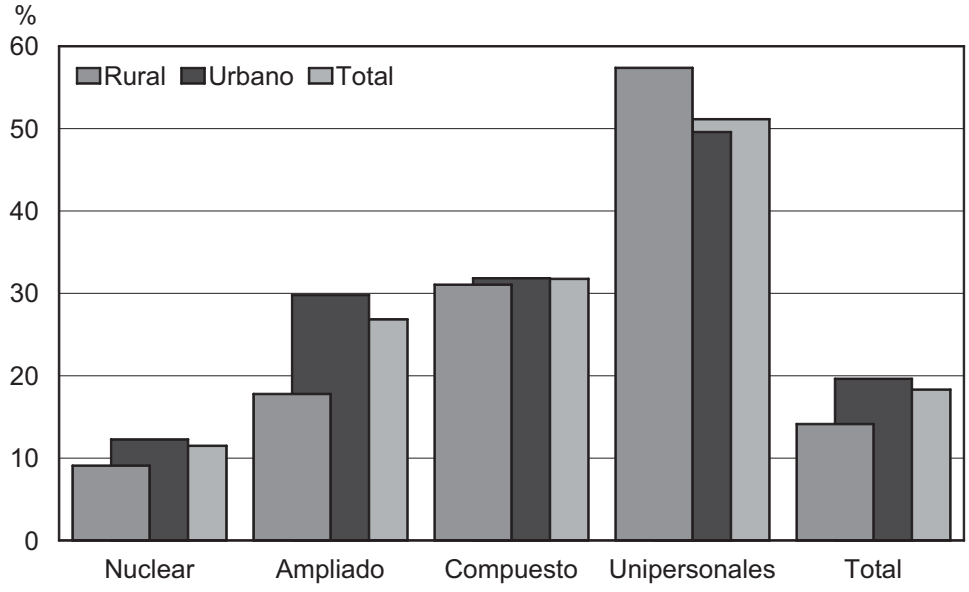
PROPORCIÓN DE HOGARES DIRIGIDOS POR MUJERES, SEGÚN TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y TIPO DE HOGAR

Tipo de hogar	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Nuclear	9.1	12.3	11.5
Ampliado	17.8	29.8	26.9
Compuesto	31.1	31.8	31.8
Unipersonales	57.4	49.6	51.1
Total	*14.1*	*19.6*	*18.3*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 6

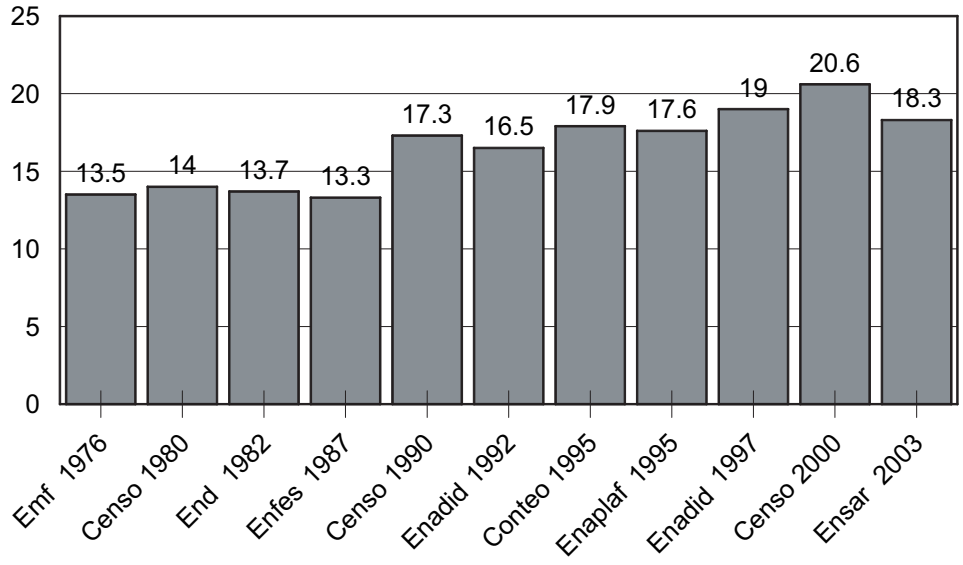
PROPORCIÓN DE HOGARES DIRIGIDOS POR MUJERES, SEGÚN TIPO Y TAMAÑO DE LOCALIDAD



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 7

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE HOGARES DIRIGIDOS POR MUJERES EN DIFERENTES ENCUESTAS



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS JEFES DE HOGAR SEGÚN ACTIVIDAD, POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y SEXO

	Tamaño de la localidad								
	Rural			*Urbano*			*Total*		
	Sexo			*Sexo*			*Sexo*		
Actividad agrupada	*Hombre*	*Mujer*	*Total*	*Hombre*	*Mujer*	*Total*	*Hombre*	*Mujer*	*Total*
Estudiante	0.0	0.1	0.1	0.4	0.9	0.5	0.3	0.8	0.4
Trabajador sin pago	2.1	0.4	1.8	0.3	0.2	0.3	0.8	0.2	0.7
Buscó trabajo	0.8	0.1	0.7	1.2	0.2	1.0	1.1	0.2	0.9
Quehaceres del hogar	0.5	42.9	6.5	0.2	32.9	6.6	0.3	34.7	6.6
Incapacitado	1.8	1.3	1.7	0.9	1.5	1.0	1.1	1.5	1.2
No trabaja	4.2	3.6	4.2	4.6	5.7	4.8	4.5	5.3	4.6
Jornalero o peón	48.0	16.2	43.5	6.3	0.9	5.2	16.7	3.8	14.3
Trabajador a destajo	1.3	0.5	1.2	0.5	0.3	0.4	0.7	0.3	0.6
Cuenta propia	13.8	22.5	15.0	21.1	16.9	20.3	19.3	17.9	19.0
Jubilado o pensionado	3.5	5.7	3.8	6.4	7.9	6.7	5.7	7.5	6.0
Empleado u obrero	23.0	6.4	20.6	54.3	31.2	49.8	46.5	26.6	42.8
Patrón o empresario	1.0	0.2	0.9	3.8	1.5	3.3	3.1	1.2	2.8
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La gran mayoría de los miembros de los hogares pertenecen al núcleo central: 84.1 por ciento en los ámbitos rurales y 83.7 en los urbanos, en tanto que casi uno de cada ocho en las comunidades rurales y uno de cada diez en las urbanas corresponde a núcleos de descendientes (hijos casados, yernos o nueras y nietos); en tanto que sólo en uno de cada 35 casos se trata de colaterales (hermanos, cuñados, tíos, primos, etc.) y 1.5 por ciento de los miembros son ascendientes del jefe (cuadro 8). Por lo que respecta al sexo, solamente resalta la mayor presencia de mujeres en este último grupo, debido a la mayor longevidad de las mujeres. Esta distribución de los parentescos se refleja en los distintos tipos de hogares que encontramos en la Ensar 2003, y la preponderancia de los hogares nucleares, tal y como lo muestra la gráfica 8: dos terceras partes son hogares nucleares, poco más de una cuarta parte ampliados, 6.4 por ciento unipersonales y tan sólo 1.2 por ciento hogares compuestos. Si bien esta proporción de hogares nucleares es la más baja que se ha obtenido en una encuesta similar, corresponde perfectamente con la tendencia a la baja que se observa en la gráfica 9.

En cuanto al tamaño de los hogares, en promedio cuentan con 4.2 residentes habituales, cifra que corresponde con el descenso observado en este indicador, y muy parecida a la de 4.2 del Censo de 2000 (gráfica 10). Los hogares dirigidos por mujeres son siempre menores que los dirigidos por hombres, a excepción, por supuesto, de los unipersonales. Las mayores dimensiones las encontramos en los hogares ampliados y compuestos de las zonas rurales, los cuales tienen seis miembros en promedio.

CUADRO 8

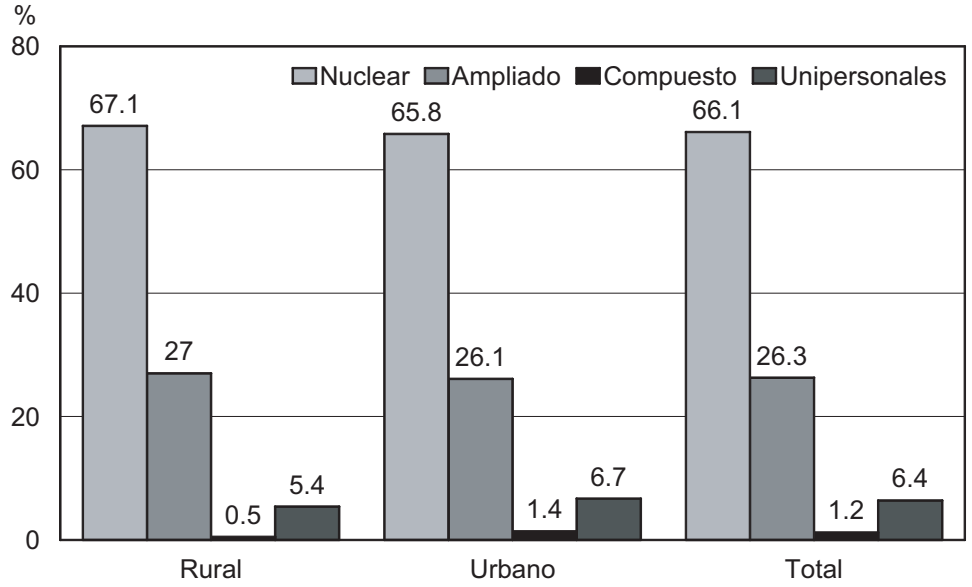
DISTRIBUCIÓN DE LOS RESIDENTES HABITUALES EN LOS HOGARES, SEGÚN EL NÚCLEO FAMILIAR DE PERTENENCIA

Núcleo familiar de pertenencia	*Tamaño de la localidad*								
	Rural			*Urbano*			*Total*		
	Sexo			*Sexo*			*Sexo*		
	Hombre	*Mujer*	*Total*	*Hombre*	*Mujer*	*Total*	*Hombre*	*Mujer*	*Total*
Núcleo central	85.6	82.6	84.1	85.0	82.5	83.7	85.2	82.5	83.8
Ascendientes	0.7	1.8	1.2	0.7	2.6	1.7	0.7	2.4	1.5
Descendientes	11.1	12.7	11.9	9.7	10.2	10.0	10.1	10.9	10.5
Colaterales	1.7	2.1	1.9	3.1	3.0	3.1	2.7	2.8	2.8
Otro parentesco	0.7	0.6	0.7	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Trabajadores domésticos	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1
Sin parentesco	0.1	0.1	0.1	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 8

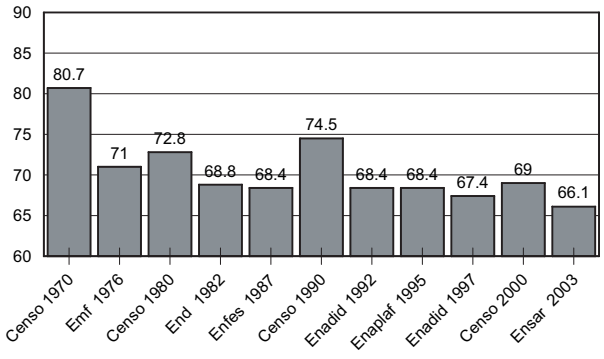
DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES POR TIPO, SEGÚN TAMAÑO DE LA LOCALIDAD



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

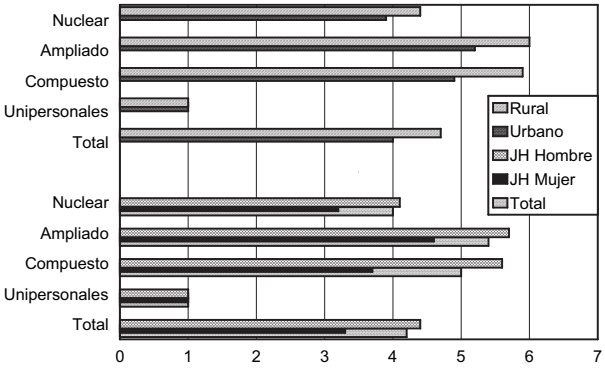
GRÁFICA 9

EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE HOGARES NUCLEARES EN DIFERENTES ENCUESTAS



GRÁFICA 10

TAMAÑO DE LOS HOGARES, SEGÚN TIPO, TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR

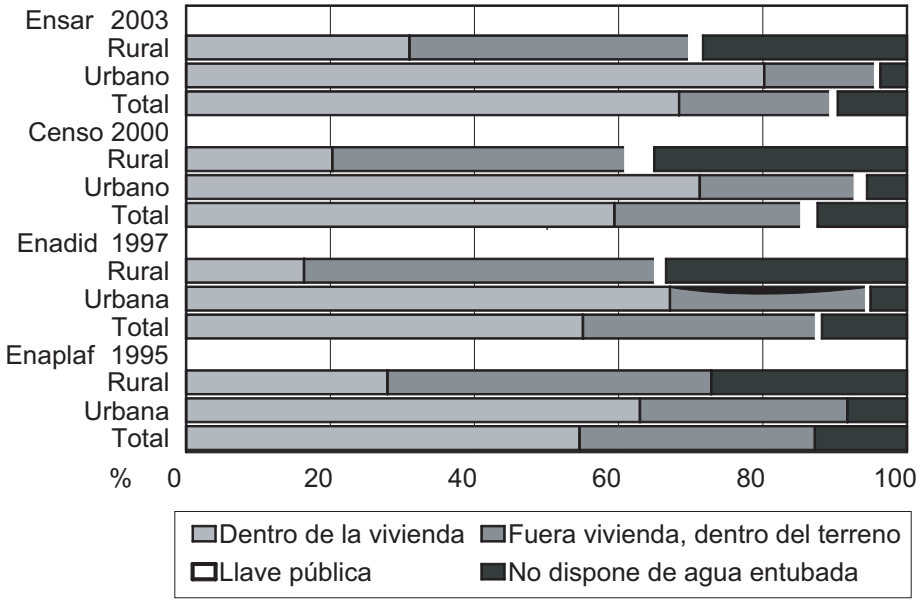


Niveles de bienestar en los hogares

Los datos de la Ensar 2003 nos muestran una mejora en la dotación de agua en las viviendas; ésta ha ido mejorando, tanto en los ámbitos rurales, como urbanos, según se muestra en la gráfica 11. Sin embargo, aún se observan serias carencias en las localidades rurales, donde menos de una tercera parte de los hogares dispone de agua entubada dentro de las viviendas y una cifra similar no dispone de ésta. En contraste, no hay avances en la introducción de drenaje, ya que parece haber un estancamiento en este indicador, de acuerdo a la gráfica 12. Lo mismo sucede con la proporción de viviendas con piso de tierra (gráfica 13), donde incluso parece haber habido un empeoramiento de las condiciones de las viviendas rurales.

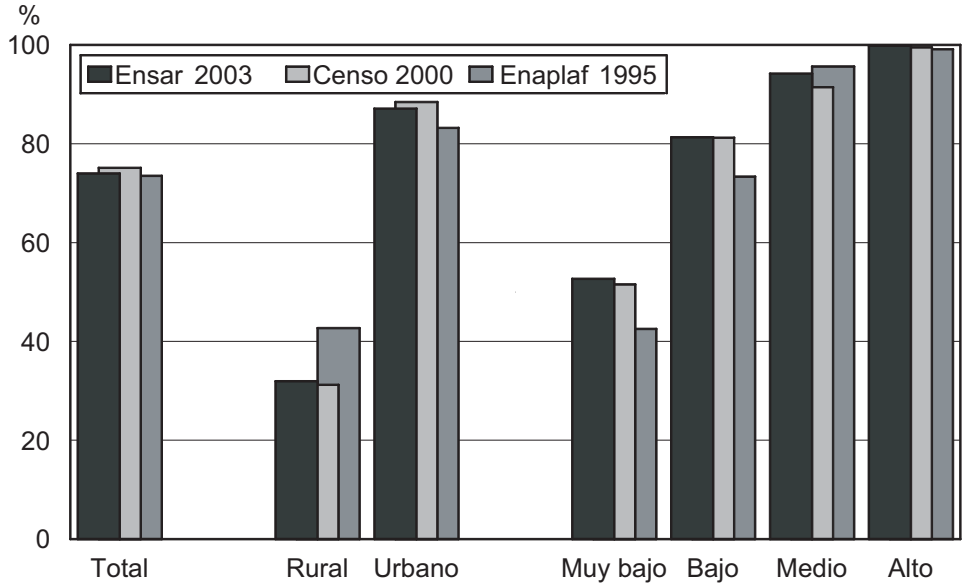
GRÁFICA 11

DISTRIBUCIÓN DE LAS VIVIENDAS, SEGÚN DISPONIBILIDAD DE AGUA POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD



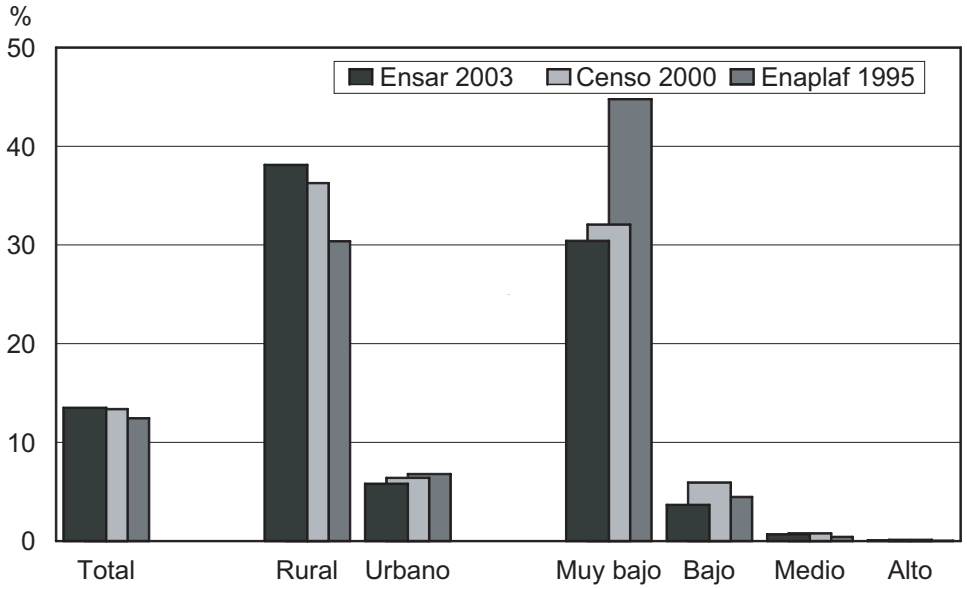
GRÁFICA 12

PROPORCIÓN DE VIVIENDAS CON DRENAJE, SEGÚN TAMAÑO DE LOCALIDAD Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



GRÁFICA 13

PROPORCIÓN DE VIVIENDAS CON PISO DE TIERRA, SEGÚN TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

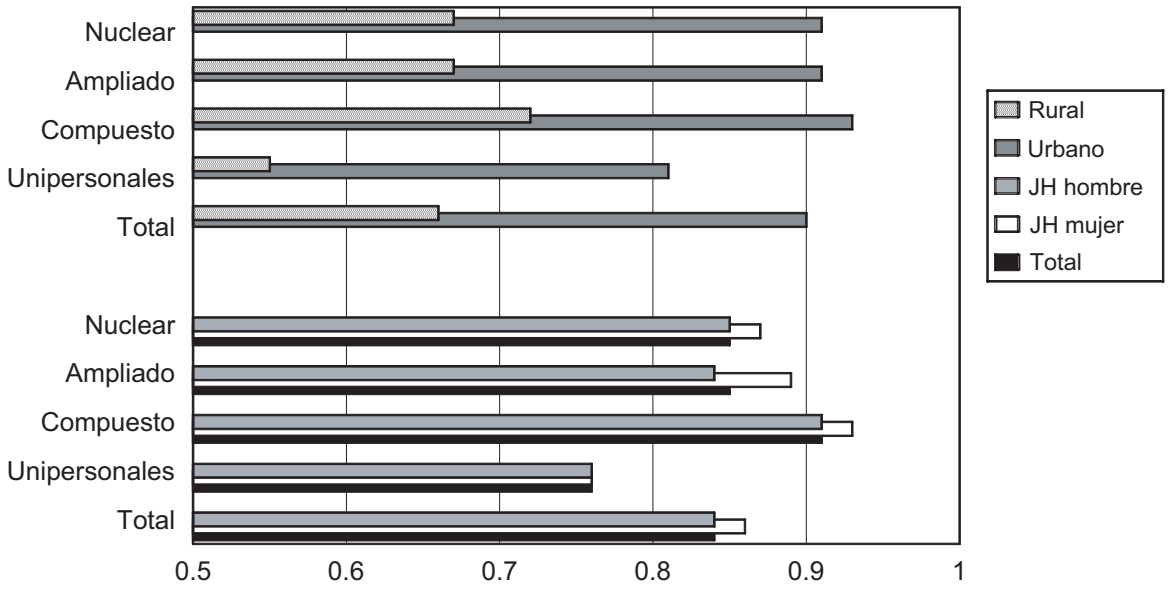


Para darnos una idea global de la infraestructura de servicios en las viviendas, calculamos un índice sobre la calidad de ésta, el cual considera seis elementos: la disponibilidad de agua entubada dentro de la vivienda, de drenaje, de electricidad, el hecho que el material de los pisos sea distinto de tierra, la ausencia de hacinamiento (entendido como más de 2.5 habitantes por dormitorio) y finalmente, la existencia de un cuarto exclusivo para cocinar. Este índice alcanza un valor de 0.84, es decir, solamente 84 por ciento de los hogares tienen cubiertas sus necesidades en esos seis indicadores (gráfica 14). Las mejores condiciones las encontramos en los hogares urbanos y los dirigidos por mujeres, y llama la atención que los valores más bajos corresponden a los hogares unipersonales, especialmente en los ámbitos rurales. Asimismo, se destaca el gran diferencial rural urbano y las mejores condiciones de los hogares dirigidos por mujeres (cuadro 9).

El indicador usado más frecuentemente en los estudios sobre niveles de bienestar es el de los ingresos. Desafortunadamente, su medición ha sido muy poco frecuente en las encuestas de salud reproductiva, debido tal vez a las complejidades inherentes a su medición precisa y exhaustiva. Por otra parte, rara vez se usa esta información de los ingresos, criticándola aunque sin realizar una evaluación de su declaración. En la Ensar 2003, se hizo una única pregunta sobre los ingresos mensuales de todos los miembros del hogar, lo cual puede presentar algunos inconvenientes, como la inclusión de los ingresos de personas que no sean residentes habituales. Si calculamos el ingreso mensual per cápita (considerando exclusivamente a los residentes habituales), obtenemos un promedio global de 1 433 pesos, que equivale a 47.8 pesos diarios por persona. Este promedio presenta grandes variaciones, como se muestra en la gráfica 15: en las localidades urbanas, los ingresos más que triplican a los de las rurales; puede observarse una ligera ventaja de los hogares dirigidos por mujeres, puesto que sus ingresos promedio representan 1.03 veces los de los dirigidos por varones. Resalta también el hecho de que para que una persona pueda vivir sola, es necesario que tenga ingresos relativamente altos, pues representan 2.5 veces el promedio y 3.6 en los hogares dirigidos por

GRÁFICA 14

ÍNDICE SOBRE LA CALIDAD DE LA VIVIENDA, SEGÚN TIPO DE HOGAR, TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 9

ÍNDICE SOBRE LA CALIDAD DE LA VIVIENDA, SEGÚN TIPO DE HOGAR, POR TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y SEXO DEL JEFE

	Tamaño de la localidad		*Sexo*		
Tipo de hogar	*Rural*	*Urbano*	*Hombre*	*Mujer*	*Total*
Nuclear	0.67	0.91	0.85	0.87	0.85
Ampliado	0.67	0.91	0.84	0.89	0.85
Compuesto	0.72	0.93	0.91	0.93	0.91
Unipersonales	0.55	0.81	0.76	0.76	0.76
Total	*0.66*	*0.90*	*0.84*	*0.86*	*0.84*

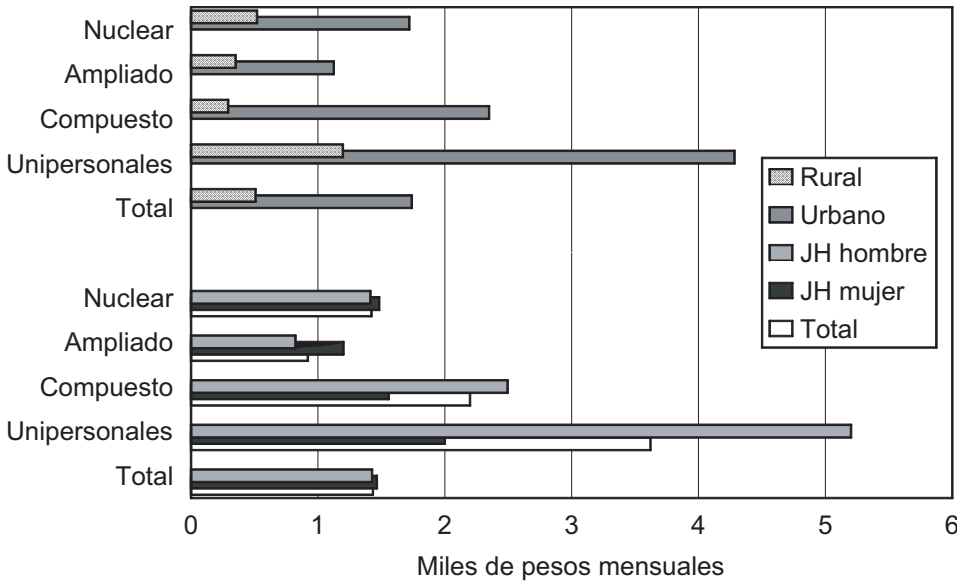
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

hombres. De la misma manera, se observan ventajas en la corresidencia con otros familiares y no familiares, puesto que en los hogares compuestos se compensa el mayor tamaño con mayores ingresos.

Un aspecto complementario al de los ingresos, los cuales pueden estar afectados de manera coyuntural por pérdidas de empleo o estacionalidad en las labores agrícolas, es el de la posesión de bienes en el hogar. En el cuestionario se indagaba si ahí había refrigerador, lavadora de ropa, calentador de agua, horno de microondas, televisión, teléfono, teléfono celular, videocasetera y computadora. De manera

GRÁFICA 15

INGRESO TOTAL DEL HOGAR PER CÁPITA, POR TIPO, TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

similar a lo que se hizo con las características de la vivienda, se calculó un índice de posesión de bienes, sumando una unidad por cada bien que se reportaba y dividiendo el total entre nueve; de tal manera que el promedio general obtenido —de 0.46— indica que los hogares sólo poseían en promedio 46 por ciento de los bienes listados. La gráfica 16 nos brinda un panorama distinto del resultante de los ingresos, pues si bien permanece la ventaja de los contextos urbanos sobre los rurales, ahora es clara la desventaja de los hogares unipersonales y desaparecen las diferencias asociadas al sexo del jefe del hogar.

Con el fin de tener medidas resumen que sean a la vez medida de las diferencias en la posición socioeconómica de la población y herramientas para el análisis diferencial, se aplicó a la Ensar 2003 la metodología de construcción de estratos socioeconómicos desarrollada para el proyecto "Diagnóstico de la salud reproductiva en el México de los noventa", del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México. Este proyecto busca explotar al máximo la extensa información generada en nuestro país en la década pasada, tomando la diferenciación socioeconómica como un eje articulador de análisis. En este sentido, se planteaba la necesidad de contar con herramientas de análisis que fueran aplicables a todas las bases de datos, lo cual permitiría su comparabilidad, y dejar atrás indicadores de diferenciación socioeconómica, los cuales, a pesar de haber sido ampliamente usados en el pasado, tenían una serie de deficiencias que era posible superar.

De esta manera, se ubicó primero a los hogares como la unidad de análisis, al constituir éstos los espacios de convivencia y colaboración donde se dan a cabo no sólo los procesos de consumo, sino también de reproducción, cuidados básicos de la salud, preparación de alimentos, asimismo donde se toman decisiones que afectan a todos sus integrantes. Se quiere evitar así tomar únicamente las características del jefe del hogar, y asignarlas al resto de los miembros; esta práctica ignora la diversidad de tipos de hogar, al tiempo que descansa en el supues-

to implícito de la naturalidad de la familia nuclear, en la que el varón es el encargado del trabajo extradoméstico remunerado y la mujer de los quehaceres domésticos.

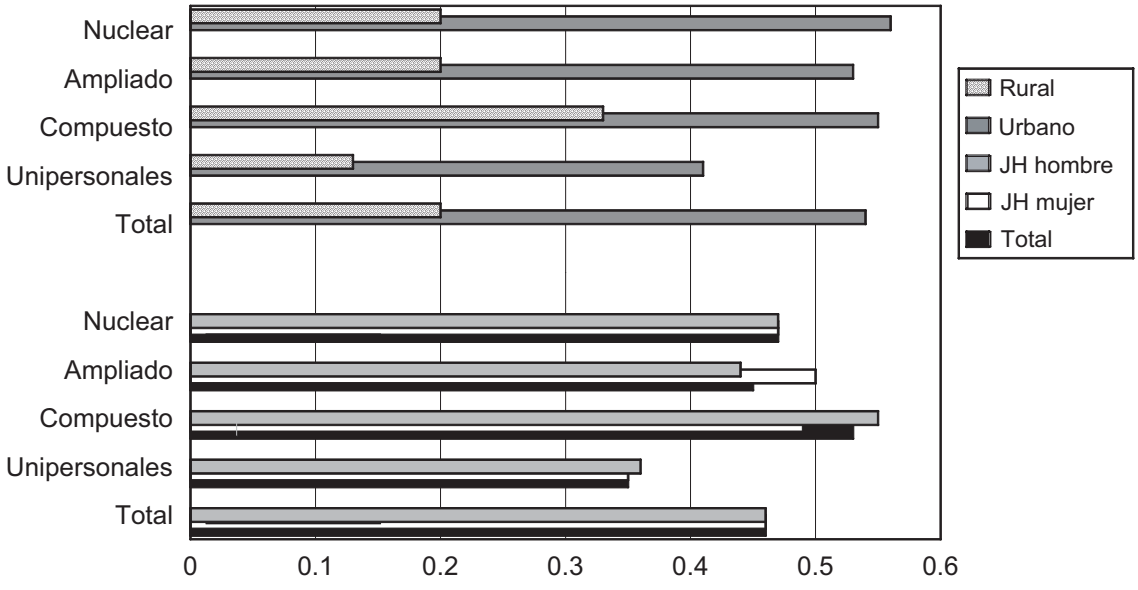
La definición de los estratos socioeconómicos se basó en la combinación de tres características de los hogares: la escolaridad, la actividad de sus miembros y las características de la vivienda. La primera dimensión, la escolaridad, fue aproximada mediante la escolaridad relativa promedio de los miembros del hogar. Este indicador señala tanto la posesión de habilidades brindadas por el sistema educativo formal para el caso de quienes ya han terminado sus estudios, así como de las inversiones que hacen los hogares para sus integrantes que permanecen aún estudiando. Para considerar las experiencias de todos los miembros del hogar, en el contexto de la expansión de la oferta educativa que ha habido en el país, se contempló para cada individuo el número de años aprobados en la escuela en relación con un estándar. Para la construcción de éste, se recurrió a la información del Conteo de Población de 1995, las encuestas nacionales de la Dinámica Demográfica de 1992 y 1997 y los censos de 1990 y 2000, todos levantados por el INEGI, con la que se calculó el promedio de años de escolaridad por sexo y generación. La escolaridad relativa se obtuvo restándole el número de años estudiados por cada persona a la escolaridad estándar o esperada, y dividiendo el resultado entre ese mismo estándar.

Posteriormente, se calculó el promedio para todos los miembros del hogar, y se dividió en cuatro categorías:

a) Muy baja, cuando el valor obtenido en el promedio es hasta –0.25.
b) Baja, los valores de –0.26 hasta 0.1.
c) Media, los valores comprendido de 0.11 hasta 0.5.
d) Alta, valores por arriba de 0.5 veces.

GRÁFICA 16

ÍNDICE DE POSESIÓN DE BIENES, SEGÚN TIPO DE HOGAR, TAMAÑO DE LA LOCALIDAD Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

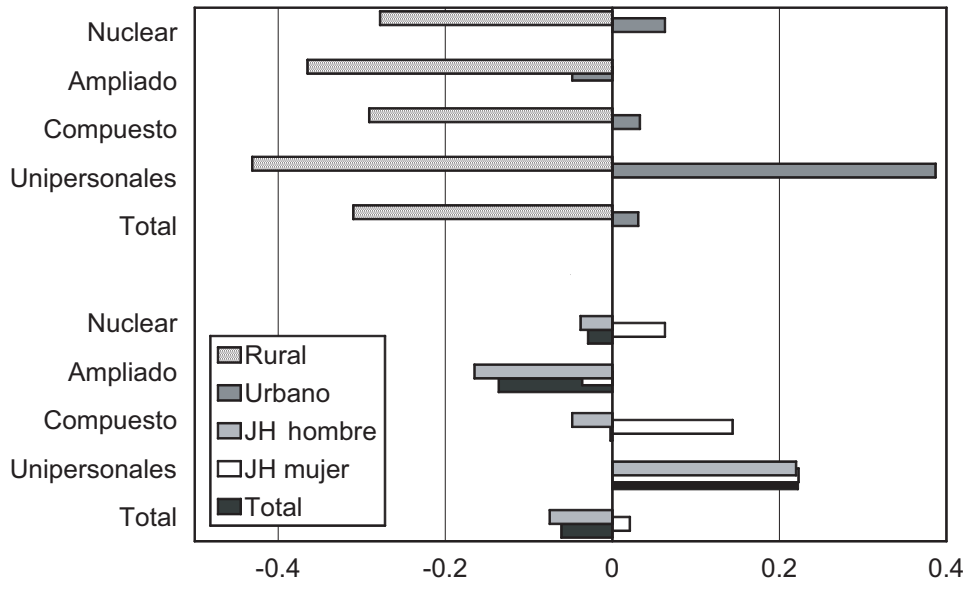
La segunda dimensión que integra el índice considera la ocupación, para ello se ordenaron las ocupaciones según su ingreso, de acuerdo con los datos de la ENIGH, y para cada hogar se eligió la ocupación asociada a un mayor ingreso, que correspondería a cualquiera de los residentes habituales. Este indicador da un acercamiento a las capacidades de generación de ingresos de los hogares mediante su inserción en el mercado laboral.

La tercera dimensión se refiere al entorno inmediato que caracteriza las condiciones de vida. El indicador obtenido para esta dimensión retoma cuatro categorías: las viviendas con piso de tierra, las viviendas con piso no de tierra sin agua entubada, las viviendas con piso no de tierra con agua entubada, pero que le faltaba algún otro servicio y, finalmente, las viviendas con todos los servicios. Por último, se calculó una combinación lineal de estas tres dimensiones, se ordenaron las 192 categorías resultantes de acuerdo al ingreso per cápita del hogar obtenido en la Enadid de 1997 y se dividieron en cuatro categorías, las cuales conforman los estratos. Cabe indicar que usar esta metodología permite aprovechar la experiencia obtenida en su aplicación a las encuestas nacionales de salud reproductiva y la comparabilidad de los estratos socioeconómicos con otras fuentes, lo que permite validar y contextualizar los resultados.

Respecto de la primera de las dimensiones, la escolaridad relativa, es por sí misma un indicador del bienestar en los hogares y la gráfica 17 nos muestra una vez más las condiciones desventajosas de los contextos rurales, así como una ligera mejora asociada a la jefatura femenina. De la misma manera, resalta la selectividad de quienes viven en hogares unipersonales y vuelve a mostrar las ventajas relativas de los hogares compuestos. Pero si analizamos la estratificación socioeconómica, apreciamos en la gráfica 18 que 41.2 por ciento de los miembros de los hogares corresponden al estrato muy bajo, poco más de la tercera parte al bajo, uno de cada seis al medio y el restante 9 por ciento al alto. Los porcentajes correspondientes a los hogares son muy similares: 39.8, 32.4, 17.7 y 10.1 por ciento, respectivamente. Los hogares compuestos aparecen en mejores condiciones y en los unipersonales el estrato muy bajo abarca casi la mitad de los casos.

GRÁFICA 17

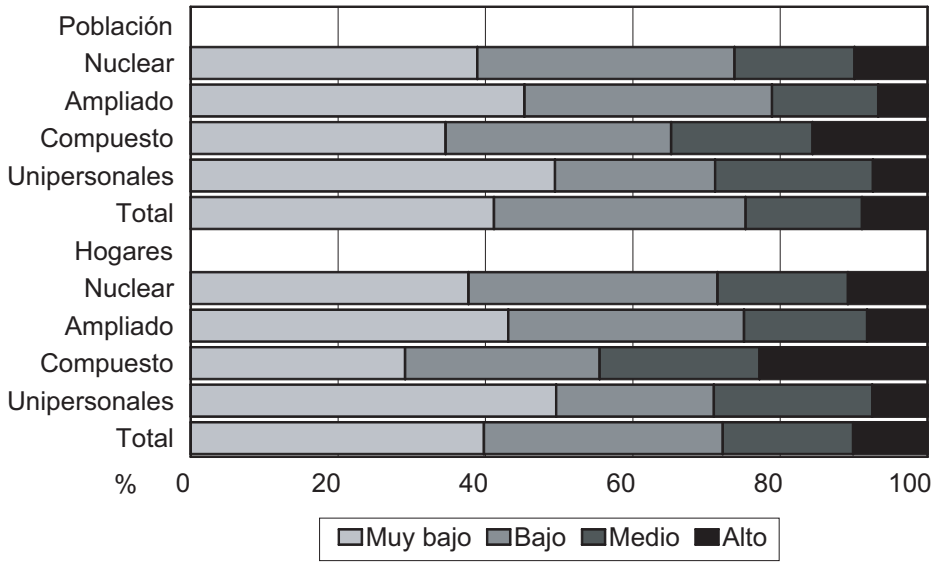
ESCOLARIDAD RELATIVA PROMEDIO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 18

DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, SEGÚN TIPO DE HOGAR

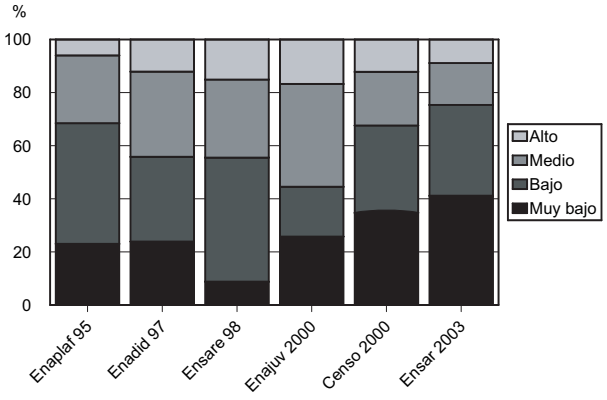


Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Esta distribución encaja muy bien con los resultados obtenidos en otras fuentes, si bien no en el sentido que quisiéramos de un mejoramiento de las condiciones de vida de la población mexicana, pero las tendencias presentadas en la gráfica 19 son bastante coherentes. Recordemos que la Ensar 1998 se refiere a una población seleccionada: la de los derechohabientes del IMSS, lo que explica el mejor panorama que presenta. Pero si privilegiamos los datos del censo sobre los de la Enajuv 2000, las tendencias van en el sentido de un crecimiento de los estratos medio y alto que se revierte, dando lugar a una mayor presencia del estrato muy bajo.

GRÁFICA 19

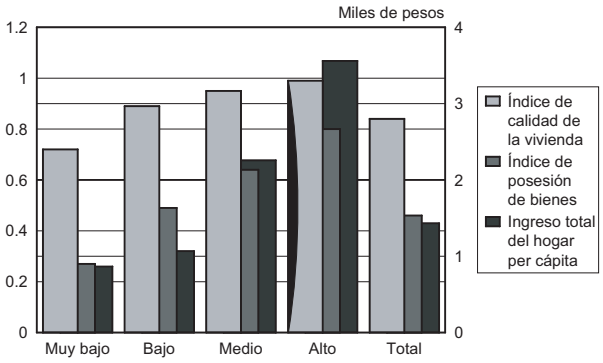
EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO EN DIFERENTES ENCUESTAS



La coherencia interna de esta estratificación socioeconómica es evidente en la gráfica 20, donde se presentan los promedios de los tres indicadores presentados anteriormente, el índice de calidad de la vivienda, el índice de posesión de bienes y el ingreso total per cápita de los hogares, según estrato socioeconómico. En la gráfica se aprecia la alta correlación de los estratos con los tres indicadores, permitiéndonos efectuar análisis que controlen la diferenciación social sin que se tenga que recurrir a mediciones parciales –o por lo menos no exhaustivas, que no era el objetivo de la encuesta– de recursos e ingresos.

GRÁFICA 20

INDICADORES DE BIENESTAR SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO



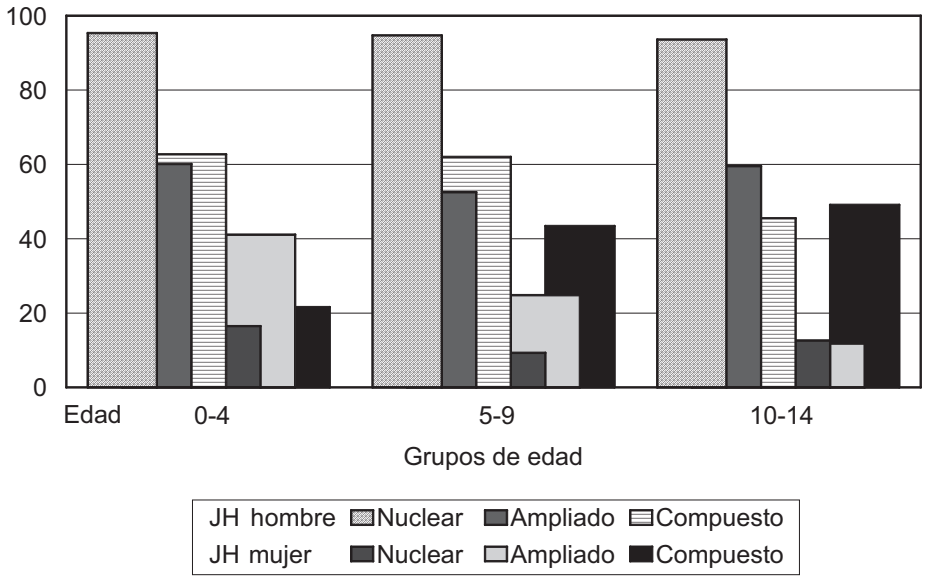
La estructura familiar

Finalmente, analizamos algunos aspectos de la estructura familiar, específicamente la presencia de niños y jóvenes en los hogares y la corresidencia de éstos con sus padres y de las mujeres con sus hijos y cónyuges. Si bien poco más de tres cuartos de los menores de 15 años reside con ambos padres, ese niño de cada cuatro que no lo hace nos muestra cómo la diversidad de estructuras familiares afecta a la niñez mexicana. En la gráfica 21 es claro cómo la corresidencia con los padres varía en función del sexo del jefe, el tipo de hogar y la edad del niño: en los hogares dirigidos por mujeres, solamente uno de cada cinco niños menores de 15 años comparte la vivienda con ambos progenitores, en tanto que casi 84 por ciento de los que viven en hogares jefaturados por hombres lo hacen; y mientras que en ocho de cada nueve hogares nucleares están presentes los dos padres, esto sólo ocurre en la mitad de los ampliados y compuestos (cuadro 10).

Pero estos datos hay que analizarlos a la luz de la distribución de los menores de 15 años, según tipo de hogar y sexo del jefe, la cual se presenta en el cuadro 11. Más de dos terceras partes de los niños viven en hogares nucleares, lo cual es un reflejo de la distribución de los hogares por tipo, pero los hogares dirigidos por mujeres se ven subrepresentados, esto es, los menores de 15 años tienden a residir más en hogares con jefe varón que la población en general. Sin embargo, es muy raro que los niños vivan sólo con su padre, cuando viven sólo con uno de los progenitores, casi siempre es la madre, como lo muestra la gráfica 22, y esto es particularmente

GRÁFICA 21

PORCENTAJE DE NIÑOS Y JÓVENES QUE VIVEN CON AMBOS PADRES, POR TIPO DE HOGAR Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 10

PROPORCIÓN DE LOS MENORES DE 15 AÑOS QUE RESIDEN CON AMBOS PADRES, SEGÚN SEXO DEL JEFE, TIPO DE HOGAR Y GRUPO DE EDAD

	0-4	*5-9*	*10-14*	*Total*
Sexo JH hombre				
Nuclear	95.3	94.7	93.6	94.5
Ampliado	60.1	52.5	59.5	57.5
Compuesto	62.7	62	45.5	56.5
Total	*83.9*	*83.5*	*84.1*	*83.9*
Sexo JH mujer				
Nuclear	16.5	9.3	12.6	12.4
Ampliado	41.1	24.8	11.8	25.3
Compuesto	21.6	43.4	49.1	36.2
Total	*32.8*	*18.5*	*12.6*	*19.8*
Total				
Nuclear	91.4	89.4	85.2	88.5
Ampliado	56.4	46.9	48.5	50.8
Compuesto	55.1	59.5	46	53.3
Total	*78.8*	*76.7*	*74*	*76.4*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 11

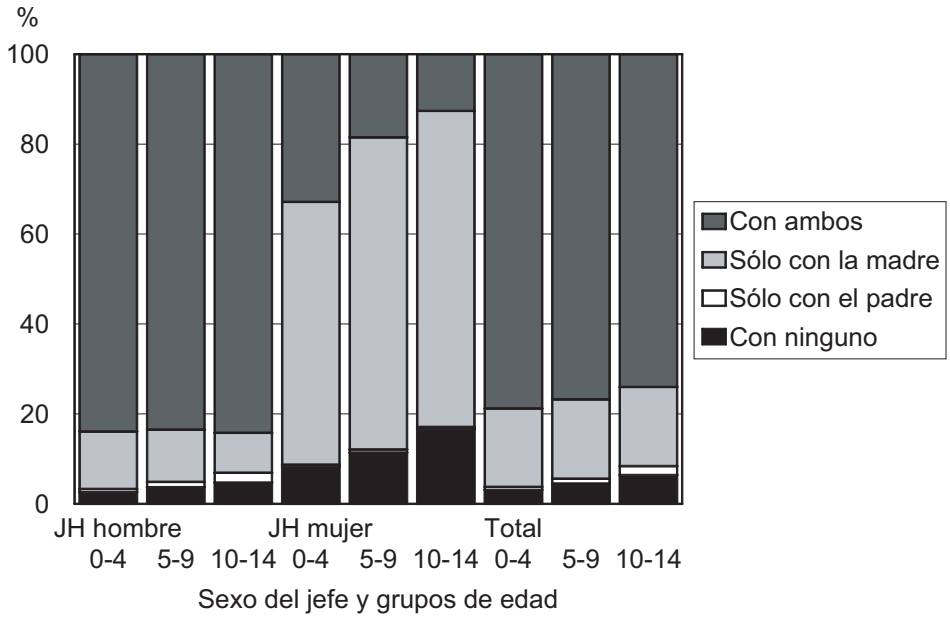
DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE 15 AÑOS, SEGÚN TIPO DE HOGAR Y SEXO DEL JEFE

Grupo de edad	*Tipo de hogar*	*Sexo del jefe del hogar*		*Total*
		Hombre	*Mujer*	
0-4	Nuclear	60.9	3.2	64.0
	Ampliado	28.1	6.6	34.8
	Compuesto	1.0	0.2	1.2
	Total	90.0	10.0	100.0
5-9	Nuclear	65.6	4.4	70.0
	Ampliado	23.1	5.9	29.0
	Compuesto	0.9	0.1	1.0
	Total	89.6	10.4	100.0
10-14	Nuclear	62.4	7.2	69.7
	Ampliado	22.4	6.7	29.2
	Compuesto	0.9	0.2	1.1
	Total	85.9	14.1	100.0
0-15	Nuclear	63.0	5.0	68.0
	Ampliado	24.5	6.4	30.9
	Compuesto	0.9	0.2	1.1
	Total	*88.4*	*11.6*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 22

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y JÓVENES, SEGÚN CORRESIDENCIA CON LOS PADRES, POR TIPO DE HOGAR Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

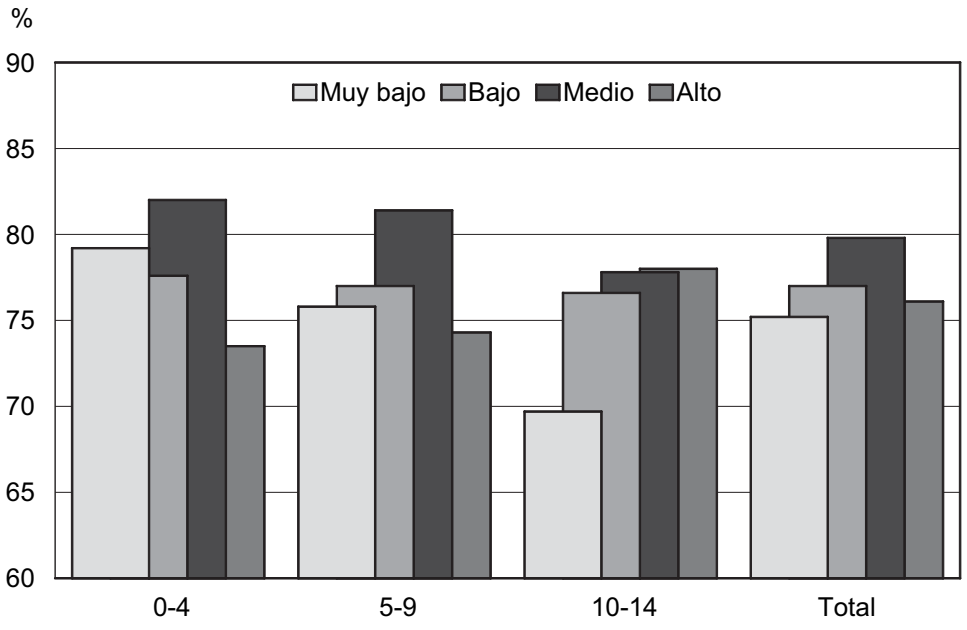
importante en los hogares dirigidos por mujeres. Aunque sean pocos los niños que residan en estos hogares, viven en situaciones de desventaja, pues dos terceras partes sólo viven con su madre.

No parece haber una relación muy clara entre el estrato socioeconómico y la corresidencia con los padres; en la gráfica 23 se muestra cómo mientras en los estratos muy bajo y medio la proporción que vive con ambos padres desciende rápidamente con la edad, ésta se mantiene muy similar para el Bajo y aumenta en el alto y solamente encontramos una relación inversa entre estrato y corresidencia con ambos padres para el grupo 10-14. Llama la atención que 24.2 por ciento de los menores de cinco años en el estrato alto sólo vivan con la madre; tal vez sea precisamente su posición socioeconómica lo que permita a esas mujeres criar a niños pequeños sin tener una pareja corresidente, o dicho de otra manera, su situación privilegiada les permite terminar relaciones de pareja, aun teniendo niños pequeños, lo cual estaría fuera del alcance de las mujeres más pobres.

Lo anterior nos lleva a preguntarnos con qué frecuencia las mujeres con hijos corresidentes (de cualquier edad) viven también con un cónyuge. Obviamente, la respuesta está en función de la situación conyugal de la mujer, como se muestra en la gráfica 24. En total, una cuarta parte de las mujeres con hijos corresidentes no lo hacen con su cónyuge. Hay una pequeña proporción de mujeres unidas con hijos que no viven con sus parejas; esto puede deberse a la migración de los mismos, o bien a disoluciones de uniones no declaradas por las mujeres. Pero si analizamos estas proporciones por tipo de hogar y estrato socioeconómico (gráfica 25), observamos que mientras mayor es el nivel socioeconómico de los hogares, disminuye la proporción de mujeres que comparte la vivienda con sus hijos y su pareja, así como la expresión de la solidaridad familiar ante la disolución de las uniones, pues este fenómeno se presenta fundamentalmente en los hogares ampliados. Lo mismo sucede en la corresidencia con los padres de las mujeres que viven también con sus hijos. La

GRÁFICA 23

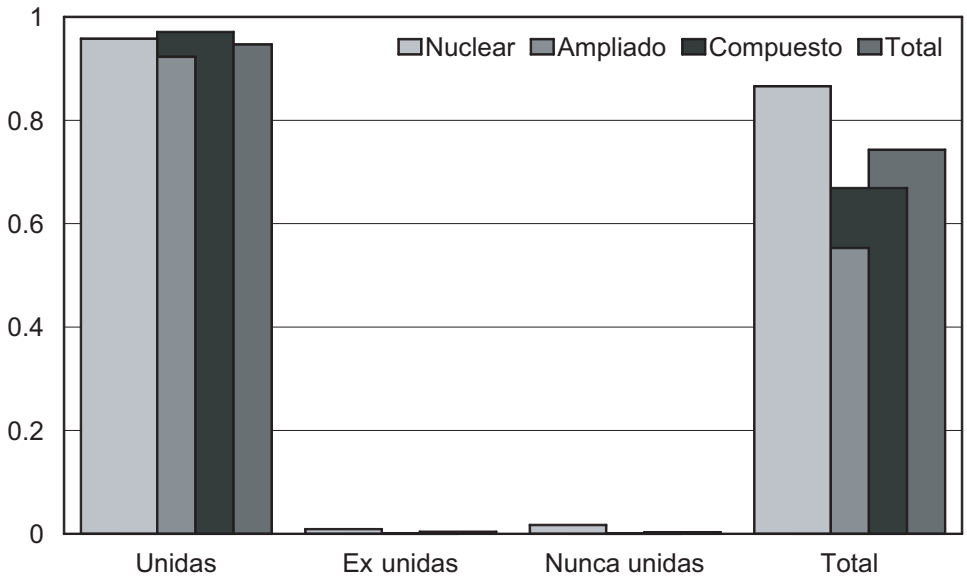
PORCENTAJE DE NIÑOS Y JÓVENES QUE VIVEN CON AMBOS PADRES, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 24

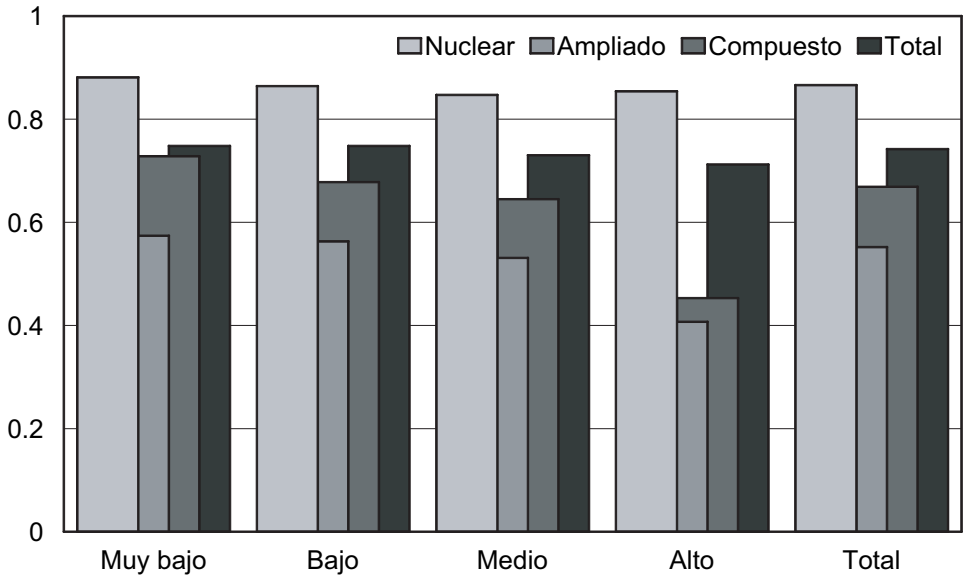
PROPORCIÓN DE MUJERES CON HIJOS CORRESIDENTES, CON CÓNYUGE CORRESIDENTE, SEGÚN TIPO DE HOGAR Y SITUACIÓN CONYUGAL



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 25

PROPORCIÓN DE MUJERES CON HIJOS CORRESIDENTES, CON CÓNYUGE CORRESIDENTE, SEGÚN TIPO DE HOGAR Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

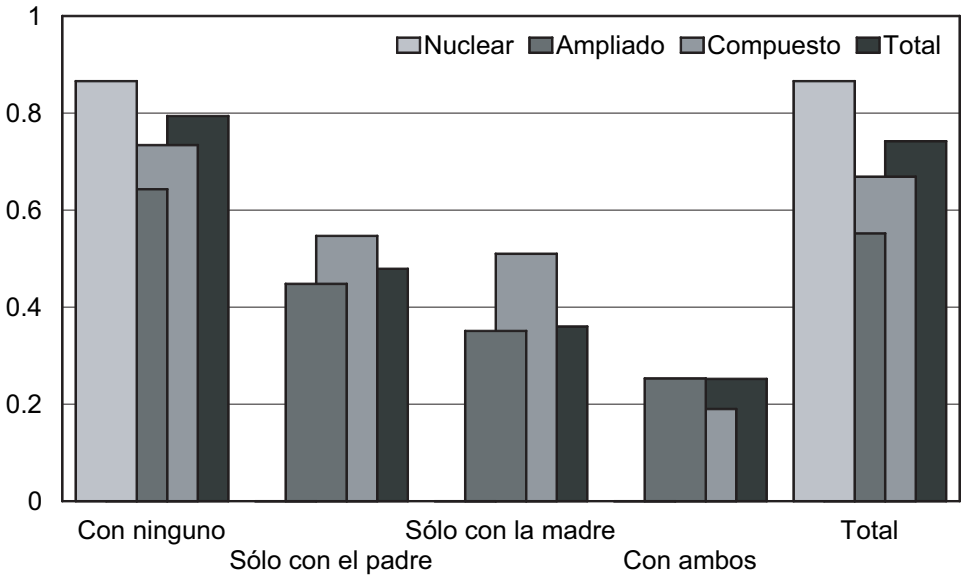


Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

gráfica 26 muestra cómo el regreso al hogar de los padres, o el no haber salido nunca de éste, funciona como un paliativo ante la ausencia del padre de los hijos. Explica también la reducida presencia relativa de madres solteras en México: no existen las condiciones para que las mujeres críen solas a sus hijos, de tal modo que la familia sigue siendo el principal sostén. Ante estas cifras, se prevé que más y mejores políticas sociales de apoyo a las mujeres se traducirían en más disoluciones de uniones, lo cual presenta las relaciones en las parejas y las familias como un tema de investigación de esencial relevancia.

GRÁFICA 26

PROPORCIÓN DE MUJERES CON HIJOS CORRESIDENTES, CON CÓNYUGE CORRESIDENTE, SEGÚN TIPO DE HOGAR Y CORRESIDENCIA CON LOS PADRES



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Inicio de la vida sexual y reproductiva

*Carlos Welti Chanes**

Entre la serie de eventos que marcan la vida de los individuos, la primera unión sexual y el nacimiento del primer hijo tienen especial significación, tanto porque representan el resultado de un proceso con profundas raíces sociales que se manifiesta en forma diferencial, ligado especialmente a la edad, como porque estas acciones tienen serias implicaciones en su vida futura y obligan a los individuos a asumir nuevos papeles: pareja conyugal, jefe de familia y madre o padre, con lo que se deja atrás la serie de funciones propios de la infancia o la adolescencia. Además, la forma en que éstos se consuman, influye sobre el individuo, de tal manera que su capacidad de decisión se amplía o queda vulnerada. En el extremo, esto sucede en el caso de una violación o un matrimonio obligado.

Cada vez es más claro que el cambio social transforma la significación del tiempo en la vida de los individuos y parece que, hoy en día, la duración de la adolescencia se modifica. La dependencia de los padres que entre muchos jóvenes se supone que concluye con el paso a la edad adulta, al llegar el momento de acceder formalmente a la ciudadanía al cumplir los 18 años, o bien pasar la barrera de los 20 años y dejar de ser *teenager*, como se denomina en inglés a los jóvenes que aún no llegan a esta edad, como resultado de circunstancias diversas, entre otras la permanencia en la escuela por más tiempo o la dificultad de encontrar empleo, esta etapa se prolonga incluso hasta edades cercanas a los treinta años. Por otra parte, también es cada vez más evidente que el inicio temprano o tardío de la actividad sexual y reproductiva tiene efectos de corto, mediano o largo plazo sobre la vida de una persona, al condicionar actividades como la asistencia escolar, la participación en la actividad económica o el uso del tiempo libre, lo que en conjunto incidirá sobre su desarrollo.

Estos hechos cuya significación a nivel individual es evidente, tienen, por otra parte, efectos tanto sobre grupos específicos de la población, como sobre la sociedad en su conjunto, al afectar las tasas de crecimiento demográfico.

Por otra parte, la incidencia diferencial por edad del embarazo o el inicio de la vida sexual son manifestaciones de hechos que van más allá de lo estrictamente demográfico y que se relacionan con las condiciones de ejercicio de la libertad de la mujer en una sociedad como la mexicana, que hasta el presente la ha limitado en su desarrollo, asignándole prioritariamente el papel de madre y esposa.

Es tan importante identificar las condiciones que llevan a la primera relación sexual, como en las que ésta se produce y que se relacionan con la edad y las condiciones socioeconómicas de los sujetos involucrados. Entre los jóvenes, por ejemplo, es más frecuente que entre los adultos, aunque éstos no están exentos de asumir conductas riesgosas, llegar a una relación coital desprotegida, lo que incrementa los riesgos asociados a un embarazo no deseado, o una enfermedad de transmisión sexual. De acuerdo con sus condiciones socioeconómicas, es más probable que un joven con mayor escolaridad conozca en dónde conseguir un método anticonceptivo y cómo usarlo correctamente y, si cuenta con los recursos monetarios, ya sea porque su familia se los provee o porque él mismo desempeña una actividad remunerada, puede comprarlo sin dificultad, mientras que para un joven con un bajo nivel de escolaridad, pobre o desempleado, el acceso a la anticoncepción por estas circunstancias le está limitado.

En el caso de la historia genésica, la edad en que ésta se inicia parece incidir con el resultado del embarazo, en la medida en que, por ejemplo, los riesgos de muerte del producto de la concepción son mayores entre las mujeres muy jóvenes. También,

* Demógrafo, investigador del Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

entre las implicaciones de un embarazo temprano es posible que este evento limite la educación de la joven madre, al obligarla a abandonar la escuela, ante la imposibilidad de mantener el papel de estudiante, dada su nueva condición y las exigencias que surgen de ello y que le demandan el cuidado y la atención de un hijo.

En sentido inverso, es posible suponer que un bajo nivel de escolaridad incrementa los riesgos de tener un embarazo a temprana edad, ya que la maternidad se convierte en un proyecto de vida que se inicia desde muy joven, ante la dificultad de acceder a otra actividad que le signifique reconocimiento social e independencia en la toma de decisiones, por ejemplo, obtener un empleo.

La Ensar 2003 ofrece la oportunidad de explorar algunas de las relaciones descritas, por lo que este texto se propone un análisis de la información contenida en el cuestionario individual, concretamente la relacionada con la edad a la primera relación sexual y la edad al primer evento genésico con los siguientes objetivos:

a) Estimar la edad a la primera relación sexual para diferentes cohortes de las mujeres representativas de la población nacional y clasificadas, según su nivel de escolaridad y su residencia, en los estados de la república para los cuales los alcances de la muestra lo permiten.
b) Identificar el tipo de persona con la cual se tuvo la primera relación sexual y su edad.
c) Identificar el uso de anticonceptivos en la primera relación y, en su caso, las razones para no usar alguno de los métodos disponibles.
d) Estimar la edad al primer hijo entre cohortes de mujeres y según las características anotadas en el inciso a.
e) Observar la posible relación entre la edad de la mujer al primer evento genésico y su resultado.
f) Calcular el efecto de la edad al primer hijo nacido vivo, sobre la fecundidad acumulada.

El inicio de la vida sexual

Como ya se mencionó, el hecho de mayor trascendencia en la vida de un individuo lo constituye la primera relación sexual, el uso del propio cuerpo para relacionarse con otros individuos, a través del placer, es fundamental para su propio desarrollo emocional y para establecer relaciones con sus semejantes en condiciones igualitarias.

Sin embargo, es posible observar que para proporciones significativas de mujeres y hombres, especialmente importante en el caso de las primeras, la primera relación sexual es una acción que muestra el ejercicio del poder que ejerce otra persona y no es siquiera un evento placentero, o incluso producto de su propia decisión, sino una acción impuesta. Esto es evidente en el caso de una violación, pero no solamente en estos casos la mujer es objeto de una acción violenta, a través de otros mecanismos que no necesariamente incluyen la violencia física, la mujer es obligada a tener relaciones sexuales sin que así lo desee.

La presión del grupo social del que forma parte, o el chantaje sentimental de la pareja cuando ha establecido relaciones de noviazgo, son parte de estos mecanismos para acceder a una relación sexual aparentemente consentida. Algunos de los procesos que llevan a la primera relación sexual y las diferencias generacionales que es posible observar en México las he descrito en un texto que recoge las experiencias de los jóvenes de hoy y de la generación de sus padres (Welti, 2003).

Tener una relación sexual en la adolescencia constituye prácticamente una obligación en determinados contextos, ya que, de otra manera, el joven se siente, o sus pares lo hacen sentir, anormal cuando no ha tenido esta experiencia; incluso cuando la comunicación sobre las experiencias sexuales es una constante entre los amigos, compañeros o vecinos, se socializa esta falta de experiencia, de tal manera que la iniciación sexual se convierte en el principal objetivo de muchos jóvenes para sentirse parte del grupo y no ser considerado un “caso raro” .

En el caso de las mujeres, esta presión del grupo es menos frecuente, pero aparece el amor como el argumento central de esta iniciación y la justificación para haber tenido relaciones sexuales con el novio, ante la exigencia por parte de su pareja de acceder a practicar el coito como “prueba de amor”.

A nivel más general, las manifestaciones de la sexualidad son un reflejo de la sociedad, en lo que respecta al ejercicio de las libertades individuales. Una sociedad represiva limita estas expresiones, reduciendo la sexualidad a la reproducción y considerando pecaminosa, según la religión, o desviada según

los parámetros de normalidad que ella misma define, toda acción que se aparte de este objetivo. Ante un escenario de este tipo, los individuos deben limitar las expresiones relacionadas con su sexualidad, no sólo al ámbito privado, sino a lo más escondido de su actividad, negando incluso la existencia del impulso sexual como parte de su propia naturaleza.

En el pasado, la escasa disponibilidad de anticonceptivos hacía de la relación coital una práctica riesgosa que podía producir un embarazo no deseado y que la mayoría de las veces tenía que ser legitimado socialmente por las parejas involucradas mediante el matrimonio. Este riesgo de embarazarse fundamentaba el consejo que los padres daban a sus hijos de que "el camino al lecho nupcial pasa por la iglesia o la oficina del registro civil".

Las implicaciones que esto tenía no significaban que se posponía la edad de inicio de las relaciones sexuales, sino más bien que ésta coincidía con la edad de inicio de la relación conyugal entre la mayoría de las parejas.

En la actualidad, los anticonceptivos modernos han hecho posible separar las prácticas sexuales de la reproducción y han generado transformaciones en toda una serie de comportamientos relacionados con éstas.

La Ensar indagó sobre la edad a la primera relación sexual, a través de una pregunta en la que, si bien no se específica el tipo de relación al que se hace referencia, es posible suponer que ya que se incluye en la sección que investiga sobre la "exposición al riesgo de concebir" ésta es una relación coital vaginal y heterosexual.[1]

La impresión más común en la sociedad mexicana es que las generaciones más recientes tienen su primera relación sexual a una edad cada vez más temprana. Los datos al respecto no permiten sostener este punto de vista. Tanto a nivel nacional, como a los niveles de desagregación para los que ha sido posible hacer inferencias válidas con los datos de la Ensar, no es posible observar una tendencia que indique un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, incluso con la información disponible, podría hablarse de que se percibe una tendencia contraria, es decir, una posposición de la edad a la primera relación sexual.

Este panorama ya se ha observado a partir de los datos de las encuestas especializadas realizadas en los años recientes, representativas de la situación del país como la Enaplaf, realizada por el Conapo en 1995, o bien las investigaciones dedicadas a evaluar el impacto de programas de salud sexual y reproductiva en contextos geográficos y sobre grupos poblacionales específicos, como las encuestas realizadas por la Asociación Mexicana de Planificación Familiar (Mexfam) en 1999 y 2002, en las cuales el objetivo es la población joven residente en los estados de la república donde esta organización desarrolla sus actividades.

Los datos de la Ensar 2003 confirman un posible incremento de la edad a la primera relación sexual entre las generaciones más jóvenes. Esta tendencia parece más clara a partir de la conducta de la generación nacida entre los años 1964-1968, y en las generaciones quinquenales sucesivas.

Más del 50 por ciento de cada una de las generaciones observadas en el cuadro 1 tuvieron una primera relación sexual antes de los 20 años y son notorias las diferencias generacionales desde las edades más jóvenes, en este caso entre 15 y 19 años. Antes de los 15 años, estas diferencias son de poca magnitud, por los ya de por sí reducidos porcentajes de mujeres que han tenido relaciones sexuales prácticamente en la niñez.

Llama la atención el incremento que se produce en los porcentajes de mujeres que tuvieron su primera relación sexual una vez que cumplen los 15 años y en un rango que va de esta edad hasta los 20. Los incrementos que se suceden en estas edades, reflejan los condicionantes socioculturales de la iniciación sexual. El paso de los 14 a los 15 años tiene especial significación entre amplios núcleos de la población, incluso es motivo de celebración entre las familias de las jóvenes quinceañeras, como un ritual de entrada al mercado matrimonial y de aptitud para tener relaciones sexuales y estar en capacidad de procrear. A partir de esta edad, los porcentajes de mujeres que tienen su primera relación sexual

[1] En una investigación sobre la fecundidad, la relación coital heterosexual es, desde luego, el tipo de relación que interesa estudiar, aunque debe mencionarse que entre los jóvenes mexicanos son cada vez más frecuentes relaciones sexuales que no implican el coito vaginal y que se concentran en relaciones orales o coitos anales. El análisis de los orígenes de estos nuevos comportamientos supera los objetivos de este texto, por lo que sólo se mencionan.

CUADRO 1

PORCENTAJE DE MUJERES QUE A LA EDAD X YA HAN TENIDO UNA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN GENERACIÓN, MÉXICO 2003

	Generación						
Edad	*54-58*	*59-63*	*64-68*	*69-73*	*74-78*	*79-83*	*84-88*
13	3.2	3.3	2.7	3.0	3.1	1.8	1.4
14	7.1	7.5	6.6	5.7	6.8	5.6	5.1
15	16.0	17.4	15.7	13.6	13.0	12.0	11.9
16	25.4	27.7	24.8	21.9	21.8	20.6	
17	36.7	37.5	35.7	31.1	32.5	30.4	
18	48.8	47.2	47.5	44.0	44.9	41.5	
19	57.7	55.7	58.5	53.5	54.4	50.8	
20	65.8	65.3	67.6	63.3	62.0		
21	71.1	70.4	71.9	69.4	67.7		
22	75.5	75.8	76.0	75.1	73.1		
23	79.2	80.1	81.9	78.7	77.9		
24	82.9	83.9	85.8	81.6	80.6		
25	85.1	86.6	88.6	85.2			
26	88.8	88.3	90.0	87.1			
27	90.9	89.7	92.6	88.9			
28	92.0	92.1	94.2	90.1			
29	92.5	92.7	94.7	90.9			
30	93.4	94.1	95.5				
31	93.5	94.3	95.8				
32	94.2	94.9	95.9				
33	94.8	95.3	96.0				
34	95.1	95.5	96.3				

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

se incrementan en casi 10 por ciento, al pasar de una edad a la que le sigue. Nuevamente, es muy notorio que al cumplir 18 años se produce otro importante incremento en los porcentajes de mujeres que se inician sexualmente, precisamente cuando la población adquiere la ciudadanía. Parecería que la entrada formal a la edad adulta incrementa las probabilidades de tener la primera relación sexual.

Los resultados para las distintas generaciones muestran una ligera tendencia hacia la posposición de la primera relación sexual y, al compararlo con lo que se observa en otros países, confirma que las mujeres mexicanas inician más tarde su vida sexual. Las diferencias, por ejemplo, con la población de Estados Unidos son especialmente significativas, y lo mismo se observa en relación con otros países de la región, donde el inicio sexual es muy temprano (OPS, 2000).

Se ha mencionado previamente que la idea más general en la sociedad mexicana es que la iniciación sexual entre los jóvenes de hoy es cada vez más precoz; por lo tanto, la pregunta que surge de la observación de estos datos es si resulta compatible esta percepción general de la población, en relación con un inicio cada vez más temprano de las prácticas sexuales y la que estos datos muestran. La respuesta es sí.

Una de las aportaciones sustantivas de la investigación social sobre el comportamiento sexual y reproductivo es que lleva a fundamentar percepciones o a destruir mitos que se van construyendo a partir de comportamientos que no pueden ser generalizados, pero que adquieren patente de realidades, a fuerza de ser repetidas por los medios de difusión.

Para empezar, en la mayoría de las ocasiones no tenemos puntos de comparación con el pasado que permitan sostener esta tendencia hacia el inicio temprano de la vida sexual. La investigación científica en esta materia es relativamente reciente. Más bien

lo que ocurre es que, en la actualidad, estos comportamientos son más visibles que en otras épocas, simplemente porque la sexualidad ocupa un lugar cada vez más importante en los medios de comunicación y la sociedad es más permisible en asuntos sexuales, por muy diversas razones, una es la difusión del uso de anticonceptivos.

Entre generaciones anteriores, los riesgos de un embarazo al tener una relación coital eran mucho mayores ante la ausencia de la anticoncepción moderna y, por tanto, resultaba difícil separar la relación sexual de la reproductiva, y todo el conjunto de acciones alrededor de la sexualidad difícilmente se desligaba de este objetivo, excepto en el caso de la relación con una prostituta, ya que en este caso el acto sexual estaba centrado en la búsqueda del placer. De ahí, por cierto, que una relación no se basara en el amor y en el deseo de tener hijos, sino que sólo podía considerarse un acto impropio de una mujer decente.

Por cierto, mucha de la información a partir de la cual se generan conclusiones sobre el comportamiento sexual de los jóvenes en el pasado no puede utilizarse para generalizaciones estadísticamente válidas; sólo hasta muy recientemente se cuenta con información de encuestas especializadas que permiten tener conocimiento de estas relaciones entre determinados grupos de la población.

La mayor visibilidad de las relaciones sexuales refleja que estamos ante un hecho relacionado con el alargamiento de la vida humana, expresado a través de una esperanza de vida cada vez mayor, lo que implica que cada una de las sucesivas etapas en la vida de un individuo es también más larga, y antes de los 20 años un individuo es considerado extremadamente joven. Este proceso se refuerza con la ampliación de las actividades que contribuyen al desarrollo del ser humano, principalmente a través de la educación.

Por lo que compete a la etapa de iniciación de las relaciones sexuales, la entrada a la edad adulta parece posponerse o la etapa adolescente parece alargarse, por muchas razones, cuyo análisis supera los objetivos de este artículo, pero que está marcada por una serie de sucesos, como la entrada a la actividad económica o el inicio de una unión conyugal.

El panorama descrito hace que, en la actualidad, antes de los 18 años, una persona sea vista como aún en la infancia y, por tanto, no apta para ejercer determinadas prácticas, entre éstas las sexuales, mientras que entre las generaciones anteriores, quien llegaba a esta edad debía ya pensar incluso en el matrimonio. Hay, por tanto, una transformación en las percepciones de las etapas del ciclo vital que explicarían esta idea de que los jóvenes se inician cada vez más temprano en las relaciones sexuales, cuando en la realidad ha habido muy pocos cambios, o éstos se han producido en sentido inverso, de tal manera que se pospone en realidad el primer coito.

Por otra parte, es muy probable que lo que presenciamos es resultado de una aceptación cada vez mayor de la práctica de la sexualidad entre los jóvenes, que no necesariamente se centra en las relaciones coitales vaginales, y esto se asume con más naturalidad entre los jóvenes de las generaciones actuales, si lo comparamos con las actitudes de los individuos que pertenecen a generaciones anteriores, entre las que se sancionaban socialmente comportamientos que se temía terminaran en el coito y el "daño moral" tenía que repararse con el matrimonio. Hoy ya no es así y es más fácil expresar en público el deseo sexual, a través de acciones para cuya realización no hay necesidad de esconderse, en el cine o en el automóvil, como solía suceder en el pasado, pero, como contrapartida, esta situación supondría que estamos ante un escenario de inicio precoz de las relaciones sexuales coitales, pero éste no parece ser el caso para la sociedad en su conjunto.

Para cada una de las generaciones analizadas, a los 19 años de edad más de la mitad de las mujeres ha tenido su primera relación sexual; sin embargo, antes de esta edad, los porcentajes que ya han iniciado su vida sexual son cada vez menores, si pasamos de las generaciones más viejas a las generaciones más jóvenes.

El panorama descrito a nivel nacional oculta las heterogeneidades asociadas a la estructura social mexicana que, entre otras muchas manifestaciones, deja sentir su influencia en el comportamiento individual relacionado con las prácticas sexuales.

Los datos correspondientes a las ocho entidades de la república en donde fue posible hacer estimaciones, muestran el inicio temprano de la actividad sexual en Chiapas, Guerrero y Oaxaca, en comparación con las otras cinco entidades que aparecen en el cuadro 2 y, desde luego, contrastan con la situación nacional. A los 15 años, cuando menos una de cada cuatro mujeres residentes en Chiapas

ha tenido ya su primera relación sexual y entre algunas generaciones, concretamente las nacidas en los quinquenios 59-63 y 64-68, estos porcentajes son considerablemente superiores a los de otras generaciones; en el caso de esta última generación, casi cuatro de cada diez mujeres tuvieron ya a los 15 años su primera relación sexual.

Este escenario no se observa en entidades ubicadas en el norte del país, como Sonora, San Luis Potosí y Tamaulipas, o en entidades del centro de la república, como Guanajuato o Puebla, donde el inicio sexual es más tardío.

El caso de Sonora resulta ser especialmente significativo y consistente, ya que entre todas las generaciones y de las edades para las cuales se han calculado los porcentajes acumulados de mujeres que han iniciado su vida sexual, éstos son menores en relación con las entidades de este grupo analizado y desde luego con el total nacional.

Se han obtenido resultados similares en estudios previos (Welti, 2001) y permiten hablar de un patrón de comportamiento característico del norte del país, contrastante con la situación en el sureste. Además, en Sonora llama la atención que incluso al llegar a los 25 años, los porcentajes de mujeres que *no* han tenido relaciones sexuales son los más elevados entre el grupo de mujeres residentes en las entidades analizadas. Es decir, no sólo hay una posposición de la edad a la primera relación sexual durante la adolescencia, sino incluso hasta ya entrada la edad adulta. Este hallazgo merece un estudio más detenido para explicar los orígenes de este comportamiento, que no parece modificarse con el paso del tiempo, pero que lamentablemente supera las pre-

CUADRO 2

PORCENTAJE ACUMULADO DE MUJERES QUE A LA EDAD X HAN TENIDO YA SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN GENERACIÓN, MÉXICO, 2003

Generación y edad X	*Entidad*							
	Chiapas	*Guanajuato*	*Puebla*	*Sonora*	*Guerrero*	*Oaxaca*	*San Luis Potosí*	*Tamaulipas*
54-58								
15	24.1	16.8	9.1	1.7	22.3	25.2	16.2	14.3
19	69.1	65.9	48.5	24.7	64.9	61.5	62.1	54.0
25	84.1	89.0	88.8	74.6	86.3	81.0	89.5	85.1
59-63								
15	32.9	21.9	8.8	2.3	16.9	21.8	15.0	13.6
19	73.3	68.6	53.3	26.1	60.9	64.1	45.8	49.5
25	89.5	94.7	85.6	75.4	93.3	88.6	87.7	83.0
64-68								
15	38.2	10.7	15.1	2.8	22.1	20.9	14.0	14.2
19	75.7	73.0	58.3	33.6	66.8	56.8	56.3	49.1
25	92.1	90.5	88.8	83.7	90.9	85.2	88.3	87.2
69-73								
15	27.0	21.4	12.3	2.2	16.1	19.1	13.8	16.1
19	75.1	67.3	56.6	28.4	70.2	59.6	56.6	51.4
25	91.4	92.1	89.4	71.2	90.2	84.6	81.0	80.0
74-78								
15	27.0	23.8	10.8	2.4	15.3	24.8	12.3	15.2
19	70.6	65.7	56.4	38.2	57.2	57.5	53.8	51.5
25	94.4	88.7	83.0	73.0	82.0	81.0	76.9	81.8
79-83								
15	31.1	21.1	14.1	3.5	18.1	17.3	11.7	9.8
19	72.6	65.6	63.2	32.6	54.4	54.4	47.2	49.0

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

tensiones de este escrito. Sin embargo, es posible suponer que detrás de los patrones diferenciales de entrada en la vida sexual se encuentra el papel de la escolaridad, como factor de retraso de la edad a la primera relación sexual.

El impacto del nivel de educación del individuo en el inicio de su actividad sexual ya ha sido demostrado por una serie de investigaciones, cuya información de diversos países ha estimado que las mujeres con diez o más años de escolaridad tienen cuatro veces menos probabilidades de haber iniciado su actividad sexual en la adolescencia que las que no tenían más de cuatro años de escolaridad (Shing y Wulf, 1998).

En el caso de México, la información de la Ensar 2003 confirma el importante efecto de la escolaridad sobre la edad a la primera relación sexual, según se observa en el cuadro 3.

CUADRO 3

PORCENTAJE DE MUJERES QUE A LA EDAD X YA HAN TENIDO UNA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN GENERACIÓN Y NIVEL DE ESCOLARIDAD, MÉXICO 2003

Generación y edad	*Nivel de escolaridad*			
	Menos de primaria completa	*Primaria completa*	*Secundaria*	*Preparatoria o más*
54-58				
14	12.0	6.8	2.0	0.7
15	24.1	16.8	9.1	1.7
19	69.1	65.9	48.5	24.7
20	74.9	73.7	58.2	37.3
25	84.1	89.0	88.8	74.6
59-63				
14	14.1	9.6	3.5	0.9
15	32.9	21.9	8.8	2.3
19	73.3	68.6	53.3	26.1
20	80.7	75.9	64.7	38.4
25	89.5	94.7	85.6	75.4
64-68				
14	15.0	5.4	6.6	1.2
15	38.2	10.7	15.1	2.8
19	75.7	73.0	58.3	33.6
20	79.3	79.6	67.7	48.7
25	92.1	90.5	88.8	83.7
69-73				
14	11.7	5.3	6.9	1.5
15	27.0	21.4	12.3	2.2
19	75.1	67.3	56.6	28.4
20	80.3	77.3	68.0	38.3
25	91.4	92.1	89.4	71.2
74-78				
14	16.4	14.0	3.8	1.0
15	27.0	23.8	10.8	2.4
19	70.6	65.7	56.4	38.2
20	83.5	71.2	63.3	45.4
25	94.4	88.7	83.0	73.0
79-83				
14	18.1	10.9	6.0	1.0
15	31.1	21.1	14.1	3.5
19	72.6	65.6	63.2	32.6

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Puede decirse que, entre todas las generaciones representadas en el cuadro analizado, el porcentaje de mujeres que no fueron a la escuela o no completaron la primaria y que a los 15 años han tenido ya su primera relación sexual, es diez veces superior al de las mujeres que llegaron al menos al nivel de preparatoria. Esta iniciación sexual temprana de las mujeres con los menores niveles de escolaridad es más evidente hasta antes de los 19 años, porque a partir de esta edad el comportamiento de este primer grupo es muy similar al de las mujeres que completaron la educación primaria.

Puede decirse, por tanto, que según estos datos, sobre el inicio de la vida sexual en la adolescencia, una influencia significativa que parece actuar en su posposición es cuando menos haber ingresado a la escuela secundaria y, desde luego, continuar hacia mayores niveles de escolaridad se convierte en un factor que reduce las probabilidades de tener la primera relación sexual durante la adolescencia.

El análisis del comportamiento de cada una de las generaciones, según su escolaridad, permite explicar las tendencias observadas para el total de la población femenina respecto de la edad de la primera relación sexual, pues una proporción importante del incremento en esta edad para el conjunto de esta población se explica por el cambio en su composición educacional. Esto es así porque las mujeres más escolarizadas, son las que inician más tardíamente su vida sexual, ocupan cada vez más mayores proporciones entre las generaciones más jóvenes, es decir, aunque entre algunos grupos de la población, como sería el caso de las mujeres más educadas, se manifestara un inicio más temprano de la vida sexual, en comparación con lo que sucedía en el pasado, esta tendencia es insuficiente para impactar la tendencia para el total de las mujeres y, por lo tanto, sería anulada por el efecto de la composición según nivel de escolaridad.[2]

Un dato adicional que ofrece la Ensar 2003 en relación con la primera relación sexual, se refiere a la persona con la cual se tuvo esa relación. Como se supondría, conforme se incrementa la edad a la que se tiene esta primera relación, se incrementan los porcentajes de mujeres que declaran que su pareja en este evento ha sido su esposo. Esto refleja un hecho observado en otras encuestas, de tal manera que, conforme se incrementa la edad de inicio de la vida sexual a través del coito, la primera relación coincide cada vez más con el inicio de la primera unión conyugal.

Las explicaciones a esta situación tienen que ver con el carácter de esta relación, según la edad del individuo. A edades tempranas, entre los adolescentes muy jóvenes, la relación sexual constituye la experimentación de nuevas sensaciones al relacionarse con otras personas a través del disfrute de su cuerpo o la búsqueda de una pareja sexual, sin que necesariamente tenga como objetivo establecer una relación estable con otra persona a través del matrimonio.

Por otra parte, se ha observado que una gran proporción de los jóvenes que posponen el inicio de su vida sexual lo hacen porque "quieren llegar vírgenes al matrimonio" (Welti y Paz, 2001). Es decir, entre las mujeres que llegan a la edad adulta sin haber tenido relaciones sexuales, es más probable que la primera relación sexual forme parte de un comportamiento que está centrado en la búsqueda de una pareja conyugal.

Al analizar los resultados por generaciones, es evidente que cada vez son menores las proporciones de mujeres cuya vida sexual la inician con quien es su esposo, independientemente de la edad de la primera relación, se observa, por tanto, un cambio generacional.

Como era de esperarse, el mayor porcentaje de primeras relaciones sexuales que son producto de una violación ocurren durante la niñez, como se observa en el cuadro 4, sin que sepamos si en realidad, entre quienes que tuvieron esta relación con el novio o con el esposo ésta fue también producto de una violación, aunque no se reconozca así, especialmente cuando la pareja se convirtió en el esposo y fue obligado a reparar el "daño moral" de esta relación, para no enfrentar problemas de índole judicial.

[2] Para el total de la población, la distribución, según nivel de escolaridad, en términos porcentuales, es la siguiente: menos de primaria completa, 17.9; primaria completa, 19.1; secundaria, 31 y preparatoria o más, 32.1. Sin embargo, para la generación 54-58, el porcentaje de mujeres que no alcanzó a completar la primaria supera el 40 por ciento y 20 años después, para la generación 74-78, el porcentaje se reduce al 14 por ciento.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE MUJERES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES, SEGÚN LA PERSONA CON LA QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ Y EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN, MÉXICO, 2003

Edad a la primera relación sexual	*Persona*						
	Novio	*Amigo o conocido*	*Familiar*	*Esposo*	*Desconocido*	*Violación*	*Total*
13 o menos	39.7	1.8	0.2	48.6	1.2	8.4	100.0
14	41.1	2.7	0.5	53.4	0.7	1.6	100.0
15	37.1	1.5	0.4	58.3	0.1	2.6	100.0
16-19	36.2	1.0	0.2	61.2	0.2	1.3	100.0
20-24	31.1	1.1	0.3	67.2	0.2	0.2	100.0
25-29	27.7	1.5	0.3	70.3	0.2	0.0	100.0
30 o más	26.5	1.3	0.7	71.1	0.3	0.0	100.0

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La edad de la pareja en la primera relación, al compararla con la de la mujer, sigue un muy claro patrón, de tal manera que entre las mujeres que iniciaron su vida sexual de 15 años o menos su pareja era en promedio cinco años mayor que ella y esta diferencia disminuye hasta prácticamente desaparecer al llegar a los 29 años.

Para concluir con el análisis de la edad a la primera relación sexual, vale la pena analizar los datos relativos al uso de anticonceptivos en la primera relación, para observar que un porcentaje de casi 12 por ciento del total de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, usaron anticonceptivos, sin embargo, los porcentajes de usuarias muestran incrementos importantes en cada una de las generaciones sucesivas, de tal manera que, entre la generación nacida entre 1979 y 1983, y que tuvo su primera relación entre los 16 y los 19 años, una de cada cinco mujeres usó anticonceptivos, lo que contrasta con la situación de generaciones anteriores, entre las cuales el porcentaje de usuarias era muy reducido. Por ejemplo, entre la generación que nació veinte años antes, es decir, entre 1959 y 1963, sólo una de cada 16 mujeres (6 por ciento) usó anticonceptivos en esta relación.

Por otra parte, los datos de la Ensar sugieren que la probabilidad de usar anticonceptivos depende de la persona con la cual se tiene la primera rela-

CUADRO 5

PORCENTAJE DE MUJERES QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN EDAD A LA PRIMERA RELACIÓN Y GENERACIÓN, MÉXICO, 2003

Edad a la primera relación sexual	*Generación*					
	54-58	*59-63*	*64-68*	*69-73*	*74-78*	*79-83*
15 o menos	1.4	2.7	3.7	7.0	16.0	14.2
16 a 19	3.5	6.0	5.6	8.5	16.9	21.1
20 a 24	6.8	15.4	19.4	19.7	23.0	
25 a 29	7.5	14.9	25.7	29.3		
30 o más	9.5	12.5	8.4			

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

ción y la edad a esta misma relación. Quienes tienen relaciones sexuales con el novio, usan anticonceptivos en mayor porcentaje que las mujeres que tienen la primera relación con el esposo, y a medida que la edad se incrementa, también lo hace el porcentaje de usuarias.

El hecho de que el uso de anticonceptivos se relacione con la persona con la que se tiene el primer coito y la edad a la que se tiene éste, lo explican las razones que dan las mujeres para no usar estos métodos.

Al tener la primera relación antes de los 15 años, el desconocimiento sobre la existencia de estos métodos o sobre la forma de conseguirlos constituye la razón más importante para no usarlos, asimismo es la razón más importante para quienes tuvieron la primera relación entre los 16-19 años y forman parte de las generaciones más viejas; pero a partir de los 20 años y para todas las generaciones representadas en el cuadro 6, el deseo de embarazarse constituye la razón principal para no usar anticonceptivos en la primera relación sexual. Aunque tal deseo es una de las razones más importantes para no haber usado anticonceptivos en la primera relación sexual, la suma del conjunto de razones expresadas por las mujeres para no haberlos usado muestra que su conocimiento, disponibilidad y la generación de una actitud de prevención para evitar un embarazo no deseado, ante la posibilidad de tener relaciones sexuales, incidirían positivamente sobre su uso. Es decir, si una campaña de información trata de impactar en el uso de anticonceptivos, habrá que poner énfasis en que, ante la inminencia de tener una relación sexual, más vale que la pareja esté protegida para evitar un embarazo no deseado o disminuir la probabilidad de transmisión de una enfermedad por esta vía.

La edad al primer hijo

Los datos de la Ensar 2003, permiten analizar uno de los temas más relevantes para entender el proceso de cambio demográfico producido en México, a tra-

CUADRO 6

PORCENTAJE DE MUJERES QUE USARON ANTICONCEPTIVOS EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN EDAD, A ESTA RELACIÓN, PERSONA CON LA QUE LA TUVIERON Y GENERACIÓN, MÉXICO, 2003

Edad primera relación y persona	*Generación*					
	54-58	*59-63*	*64-68*	*69-73*	*74-78*	*79-83*
15 o menos						
Novio	5.8	8.4	8.8	11.3	28.0	22.8
Esposo	0.1	0.4	1.7	4.4	4.2	8.3
16 a 19						
Novio	8.9	9.8	4.7	12.3	25.2	29.7
Esposo	2.3	4.7	5.7	6.8	12.0	11.8
20 a 24						
Novio	7.2	17.5	28.4	31.6	35.6	
Esposo	6.8	15.5	15.2	13.1	14.3	
25 a 29						
Novio	6.2	19.8	25.5	33.5		
Esposo	7.9	13.2	26.5	28.9		
30 o más						
Novio	21.8	21.1	28.8			
Esposo	6.7	9.3	2.0			

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

vés de la evolución de la fecundidad y el papel que ha desempeñado cada uno de sus determinantes directos. Aunque con el incremento en el uso de anticonceptivos, la limitación de la fecundidad a través de estos métodos se ha convertido en la variable que explica la mayor proporción del descenso de la fecundidad en México, el retraso observable en el inicio del período de exposición al riesgo de concebir a partir de la edad a la que se produce la primera relación sexual y, más concretamente, del inicio de la historia genésica y el nacimiento del primer hijo, son factores que también contribuyen a explicar el descenso de la fecundidad en las décadas recientes.

La edad al nacimiento del primer hijo parece retrasarse entre cada nueva generación de mujeres, de tal manera que, como se advierte ver en el cuadro 8, mientras que el porcentaje acumulado de mujeres pertenecientes a la generación nacidas entre 1954 y 1958 que ya han tenido a su primer hijo nacido vivo antes de cumplir 20 años de edad es del 39 por ciento, estos porcentajes se reducen en cada generación, hasta llegar al 31.2 por ciento para la generación 79-83.

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES, SEGÚN LA RAZÓN PARA NO USAR ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN EDAD A ESA RELACIÓN, POR GENERACIÓN, MÉXICO, 2003

Edad a la primera relación	*Razón para no usar*	*Generación*						
		54-58	*59-63*	*64-68*	*69-73*	*74-78*	*79-83*	*84-88*
15 o menos	Deseaba embarazarse	12.7	19.4	15.5	22.1	14.9	18.0	24.3
	No conocía o no sabía en dónde	72.2	71.4	68.1	61.6	59.8	51.5	38.5
	No planeaba tener relaciones	2.2	5.0	7.2	5.3	13.1	13.8	23.7
	No creyó embarazarse, desidia, no planeó	8.8	3.4	7.9	8.9	10.2	12.3	9.6
	Otros	4.1	0.8	1.3	2.2	2.0	4.3	3.9
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
16 a 19	Deseaba embarazarse	36.7	25.2	34.1	32.7	38.5	31.7	
	No conocía o no sabía en dónde	46.8	52.0	39.2	38.5	30.1	22.0	
	No planeaba tener relaciones	4.7	10.6	15.4	15.3	14.3	26.0	
	No creyó embarazarse, desidia, no planeó	8.3	10.6	8.4	10.7	11.4	14.2	
	Otros	3.5	1.5	2.9	2.8	5.7	6.1	
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
20 a 24	Deseaba embarazarse	55.1	53.0	47.2	46.8	46.1		
	No conocía o no sabía en dónde	23.1	24.1	24.7	20.5	19.3		
	No planeaba tener relaciones	11.2	9.3	12.5	16.2	19.2		
	No creyó embarazarse, desidia, no planeó	6.8	10.4	9.2	10.4	11.3		
	Otros	3.8	3.2	6.4	6.2	4.1		
		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
25 a 29	Deseaba embarazarse	67.0	54.5	66.0	52.9			
	No conocía o no sabía en dónde	18.0	3.9	13.2	15.9			
	No planeaba tener relaciones	6.7	14.5	10.7	15.4			
	No creyó embarazarse, desidia, no planeó	3.0	12.8	5.7	9.0			
	Otros	5.4	14.4	4.4	6.9			
		100.0	100.0	100.0	100.0			
30 o más	Deseaba embarazarse	52.8	67.8	65.1				
	No conocía o no sabía en dónde	35.1	16.6	19.3				
	No planeaba tener relaciones	6.0	7.0	3.1				
	No creyó embarazarse, desidia, no planeó	5.6	2.9	9.3				
	Otros	0.4	5.7	3.3				
		100.0	100.0	100.0				

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 8

PORCENTAJE ACUMULADO DEL TOTAL DE MUJERES QUE YA HAN TENIDO A SU PRIMER HIJO A LA EDAD X, SEGÚN GENERACIÓN, MÉXICO 2003

	Generación					
Edad	*54-58*	*59-63*	*64-68*	*69-73*	*74-78*	*79-83*
13	1.9	2.2	2.0	1.0	0.8	1.3
14	1.9	2.2	2.0	1.0	0.8	1.3
15	4.3	5.7	5.3	3.8	4.2	4.2
16	10.8	11.8	9.2	8.6	8.6	9.1
17	19.2	21.3	19.8	16.7	15.4	15.5
18	29.0	30.1	29.5	24.9	25.2	23.4
19	39.0	39.8	37.2	34.9	33.1	31.2
20	48.1	48.5	47.6	45.3	42.2	
21	56.1	56.5	54.7	53.1	48.6	
22	62.4	64.1	63.2	59.5	56.3	
23	67.9	68.8	67.3	66.0	62.6	
24	72.1	72.9	73.3	70.7	66.2	
25	75.4	77.0	77.4	74.3		
26	80.7	80.6	80.3	77.2		
27	82.8	82.0	83.3	79.6		
28	85.1	84.3	86.4	82.2		
29	87.5	86.3	88.3	84.0		
30	88.5	87.4	89.8			
31	89.2	88.9	91.0			
32	89.9	90.3	91.5			
33	91.1	91.2	92.2			
34	91.6	91.6	92.6			
35	92.2	92.2				
36	92.6	92.8				
37	93.0	93.1				
38	93.5	93.6				
39	93.7	93.9				
40	93.8					
41	93.8					

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Esta tendencia hacia el retraso en la edad al primer hijo entre las mujeres mexicanas, se refleja muy claramente en la evolución de las tasas de fecundidad de la población menor de 20 años, que ya encuestas previas han mostrado y que la Ensar, con datos más recientes, confirma.

También es posible calcular tasas de fecundidad de primeros nacimientos de cada una de las generaciones para hacer más evidente este cambio. Aunque no hay una tendencia uniforme por edad y generación, pues la generación nacida entre 1964 y 1968 muestra un comportamiento que se aparta del patrón general, se diría que se observa una disminución en las tasas de primeros nacimientos en cada una de las edades iniciales del periodo reproductivo, conforme las generaciones son más jóvenes.

La posibilidad que ofrece la información de la encuesta, de estudiar los comportamientos para las ocho entidades federativas incluidas en tabulaciones anteriores, permite observar el patrón de inicio de la historia reproductiva a través de la estimación de los porcentajes de mujeres que han sido madres más jóvenes y concretamente antes de los 15 y 20 años de edad, respectivamente.

El panorama estatal que se obtiene a partir de la edad al nacimiento del primer hijo muestra algunas diferencias respecto de lo observado anteriormente, en relación con la edad a la primera relación sexual. Son ahora Chiapas y Oaxaca las entidades que muestran los mayores porcentajes de mujeres que ya han sido madres a los 15 años de edad, en la mayoría de las cohortes o generaciones. Antes de los 20 año, Chiapas muestra que con la excepción de una cohorte, para todas las demás, al menos la mitad de las mujeres ya han tenido su primer hijo en la adolescencia; sin embargo, aparece una posible tendencia hacia la disminución de la incidencia de los primeros nacimientos en las edades más jóvenes entre cada una de las cohortes sucesivas. A pesar de que es posible calcular una tendencia similar en las siete entidades restantes, ésta no es suficientemente concluyente.

Vale la pena recordar que los porcentajes de mujeres con su primera relación sexual en las edades más jóvenes se observan en Chiapas y Guerrero, aunque éstos son considerablemente superiores a los de otras entidades, este inicio temprano de la actividad sexual no se refleja en los porcentajes acumulados de mujeres que son madres por primera ocasión, según la edad al tener a su primer hijo incluidos en el cuadro 7. Esta situación se originaría en una menor tasa de embarazos en la primera relación sexual, debido a una menor fertilidad, pero además a que una menor proporción de embarazos culminan con un nacido vivo, en las dos entidades mencionadas y que se confirman al analizar los datos relativos al resultado del primer embarazo, pues en estas entidades precisamente el primer evento genésico es en menor proporción un nacido vivo, es decir, los mortinatos o abortos ocupan una proporción o porcentaje mayor al que se calcula en otras entidades. Lo que refleja el efecto del inicio muy temprano de la historia genésica, como las condicio-

CUADRO 9

TASAS DE PRIMEROS NACIMIENTOS POR EDAD, SEGÚN GENERACIÓN, MÉXICO, 2003
(TASAS POR MIL MUJERES)

	Generación					
Edad	*54-58*	*59-63*	*64-68*	*69-73*	*74-78*	*79-83*
14	14.8	16.3	15.1	6.6	5.4	7.9
15	23.6	34.9	33.3	28.0	33.6	29.5
16	64.6	61.6	39.5	48.9	44.1	49.0
17	84.4	95.1	105.5	80.4	68.2	63.6
18	98.1	87.4	96.8	82.2	98.2	79.2
19	100.3	97.3	77.6	99.8	78.7	72.7
20	90.5	86.8	103.9	104.7	91.6	
21	80.1	80.1	70.5	77.4	63.3	
22	63.2	76.2	84.9	64.2	77.1	
23	54.8	47.0	40.8	64.8	63.5	
24	42.3	41.5	60.4	46.9	33.2	
25	32.8	40.4	40.6	36.7		
26	52.5	36.1	29.1	28.1		
27	21.3	13.7	29.9	24.6		
28	23.4	23.3	31.1	25.6		
29	24.1	19.9	19.2	17.4		
30	9.2	11.4	15.4			
31	7.2	14.7	11.4			
32	6.7	14.0	5.6			
33	12.1	9.0	6.2			
34	5.1	3.7	4.0			
35	6.4	6.6				
36	3.9	5.6				
37	4.4	3.1				
38	4.8	4.8				
39	2.1	3.2				

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

nes de salud de las mujeres y la posible falta de atención durante la gestación y, por tanto, las menores probabilidades de concluir un embarazo de forma exitosa.

La edad al primer hijo se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones socioeconómicas de la población femenina, de tal manera que su nivel de escolaridad, como indicador de estas condiciones, confirma esta relación.

Mediante los procedimientos de cálculo adecuados, utilizando un enfoque basado en un cuadro de vida, en este caso con el objetivo de calcular la incidencia por edad de un evento que es el nacimiento del primer hijo, es posible observar de qué manera las mujeres representadas en la encuesta han iniciado su historia genésica, según su nivel de escolaridad. La educación reduce considerablemente los riesgos de tener hijos a edades muy jóvenes, de tal manera que antes de cumplir 20 años, casi 6 de cada 10 mujeres que no asistieron a la escuela han tenido ya a su primer hijo, mientras que entre las que alcanzaron al menos el nivel de preparatoria esta proporción se reduce a poco más de 1 de cada 10. Estas diferencias, según el nivel de escolaridad, se mantienen en otras edades, y pues incluso a los 25 años, menos de la mitad de las mujeres con preparatoria han tenido a su primer hijo. Es también evidente que entre las que tienen menores niveles de escolaridad, a partir de los 35 años, las mujeres prácticamente dejan de tener hijos, lo que no sucede entre las mujeres más escolarizadas, puesto que después de esta edad, incluso hasta los 40 años, estas mujeres continúan teniendo hijos con una fecundidad que se consideraría aún significativa y que hace que la proporción de mujeres que estudiaron al menos preparatoria y que han tenido a su primer hijo a edades avanzadas, pase de .844 a los 35 años a .897 a los 42 años.

No debemos olvidar que los resultados representan el comportamiento de lo que se denomina una cohorte sintética, esto significa simplemente que, al analizar un determinado grupo de mujeres, según la característica socioeconómica de nuestro interés, lo hacemos de tal manera que se incluyan mujeres de todas las edades entre 15-49 años, es decir, de todas las edades que abarcan el periodo reproductivo, por lo que las diferencias según nivel de escolaridad para generaciones reales, tendría otra magnitud; así, en el caso de las generaciones más jóvenes, que son las que han alcanzado niveles de escolaridad más elevados, su comportamiento reflejaría aún más claramente el efecto de los condicionantes sociales que impactan la fecundidad a través de las variables intermedias, especialmente la edad de inicio de la vida sexual y el uso de anticonceptivos.

El carácter claramente diferencial del patrón de fecundidad de primeros nacimientos por edad, según nivel de escolaridad, se manifiesta al calcular precisamente las tasas de primeros nacimientos por edad. Mientras la población con menores niveles de escolaridad presenta ya tasas superiores a 100 nacimientos por mil mujeres en las edades más jóvenes, específicamente entre los 15 y los 18 años, estos niveles de fecundidad se alcanzan a edades mayores en los grupos que siguen, hasta alcanzar su máximo

CUADRO 10

PORCENTAJE ACUMULADO DEL TOTAL DE MUJERES QUE HAN TENIDO A SU PRIMER HIJO A LA EDAD X POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEGÚN GENERACIÓN, MÉXICO, 2003

Generación y edad al primer hijo	*Entidad*							
	Chiapas	*Guanajuato*	*Guerrero*	*Oaxaca*	*Puebla*	*San Luis Potosí*	*Sonora*	*Tamaulipas*
54-58								
15	5.5	1.2	7.5	8.1	6.2	7.3	5.1	6.4
19	60.6	33.2	46.8	43.8	38.2	48.2	35.6	37.7
59-63								
15	17.0	3.1	6.3	9.0	3.7	2.5	2.6	3.7
19	57.7	22.7	34.8	40.8	36.1	27.6	28.7	26.2
64-68								
15	14.5	1.7	10.9	2.0	7.8	5.3	1.1	5.4
19	45.5	25.5	43.0	34.7	32.1	30.8	21.9	28.2
69-73								
15	14.4	4.1	8.2	8.7	8.7	3.8	3.1	3.4
19	53.7	29.6	46.6	46.2	42.8	34.4	36.6	35.0
74-78								
15	4.3	2.3	5.4	9.1	5.2	5.5	5.9	3.2
19	51.2	31.0	36.7	44.1	34.7	35.2	39.2	28.5
79-83								
15	13.0	5.6	7.0	15.2	5.2	5.1	3.9	3.5
19	49.3	31.7	45.3	48.5	32.9	33.5	32.6	29.1

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

a los 20 años, tanto entre las mujeres con primaria completa, como en aquellas con secundaria.

Las mujeres que cuenta al menos con preparatoria, por una parte tienen una fecundidad considerablemente más baja en las primeras edades reproductivas, pero después de los 25 años muestran tasas de fecundidad de primeros nacimientos que superan a las de los otros grupos de escolaridad y continúan teniendo hijos después de los 35 años, como ya se mencionó en párrafos anteriores.

En conclusión, con la información analizada se ha constatado el inicio temprano de la historia reproductiva entre las mujeres menos escolarizadas y la continuación de la vida genésica en las edades avanzadas del periodo reproductivo entre las mujeres con los mayores niveles de escolaridad.

Por lo que respecta al inicio temprano de la maternidad, la serie de investigaciones en México sobre la fecundidad adolescente, han mostrado que la joven que se embaraza lo hace porque en su futuro la única posibilidad de darle sentido a su existencia es la maternidad, o su necesidad de afecto la lleva a establecer relaciones que concluyen con un embarazo no deseado y, en cualquier caso, el nacimiento de un hijo limita sus posibilidades de desarrollo personal.

Un ejemplo de esta situación es el hecho de que, del total de mujeres que tuvieron su primer embarazo antes de los 15 años, una de cada cuatro aún estudiaba cuando se embarazó y casi el 60 por ciento de ellas dejó de estudiar por causa de este embarazo. Entre las mujeres que se embarazaron por primera vez entre los 15 y los 19 años de edad, sólo el 14 por ciento estudiaba; sin embargo, más del 60 por ciento dejó de estudiar como consecuencia de este embarazo. Aunque puede argumentarse que un gran porcentaje de las mujeres que se embarazan a edades muy jóvenes ya no estudiaban al momento de la preñez, los datos mencionados confirman que el embarazo temprano parece constituir una razón

CUADRO 11

PROPORCIÓN DE MUJERES QUE AL LLEGAR A LA EDAD EXACTA X, YA HAN TENIDO A SU PRIMER HIJO NACIDO VIVO, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, MÉXICO, 2003

Edad	*No asistió a la escuela*	*Primaria incompleta*	*Primaria completa*	*Secundaria*	*Preparatoria o más*
15	0.072	0.034	0.021	0.007	0.001
16	0.174	0.092	0.059	0.047	0.002
17	0.286	0.183	0.137	0.092	0.011
18	0.424	0.327	0.241	0.175	0.040
19	0.526	0.468	0.357	0.278	0.075
20	0.584	0.566	0.474	0.386	0.120
21	0.639	0.644	0.591	0.502	0.190
22	0.692	0.715	0.676	0.571	0.263
23	0.723	0.776	0.767	0.645	0.330
24	0.749	0.804	0.818	0.704	0.397
25	0.775	0.840	0.844	0.738	0.479
26	0.823	0.855	0.865	0.779	0.545
27	0.836	0.888	0.884	0.814	0.595
28	0.849	0.893	0.898	0.834	0.647
29	0.877	0.903	0.916	0.862	0.692
30	0.882	0.908	0.933	0.881	0.737
31	0.882	0.916	0.940	0.892	0.765
32	0.887	0.919	0.947	0.900	0.795
33	0.889	0.925	0.951	0.906	0.814
34	0.916	0.931	0.955	0.910	0.832
35	0.918	0.932	0.956	0.916	0.844
36	0.920	0.934	0.958	0.926	0.850
37	0.924	0.934	0.959	0.932	0.864
38	0.925	0.936	0.964	0.932	0.874
39	0.926	0.940	0.965	0.940	0.884
40	0.926	0.940	0.967	0.941	0.895
41	0.926	0.941	0.970	0.941	0.896
42	0.926	0.941	0.970	0.941	0.897
43	0.926	0.941	0.970	0.941	0.897
44	0.926	0.941	0.970	0.941	0.897
45	0.926	0.941	0.970	0.941	0.897

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

importante para abandonar sus estudios entre las jóvenes que aún se encontraban estudiando cuando se embarazaron por primera vez.

Por otra parte, en relación con el inicio temprano de la historia reproductiva, una de las situaciones que en mayor medida hacen que se califique como un problema el embarazo adolescente, es su relación con la salud de la madre y el hijo y, más específicamente, con el mayor riesgo de muerte que enfrentan durante el primer año de vida los hijos de madres muy jóvenes.

Los orígenes de esta mayor mortalidad infantil no han sido establecidos con claridad, lo que ha permitido que se ponga en duda la existencia de una relación causal entre la edad de la madre y una mayor mortalidad, y que ésta se asocie más a las condiciones socioeconómicas de la madre que pueden incidir sobre la supervivencia de los hijos.

La información analizada muestra una mayor proporción de muertes en el primer año de vida entre los hijos de madres menores de 20 años, en relación con las mujeres que tienen a sus hijos después de

CUADRO 12

TASAS DE PRIMEROS NACIMIENTOS POR EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, MÉXICO, 2003

Edad	*No asistió a la escuela*	*Primaria incompleta*	*Primaria completa*	*Secundaria*	*Preparatoria o más*
14	45.4	24.0	17.4	4.5	0.2
15	101.1	58.3	37.8	37.6	2.0
16	112.2	90.3	77.0	43.6	8.9
17	137.5	143.1	103.5	81.0	27.8
18	101.2	140.6	114.5	101.9	34.0
19	58.6	97.5	117.2	107.2	43.3
20	54.6	77.5	116.1	114.8	68.8
21	53.0	70.8	84.8	68.9	70.3
22	30.2	61.1	90.6	73.5	65.9
23	26.4	28.7	51.8	59.1	65.5
24	26.6	35.6	25.6	34.4	81.1
25	46.7	15.0	20.9	40.9	65.1
26	12.7	33.9	19.1	35.3	49.8
27	13.9	5.3	13.9	19.8	52.2
28	27.5	9.5	18.0	28.4	44.7
29	5.3	5.6	17.9	19.1	45.5
30	0.0	7.7	7.2	11.3	27.2
31	5.4	2.9	6.8	8.1	30.3
32	2.1	6.5	4.1	6.4	19.5
33	2.7	5.6	4.3	3.8	17.7
34	1.4	0.8	0.7	6.7	12.2
35	2.3	2.2	2.7	10.7	5.9
36	3.7	0.0	0.7	5.7	14.3
37	0.9	2.0	5.3	0.0	11.4
38	1.0	3.9	0.6	8.2	9.7
39	0.0	0.6	2.0	0.8	11.7
40	0.0	0.3	3.1	0.0	0.4

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

esta edad. Entre las madres que parieron a su primer hijo a los 14 años, de cada 100 de los primeros nacimientos, 9.5 fallecen durante el primer año de vida. Los porcentajes de muertes infantiles se reducen entre las madres de las edades subsecuentes, pero antes de los 20 años son todavía muy superiores a los observados entre mujeres que tuvieron a su primer hijo nacido vivo entre los 20-34 años.

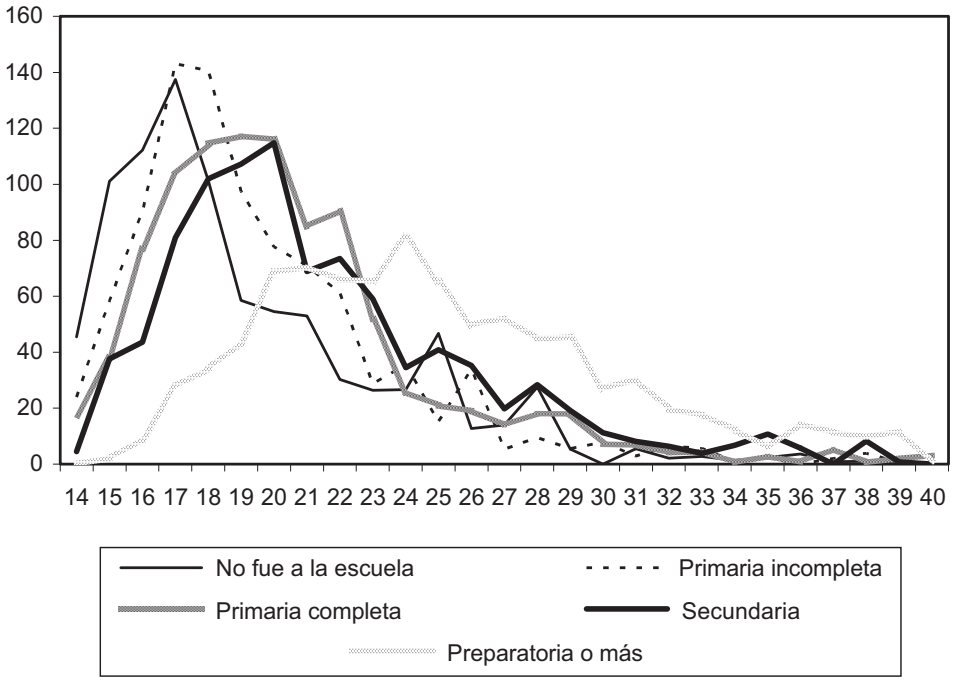
Esta situación ha sido demostrada por otros autores a nivel internacional, con la información de la Encuesta Mundial de Fecundidad (WFS, por sus siglas en inglés) (Rutstein, 1983) y más tarde con la información de la serie de investigaciones que corresponde a la Encuesta de Demografía y Salud (DHS). Esta relación se confirma en México en los años recientes con la información de la Ensar 2003.

Se pensaría que este mayor riesgo de mortalidad se origina en el hecho de que una gran proporción de las madres adolescentes proviene de grupos sociales con un acceso limitado a los servicios de salud; sin embargo, si aceptamos que el nivel de escolaridad refleja la condición socioeconómica de las mujeres, la información muestra que la mortalidad infantil es mayor entre los hijos de madres menores de 20 años, cualesquiera que sea su nivel de escolaridad, comparado con la mortalidad de los primogénitos que se conciben entre los 20-24 años de edad, como se observa en el cuadro correspondiente.

Se ha comentado en apartados anteriores que un inicio temprano de la maternidad tiene un impacto directo sobre el crecimiento de la población, a través del efecto sobre la fecundidad acumulada. Esta

GRÁFICA 1

TASAS DE PRIMEROS NACIMIENTOS POR EDAD, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, MÉXICO, 2003



CUADRO 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PRIMEROS NACIMIENTOS, SEGÚN ESTATUS DE SUPERVIVENCIA POR EDAD DE LA MADRE, MÉXICO, 2003

Edad de la madre	*Estatus de supervivencia*		
	Nacido vivo	*Nacido vivo murió el primer año*	*Total nacidos vivos*
14	90.5	9.5	100.0
15	97.1	2.9	100.0
16	96.5	3.5	100.0
17	97.7	2.3	100.0
18	97.4	2.6	100.0
19	97.3	2.7	100.0
20-24	98.3	1.7	100.0
25-29	98.1	1.9	100.0
30-34	98.6	1.4	100.0
35-39	88.0	12.0	100.0

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

relación entre edad al nacimiento del primer hijo y número total de hijos a determinadas edades, lo confirman nuestros datos.

La relación entre el inicio temprano de la historia genésica y la fecundidad subsecuente ha sido objeto de muy diversas investigaciones (Balakrishnan *et al.*, 1978; Morgan y Rindfuss, 1999), las cuales tratan de establecer el efecto que la edad al nacimiento del primer hijo tiene sobre el denominado calendario de la fecundidad o sobre la fecundidad acumulada que es alcanzada a edades sucesivas de la mujer.

Trusell y Menken (1978) mostraron que 15 años después del nacimiento del primer hijo, persisten diferencias en la paridad media de las mujeres a edades específicas a lo largo de su periodo reproductivo, según la edad de inicio de su historia reproductiva. Las razones para explicar este efecto se originarían en una fertilidad mayor entre las mujeres que tienen hijos a edades muy tempranas, o en condiciones

CUADRO 14

PORCENTAJE DE PRIMEROS NACIMIENTOS QUE MURIERON EL PRIMER AÑO, SEGÚN EDAD DE LA MADRE Y NIVEL DE ESCOLARIDAD, MÉXICO, 2003

Edad al nacimiento	*Nivel de escolaridad*			
	Menos de primaria	*Primaria completa*	*Secundaria*	*Preparatoria o más*
15 o menos	6.19	4.97	2.99	3.11
16	6.14	1.04	3.21	0.90
17	3.36	3.02	1.42	(—)
18	3.75	2.66	1.54	2.32
19	2.21	4.88	2.22	0.32
20 a 24	4.11	2.29	1.03	0.73
25 o más	2.76	4.89	2.37	1.50

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

socioeconómicas diferenciales que inciden sobre los determinantes directos de la fecundidad, como la edad al matrimonio o el uso de anticonceptivos.

Independientemente de los orígenes de esta relación, los datos de la encuesta que ahora se analiza muestran la existencia de una relación entre edad de la madre, al tener el primer hijo y la fecundidad alcanzada por las mujeres cuando éstas se clasifican en grupos según su edad actual.

En un primer acercamiento al cuadro 15, es posible afirmar que al final del periodo reproductivo a nivel nacional las mujeres que tuvieron a su primer hijo en la adolescencia tienen alrededor de tres hijos más que los que tienen las mujeres que fueron

CUADRO 15

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MADRES QUE HAN TENIDO HIJOS, SEGÚN EDAD AL PRIMER HIJO Y EDAD ACTUAL, MÉXICO, 2003

Edad al primer hijo	*Edad actual*				
	25-29	*30-34*	*35-39*	*40-44*	*45-49*
Menos de 15	3.8	4.8	5.7	6.3	6.9
15	3.4	4.5	5.4	5.8	6.1
16	3.5	3.9	4.3	4.9	6.5
17	3.0	3.4	4.9	5.0	5.5
18	2.8	3.5	4.1	4.5	5.2
19	2.5	3.2	3.7	4.7	5.1
20	2.2	3.1	3.1	4.0	4.3
21	2.0	2.8	3.4	3.7	4.7
22	1.7	2.6	3.3	3.0	3.8
23	1.5	2.3	2.9	3.7	3.8
24	1.3	2.3	2.8	3.2	3.5
25 y más	1.1	1.7	2.0	2.3	2.3
Total	*2.3*	*2.9*	*3.4*	*3.9*	*4.3*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

madres por primera vez después de los 20 años. Más específicamente, al llegar al final del periodo reproductivo, las mujeres del grupo de edad 45-49 años, que fueron madres por primera vez antes de los 17 años muestran una fecundidad acumulada superior a los seis hijos, mientras que quienes fueron madres después de los 21 años tienen menos de cuatro hijos, es decir, la diferencia es mayor a dos hijos y está asociada a la edad de inicio de la historia genésica.

En cada uno de los grupos de edad representados en el cuadro citado, las diferencias en la fecundidad acumulada son tan claras y consistentes que permiten estimar que un retraso en el inicio de la maternidad tiene un claro efecto sobre la fecundidad total.

A partir de estos datos y si no se modificaran otros parámetros de la historia reproductiva, se diría que eliminar o reducir la fecundidad adolescente tendría un efecto significativo sobre la tasa global de fecundidad y sobre el crecimiento de la población.

Fuentes

Balakrishnan T.R., Vaninadha Rao, Karol J. Krotki, Evelyne Lapierre-Adamcyk (1988). "Age at First Birth and Lifetime Fertility", *Journal of Biosocial Science*, 167-174.

Chen Renbao. S. Philip Morgan (1991). "Recent Trends in the Timing of First Births in the United States", *Demography* 28, núm. 4.

De Wit Margaret L., Fernando Rajulton (1989). "Education and Timing of parenthood Among Canadian Women: A Cohort Analysis", *Social Biology* 39, núms. 1-2.

Kiernan K.E. (1977). "Age at Puberty in Relation to Age at Marriage and Parenthood: A National longitudinal Study", *Annals of Human Biology* 4, núm. 4.

Luc Nguyen, Nuguyen Minh Thang, Ingrid Swenson, Pham Bich San (1993). "Selected Determinants of Fertility in Vietnam: Age at Marriage, Marriage to First Birth Interval and Age at First Birth", *Journal of Biosocial Science* 25.

Morgan, Philip y Ronald R. Rindfuss (1999). "Reexamining the Link of Early Childbearing to Marriage and to Subsequent Fertility", *Demography* 36, núm. 1.

Morris, Leo (1998). "Young Adults in Latin America and the Caribbean: Their Sexual Experience and Contraceptive Use", *International Family Planning Perspectives* 14, núm. 4.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). *Perfil de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en América latina y el Caribe: Revisión Bibliográfica, 1988-1998*. Washington, D.C., OPS.

Rutstein, Shea O. (1983). "Infant and Child Mortality: Levels, Trends and Demographic Differentials", *World Fertility Survey*, *Comparative Studies*, núm. 24 (Voorburg, Hol.: International Statistical Institute).

Singh, S. D. Wulf *et al*. (1998). "Adolescent Childbearing in Developing Countries", *Studies in Family Plann ing* 29, núm. 2.

Trussell, J. y Jean Menken (1978). "Early Childbearing and Subsequent Fertility", *Family Planning Perspectives* 10.

Vaninadha Rao K. (1988). "Age at First Birth in Canada: A Hazards Model Analysis", *Genus* 1.

Welti, Carlos (2001). *La fecundidad adolescente en Sonora*. Hermosillo, Gobierno del Estado de Sonora.

Welti, Carlos y Leonor Paz (2001). *La fecundidad adolescente en el Estado de México*. Toluca, Consejo Estatal de Población del Estado de México.

Welti, Carlos (2003). "¡Quiero contigo¡ Las generaciones de jóvenes y el sexo", en José A. Pérez Islas, coord. *Nuevas miradas sobre los jóvenes*. México, Instituto Mexicano de la Juventud.

Wineberg, Howard (1988). "Education, Age at First Birth, and the Timing of Fertility in the United States: Recent Trends", *Journal of Biosocial Science*.

Transición a la vida adulta. Experiencias de las jóvenes rurales y urbanas

*Marta Mier y Terán**

Introducción

La juventud es una etapa de la vida en la que se concentran numerosos cambios en las funciones sociales de las personas, caracterizados por la adquisición paulatina de autonomía y por la consiguiente adopción del papel de adulto. La transición a la vida adulta es el proceso mediante el cual los jóvenes adoptan las responsabilidades adultas de trabajador y reproductor, y tienden a emanciparse de los padres. En el ámbito público, la salida de la escuela y el ingreso a la actividad laboral son los eventos que señalan el fin de la etapa de formación y el inicio de la independencia económica. En la esfera familiar, la salida del hogar paterno, la formación de una unión conyugal y el nacimiento del primer hijo marcan la adopción de responsabilidades adultas en cuanto a la formación de un hogar propio, con residencia independiente de la de los padres y con responsabilidades ante la pareja y los hijos.

El interés en el estudio de la transición a la vida adulta obedece a que este proceso refleja el origen social de las personas y marca de forma concluyente su vida adulta. Los antecedentes personales, familiares y de contexto afectan la intencionalidad, el momento en la vida y la secuencia con que los jóvenes adoptan los distintos papeles adultos. Estos rasgos, a su vez, influyen decisivamente en las siguientes etapas de la vida de los jóvenes.

Las normas sociales rigen esos papeles apropiados a la edad de las personas, así como los comportamientos asociados a los diferentes roles. Cada sociedad define su propio calendario y fija el grado en el que se espera que los individuos de cierta edad desempeñen determinados cargos, lo explícito de estas expectativas y el tipo de sanciones para quienes no cumplen con éstas. Las personas internalizan los calendarios normativos, de manera que se ubican como precoces o tardías en las distintas transiciones, respecto de los demás (Hogan y Astone, 1986). Estos calendarios están arraigados, pero varían en el tiempo, como respuesta al cambio social y, a la vez, como componente de éste.

La secuencia con la que ocurren las transiciones en la vida privada de las personas es importante. Las expectativas acerca de las edades y secuencias apropiadas para las transiciones son impuestas por presiones sociales, y los hechos que ocurren fuera del orden esperado, así como otras desviaciones del curso de vida familiar normativo tendrían consecuencias negativas en los individuos. Las transiciones familiares tempranas o prematuras propiciarían consecuencias negativas en la salud de las jóvenes, quienes generalmente se convierten en dependientes económicos de los varones, y quedan relegadas a actividades domésticas subordinadas. Además, una unión marital y el nacimiento de un hijo en edades tempranas con frecuencia impide a los jóvenes continuar con su formación y adquirir la calificación para tener un mejor empleo; también, una unión temprana tiene mayores riesgos de disolución. Para las jóvenes, la educación y el trabajo constituyen alternativas al matrimonio y a la formación de sus familias y, cuando éstas son accesibles y atractivas, las mujeres tienden a retrasar el matrimonio y la formación de sus descendencias (Heaton, Forste y Otterstorm, 2002).

Las condiciones económicas, sociales y demográficas del contexto determinan en gran medida los recursos y las oportunidades disponibles para que los jóvenes tengan una transición particular. En México, la disponibilidad de opciones educativas y laborales es mayor en las localidades urbanas que en las rurales; en éstas, las opciones son limitadas, además

* Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México.

de que el aislamiento de muchas de éstas impide el cambio de valores y actitudes tradicionales hacia los papeles de género y hacia la formación de las parejas y el inicio de la descendencia.

El objetivo de este trabajo es describir la frecuencia, las edades y la secuencia con la que ocurren los sucesos que conforman la transición a la vida adulta entre las jóvenes, distinguiendo entre la experiencia en las localidades rurales y en las urbanas. Otro objetivo es establecer si los patrones en la transición han cambiado en el tiempo, es decir, si difieren entre las distintas generaciones.

La Ensar 2003 proporciona información sobre las edades en las que las mujeres inician su vida laboral, salen de la casa de sus padres y tienen su primer embarazo, así como de la fecha en la que se unen por vez primera. Con esta información, se analiza individuos que aún no viven la transición, así como las tasas de riesgo (*hazard*) de que suceda esto a las distintas edades. Además, se analiza la vinculación entre las transiciones, a través de la batería de preguntas sobre la relación entre el inicio de la primera unión y la participación laboral, así como sobre el vínculo entre la ocurrencia del primer embarazo y la asistencia a la escuela, la participación laboral y la emancipación del hogar de los padres. Se estudia la experiencia de las mujeres jóvenes (15 a 34 años), porque es en estas edades ocurre la gran mayoría de las transiciones analizadas. Estas mujeres pertenecen a las generaciones nacidas entre 1969 y 1988, divididas en cuatro grupos quinquenales, con el objeto de analizar los cambios en el tiempo. Se trabaja con los datos ponderados, y se hace la distinción entre las localidades rurales y las urbanas.[1]

El material del trabajo se organiza en cinco secciones, cada una dedicada a uno de los eventos que conforman el proceso de transición a la vida adulta, así como las conclusiones. En la primera sección se analizan las principales características de la escolaridad de las mujeres jóvenes; se desconoce la edad en la que ellas dejan la escuela, pero se tienen otros elementos que proporcionan una aproximación a la temporalidad de esta transición. En la siguiente sección, se estudia la frecuencia y el calendario del primer ingreso a la actividad laboral. El inicio de la primera unión conyugal y su relación con la actividad laboral se analizan en la tercera sección. En la cuarta, se investiga la salida del hogar paterno, en relación con la formación de la primera unión conyugal. Para terminar, se presenta la ocurrencia del primer embarazo y su vinculación con otras transiciones en la vida de las jóvenes.

Escolaridad y egreso de la escuela

Uno de los cambios sociales más importantes en la segunda mitad del siglo XX en muchos países en desarrollo ha sido la expansión del sistema educativo, en especial de la educación básica. En México, tal expansión se caracterizó por una atención prioritaria a las localidades urbanas en las primeras décadas y, en épocas más recientes, por la procuración de escuelas en las localidades de menor tamaño.

En la vida de las personas, la expansión del sistema educativo se tradujo en una creciente asistencia, de manera que la trayectoria educativa se convierte en normativa. En años recientes, aún en las localidades rurales, prácticamente todos los niños asisten a la escuela en algún momento de su vida, y la permanencia en el sistema educativo se ha prolongado más. Las mujeres jóvenes entrevistadas en la Ensar 2003 nacieron entre 1969 y 1988, e iniciaron los estudios de primaria seis o siete años después, entre 1975 y 1995, y terminaron los nueve años de la educación básica a partir de 1984.[2] En estos años, diversos programas gubernamentales se abocaron a la expansión de la primaria en las localidades rurales y de la secundaria en las urbanas y, a partir de los años noventa, de la secundaria en las localidades rurales, en especial bajo la modalidad de educación a distancia (Mier y Terán y Rabell, 2002).

[1] Las rurales son las localidades que tienen menos de 2 500 habitantes.

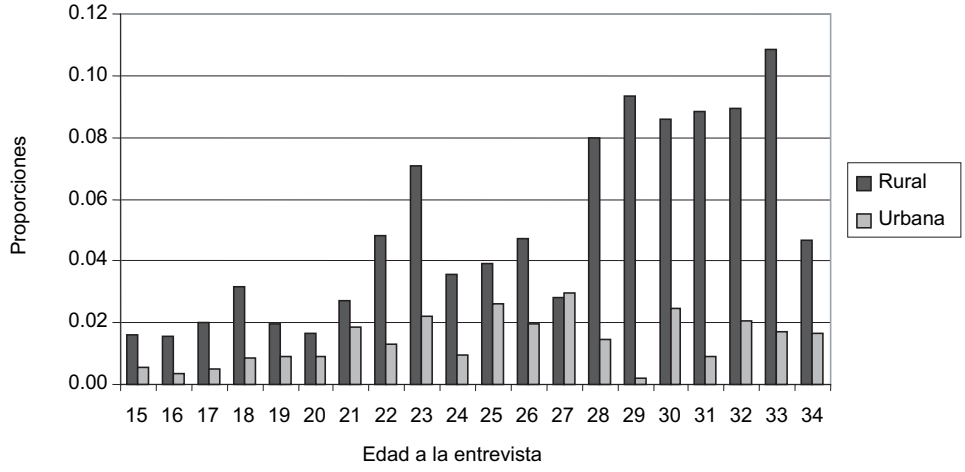
[2] En 1992, la legislación mexicana extendió la obligatoriedad de la educación primaria a la educación secundaria, de manera que ambos niveles conforman la educación básica.

Los datos de la Ensar 2003 muestran que la asistencia entre las jóvenes es generalizada, en especial en las localidades urbanas donde sólo una de cada cien mujeres de 15-34 años no asistió a la escuela; en las localidades rurales, esta proporción es de cinco de cada cien. Sin embargo, se observa una tendencia clara hacia la mayor asistencia entre las mujeres de generaciones más recientes en las localidades rurales, de manera que las diferencias rural-urbanas en la asistencia alguna vez a la escuela se han reducido en el tiempo (gráfica 1).[3]

Como reflejo de la mayor cobertura del sistema educativo y de la prolongación del periodo de estudios, una parte de las mujeres de 15-34 años declara que cursa la secundaria o niveles educativos más elevados (gráfica 2). Cuando se realizó la encuesta, casi una de cada seis mujeres jóvenes asistía a la escuela en las localidades rurales y una de cada cuatro en las urbanas. Sin embargo, como en estas edades es cuando las jóvenes abandonan sus estudios, la asistencia se reduce rápidamente con la edad: a los 15 años, 71 por ciento de las mujeres rurales y 79 por ciento de las urbanas asiste; mientras que, a partir de los 23 años, en las localidades rurales y de los 25 en las urbanas, menos del 10 por ciento de las mujeres asiste a la escuela. En las localidades rurales, una parte importante de las jóvenes termina su etapa de formación al concluir la secundaria, lo que con frecuencia ocurre entre los 15-16 años. En las localidades urbanas, los niveles educativos más altos se relacionan con una salida de la escuela más tardía y paulatina.

GRÁFICA 1

MUJERES JÓVENES QUE NUNCA ASISTIERON A LA ESCUELA

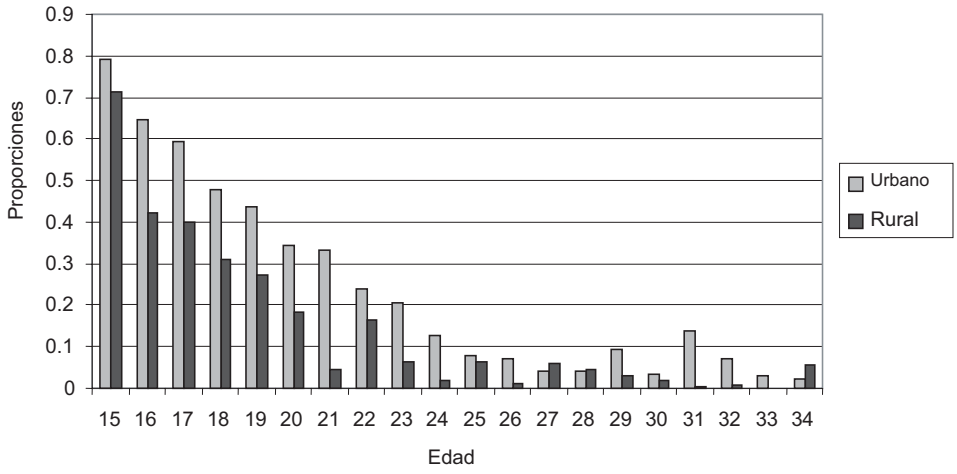


Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

[3] Para saber si la diferencia entre las distintas generaciones es estadísticamente significativa, se aplicó el estadístico de Pearson, con base en el diseño de la muestra. Entre las mujeres de las localidades rurales, su valor es F (15.07, 52356.55) = 2.7986, con P = 0.0002. En las localidades urbanas la diferencia no es significativa.

GRÁFICA 2

MUJERES JÓVENES QUE ASISTEN ACTUALMENTE A LA ESCUELA



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

El número de años aprobados en la escuela refleja la permanencia los logros en el sistema educativo. Cuando la repetición de grados no es común, el número de años aprobados proporciona una buena aproximación de la permanencia en la escuela y, también de la edad a la salida de ésta.[4] En 2003, las diferencias en el número de años aprobados entre localidades rurales y urbanas son marcadas. Las jóvenes han aprobado en promedio entre seis y ocho años en las localidades rurales, mientras que entre ocho y algo más de diez años en las urbanas (gráfica 3). En las edades más jóvenes, el número de años aprobados es inferior al alcanzado en las edades intermedias porque, entre las mujeres más jóvenes, una alta proporción aún asiste a la escuela y alcanzará un mayor número de años aprobados que el actual. En las edades mayores, las mujeres pertenecen a generaciones que asistieron en menor medida y tuvieron una permanencia más breve en la escuela. Los datos muestran que, en ambos tipos de localidades, existen diferencias estadísticamente significativas, según la edad de la mujer, las que sugieren una escolaridad creciente entre las generaciones más jóvenes.[5]

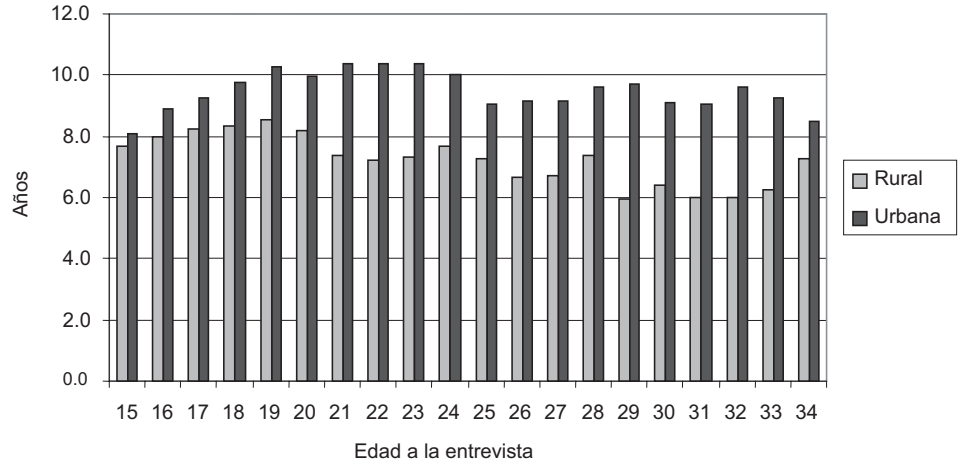
Otro indicador que complementa la descripción de los cambios en la permanencia y los logros escolares es el nivel educativo alcanzado entre las mujeres que asistieron a la escuela (gráficas 4 y 5). En las localidades pequeñas, en las generaciones de mayor edad, más de la mitad de las mujeres alcanzaba únicamente el nivel de primaria, una tercera parte llegaba a la secundaria y sólo una de cada diez llegaba a preparatoria o profesional. Entre las generaciones rurales más jóvenes, lo que más llama la atención es la notable reducción de la primaria como nivel educativo máximo (se reduce a menos de 20 por ciento) y el gran incremento de la secundaria y de la preparatoria. Cabe mencionar que algunas jóvenes que están en secundaria y continúan con sus estudios, alcanzarán niveles superiores; lo mismo sucede con las que actualmente asisten a la preparatoria y pueden llegar a nivel profesional. En las localidades urbanas, la primaria como nivel máximo de estudios se reduce de cerca de una tercera parte

[4] Desafortunadamente, en la Ensar no hay elementos sobre la frecuencia de la repetición. Otras fuentes señalan que, aunque es menos frecuente entre las mujeres que entre los hombres, ellas también repiten años, en especial en las localidades rurales (Pederzini, 2006).

[5] Analizamos las diferencias entre los años promedio en las distintas edades y el promedio para las mujeres de todas las edades con pruebas t y encontramos diferencias significativas entre las edades extremas.

GRÁFICA 3

NÚMERO MEDIO DE AÑOS APROBADOS EN LA ESCUELA

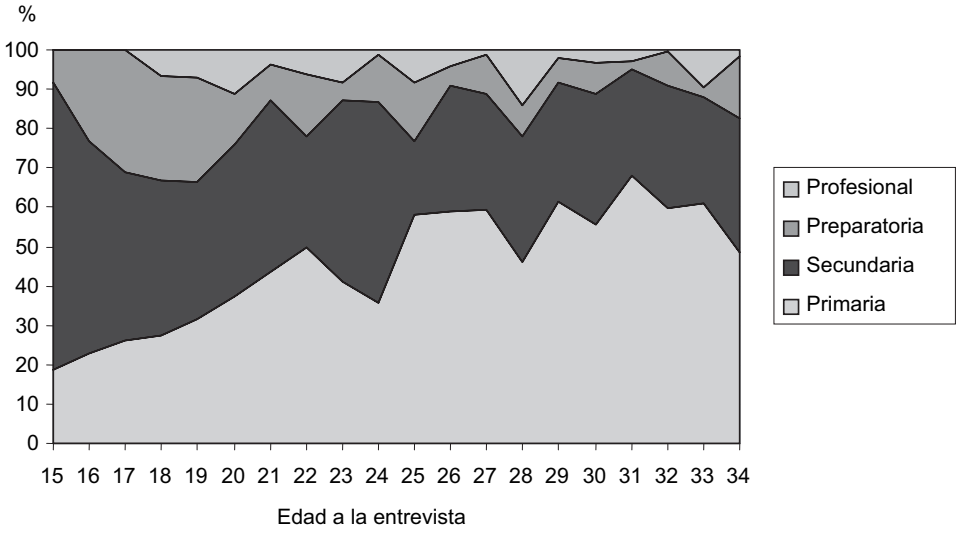


Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

entre las generaciones mayores a 15 por ciento entre las más jóvenes. No obstante, el cambio más notable es el incremento en los niveles de preparatoria y profesional. Entre las generaciones más jóvenes que han tenido el tiempo suficiente para llegar hasta los estudios profesionales, más de la mitad de las mujeres alcanza, al menos, el nivel de preparatoria, y cerca de una cuarta parte llega a cursar la normal con preparatoria, el nivel profesional o el posgrado.

GRÁFICA 4

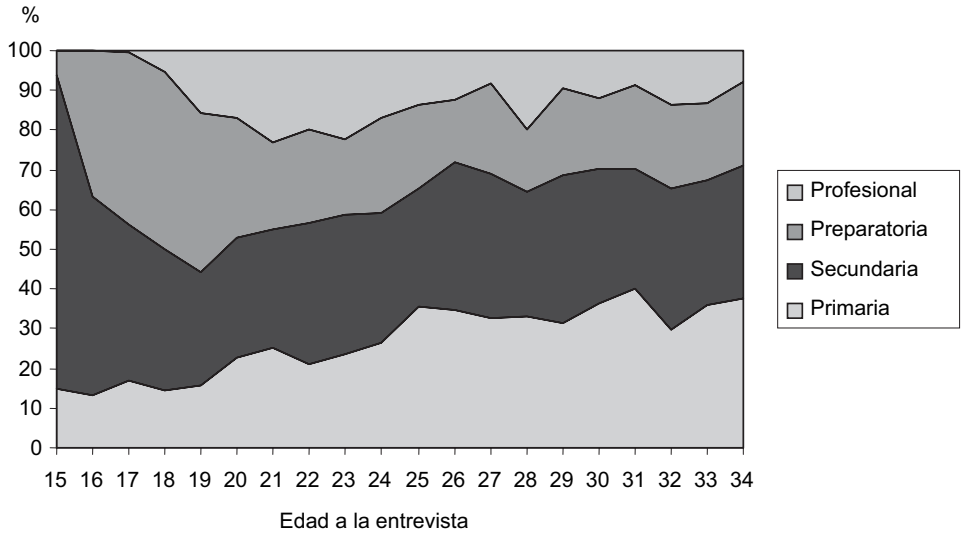
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO EN LOCALIDADES RURALES



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 5

NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO EN LOCALIDADES URBANAS



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

En resumen, las generaciones analizadas han tenido experiencias distintas en cuanto a oportunidades educativas que propician cambios en sus patrones de transición a la vida adulta. La trayectoria educativa era ya normativa entre generaciones anteriores a las aquí analizadas, pues aun entre las jóvenes de mayor edad, de 30 a 34 años, de las localidades rurales, la asistencia a la escuela es generalizada. El gran cambio que vivieron estas generaciones es la prolongación de la permanencia en la escuela, con la salida en edades más tardías, lo que les ha permitido alcanzar niveles educativos sustancialmente más elevados.[6]

Participación e ingreso a la actividad económica

La expansión del sistema educativo y la creciente demanda de mano de obra más calificada, propiciaron la prolongación del periodo de formación y se espera, en consecuencia, un retraso en el ingreso a la actividad laboral. Sin embargo, los datos de diversas fuentes han mostrado sólo una leve postergación, ya que, aún en años recientes, la participación en la actividad económica de niños y jóvenes es frecuente, en especial entre los varones (Mier y Terán y Rabell, 2005).

Otro cambio social importante en el país en la última mitad del siglo XX ha sido la progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo, en especial a partir de 1970 a 1980 (Pedrero, 1990; Oliveira *et al.*, 2001); esta tendencia ha estado muy vinculada a la creciente escolaridad de las mujeres. En los primeros años, se incorporaron principalmente las mujeres urbanas con niveles educativos más elevados. Después, la creciente participación de las mujeres en el mercado de trabajo se debió a la mayor continuidad laboral de todas las mujeres durante las

[6] Con datos de la Enajuv 2000, Echarri y Pérez (2001) señalan que las edades medianas a la salida de la escuela son 18.6 entre las jóvenes urbanas y 15.8 entre las rurales.

distintas etapas de su vida y a la incorporación de mujeres casadas, en especial en tiempos de recesión económica (García y Oliveira, 1994; Mier y Terán, 1996; Parrado y Zenteno, 2005).

De las jóvenes analizadas, casi una de cada tres (30 por ciento) declaró haber trabajado en la semana anterior a la entrevista en las localidades rurales y casi una de cada dos (43 por ciento) en las urbanas. En las localidades rurales, las actividades que desempeñan con mayor frecuencia las mujeres jóvenes son las relacionadas con la agricultura y con el comercio al por menor; su posición en el trabajo es bastante diversa, aunque con frecuencia son obreras o empleadas no agropecuarias, trabajadoras por su cuenta, trabajadoras domésticas sin retribución, y jornaleras y peonas. En las localidades urbanas, las actividades son más diversificadas, pero predominan el comercio al por menor y los servicios, ya sean profesionales, técnicos, personales o domésticos, que las jóvenes desempeñan siendo obreras o empleadas y trabajadoras por cuenta propia.

Por otra parte, debido a la división sexual del trabajo, es común que las mujeres jóvenes declaren las labores domésticas en sus hogares como su actividad principal. Entre las jóvenes analizadas, cerca de la mitad declara que se dedica a los quehaceres de su propio hogar; esta proporción es mayor en las localidades rurales.

El inicio de la actividad económica es una transición importante en la vida de las personas, porque marca la adopción del papel económico de trabajador y, con ello, el comienzo del proceso hacia la independencia económica respecto del hogar de los padres. La temporalidad con la que se inicia el primer trabajo es decisiva en el desarrollo ulterior de las personas, porque un inicio muy temprano se asocia a empleos no calificados, con condiciones precarias y que no propician la superación personal. Además, con frecuencia, el empleo en edades muy jóvenes impide la continuación de los estudios u origina un desempeño deficiente en la escuela y el consecuente abandono temprano.

En México, las mujeres empiezan a trabajar en edades muy jóvenes, en especial en las localidades rurales, pero también en las urbanas. Los datos de la Ensar 2003 muestran una estabilidad en el tiempo en la edad de ingreso a la actividad económica (cuadro 1). A los quince años, ya el primer cuartil de los cuatro grupos de generaciones trabaja, tanto en las localidades rurales como en las urbanas. La edad mediana, cuando la mitad de las jóvenes ya ha participado en la actividad económica, muestra una tendencia poco consistente: un leve aumento, pero una reducción entre las generaciones más jóvenes. Sólo en las localidades urbanas, el tercer cuartil muestra una tendencia clara, pero es a la reducción, al pasar de 22 años en las generaciones 1969-1973 a 19 años en las generaciones 1984-1988.[7] Es probable que este rejuvenecimiento en el calendario de las jóvenes urbanas esté más bien asociado a la creciente participación femenina en la actividad económica.

CUADRO 1

EDAD EN LA QUE AÚN NO TRABAJAN*

	Porcentaje					
	Rural			*Urbana*		
Generación	*75*	*50*	*25*	*75*	*50*	*25*
1984-1988	14	17		17	17	19
1979-1983	15	18		15	18	21
1974-1978	15	20		15	18	21
1969-1973	14	18		15	17	22

* Con base en la función de supervivencia.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La curva de supervivencia incluye a todas las generaciones de jóvenes y muestra de manera clara cuándo ingresan a la actividad laboral (gráfica 6). Los resultados evidencian un ingreso temprano en ambos tipos de localidades. A los doce años, cuando son unas niñas que sólo acaban de terminar sus es-

[7] En las localidades rurales, la participación en la actividad económica es menor, por lo que no se tienen edades en las que el 75 por ciento de las mujeres tiene experiencia laboral.

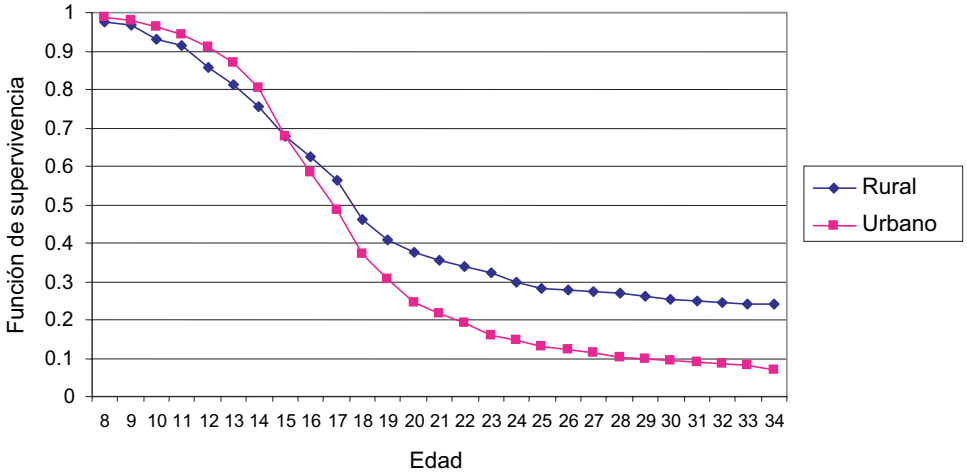
tudios de primaria y cuando legalmente no pueden trabajar, casi 15 por ciento de las mujeres rurales y 9 por ciento de las urbanas ya han iniciado su vida laboral. Dos años más tarde, a los catorce años, cuando no han tenido aún el tiempo de terminar los estudios de secundaria, cerca de 25 por ciento en localidades rurales y 20 por ciento en las urbanas ya ha trabajado. A los 17 años, casi la mitad de las mujeres ha iniciado su vida laboral en ambos tipos de localidades.[8] A partir de entonces, la experiencia de las mujeres rurales tiende a distanciarse de la de las urbanas, porque entre las primeras más de una quinta parte permanece sin participar en la actividad económica, mientras que casi todas las mujeres urbanas inician su vida laboral: menos de una de cada diez jóvenes no ha participado antes de los 35 años en la actividad económica.[9]

Otra forma de analizar la temporalidad del inicio de la actividad laboral es mediante tasas de riesgo (*hazard*) a las distintas edades (gráfica 7). Éstas señalan que el riesgo de iniciar la vida laboral antes de los diez años es levemente mayor en las localidades rurales, pero que, a partir de esta edad, el riesgo es significativamente mayor en las localidades urbanas. Los riesgos más altos se encuentran alrededor de los 18 años en las localidades rurales y dos años más tarde en las urbanas. Cabe señalar que, a los 20 años, el riesgo de iniciar la vida laboral es casi el doble en las localidades urbanas que en las rurales, y que el riesgo sea sumamente bajo a partir de los 30 años en las localidades rurales, mientras que en las urbanas permanece más alto hasta los 34 años.

Es posible concluir que no se observa una tendencia hacia la postergación del inicio de la activi-

GRÁFICA 6

MUJERES JÓVENES QUE AÚN NO HAN TRABAJADO



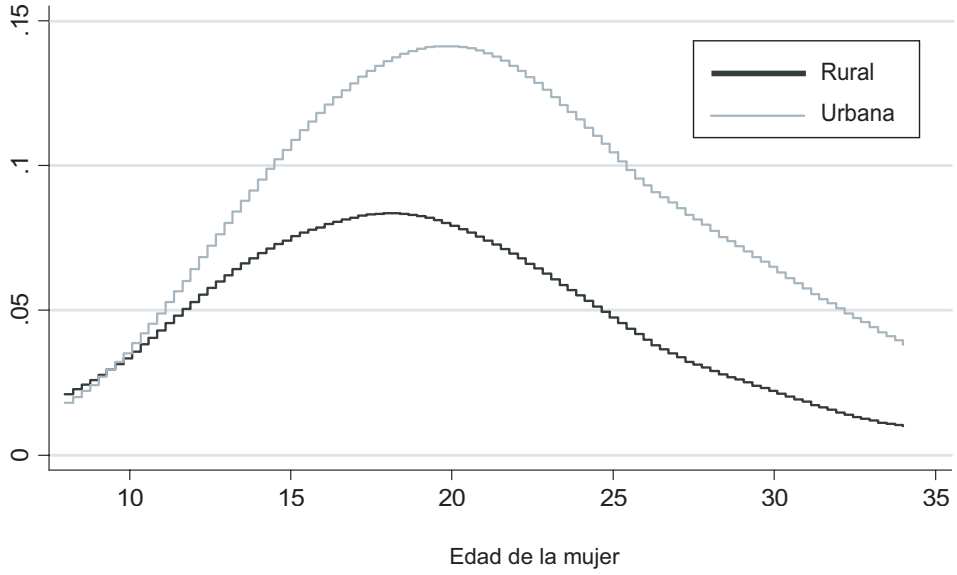
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

[8] Echarri y Sánchez (2001) encuentran valores muy semejantes para las edades medias al primer trabajo: 17.6 y 17.7 años para las jóvenes rurales y urbanas, respectivamente.

[9] La prueba de regresión de Cox para la igualdad de curvas de supervivencia muestra diferencias estadísticamente significativas. El riesgo relativo es de 0.7985 en las localidades rurales y de 1.0801 en las urbanas, y el estadístico Wald ji^2 (1) = 39.61 con Pr > ji^2 = 0.

GRÁFICA 7

EDAD AL INICIO DEL PRIMER TRABAJO, TASAS DE RIESGO (*HAZARD*)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

dad laboral femenina entre las generaciones analizadas, al menos en parte, porque al mismo tiempo se da una participación cada vez más frecuente. Lo que sí es evidente es la diferencia entre la experiencia de las jóvenes rurales y de las urbanas. Las primeras ingresan con mucha menor frecuencia a la actividad económica. También, en las localidades rurales, las mujeres que se incorporan a la actividad laboral lo hacen en edades tempranas, mientras que en las localidades urbanas hay una mayor dispersión del calendario de inicio del trabajo, asociada al ingreso a empleos con muy distintos niveles de calificación.

Inicio de la primera unión conyugal

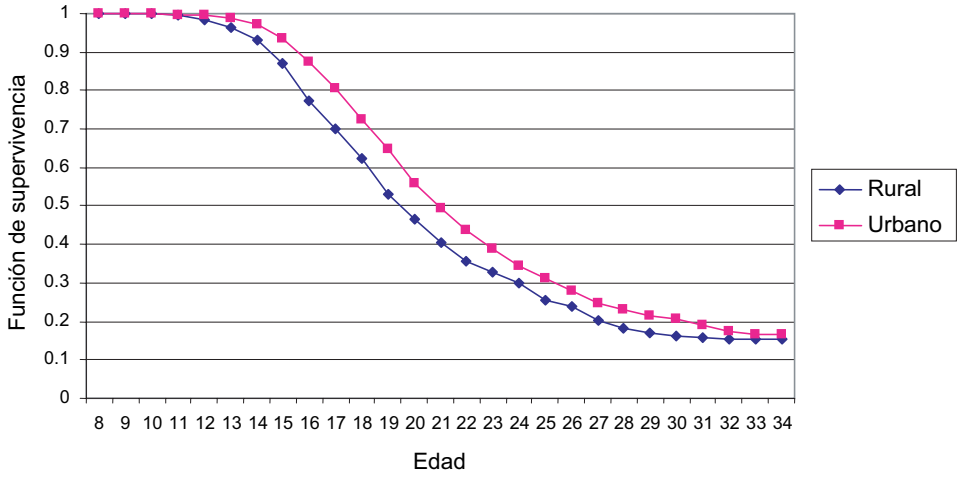
Las jóvenes de este estudio inician sus años casaderos a partir de de los años ochenta, cuando la edad promedio a la primera unión es cercana a los 21 años entre las mujeres y a los 24 entre los varones. Sin embargo, ya en esos años está en curso en el país un lento, pero persistente, proceso de retraso de las primeras nupcias, en especial entre las mujeres (Quilodrán, 2001). En cuanto a la intensidad de las primeras nupcias, las mujeres que permanecen solteras hacia el final de su vida reproductiva son pocas, alrededor de 7 por ciento, y su peso prácticamente no ha variado en las últimas décadas.

De las mujeres jóvenes aquí analizadas, más de una tercera parte (39 por ciento) permanece soltera en las localidades rurales y casi la mitad (46 por ciento) en las urbanas. Estas proporciones muestran claramente la mayor precocidad del matrimonio en las localidades rurales que en las urbanas. Los índices que se desprenden de la función de supervivencia aplicada a los distintos grupos de generaciones confirman el calendario temprano de las primeras nupcias, en especial entre las mujeres que residen en localidades rurales, y una tendencia consistente a retrasar este evento entre las generaciones más jóvenes (gráfica 8 y cuadro 2).

Las curvas de supervivencia de las mujeres solteras señalan que, a los 13 años, justo después de la edad en la que se espera se termine la primaria, ya algunas niñas rurales (3 por ciento) han iniciado una

GRÁFICA 8

MUJERES JÓVENES AÚN SOLTERAS



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 2

EDAD EN LA QUE AÚN SON SOLTERAS*

	Porcentaje					
	Rural			*Urbana*		
Generación	*75*	*50*	*25*	*75*	*50*	*25*
1984-1988	18			19		
1979-1983	17	20		18	23	
1974-1978	17	20	27	18	21	26
1969-1973	16	19	23	18	20	25

* Con base en la función de supervivencia.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

primera unión conyugal; tres años después, a la edad en que regularmente se terminan los estudios de secundaria, ya casi una de cada cuatro jóvenes rurales ha iniciado una primera unión, y 13 por ciento de las jóvenes urbanas también lo ha hecho (gráfica 8). A los 19.5 años, en las localidades rurales, y a los 21 años, en las urbanas, la mitad de las mujeres ha iniciado una primera unión conyugal.[10] Es interesante observar que, a los 34 años, las dos curvas se juntan, es decir, que a esta edad la proporción de mujeres alguna vez unidas en uno y otro tipo de localidad son semejantes.[11]

Las tasas de riesgo de contraer primeras nupcias confirman el inicio con un ritmo más rápido en las localidades rurales, en las que los valores de las tasas alcanzan su máximo poco después de los veinte años y ulteriormente descienden rápidamente (gráfica 9). En las localidades urbanas, las jóvenes inician su vida en pareja en edades más tardías y dispersas. Los riesgos más elevados se encuentran entre los 21 y 25 años, y después disminuyen a un paso más lento que en las localidades rurales. Cabe señalar que, a partir de los 26 años, los riesgos de contraer primeras nupcias son superiores entre las

[10] Echarri y Pérez (2001) obtienen valores de las edades medianas a la primera unión considerablemente más elevados: 21 años en las localidades rurales y 22.5 años en las urbanas. Las diferencias pueden deberse a una delimitación distinta de lo rural y de lo urbano o a una forma más prolija para captar el inicio de las uniones, aún de aquéllas que duran muy poco tiempo o que después se legalizan en la Ensar 2003.

[11] La prueba de regresión de Cox para la igualdad de curvas de supervivencia muestra diferencias estadísticamente significativas, según tipo de localidad. El riesgo relativo es de 1.2328 en las localidades rurales y de 0.9494 en las urbanas, y el estadístico Wald ji^2 (1) = 21.88 con Pr > ji^2 = 0.

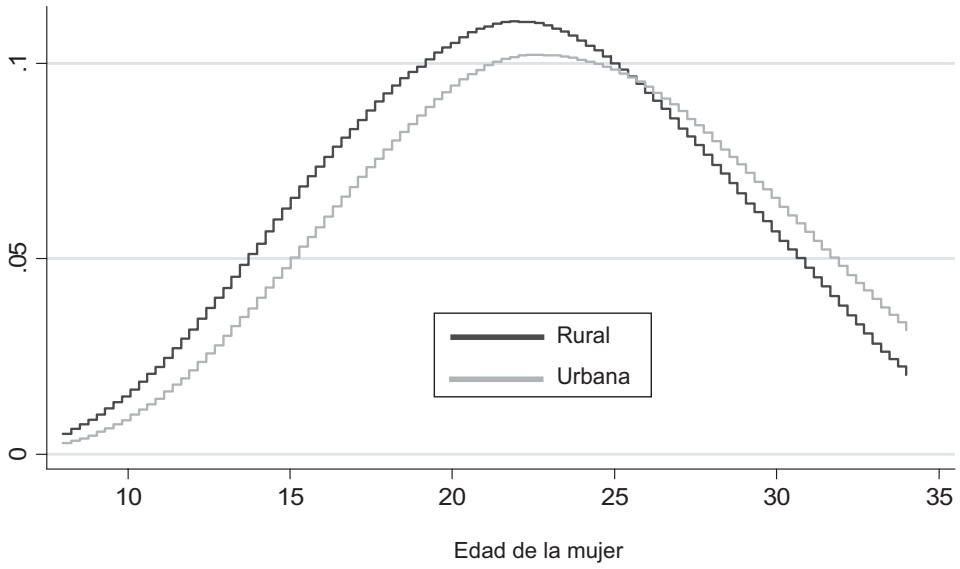
jóvenes de las localidades urbanas y que las diferencias entre las jóvenes rurales y las urbanas se acentúan con la edad. Esta tendencia, aunada a la similitud de las curvas de supervivencia a los 34 años, permite esperar que en las localidades urbanas las mujeres alcancen una intensidad mayor en su nupcialidad que en las localidades rurales, pues las mujeres urbanas se seguirán casando en primeras nupcias después de los 34 años, mientras que las rurales tienen muy pocas probabilidades de unirse después de esta edad.

Los grupos de generaciones analizados muestran una clara postergación de las primeras nupcias, tanto en las localidades rurales, como en las urbanas (cuadro 2). Entre las generaciones 1969-1973 y 1984-1988, la edad a la que ha ocurrido 25 por ciento de las primeras uniones pasa de 16 a 18 años en las localidades pequeñas y de 18 a 19 años en las más grandes. La edad mediana señala una postergación considerable entre las jóvenes urbanas, al pasar de 20 a 23 años en sólo una década, entre las generaciones de 1969-1973 y 1979-1983. En las localidades rurales, el mayor cambio se observa en el último cuartil, al pasar en sólo un quinquenio de 23 a 27 años. Cabe recordar que este aumento en las edades en las que las distintas proporciones de mujeres han contraído nupcias reflejaría una postergación temporal o definitiva del matrimonio.

Otro elemento que caracteriza la nupcialidad de las mujeres jóvenes es la diferencia de edad entre los cónyuges. La edad mayor de los varones en la pareja es una característica generalizada en las distintas sociedades, pero la diferencia de edades entre los cónyuges variará considerablemente. Se afirma que las parejas cuyos cónyuges tienen edades similares son más igualitarias.[12]

GRÁFICA 9

EDAD AL INICIO DE LA PRIMERA UNIÓN, TASAS DE RIESGO (*HAZARD*)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

[12] En sociedades con estructuras patrilineales y patrilocales, la estratificación por género se acentúa y la diferencia de edad entre los cónyuges suele ser mayor que en sociedades en las que predominan las estructuras de parentesco bilateral y la residencia neolocal (Casterline, Williams y McDonald, 1986). Además, en sociedades en las que la edad/generación es un eje de jerarquización importante, la mujer tiene menor autonomía en la pareja cuando su cónyuge es mucho mayor que ella.

Los datos de la Ensar muestran que, en ambos tipos de localidad de residencia, en la gran mayoría de las parejas conyugales (tres de cada cuatro) él es mayor que ella. Los cónyuges con la misma edad en casi 11 por ciento de las parejas; sólo en algo menos de 15 por ciento de los casos ella es mayor que él. Sin embargo, en las localidades rurales, donde predominan las estructuras familiares patrilineales y patrilocales, cuando él es mayor, la diferencia de edades entre los cónyuges es más acentuada que entre las parejas urbanas. La situación más frecuente en las localidades rurales (44 por ciento) el esposo es mayor que ella por casi 4 años menos. En las localidades urbanas, en cambio, es tan frecuente el caso en que el cónyuge tiene de uno a tres años más que ella (36 por ciento), como en el que la diferencia es de cuatro años o más (37 por ciento).

En síntesis, la formación de la primera unión conyugal entre las jóvenes es generalmente temprana, aunque hay una nítida tendencia a postergar esta transición, asociada a la prolongación del periodo educativo y a la mayor participación en la actividad económica. En las localidades rurales, las jóvenes inician su vida conyugal en edades más tempranas y con cónyuges de mayor edad, lo que las hace conformar parejas menos igualitarias que las de las jóvenes de las localidades urbanas. Además, después de los 25 años, el riesgo de que las jóvenes rurales formen una primera unión decrece rápidamente con la edad. Cabe subrayar que la postergación del inicio observada se asociaría a un cambio en el calendario o, también a una reducción de la intensidad de las primeras nupcias; cuando las generaciones nacidas en los setenta lleguen al final del periodo casadero, se conocerá con certeza la aportación de cada una de las dimensiones del cambio.

Inicio de la vida en pareja y continuidad en la participación laboral

El papel tradicional de la mujer como responsable de las tareas del hogar, así como procreadora y responsable de la crianza de los hijos se refleja en una menor participación en las labores productivas que los varones, en especial durante el periodo de formación de la familia y de su descendencia. Las jóvenes cuya participación en la actividad económica inicia cuando están solteras, con cierta frecuencia dejan de trabajar al iniciar su vida en pareja, o cuando ocurre su primer embarazo, o nace su primer hijo. Otros trabajos han establecido rasgos importantes sobre esta problemática en México y coinciden en señalar que la discontinuidad es frecuente, pero que tiende a reducirse en el tiempo (Mier y Terán, 1996; Oliveira *et al.*, 2001; Ariza y de Oliveira, 2004). En 1976 y en 1987, se observa que más de la mitad de las mujeres en edades reproductivas había trabajado antes de unirse por primera vez, pero sólo una de cada ocho mujeres continuaba trabajando durante el intervalo protogenésico y después del nacimiento del primer hijo en 1976; en 1987, esta proporción aumentó a una de cada cuatro.

Una batería de preguntas planteadas en la Ensar 2003 indaga en la relación entre la formación de la primera unión y la continuidad en la actividad laboral de las mujeres. Los datos muestran que el trabajo antes de la primera unión es frecuente: 51 por ciento de las jóvenes rurales alguna vez unidas y 72 por ciento de las urbanas trabajan cuando son solteras (cuadro 3). El tiempo promedio que trabajan antes de unirse es poco más de tres años, levemente menor en las localidades rurales que en las urbanas, porque, entre otras razones, la edad a la primera unión es más temprana en las poblaciones rurales. Después de contraer primeras nupcias, la participación en la actividad económica disminuye drásticamente. Se elaboraron las cuatro posibles combinaciones entre el trabajo antes y después de la unión, y se observó que, en las localidades rurales, lo más frecuente es no trabajar en los dos momentos (39 por ciento), mientras que en las localidades urbanas es trabajar antes, ya sea que se continúe trabajando (37 por ciento) o que se suspenda el trabajo a raíz de la unión (35 por ciento). La continuidad laboral, es decir, de las mujeres que trabajan antes, la proporción que continúa laborando después de la unión, es una de cada tres (38 por ciento) en localidades rurales y una de cada dos (52 por ciento) en las urbanas. El análisis por generación no muestra una tendencia clara en la continuidad laboral, porque, entre las generaciones más jóvenes, están sobrerrepresentadas las mujeres que se unen en edades muy tempranas, quienes han tenido poco tiempo para forjarse una trayectoria laboral antes de casarse y abandonan con mayor frecuencia el trabajo; por el contrario, entre las generaciones nacidas a fines de los sesenta y principios de los setenta, hay también mujeres que se casan en edades mayo-

res, ya que han tenido una trayectoria laboral más larga y es más probable que la continúen después de la unión.

CUADRO 3

ÍNDICES DE TRABAJO ANTES Y DESPUÉS DE LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL

	Rural	*Urbana*	*Total*
Trabajó antes	0.51	0.72	0.66
Tiempo de trabajo antes	3.24	3.54	3.48
Trabajó después	0.29	0.47	0.42
Trabajó antes y después	0.20	0.37	0.32
Dejó de trabajar después	0.32	0.35	0.34
Inició trabajo después	0.09	0.10	0.10
Ni antes ni después	0.39	0.18	0.24
Continuidad			
Entre quienes trabajaron antes, las que trabajaron después (generaciones)			
1984-1988	0.25	0.31	0.29
1979-1983	0.47	0.44	0.45
1974-1978	0.37	0.57	0.54
1969-1973	0.35	0.54	0.51
Todas	0.38	0.52	0.49

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

De esta manera, la participación económica de las mujeres en las localidades rurales es particularmente baja, ya que hay menos mujeres que trabajan antes de la unión y porque el abandono después de su unión es mucho más común. Finalmente, en ambos tipos de localidades, cuando la mujer no inicia su vida laboral antes del matrimonio, la probabilidad de que lo haga después es muy baja: sólo una de cada diez mujeres participa por primera vez en la actividad económica después de haber iniciado una unión conyugal.

Salida del hogar familiar

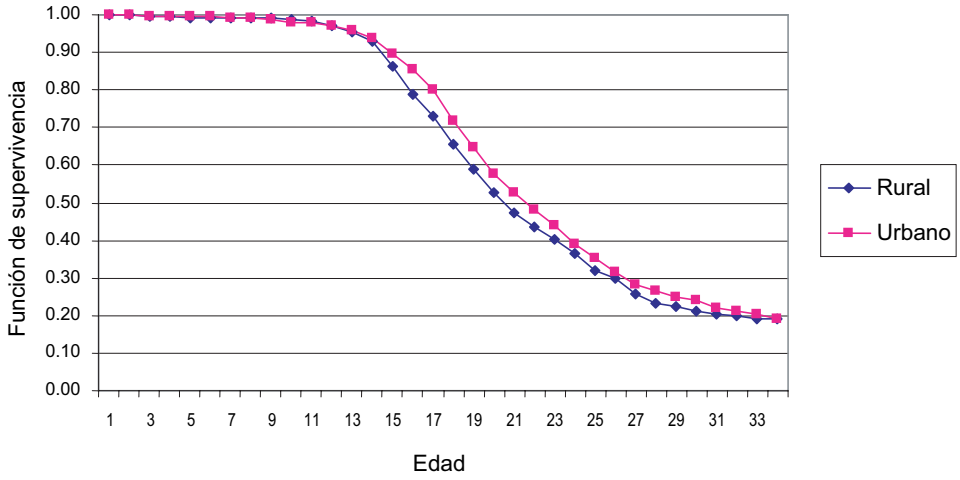
La salida del hogar familiar es una transición muy poco estudiada en los países en desarrollo. Se ha considerado que aquélla está siempre supeditada a la formación de una unión conyugal o a cierto tipo de migración, además de que tiene poca trascendencia. No obstante, en el proceso de transición a la vida adulta, la salida del hogar familiar tiene importancia en sí misma, porque muestra la capacidad de las personas de formar un hogar con residencia independiente de la de los padres. Además, en ocasiones, la salida del hogar paterno no estaría relacionada con cambios en el estado conyugal de las personas. Los jóvenes que han postergado el inicio de una unión conyugal elegirían la independencia residencial respecto de los padres. También, por diversas razones, como la falta de capacidad económica de los hijos o de los padres, o bien la complementariedad en las actividades de hijos y padres, o una forma de transferencia de la riqueza familiar entre generaciones, los hijos casados optan por permanecer más o menos tiempo en el hogar de los padres (Mier y Terán, 2003).

Los datos de la Ensar muestran que la salida del seno familiar también se inicia en edades tempranas. La proporción de mujeres de 14-34 años que permanece en el hogar paterno es 44 por ciento en las localidades rurales y 48 por ciento en las urbanas. En los primeros años de vida, la salida del hogar paterno es muy poco frecuente, antes de los diez años, menos de 1 por ciento de las niñas ha salido del hogar familiar en ambos tipos de localidades (gráfica 10); a los 14 años, sólo 6 o 7 por ciento lo ha hecho. A partir de los quince años, la proporción que ha salido empieza a volverse más evidente, en especial entre las jóvenes de las localidades rurales. En éstas, la mitad de las mujeres ha salido del hogar paterno entre los 20 y los 21 años; en las localidades urbanas, esto sucede un año después.[13] A los 34 años, las dos curvas se unen, al igual que en el caso de la primera unión. A esta edad, alrededor del 20 por ciento de las mujeres permanece en

[13] A partir de los datos de la Enajuv 2000, las edades medianas de la salida del hogar paterno son 20.8 años entre las jóvenes rurales y 22.4 años entre las urbanas (Echarri y Pérez, 2001). Estos valores son cercanos a los obtenidos con la Ensar 2003.

GRÁFICA 10

MUJERES JÓVENES QUE AÚN RESIDEN EN EL HOGAR DE LOS PADRES



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

el hogar de los padres en ambos tipos de localidad de residencia.[14]

Las tasas de riesgo de la salida del hogar paterno muestran valores muy bajos hasta los ocho o nueve años de edad y, a partir de entonces, empiezan a incrementarse de manera cada vez más acentuada hasta llegar a un máximo poco después de los veinte años en las localidades rurales y un poco más en las urbanas (gráfica 11). A partir de entonces, el riesgo se reduce acentuadamente, en especial en las localidades rurales.

A pesar de las coincidencias entre las curvas de la formación de la primera unión conyugal y las de la salida del hogar paterno, también hay ciertas diferencias que interesa destacar. Las tasas de riesgo de la salida del seno familiar nunca alcanzan los valores tan elevados que logran las de formar una primera unión conyugal, lo que muestra que la salida del hogar de los padres ocurre en edades más dispersas y con menor intensidad que la formación de la primera unión conyugal, como se verá en los siguientes párrafos.

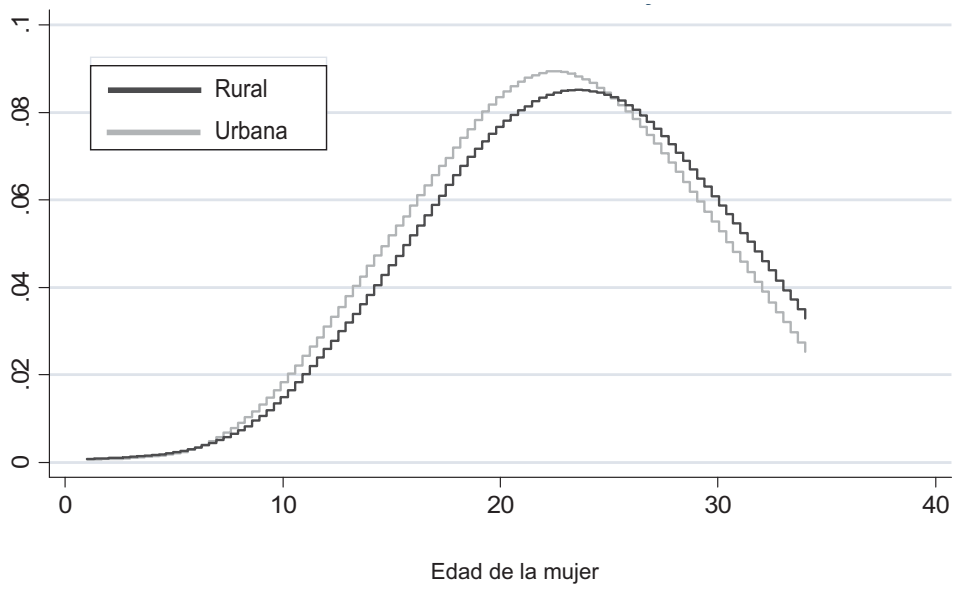
El análisis generacional señala un retraso en la edad de salida del hogar de los padres, con ciertas semejanzas al de la formación de la primera unión conyugal, aunque menos nítido (cuadro 4). En las poblaciones rurales, las edades en las que el primer cuartil de las mujeres ya ha salido del hogar paterno aumentan de 16 a 18 años, igual que en el caso de las primeras nupcias; en las localidades urbanas, no hay cambio alguno. El aumento más evidente es en el tercer cuartil, que va de 24 años en las localidades rurales y 26 en las urbanas, a 29 años en ambos tipos de poblaciones. Llama la atención que, en el tercer cuartil, la salida del hogar de los padres ocurre dos o tres años después de cuando ocurre con el tercer cuartil de la formación de la primera unión conyugal; esto muestra claramente la permanencia de las hijas casadas en el hogar familiar.

Es elocuente el hecho de que sólo una de cada dos parejas recién constituidas forma un hogar con residencia independiente, sin importar el tipo de localidad donde residen (cuadro 5). La proporción de

[14] La prueba de regresión de Cox para la igualdad de curvas de supervivencia muestra diferencias estadísticamente significativas, según el tipo de localidad, pero menos acentuadas que en el caso del inicio de la actividad laboral y de la formación de la primera unión. El riesgo relativo es de 1.123 en las localidades rurales y de 0.9696 en las urbanas, y el estadístico Wald ji^2 (1) = 6.97 con Pr > ji^2 = .008.

GRÁFICA 11

EDAD A LA SALIDA DEL HOGAR DE LOS PADRES, TASAS DE RIESGO (*HAZARD*)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

parejas que viven solas tiende a reducirse entre las generaciones más jóvenes. Es probable que esta reducción acentuada se deba a que, entre estas generaciones, hay una sobrerrepresentación de parejas que se unen en edades sumamente tempranas y que tienen menos recursos para independizarse. Sin embargo, la menor independencia residencial entre las generaciones más jóvenes también sería resultado de cambios en los patrones de residencia de las parejas recién formadas.

CUADRO 4

EDAD EN LA QUE AÚN RESIDEN EN EL HOGAR PATERNO*

	Porcentaje					
	Rural			*Urbana*		
Generación	*75*	*50*	*25*	*75*	*50*	*25*
1984-1988	18					
1979-1983	17	21		18		
1974-1978	17	22	29	18	21	29
1969-1973	16	20	24	18	21	26

* Con base en la función de supervivencia.

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 5

ÍNDICES DE LA RESIDENCIA DESPUÉS DE LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL

	Rural	*Urbana*	*Total*
Viven solos después de la primera unión conyugal			
Generación			
1984-1988	0.24	0.28	0.27
1979-1983	0.40	0.44	0.43
1974-1978	0.49	0.53	0.52
1969-1973	0.60	0.55	0.56
Todas	0.47	0.50	0.49
Los que no vivieron solos,lo hicieron con			
Padres de ella	0.09	0.23	0.19
Padres de él	0.81	0.69	0.72
Familiares de ella	0.01	0.03	0.02
Familiares de él	0.08	0.05	0.05
Amigos u otros	0.01	0.00	0.00

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Las parejas que no forman un hogar independiente siempre vivirán con familiares, en un sistema familiar claramente patrilocal. En las localidades rurales, el 90 por ciento de estas parejas vivirá con los padres o los familiares del cónyuge, y sólo el 10 por ciento con los familiares de ella. En las localidades urbanas, también predomina la residencia patrilocal, aunque una proporción mayor se asienta con los familiares de la cónyuge (23 por ciento).

En la perspectiva del curso de vida, es interesante estudiar también a las parejas sin un hogar independiente, porque permanecen en el hogar de los padres, ya sea de él o de ella. Los datos muestran que 48 por ciento de las parejas rurales recién constituidas y 46 por ciento de las urbanas permanece en el hogar de los padres y no forma un hogar residencialmente independiente, al menos no después de la unión.

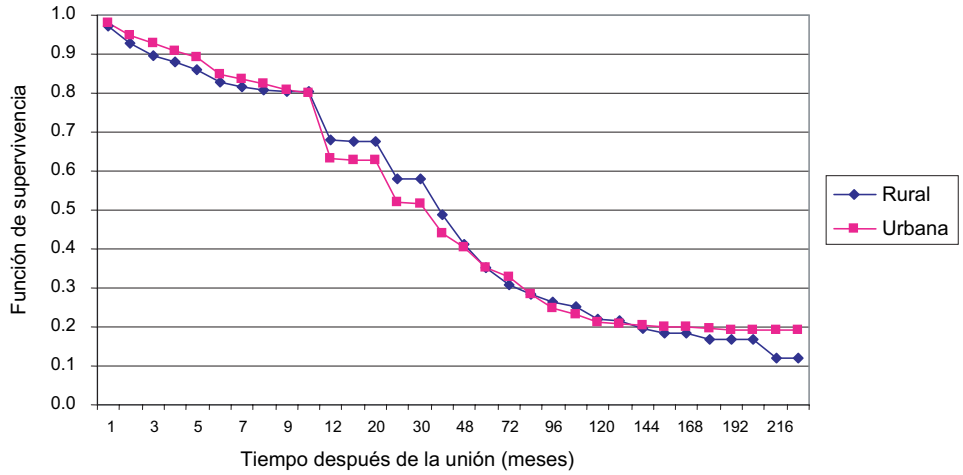
El tiempo que las parejas permanecen con los padres u otros parientes es muy variable, tanto en las localidades rurales como en las urbanas, pero, en todo caso, no predominan los periodos muy cortos (gráfica 12). De las parejas sin independencia residencial al casarse, a los diez meses después de la unión, sólo ha salido del hogar de los parientes un 20 por ciento y, a los tres años, todavía cerca de la mitad de estas parejas permanece en el hogar de los familiares. A los ocho años, una de cada cuatro permanece todavía en el hogar de sus parientes.

Para las mujeres sin formar un hogar independiente, luego de unirse por vez primera, el riesgo de independizarse es relativamente alto en los primeros meses, y aumenta hasta alcanzar su máximo entre los tres y los cinco años después de la unión (gráfica 13). Hasta los diez años, las diferencias entre las curvas, según tipo de localidad de residencia, son leves, siendo la salida algo más temprana en las zonas urbanas; en las duraciones más largas, los riesgos de egreso son mayores en las poblaciones rurales.

Otro caso en el que tampoco coincide la salida del hogar paterno con la formación de una unión conyugal es cuando las jóvenes salen siendo solteras, frecuentemente por motivos de estudio o de trabajo. De las jóvenes alguna vez unidas en el momento de la encuesta, 18 por ciento declaró haber salido del hogar de sus padres antes de casarse por primera vez, y lo hizo en promedio a los quince años. De las jóvenes solteras en el momento de la entrevista,

GRÁFICA 12

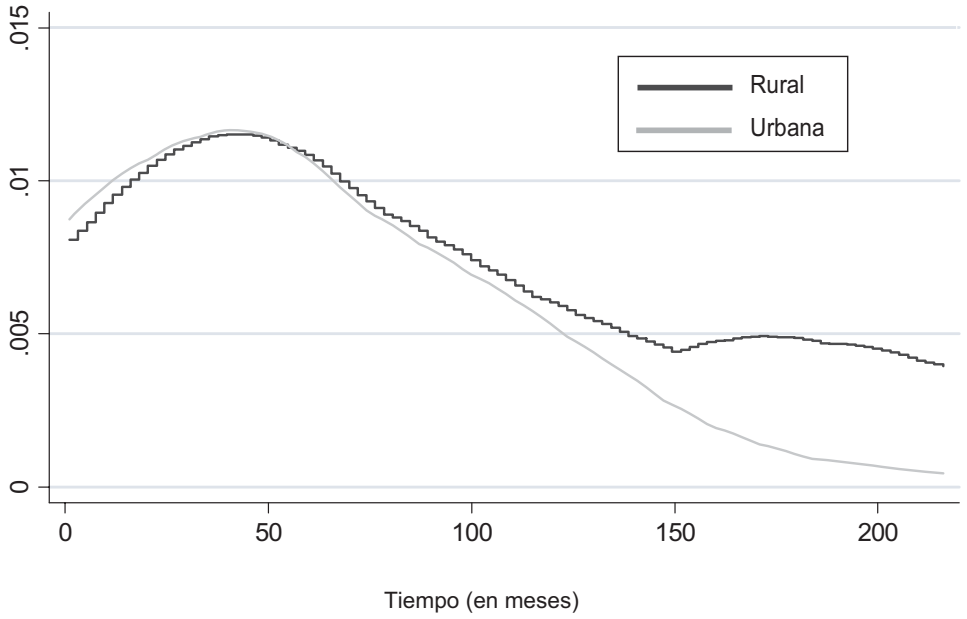
DURACIÓN DE LA RESIDENCIA CON OTROS PARIENTES DESPUÉS DE LA PRIMERA UNIÓN



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 13

TIEMPO QUE PERMANECEN DESPUÉS DE FORMARSE LAS PAREJAS CON OTROS PARIENTES, TASAS DE RIESGO (*HAZARD*)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

14 por ciento se había ido a vivir a otro lugar y había regresado al seno paterno; en promedio, estas salidas ocurrieron una poco más tarde, a los 16 años. En estos casos de alejamiento de las hijas solteras del hogar familiar, llama la atención la similitud en la frecuencia y las edades de ocurrencia entre las localidades rurales y las urbanas.

Así, la salida de las jóvenes del hogar paterno está ciertamente vinculada a la formación de la primera unión. No obstante, tanto en localidades rurales como en las urbanas, la permanencia en el hogar familiar del cónyuge después de casadas es una práctica muy frecuente, y la estadía suele prolongarse por varios años. Además, el éxodo de las jóvenes solteras del hogar paterno por otros motivos también es una opción.

Ocurrencia del primer embarazo

El proceso que marca la transición del joven al papel social de madre o de padre abarca el periodo del embarazo y el nacimiento del primer hijo. Es común que para operacionalizarlo se considere exclusivamente este último hecho. No obstante, en la Ensar 2003 se cuenta con una serie de preguntas que vinculan la ocurrencia del primer embarazo con otros eventos que marcan el proceso de transición a la vida adulta —el abandono de la escuela, la actividad laboral y la salida del hogar paterno—, por lo que se decidió incluir la ocurrencia del primer embarazo como una aproximación a la transición a la maternidad.

El inicio de la vida reproductiva en México ha sido tradicionalmente temprano y, hasta la década de los ochenta, había mostrado sólo un leve aplazamiento en el proceso de descenso de la fecundidad, en las localidades urbanas (Naciones Unidas, 1993). Con la misma óptica transversal, se ha observado que la edad mediana al nacimiento del primer hijo aumenta de 21 años en los años setenta a casi 23 años a fines de los noventa (Mier y Terán y Partida, 2001). En un reciente estudio, mediante un análisis multivariado en el que se controlan distintas características socioeconómicas de las mujeres, se muestra una postergación leve, pero significativa, del na-

cimiento del primer hijo entre las generaciones nacidas a partir de 1963 (Miranda, 2006). Esta lenta postergación se ha relacionado con el incremento en la edad a la primera unión conyugal, porque el intervalo entre el matrimonio y el primer nacimiento es corto y no ha presentado mayores cambios. Por otra parte, se sabe que la fecundidad de las mujeres jóvenes (menos de veinte años) ha disminuido, aunque su peso relativo ha mostrado cierto aumento, porque la reducción de la fecundidad ha sido más acentuada en las edades mayores.

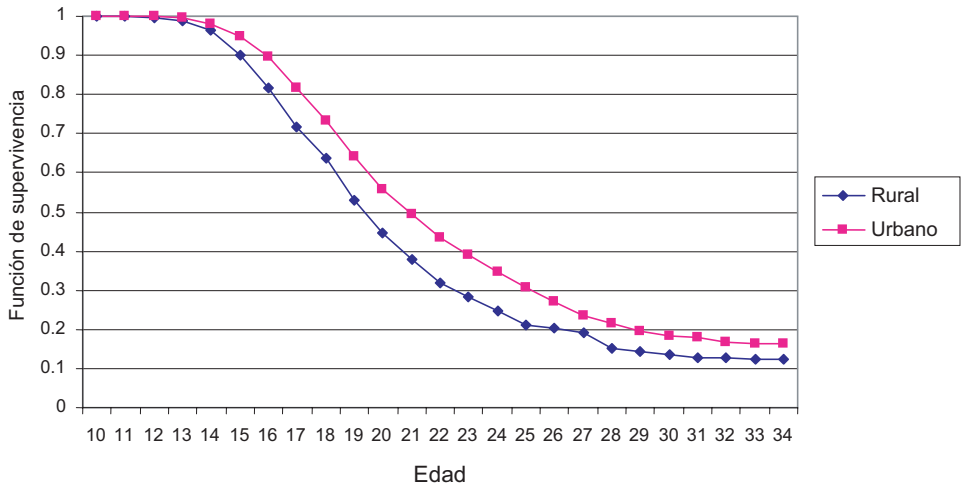
En 2003, de las mujeres de 15-34 años, 55 por ciento ha estado encinta; esta proporción es significativamente mayor entre las mujeres rurales (61 por ciento) que entre las urbanas (54 por ciento). De las mujeres que declararon haber estado preñadas alguna vez, sólo 3 por ciento dijo no haber tenido hijos nacidos vivos en las localidades rurales; esta proporción es algo mayor (5 por ciento) en las localidades urbanas.[15]

La edad al primer embarazo es, generalmente, temprana, en especial en los poblados rurales (gráfica 14). Las curvas de supervivencia muestran que, a los quince años de edad, 10 por ciento de las jóvenes rurales y 5 por ciento de las urbanas ya ha experimentado un embarazo. A partir de entonces, las curvas disminuyen rápidamente. Un año después, a los 16, 20 por ciento de las jóvenes rurales y 10 por ciento de las urbanas ha estado embarazada. Entre los 19 y 20 años, la mitad de las mujeres rurales han tenido su primer embarazo y, a los 21, también la mitad de las urbanas lo ha experimentado. A los 29 años, sólo una de cada cinco mujeres urbanas y sólo una de cada siete rurales permanece sin embarazarse.[16]

Las tasas de riesgo tienen valores muy bajos a los diez años, pero pronto empiezan a aumentar rápidamente, en especial en las localidades rurales (gráfica 15). Los valores máximos se encuentran entre los 19 y los 23 años en estas localidades. Entre las

GRÁFICA 14

MUJERES JÓVENES AÚN SIN EMBARAZO ALGUNO



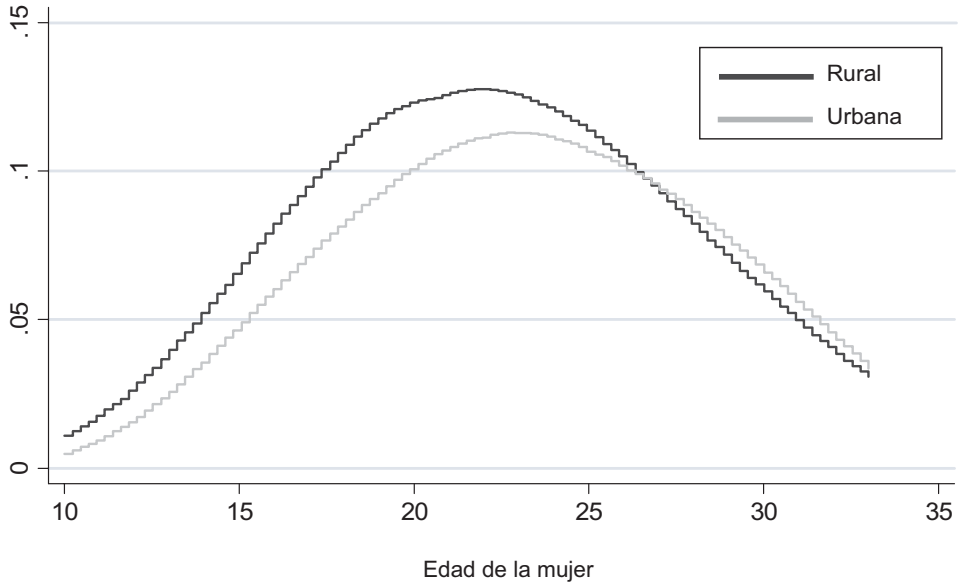
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

[15] Estas proporciones se explican por la ocurrencia de abortos espontáneos y neonatos muertos. Sin embargo, la mayor frecuencia en las localidades urbanas se relacionaría con el aborto inducido.

[16] La prueba de regresión de Cox para la igualdad de curvas de supervivencia muestra diferencias estadísticamente significativas, según el tipo de localidad. El riesgo relativo es de 1.2683 en las localidades rurales y de 0.9398 en las urbanas, y el estadístico Wald ji^2 (1) = 32.07 con Pr > ji^2 = .0000.

GRÁFICA 15

EDAD AL PRIMER EMBARAZO, TASAS DE RIESGO (*HAZARD*)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

jóvenes urbanas, los valores de las tasas de riesgo en la cúspide de la curva nunca son tan elevados como entre las féminas rurales, y la cúspide es más dilatada y tardía. A los 27 años, las curvas se entrecruzan y los riesgos de un primer embarazo son levemente superiores entre las jóvenes urbanas. Esto muestra con claridad el inicio más temprano de la maternidad entre las mujeres de las localidades rurales.

El análisis por generación corrobora la tendencia a la postergación observada a partir de otras fuentes (Miranda, 2006), aunque revela cierta heterogeneidad, según el índice analizado y el tipo de localidad de residencia. A pesar de la expansión del sistema educativo, la edad del primer cuartil permanece en 17 años entre las jóvenes rurales y en 18 entre las urbanas en las distintas generaciones (cuadro 6). Más aún, en las localidades rurales, la edad mediana se reduce de 20 a 19 años. En estas zonas, se observa un aplazamiento del primer embarazo sólo en el tercer cuartil, donde aumenta de 22 años a 25, entre las generaciones 1969-1973 y 1974-1978. También llama la atención que las diferencias por tipo de residencia sean poco marcadas: generalmente el primer embarazo ocurre sólo un año más tarde entre las jóvenes de los centros urbanos.[17]

CUADRO 6

EDAD EN LA QUE AÚN NO TIENEN EMBARAZO ALGUNO*

	Porcentaje					
	Rural			*Urbana*		
Generación	*75*	*50*	*25*	*75*	*50*	*25*
1984-1988						
1979-1983	17	19		18		
1974-1978	17	20	25	18	21	26
1969-1973	17	20	22	18	20	25

* Con base en la función de supervivencia.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

[17] Echarri y Pérez (2001) calculan edades medianas al nacimiento del primer hijo más tardías: 22.1 años entre las jóvenes rurales y 23.1 entre las urbanas.

Tanto las curvas de la función de supervivencia, como las de las tasas de riesgo de la formación de una primera unión conyugal y de concepción de un primer embarazo son sumamente similares, lo que confirma la permanencia de la estrecha vinculación entre los dos sucesos en la sociedad mexicana, aun en las generaciones más jóvenes. No hay indicios de que las parejas recién formadas deseen postergar el inicio de su descendencia. De hecho, con frecuencia es el embarazo fuera de unión el hecho que detener la formación de la unión de la pareja (Gómez de León, 2001).

Relación entre el primer embarazo y las otras transiciones a la vida adulta

Las preguntas sobre el momento en que acontece el primer embarazo en la transición a la vida adulta en los ámbitos público y familiar, así como la reacción que las jóvenes adoptan ante el embarazo, proporcionan elementos importantes para entender el proceso en los ámbitos rural y urbano.

En 14 por ciento de los casos el primer embarazo ocurre cuando la joven se encuentra estudiando (cuadro 7). Esta proporción es mayor en las localidades urbanas (17 por ciento) que en las rurales (7 por ciento), porque el inicio de la maternidad es más tardío y el periodo de educación formal es más prolongado entre las primeras. Sin embargo, la respuesta al embarazo en lo concerniente a los estudios es semejante en los dos tipos de localidades: más de la mitad de las estudiantes que se embarazan abandonan los estudios.

Respecto de la participación en el mercado laboral, más de una de cada tres jóvenes trabaja cuando se embaraza por primera vez. Se mostró que las jóvenes rurales participan en menor medida en la actividad económica que las urbanas, por lo que es más frecuente el embarazo entre trabajadoras en estas últimas localidades. Algo más de la mitad de las trabajadoras (rurales y urbanas) interrumpe su vida laboral a raíz del embarazo.

Las jóvenes que viven en casa de los padres cuando ocurre el primer embarazo representan casos en condiciones que serían muy distintas. Se encuentran las hijas casadas que permanecen en la casa de los padres con el cónyuge, para quienes socialmente el embarazo no significa problema alguno, pero también están las hijas solteras, para quienes un embarazo representaría un conflicto mayor. El sistema patrilocal más acentuado en las localidades rurales origina que el primer embarazo ocurra con menor frecuencia cuando las mujeres viven en la casa de sus padres, que en las localidades urbanas (cuadro 7). A pesar de estas diferencias, llama la atención que casi la mitad de las mujeres salgan del hogar de

CUADRO 7

INDICADORES DE LA RELACIÓN ENTRE EL PRIMER EMBARAZO, EL ESTUDIO, EL TRABAJO, LA RESIDENCIA EN LA CASA PATERNA Y LA PRIMERA UNIÓN CONYUGAL

	Rural	*Urbana*	*Total*	*Diferencia significativa rural/urbana**
Estudiaba cuando se embarazó	0.07	0.17	0.14	Sí
Dejó los estudios al embarazarse	0.63	0.57	0.58	No
Trabajaba cuando se embarazó	0.26	0.41	0.37	Sí
Dejó el trabajo al embarazarse	0.61	0.53	0.54	No
Vivía en casa de los padres al embarazarse	0.27	0.43	0.39	Sí
Dejó la casa de los padres por embarazo	0.52	0.44	0.46	No
Soltera cuando se embarazó	0.15	0.21	0.2	—
Permaneció soltera después del embarazo	0.05	0.06	0.06	—

* Estimador de Pearson, basado en el diseño de la muestra, p = 0.000.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

los padres cuando acontece el embarazo en ambos tipos de localidades.

Hubiera sido interesante conocer directamente si el primer embarazo pasa cuando la mujer es soltera y si se formaliza la unión debido al embarazo. No se cuenta con esta información, pero sí es posible suponer o aproximarse, mediante la comparación de la edad a la primera unión y la de la ocurrencia del primer embarazo. A partir de estos datos, se observa que, en ambos tipos de localidades, casi uno de cada cinco primeros embarazos ocurre a mujeres solteras. En su mayoría, las solteras que se embarazan forman más tarde una unión conyugal: sólo una de cada tres mujeres que han tenido al menos un embarazo permanecería soltera en el momento de la entrevista (cuadro 7).

Conclusiones

El gran cambio experimentado por las jóvenes mexicanas en su proceso de transición a la vida adulta ha sido la prolongación de su periodo de formación y la salida más tardía de la escuela, con niveles educativos más elevados, tanto en las localidades rurales, como en las urbanas. Este cambio relevante ha estado vinculado con una leve pero persistente y generalizada postergación del inicio de la primera unión conyugal entre las generaciones 1969-1988. Las otras transiciones a la vida adulta, el ingreso a la actividad económica, la salida del hogar de los padres y el primer embarazo, muestran poco cambio y tendencias menos nítidas en el tiempo.

Sobre la vinculación entre los distintos hechos que marcan la adopción de funciones adultas, fue posible estimar la frecuente discontinuidad laboral durante las etapas de formación de la familia, en las localidades rurales y en las urbanas. También se mostró que es muy común que las parejas recién formadas permanezcan en el hogar de familiares, generalmente de los padres, en un sistema patrilocal, durante periodos relativamente prolongados. Finalmente, se señaló que el primer embarazo ocurre con cierta frecuencia cuando la joven se encuentra en su etapa de formación y asiste aún a la escuela, particularmente en las zonas urbanas, y que en más de la mitad de los casos la joven embarazada abandona sus estudios. Con la tendencia a la prolongación de la etapa formativa y sin cambios sustantivos en los patrones reproductivos de los jóvenes, el número de estudiantes que se embarazan irá creciendo y serán jóvenes que limitarán sus posibilidades de desarrollo futuro. Esta problemática debe atenderse por parte de las instituciones involucradas: la familia, las escuelas y el sector salud, de manera que las jóvenes continúen sus estudios y adquieran las capacidades que les permitan acceder a mejores condiciones de vida.

Sería interesante continuar este análisis para lograr una mayor vinculación de la temporalidad de las transiciones y establecer los caminos por los que optan las jóvenes en su adopción de responsabilidades adultas en los distintos contextos, tanto en el ámbito público como en el familiar.

Fuentes

Ariza, Marina y Orlandina de Oliveira (2004). "Unión conyugal e interrupción de la trayectoria laboral", en Marie Laure Coubes *et al.*, eds. *Cambio demográfico y social en el México en el siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. México, Cámara de Diputados-Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey-El Colegio de la Frontera Norte-Miguel Ángel Porrúa.

Casterline, John B., Lindy Williams y Peter McDonald (1986). "The Age Difference Between Spouses: Variations among Developing Countries", *Population Studies* 40, núm. 3.

Coubes, Marie-Laure y René Zenteno (2004). "Transición hacia la vida adulta en el contexto mexicano: una discusión a partir del modelo normativo", en Marie Laure Coubes *et al.*, eds. *Cambio demográfico y social en el México en el siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. México, Cámara de Diputados-Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey-El Colegio de la Frontera Norte y Miguel Ángel Porrúa.

Echarri, Carlos y Julieta Pérez (2001). "Becoming Adults: Life Course Transitions in Mexican Young People". Salvador de Bahía, Brasil, ponencia presentada en la XXIV Conferencia General de Población, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población.

García, Brígida y Orlandina de Oliveira (1994). *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.

Gómez de León, José (2001). "Los cambios en la nupcialidad y la formación de familias: algunos factores explicativos", en J. Gómez de León y Cecilia Rabell, coords., *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Conapo-FCE.

Heaton, T.B., R. Forste, y S.M. Otterstrom (2002). "Family Transitions in Latin America: First Intercourse, First Union and First Birth", *International Journal of Population Geography* 8.

Hogan, Dennis y Nan Marie Astone (1986). "The Transition to Adulthood", *Annual Review of Sociology* 12.

Mier y Terán, Marta (1996). "The Implications of Mexico's Fertility Decline for Women's Participation in the Labour Force", en José Miguel Guzmán *et al.*, eds., *The Fertility Transition in Latin America*. Oxford, G. B., Clarendon Press.

_____ (2003). "Pobreza y transiciones familiares a la vida adulta en las localidades rurales de la península de Yucatán", ponencia presentada en la III Reunión Internacional sobre la Población del Istmo Centroamericano, Garavito, Costa Rica, Universidad de Costa Rica-California University at, Los Angeles, noviembre.

_____ y Cecilia Rabell (2002). "Desigualdades en la escolaridad de los niños mexicanos", *Revista Mexicana de Sociología* 64, núm. 3.

_____ (2004). "Cambios en los patrones de corresidencia, la escolaridad y el trabajo de los niños y los jóvenes", en Marie Laure Coubes *et al.,* eds. *Cambio demográfico y social en el México en el siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. México, Cámara de Diputados-Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey-El Colegio de la Frontera Norte-Miguel Ángel Porrúa.

Mier y Terán, Marta y Virgilio Partida (2001). "Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad en México: 1930-1997", en J. Gómez de León y Cecilia Rabell, coords., *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Conapo-FCE.

Miranda, Alfonso (2006). "Are Young Cohorts of Women Delaying First Births in Mexico?", *Journal of Population Economics* 19.

Organización de las Naciones Unidas (1993). *Fertility Transition and Women's Life Course in Mexico*. Nueva York, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis.

Oliveira, Orlandina de, Marina Ariza y Marcela Eternod (2001). "La fuerza de trabajo en México: un siglo de cambios", en J. Gómez de León y Cecilia Rabell, coords., *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Conapo-FCE.

Parrado, Emilio y René Zenteno (2005). "Medio siglo de incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo: cambio social, reestructuración y crisis económica en México", en Marie Laure Coubes *et al., Cambio demográfico y social en el México en el siglo XX. Una perspectiva de historias de vida*. México, Cámara de Diputados-Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey-El Colegio de la Frontera Norte-Miguel Ángel Porrúa.

Pederzini, Carla (2006). "Género y escolaridad en los hogares mexicanos". México, El Colegio de México, tesis de doctorado en Estudios de Población.

Pedrero, Mercedes (1990). "Evolución de la participación económica femenina en los ochenta", *Revista Mexicana de Sociología* LII, núm. 1.

Quilodrán, Julieta (2001). "Un siglo de matrimonio en México", en J. Gómez de León y Cecilia Rabell, coords., *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. México, Conapo-FCE.

Preferencias reproductivas en el último tramo de la transición demográfica en México

*Catherine Menkes Bancet**
*Octavio Mojarro***

Introducción

Las preferencias reproductivas han tenido un gran significado en la explicación de los cambios en el comportamiento reproductivo y en la reducción de la fecundidad. Aquéllas se refieren tanto a lograr un ideal de hijos, como a los deseos por tener más durante el ciclo de vida reproductiva. Las preferencias varían de acuerdo a los contextos económicos, así como por factores sociales y culturales que vive la población. Existen diversas teorías de la fecundidad que se han enfocado en explicar cómo el desarrollo social y económico y los cambios en las ideas y valores determinan un número deseado de hijos (Van de Kaa, 1998). La reducción del tamaño deseado de familia es, por tanto, una de las principales fuerzas que llevan a la reducción de la fecundidad, aunque en la transición de ésta frecuentemente el número de hijos que tienen las familias no siempre coincide con el número ideal de ellos (Bongaarts, 2000).

El control de la fecundidad marital está determinado por varios factores condicionantes (Coale 1973; Bulatao y Lee 1983), los cuales forman parte de las decisiones de la pareja, observados al inicio del descenso de la fecundidad y se presentan cuando: *a*) las parejas están conscientes y calculan las ventajas de limitar el tamaño de la familia; *b*) las parejas tienen la motivación para tener menos hijos o espaciar sus nacimientos; *c*) las parejas tienen disponibilidad y acceso real a los medios para tener el control sobre el tamaño de la familia.

Conforme se expande el conocimiento, acceso a la información y a los medios de control de la fecundidad, la motivación se convierte en el factor decisivo en el comportamiento reproductivo. Varios autores han desarrollado modelos que intentan explicar las preferencias y limitaciones para tener más hijos. Easterling (1975 y 1983) señala que las parejas toman sus decisiones de tener un número de hijos de acuerdo a la percepción de su potencial reproductivo (oferta) y del número de hijos que desean tener (demanda). Cuando se percibe que la oferta supera la demanda, se genera la motivación suficiente para reducir el número de hijos.

La teoría de la demanda de hijos ha sido ampliamente utilizada para explicar el descenso en las preferencias por los hijos y el comportamiento reproductivo. En este modelo, se ha mostrado que "el valor de los hijos" es crucial para entender el cambio en la motivación hacia un menor número de hijos deseados y precursor del control de la fecundidad. El valor de éstos cambia, según el estado de la transición de la fecundidad: en contextos rurales y agrícolas, de transición incipiente, las ventajas de un alto número de hijos se valoran como positivas, por la importancia del trabajo familiar en la reproducción del hogar; pero cuando las condiciones cambian y se detonan los factores de la transición hacia ámbitos de alta urbanización, mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo y elevados costos de crianza, entonces se refuerza la motivación de tener un número menor de hijos (Lee y Bulatao, 1983). De hecho, se ha mostrado que al reducir el valor económico de los hijos, aumenta el valor emotivo-afectivo y éste se vuelve competitivo con otras fuentes de satisfacción (Fawcett, 1983).

Aries observa el proceso de la disminución de la fecundidad en términos de cambios en la sociología familiar. Según él, con los procesos de industrialización, las familias tenían pocas alternativas de ascenso social, y sus mejoras se relacionaban con la reducción del tamaño de la familia para proveer a sus hijos de una buena educación relacionada con los avances económicos y sociales. En la medida en que la sociedad se fue desarrollando, las posibilidades de mayor educación, mejores ocupaciones y movilidad social fueron más accesibles a los adultos jóvenes, pudiendo

* Investigadora del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
** Secretario General del Consejo Nacional de Población, Conapo.

entonces situar sus esperanzas en sí mismos, más que en su descendencia. Estas condiciones se dan en un contexto de la revolución contraceptiva, junto con el cambio en la importancia de los niños (Aries, 1983).

Además, se ha planteado que una de las razones fundamentales de que algunos países lleguen al nivel de reemplazo de la fecundidad, consiste en que el tiempo dedicado a la maternidad se convierte en un gran sacrificio económico, sobre todo en periodos o lugares donde los salarios femeninos son más elevados o similares al de los hombres. Cada vez más mujeres presienten que el trabajo fuera de casa será una característica permanente de su vidas adultas, y se ven presionadas a tomar decisiones serias acerca de cómo combinar la maternidad con mayores percepciones salariales. El dilema plantea conflictos a hombres y mujeres, que no se resuelven fácilmente, y la evidencia de esto es que cada vez más parejas deciden limitar el número de hijos o bien deciden no tenerlos. (Cadwell, 1990).

Van Kaa señala lo mismo: "La primera transición hacia la menor fecundidad fue dominada por preocupaciones relacionadas con la familia, mientras que la segunda transición enfatiza los derechos y el desarrollo individual". Según Cadwell (1990), la segunda fase de la transición demográfica estaría marcada fundamentalmente por la aparición de los métodos anticonceptivos que permitieron profundizar la revolución sexual, los nuevos papeles de la mujer y nuevos tipos de uniones y, en especial, la acelerada incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

Este último autor plantea que los cambios económicos, junto con el impacto en los cambios ideológicos, el creciente individualismo y los procesos de secularización explican el descenso en los niveles de fecundidad y el cambio en las preferencias reproductivas (Cadwell, 1982).

Concretamente en México, se ha mostrado una gran asociación positiva entre la reducción de la preferencia por un menor tamaño de familia y el descenso de la fecundidad. En efecto, desde los inicios del cambio en la fecundidad se encontró que 50 por ciento de las mujeres con tres o más hijos no querían tener otro hijo (Benítez, 1980). Asimismo, se calcula que el descenso de la fecundidad ha estado acompañado de una disminución del 25 por ciento en el número promedio del ideal de hijos (Westoff, 1991). Varios son los trabajos que documentan la disminución del ideal de hijos y la reducción de mujeres que no desean tener más hijos (Palma y Vivas, 1997; Palma, Jácome y Palma, 1992).

Sin embargo, en recientes investigaciones en países desarrollados y otros en desarrollo se ha observado que las preferencias expresadas exceden sustancialmente a la descendencia observada en el número de hijos. Tales diferencias son notables, debido a que son opuestas de lo típicamente encontrado en fases tempranas de la transición en fecundidad (Bongaarts, 2000). Las causas principales que provocan cambios en la preferencia de los hijos han ido transformándose: en la primera fase de la transición, la fecundidad no deseada constituyó la principal causa de que la paridad fuese mayor al número de hijos deseados. Luego, en etapas más avanzadas, una mayor edad al tener los hijos, la infertilidad voluntaria y otras preferencias de la pareja o de la mujer que compiten con la reproducción, redujeron el tiempo o impidieron alcanzar las metas de hijos deseados. Así, diversos factores, como el alto costo de los hijos, la mayor autonomía de la mujer, prácticas de cohabitación en lugar de matrimonio, divorcios, parejas sin hijos, alargamiento del tiempo en que los hijos permanecen en el hogar de los padres (Van de Kaa, 1987), condiciones económicas y sociales adversas para el desarrollo de los jóvenes (Kholer, Billari y Ortega, 2002) son factores que impulsan a que el deseo de hijos o hijas supere a los efectivamente tenidos.

Objetivos y fuente de datos

El objetivo de este trabajo es describir las tendencias en las preferencias de los tamaños ideales de la familia y el deseo de tener más hijos, en el contexto de cambios sociales y económicos experimentados en México durante los últimos treinta años. Las variables sociales y económicas que condicionan la preferencia de hijos son las demográficas de edad y paridad, así como las socioeconómicas como escolaridad, condición de ocupación de la madre, el ambiente rural y urbano, la condición de hablante de lengua indígena.

Los datos sobre las preferencias se obtienen de las diversas encuestas que se han levantado en México desde 1976 (EMF-1976), Enfes-(1987), y la Enadid (1997). El presente trabajo actualiza la información sobre este tema con los datos de la Ensar (2003) y se hacen comparaciones en el tiempo, según la disponibilidad de la información.

Número ideal de hijos

El descenso de la fecundidad en nuestro país se ella estrechamente relacionado con el cambio en las preferencias reproductivas de las parejas mexicanas. El número ideal de hijos que en promedio declararon las mujeres unidas descendió de manera sustancial de 1976 a 1987 de 4.5 a 3.3 hijos, respectivamente.

En 1997, el ideal se redujo ligeramente a 3.2; en 2003 pareció estabilizarse también en 3.2 hijos. Al parecer, los datos indican que el número ideal de hijos de las mujeres unidas no ha sufrido cambios importantes desde finales década de los noventa.

Con el propósito de que los promedios de la paridad y del ideal de hijos no resulten influidos por la distribución por edad y sean comparables entre las distintas características, los promedios se tipificaron tomando como referencia la estructura por edad de todas las mujeres unidas de 15 a 49 años de cada encuesta.

Según las distintas características de las mujeres, los cambios más importantes en el número ideal de hijos se observan de 1976 a 1987 y décadas siguientes, únicamente se advierte una reducción en los grupos de mayor rezago social; así, por ejemplo, las mujeres sin escolaridad declararon, en promedio, un ideal de 4.3 hijos. En 1987 y 3.7 hijos en 2003. Las mujeres que residen en contextos rurales pasaron de desear un tamaño de familia de 4.1 hijos en 1987 a 3.6 hijos en 2003. En las distintas generaciones, el cambio más importante ocurre en las mujeres de 35 a 39 años que reducen su ideal de hijos de 3.8 en 1987 a 3.2 en 2003 (cuadro 1).

CUADRO 1

PROMEDIO TIPIFICADO* DEL NÚMERO IDEAL DE HIJOS E HIJAS Y PARIDAD TIPIFICADA* DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS (1976, 1987, 1997 Y 2003)

	Ideal				*Paridad*			
Características	*1976*	*1987*	*1997*	*2003*	*1976*	*1987*	*1997*	*2003*
Total	*4.5*	*3.3*	*3.2*	*3.2*	*4.8*	*4.0*	*3.1*	*2.9*
Grupo de edad								
15-19	3.9	2.8	2.7	2.6	1.3	1.0	0.8	0.8
20-24	3.7	2.9	2.8	2.8	2.2	1.9	1.5	1.5
25-29	4.2	3.1	2.9	2.9	3.6	3.0	2.2	2.2
30-34	4.6	3.3	3.1	3.3	5.2	4.0	3.0	2.8
35-39	5.0	3.8	3.4	3.2	6.7	5.0	3.7	3.4
40-44	5.3	3.8	3.6	3.7	7.4	6.0	4.4	4.0
45-49	5.5	4.1	4.0	3.8	7.6	7.2	5.2	4.4
Escolaridad								
Sin escolaridad	5.0	4.3	4.1	3.7	5.5	5.1	4.5	4.3
Primaria incompleta	4.8	3.6	3.8	3.8	5.1	4.7	4.0	3.6
Primaria completa	3.9	3.1	3.3	3.4	4.0	3.2	3.1	3.1
Secundaria y más	3.5	2.7	2.7	2.9	3.1	2.5	2.2	2.3
Lugar de residencia								
Rural	5.0	4.1	3.9	3.6	5.3	5.0	4.0	3.0
Urbano	4.2	3.0	3.0	3.0	4.3	3.5	2.8	2.6
Condición de habla de lengua indígena								
Habla	n.d.	n.d.	3.9	3.8	n.d.	n.d.	4.1	4.2
No habla	n.d.	n.d.	3.1	3.1	n.d.	n.d.	3.0	2.8
Actividad económica de la mujer								
Activa	4.3	3.3	3.1	3.1	4.4	3.9	2.9	2.5
No activa	4.6	3.0	3.3	3.3	4.8	3.9	3.2	3.5

Fuente: estimaciones del Conapo, con base en la EMF 1976, la Enfes 1987, Enadid 1997 y Ensar 2003.

* Los promedios de escolaridad, lugar de residencia, condición de habla indígena y actividad económica fueron tipificados, según la estructura por edad de las mujeres unidas en edad fértil de cada encuesta.

n.d. = no disponible.

El número ideal promedio de las mujeres unidas es muy similar a su paridad en 1997 (3.2 y 3.1 hijos), y en 2003 aumenta ligeramente la brecha entre el ideal y el número de hijos que tuvieron las mujeres. (3.2 y 2.9, respectivamente) (cuadro 1).

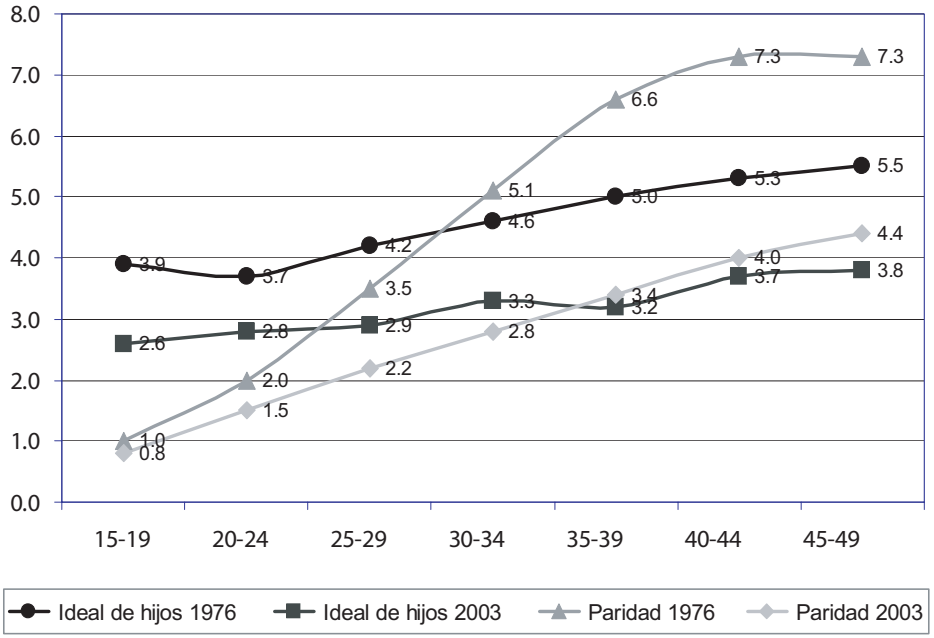
Se observan tendencias muy similares en todos los periodos. Las mujeres más jóvenes, las que cuentan con mayores niveles de escolaridad, las que provienen de un contexto urbano, las que no hablan la lengua indígena y las que se encuentran incorporadas a la actividad económica son las que reportan un ideal de hijos y una paridad sustancialmente menor que el grupo de menor condición social . Por ejemplo, las mujeres sin escolaridad presentan en 2003 un ideal de 3.7 hijos y las que terminaron la secundaria 2.9 hijos (cuadro 1).

Entre las distintas generaciones se observan diferencias importantes en el tamaño de familia deseado. Según la Enadid 1997 y la Ensar 2003, el ideal de hijos para las mujeres unidas es menor a la fecundidad real antes de los 35 años, y a partir de esta edad, 35 años, se revierte la situación y el ideal es menor a la paridad. La brecha entre los ideales reproductivos y la descendencia real se amplía conforme aumenta la edad de las mujeres, aunque ésta tiende a disminuir en el último lustro (cuadro 1).

Si se comparan las tendencias entre 1976 y 2003, se observa que casi tres décadas atrás el ideal de hijos y la paridad coinciden en el grupo de 30 a 34 años, en el 2003 coinciden a partir de los 35 años, es decir, las mujeres alcanzaron su ideal en edades más avanzadas. De la misma manera, se observa que las brechas entre paridad e ideal de hijos disminuyen, entre ambos periodos, de manera muy importante a partir de los 35 años; así, por ejemplo, mientras que en 1976 las mujeres de 45 a 49 años terminaban su vida reproductiva con 7.3 hijos y con un ideal de 5.5 hijos, en 2003 las mujeres terminaron con 4.4 hijos en promedio y un ideal de 3.8 hijos (gráfica 1).

GRÁFICA 1

PROMEDIO DEL NÚMERO IDEAL DE HIJOS E HIJAS Y PARIDAD DE LAS MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD (1976 Y 2003)



Fuente: cálculos propios, con base en la Enfs 1976 y la Ensar 2003.

Los datos indican que para una considerable proporción de mujeres existe una sentida demanda insatisfecha por métodos anticonceptivos, pues las mujeres terminan su vida reproductiva con más hijos de los que desean, aunque la brecha tiende a reducirse apreciablemente en los últimos años. Persiste, en particular, un desfase en relación con los hijos tenidos en las mujeres sin escolaridad, ya que desean cuatro hijos y tienen casi cinco hijos en promedio.

Por el contrario, las mujeres con mejor posición social, como las de secundaria o más y las que habitan en áreas urbanas, prácticamente logran hacer efectivas sus preferencias con los hijos deseados.

Vale la pena anotar que las tendencias mencionadas para el ámbito nacional parecen mantenerse en los ocho estados seleccionados de la Ensar 2003, ya que se mantiene el ideal de hijos de 1997 a 2003 en 3.4 hijos promedio y la paridad desciende ligeramente de 3.4 hijos a 3.2 hijos. Las mujeres presentan un ideal y una paridad mayor en esas ocho entidades, ya que cinco son estados con un elevado índice de marginación.

En síntesis, en torno al tamaño de familia deseado, se observan pocos cambios de 1997 a 2003. Persisten las mismas tendencias, es decir, ideal y promedios de hijos muy desiguales, según las distintas condiciones sociales de las mujeres. El ideal de hijos sigue siendo más elevado en las mujeres indígenas, en las que residen en un contexto rural, en las mayores de 40 años, con menor grado de escolaridad y las mujeres que no participan en el mercado laboral.

Número ideal de hijos y paridad actual

En este apartado se describe el grado de correspondencia entre el ideal de hijos y la paridad actual. En el cuadro 2, se presentan los resultados de las encuestas para las mujeres unidas y de todas las edades de 15 a 49 años. Una perfecta implementación de las preferencias sería cuando la línea diagonal muestra el más alto valor, es decir, los hijos idealmente preferidos corresponden con los tenidos en el transcurso del ciclo reproductivo. Los desvíos de la diagonal indicarían que las mujeres desean más hijos de los que tienen, o al revés, es decir, que la paridad supera a los hijos deseados.

A reserva de introducir posteriormente los efectos de la edad, se ha de considerar que parte de los desvíos se deberían a que las mujeres más jóvenes no han completado aún su ideal de reproductivo, así como a estimaciones imprecisas de las mujeres cuando se pregunta sobre el ideal de hijos (Aparicio y otros, 1998). También sería relevante señalar que algunas mujeres tienden a acercar el ideal de hijos a los que tienen y no reflejar fielmente la descendencia deseada.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS EN EDAD FÉRTIL POR NÚMERO IDEAL DE HIJOS E HIJAS, SEGÚN PARIDAD (1997 Y 2003)

	Número ideal de hijos(as)											
	0		*1*		*2*		*3*		*4*		*5 y más*	
Paridad	*1997*	*2003*	*1997*	*2003*	*1997*	*2003*	*1997*	*2003*	*1997*	*2003*	*1997*	*2003*
Total	*1.4*	*1.3*	*4.5*	*4.3*	*34.2*	*30.9*	*29.0*	*31.6*	*17.3*	*19.2*	*13.6*	*12.8*
0	1.8	2.4	10.0	9.0	49.6	49.4	26.8	27.4	8.4	9.7	3.5	2.1
1	0.7	1.1	9.8	10.9	51.0	44.5	28.7	32.2	6.6	7.4	3.2	3.8
2	1.0	0.5	3.0	2.3	48.6	44.9	29.6	32.7	13.5	15.3	4.4	4.3
3	1.4	1.6	3.7	3.9	17.4	15.8	48.8	49.4	19.2	19.0	9.5	10.4
4	1.4	1.7	2.4	1.6	23.7	22.3	12.5	12.4	44.3	46.2	15.8	15.7
5 y más	2.5	1.7	1.9	1.1	19.3	16.0	19.1	18.8	15.8	19.0	41.5	43.4

Fuente: estimaciones del Conapo, con base en la Enadid 1997 y Ensar 2003.

Al comparar la información entre 1997 y 2003, pocos cambios se apreciarían en la distribución de las preferencias reproductivas, lo más destacado es una ligera reducción en la proporción de mujeres que prefieren dos hijos y un aumento en las de tres hijos. Es decir, el patrón de concentración continúa en paridades dos y tres hijos, sin cambios sustantivos en la correspondencia y desvíos entre ideales e hijos tenidos (cuadro 2).

En 2003 destaca que las mujeres concentran sus preferencias entre dos y tres hijos, pues 62.5 por ciento manifiesta ese número como ideal. Además, entre las mujeres con paridad actual de dos, tres, cuatro y cinco hijos o más, se logra la mayor correspondencia entre los hijos que tienen y los que desean. Específicamente, alrededor de la mitad de las mujeres con paridad dos y tres han completado sus preferencias, y un poco menos en las paridades cuatro y cinco. Antes de dos hijos, sólo una décima parte de las mujeres tiene los hijos que desea, y en mujeres de cuatro hijos, casi una de cada cuatro excedió el número de hijos tenidos en relación con los preferidos, proporción que sube a 57 por ciento para las de cinco hijos o más (cuadro 2).

Al parecer, es probable que la distribución del número de hijos tenidos y preferidos ya no tienda a profundizarse, más bien parece que se ha establecido una preferencia relativamente poco modificable en los últimos años. Ello implicaría que el deseo de hijos se concentraría en dos y tres hijos, y sin cambios en mujeres que con menos de dos hijos desean más hijos (cuadro 2).

Conclusiones

La primera conclusión es que la Ensar 2003 revela las mismas tendencias observadas en las encuestas anteriores, es decir, mayor ideal y paridad de hijos en las mujeres más desfavorecidas en la escala social. Asimismo, no se observan grandes cambios entre 1997 y 2003, pues el tamaño de familia deseado de las mujeres unidas permanece muy similar. Según las distintas condiciones sociales, se observa una disminución reciente en el número ideal de hijos en las mujeres sin escolaridad y en las que viven en contextos rurales. Al parecer, el número de familia deseado y la paridad tienen a coincidir, lo que parece expresar que las mujeres logran cumplir sus ideales reproductivos, aunque en los grupos más rezagados del desarrollo social todavía se observan, en las edades más avanzadas, una paridad mayor al ideal, lo que reflejaría una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Los datos también muestran cambios muy importantes en la preferencia de hijos en las últimas tres décadas, pues el ideal de hijos se ha reducido en más de un hijo en promedio. Hoy en día, la mayoría de las mujeres ha alcanzado su ideal reproductivo con una paridad promedio entre dos y tres hijos. Sin duda, los cambios económicos y sociales en que viven las familias y el acceso a los métodos de regulación de la fecundidad han propiciado una transición demográfica y una transformación en las preferencias reproductivas de las familias mexicanas. Finalmente, podemos decir que, según la Enadid 97 y la todavía vigente Ensar 2003, se invierten las tendencias encontradas anteriormente, es decir, el número promedio ideal de hijos de las mujeres unidas es ligeramente mayor a su paridad. Todo indica que en nuestro país se está ensanchando la brecha entre el número ideal de hijos y el número de hijos efectivamente tenidos; los datos parecen mostrar que estamos entrando a la última fase de la transición demográfica en la que cada vez más familias terminan su vida reproductiva con un número menor de hijos de los que expresan como preferencias reproductivas.

Fuentes

Aparicio, R.C., C.M. Contreras e Y. Angulo (1992). "Preferencias reproductivas y fecundidad: un estudio de seguimiento de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud", *La población de México al final del siglo XX*. México.

Aries, Philippe (1983). *L'enfant el la vie familiale sous l'ancien régime*. París, Gallimard, 1983.

Bongaarts, John (2002). "The End of the Fertility Transition in the Developed World". *Population and Development* 28: 419-443.

Bulatao, R.A. y R.D. Lee, eds. (1983). *Determinants of Fertility in Developing Countries*, 2 vols. Nueva York: Academic Press. Panel on Fertility Determinants, Committee on Population and Demography, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council.

Caldwell, J.C. "The Soft Underbelly of Development: Demographic Transition in Conditions of Limited

Economic Change", en S. Fischer, D. de Tray y S. Shah, eds., *Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics.* 1990.

_____ (1982). *Theory of Fertility Decline*. Londres: Academic Press.

_____ (1984). "Direct Economic Costs and Benefits of Children", en Lee y Bulatao, eds., *Determinants of Fertility...*

Coale, Ansley. (1973). *The Demographic Transition. IUSSP Liege International Population Conference: 1973*, vol. 1, Lieja: IUSSP.

Dirección General de Estadística (DGE) (1978). *Encuesta Mexicana de Fecundidad* 1976, 3 vols. México: Coordinación del Sistema Nacional de Información, SPP.

Easterlin, R.A. (1975). "An Economic Framework for Fertility Analysis". *Studies in Family Planning* 6, núm. 3.

_____ (1983). "Modernization and Fertility: A Critical Essay", Lee y Bulatao, eds., *Determinants of Fertility...*

Fawcet, James T. (1983). Perceptions of the Value of Children: Satisfactions and Costs", en Lee y Bulatao, eds., *Determinants of Fertility...*

_____ (1997). *Encuesta Nacional Demográfica 1997*. México: INEGI.

Kholer, F. C. Billari *et al*. (2002). "The Emergence of Lowest-Low Fertility in Europe During the (1990s)". *Population and Development Review*, 28, núm. 4.

Lindert, Peter H. (1984). "The Changing Economic Costs and Benefits of Having Children", en Lee y Bulatao, eds., *Determinants of Fertility...*

Mueller, Eva y Kathleen Short. (1984). "Effects of Income and Wealth on the Demand for Children", en Lee y Bulatao, eds., *Determinants of Fertility...*

Palma, Y., T. Jácome y J.L. Palma (1992). "Percepciones del valor de los hijos en tres regiones de México". Veracruz: ponencia presentada en la Reunión sobre el Poblamiento de las Américas, mayo de 1992.

Palma, Y. y M.W. Vivas (1997). "Preferencias reproductivas y valoración de los hijos". México, Pathfinder International, 1997, Documentos Pathfinder. Serie Estudios Temáticos, núm. 1.

Oppong, Christine. (1984). "Women's Roles, Opportunity Costs, and Fertility", en Lee y Bulatao, eds., *Determinants of Fertility...*

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

_____ (2004). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*. México, Secretaría de Salud.

Standing, Guy. (1984). Women's Work Activities and Fertility", en Lee y Bulatao, eds., *Determinants of Fertility...*

Van de Kaa, D.J. (1987). "Europe's Second Demographic Transition". *Population Bulletin*, núm. 42.

_____ (1998). "Postmodern Fertility Preferences: From Changing Value Orientation to New Behavior", manuscrito inédito.

Westoff, C.F. (1991). "Reproductive Preferences. Demographic and Heath Survays", *Comparative Studies*, núm. 3 (Columbia, Maryland: Institute for Resource Development/Macro International).

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

*Yolanda Palma**
*José Luis Palma**

La Ensar 2003 proporciona información para un momento muy importante en el contexto de la transición demográfica del país. La fecundidad ha descendido de manera importante y hoy se estima que se halla en niveles cercanos al reemplazo (González, 2006). Vinculado a estos descensos, se encuentran los esfuerzos realizados por el sector salud, el cual, a partir de 1974, se organizó para promover y proporcionar servicios de planificación familiar a la población que en ese entonces ya se encontraba motivada para tener menos hijos de los que potencialmente podría tener.

En este trabajo se muestran las tendencias seguidas por los indicadores básicos que se relacionan con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, a través de un análisis descriptivo de los principales indicadores en esta materia. Se intenta también mostrar la edad de las usuarias y la preferencia de métodos, así como los rezagos existentes en relación con algunas áreas geográficas del país y al que produce el bajo nivel de escolaridad en algunas mujeres.

Las fuentes de información utilizadas para este análisis son cinco encuestas realizadas a nivel nacional entre 1976 y 2003: la Encuesta Mexicana de Fecundidad (EMF) de 1976, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Enfes), realizada en 1987, las encuestas nacionales de la Dinámica Demográfica (Enadid) levantadas en 1992 y 1997, así como la Ensar 2003.

Conocimiento

El primer cuadro muestra la tendencia en el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos de acuerdo a la pregunta "¿Ha oído hablar de (método)?" Llama poderosamente la atención que el incre-

Cuadro 1

Porcentaje de mujeres en edad fértil que han oído de un método anticonceptivo (por tipo de método) 1976-2003

Método anticonceptivo	*1976*	*1987*	*1992*	*1997*	*2003*
OTB	67.5	85.4	86.7	89.4	83.7
Vasectomía	38.2	65.4	70.4	81.0	77.7
Pastillas	82.3	89.9	91.8	93.6	92.5
DIU	73.6	83.1	85.8	89.6	89.7
Inyecciones	67.1	82.8	85.0	88.6	88.1
Condones	41.4	63.2	79.9	90.0	92.4
Locales	46.0	60.0	55.3	59.0	46.6
Ritmo	48.3	60.1	62.2	68.6	59.2
Retiro	44.9	46.2	41.7	53.4	40.4
PAE	—	—	—	—	28.5

* Investigadores del Centro de Investigación en Salud y Demografía (Insad).

mento medio anual más importante se observa entre 1976 y 1987 para todos los métodos, excepto los condones. El caso más notable lo constituyen los métodos definitivos, cuyo conocimiento se incrementó de 67.5 a 85.4 por ciento en el caso de la oclusión tubaria bilateral (OTB) y de 38.2 a 65.4 por ciento en el de la vasectomía.

En el caso de la OTB, este porcentaje no aumenta de manera importante a partir de la segunda encuesta, incluso el valor observado en 2003 es ligeramente menor al de 1987, probablemente por un mayor peso del grupo de adolescentes en el total de mujeres en edad fértil, grupo en el que el conocimiento de este método es menor, según se observa en otras fuentes de datos (Mexfam, 1999). El conocimiento de la vasectomía se mantiene en aumento, hasta alcanzar un valor de 77.7 por ciento en 2003. Por otro lado, las pastillas anticonceptivas son el método más conocido en todas las encuestas consideradas; en 1976, ya el 82.3 por ciento de las mujeres entrevistadas las conocía y en 2003, era de 92.5.

Un caso importante de mencionar es el del preservativo, método del que en 1976 sólo el 41.4 por ciento de las mujeres había oído hablar, cifra que lo ubicaba como el anticonceptivo menos conocido en ese año, después de la vasectomía. Sin embargo, en el 2003, ya el 92.4 por ciento había oído hablar de ésta. Las campañas en contra del sida seguramente complementaron las de planificación familiar para alcanzar este nivel de conocimiento casi universal; junto con las pastillas, este método es actualmente el más conocido por las mexicanas. Aunque, entre 1976 y 1987, el conocimiento de los espermaticidas locales (óvulos, cremas, jaleas) se incrementó, cuando se llevó a cabo la Ensar, este conocimiento mostraba niveles similares a los observados a mediados de los setenta: 46.6 por ciento. El retiro, por su parte, es el único método que muestra un claro descenso en los años comprendidos dentro de las casi tres décadas consideradas.

Por último, según la Ensar, en nuestros días, el 28.5 por ciento de las mujeres en edad fértil conocía las pastillas anticonceptivas de emergencia. Este dato llama la atención, debido a su reciente incorporación como método de planificación familiar en el código sanitario.

En resumen, se puede decir que la OTB, las pastillas, el DIU, las inyecciones y el preservativo son métodos universalmente conocidos por las mujeres mexicanas; mientras que el conocimiento –y muy probablemente el uso– del retiro y de los locales actualmente disponibles tiende a desaparecer.

Adicionalmente, la Ensar capta información que permite medir con mayor grado de profundidad el conocimiento de los diferentes medios de regulación de la fecundidad. Por ejemplo, si bien más del 90 por ciento de la población ha oído hablar de las pastillas, sólo 65.4 sabe cada cuando se deben tomar, y sólo el 34.9 "¿qué debe hacerse cuando se olvida tomar la pastilla?" (gráfica 1). Algo similar se observa respecto al DIU. El conocimiento sobre el condón masculino es bastante más preciso, particularmente si se compara con el DIU y las pastillas, lo cual llama la atención si se considera que la generalización de su conocimiento es más reciente (gráfica 2).

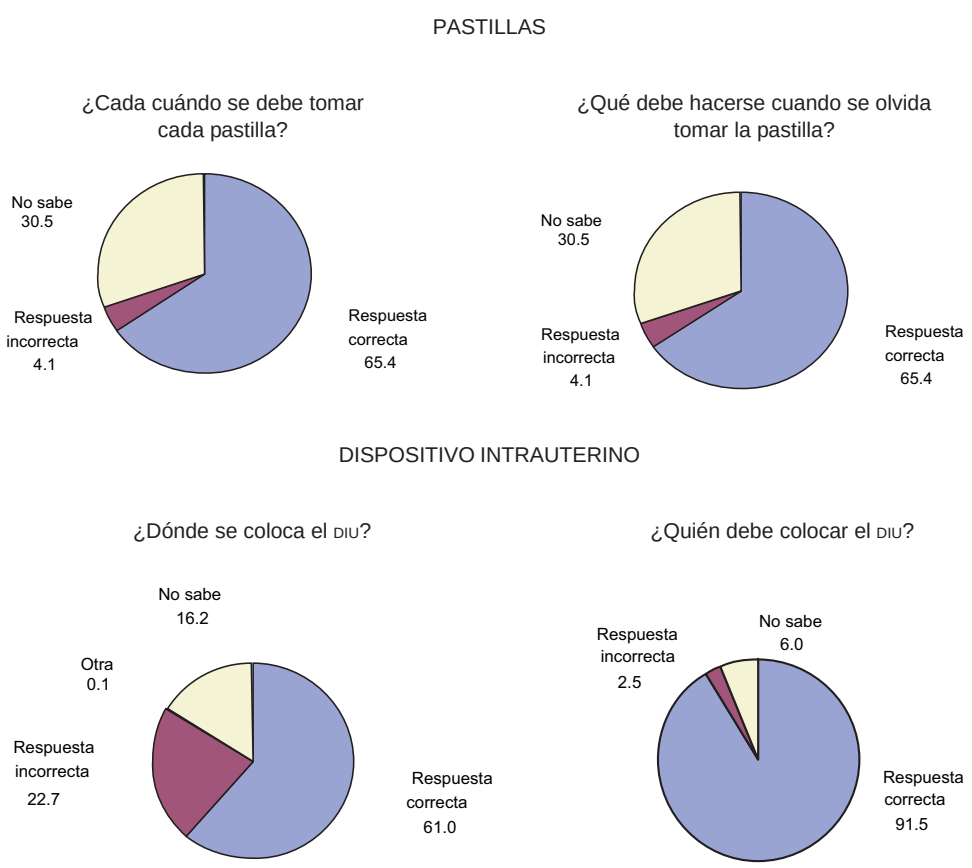
En relación con un aspecto del proceso reproductivo de la mujer y que en particular afecta la correcta utilización de la abstinencia periódica con fines anticonceptivos, en la encuesta se observó que casi el 40 por ciento de las mujeres entrevistadas no podía ubicar los días fértiles, es decir, en los que con mayor probabilidad una mujer es fértil dentro del ciclo menstrual (gráfica 3). Por último, también llama la atención que el 37.4 por ciento describió correctamente en qué consiste la anticoncepción de emergencia.

Uso de métodos

El conocimiento de los métodos anticonceptivos es un condicionante para que una pareja decida regular su fecundidad, sin embargo, para que su uso sea efectivo, es necesario que esté motivada para tener menos hijos de los que potencialmente tendría, o bien para posponer su nacimiento. De acuerdo a las encuestas analizadas, en 1976, el 30.2 por ciento de las mujeres entre 15-49 años unidas maritalmente usaba un método anticonceptivo (gráfica 4); a partir de ese año, inició un acelerado crecimiento en este indicador, de dos puntos porcentuales anuales hasta 1987, cuando la cobertura alcanza un valor de 52.7 por ciento. Este indicador siguió posteriormente creciendo, aunque a ritmos menores, hasta alcanzar un valor de 74.5 por ciento en el año en que se realizó la Ensar. En el futuro, será difícil rebasar este nivel de manera importante, pues la estructura por edad de las mujeres mexicanas es aún joven y siempre

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TODAS LAS MUJERES DE ACUERDO A SI DIERON UNA RESPUESTA CORRECTA SOBRE DOS CARACTERÍSTICAS DEL USO DE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS Y DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO



habrá un porcentaje de ellas que busca un embarazo, se encuentre embarazada, haya llegado a la menopausia o presente problemas de infertilidad.

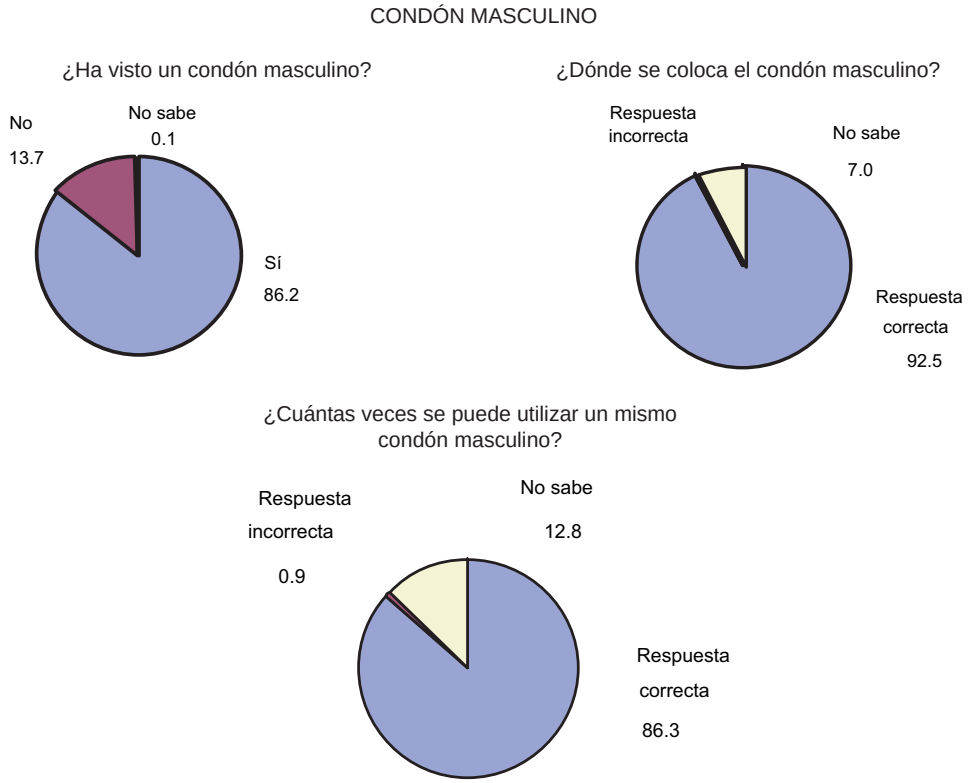
El análisis del uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad se realiza para las cuatro encuestas comprendidas entre 1987 y 2003 (cuadro 2). Los grupos quinquenales de edad comprendidos entre los 30 y los 44 años muestran los niveles más altos desde 1987; en el 2003, ya se ubicaban casi en 80 por ciento.

Por otro lado, la cobertura de las mujeres de mayor edad mostró el mayor incremento en este periodo de 16 años, su valor se duplicó en este periodo: pasando de 34.2 a 70.6 por ciento. Cabe resaltar que la cobertura de las adolescentes de entre 15-19 años es la que muestra el menor nivel en el 2003; 45.4 por ciento (veinte puntos porcentuales por debajo de la siguiente más baja, que corresponde al grupo 20-24) y el menor incremento en el periodo considerado.

La baja cobertura de las adolescentes unidas seguramente se asocia al hecho de que, en nuestro país, aún no se observa un retraso importante en la edad al nacimiento del primer hijo. De la misma manera, significaría que un embarazo provocó la unión conyugal. De acuerdo con la Ensar,

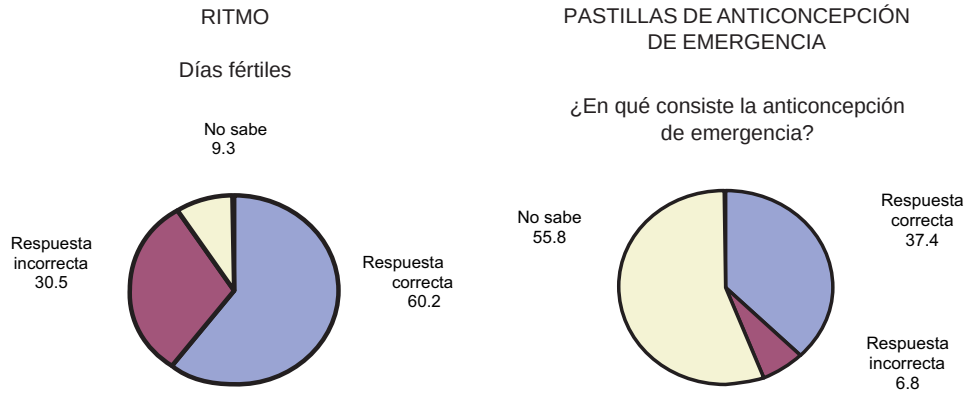
Gráfica 2

Distribución porcentual de todas las mujeres de acuerdo a si han visto un preservativo y de acuerdo a si dieron una respuesta correcta respecto de las características de este método



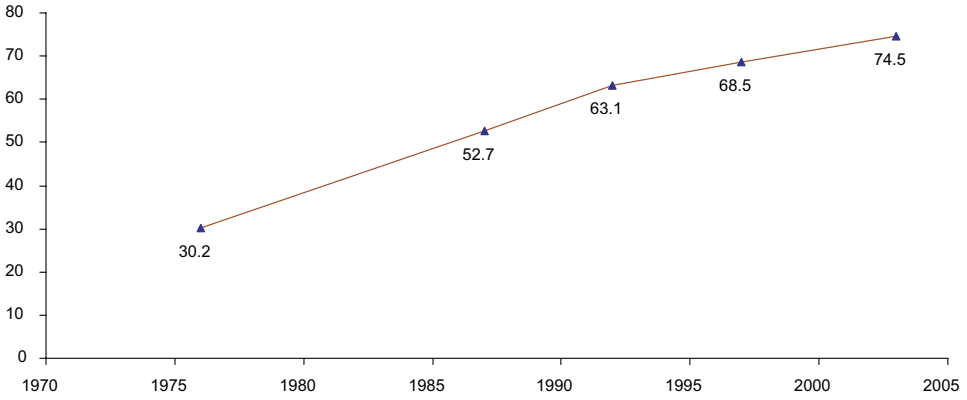
Gráfica 3

Distribución porcentual de todas las mujeres de acuerdo a si dieron una respuesta correcta sobre la ubicación de los días fértiles dentro del ciclo menstrual y sobre el conocimiento de la anticoncepción de emergencia



GRÁFICA 4

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS QUE USAN ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO



CUADRO 2

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS QUE USAN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD (1987-2003)

Grupos de edad	*1987*	*1992*	*1997*	*2003*
15-19	30.2	36.4	45.0	45.3
20-24	46.9	55.4	59.3	64.5
25-29	54.0	65.7	67.8	73.2
30-34	62.3	70.1	75.4	81.5
35-39	61.3	72.6	76.1	81.9
40-44	60.2	67.4	74.5	79.0
45-49	34.2	50.5	61.4	70.6
Total	*52.7*	*63.1*	*68.5*	*74.5*

sólo un 27.1 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas y alguna vez usuarias de un método anticonceptivo tenía paridad cero al inicio del uso del primer método.

En este sentido, otro aspecto importante a considerar es que este dato sería el resultado de las políticas llevadas a cabo por las instituciones de salud, entre el inicio del programa y hasta finales de los noventa. Una estrategia fundamental fue promover, casi exclusivamente (sobre todo en el caso del IMSS y del ISSSTE), el DIU y la OTB; ambas instituciones mencionadas centraron sus estrategias en la atención posparto, es decir, en ofrecer un método anticonceptivo a las mujeres embarazadas, o que recién habían dado a luz. Como consecuencia, se atendió principalmente a las mujeres de mayor edad, en particular a las que ya habían completado su tamaño de familia deseado. Por otra parte, en México no se ha logrado estructurar un programa integral para los adolescentes, a pesar de muy diversos intentos.

Los datos del cuadro 3 apoyan las afirmaciones anteriores. Del total de mujeres unidas en edad fértil, que en el momento del levantamiento de la Ensar hacían algo para no tener hijos o espaciar su nacimiento, el 45.8 por ciento, casi la mitad, había elegido como método la OTB, el 18.3 por ciento el DIU y un 11.1 el ritmo o el retiro. Asimismo, porcentajes similares, ligeramente por arriba del 8 por ciento, tomaban pastillas o utilizaban el condón.

En el análisis del panorama de las encuestas consideradas para 16 años, entre los aspectos más sobresalientes destacan los incrementos más importantes, en los que se observa el uso de la OTB (cerca de diez puntos porcentuales) y en el del preservativo, que casi se duplica y el descenso (de mayor magnitud) en el uso de las pastillas (también diez puntos porcentuales). El porcentaje de usuarias del DIU se mantiene muy cercano o un poco por arriba del 20 por ciento y el de los métodos tradicionales, siempre

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS USUARIAS DE ACUERDOAL MÉTODO ANTICONCEPTIVO USADO AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA (1987-2003)

Método anticonceptivo	*1987*	*1992*	*1997*	*2003*
OTB	36.2	43.3	46.8	45.8
Vasectomía	1.5	1.4	1.8	2.1
DIU	19.4	17.7	19.9	18.3
Pastillas	18.2	15.3	9.6	8.1
Inyecciones	5.3	5.0	4.3	5.9
Condones locales	4.7	5.1	5.5	8.5
Métodos tradicionales	14.7	12.0	11.8	11.2
Norplant	—	—	0.1	0.1
Otros	—	0.2	0.1	—
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

por arriba del 10 por ciento, es decir, sigue existiendo un porcentaje importante de mujeres que aún recurre al ritmo o al retiro.

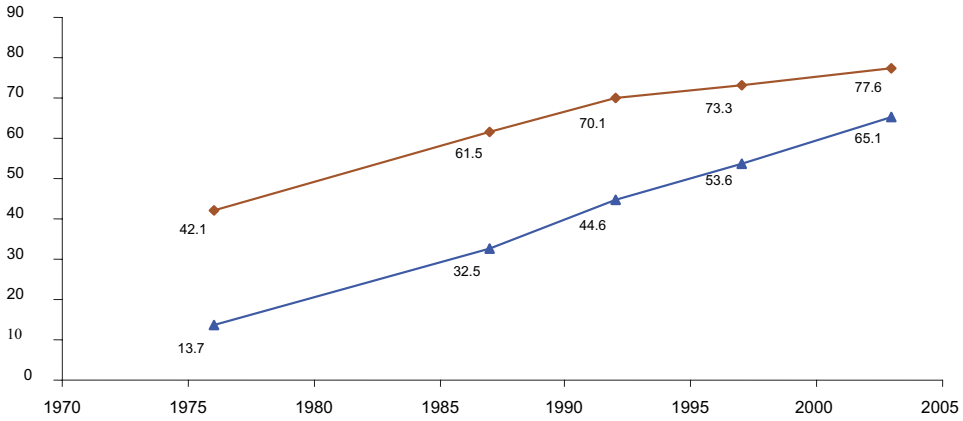
Por último, en cuanto a las tendencias en el uso de métodos anticonceptivos, llama la atención la edad tan temprana a la que se recurre a la OTB; de las mujeres que al momento de la Ensar estaban operadas, el 16.6 por ciento lo había hecho entre los 20-24 años y más de la tercera parte entre los 25-29.

Como reflejan los datos analizados, el uso de métodos anticonceptivos en México se ha extendido de manera importante en las últimas tres décadas. Sin embargo, aún existen rezagos en algunos grupos de nuestra población.

En la gráfica 5 se observa que el uso de métodos anticonceptivos en las áreas rurales del país en 1976 era aún incipiente, sólo el 13.7 por ciento de las mujeres regulaba su fecundidad previniendo la

GRÁFICA 5

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS QUE USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN TAMAÑO DE LA LOCALIDAD DE RESIDENCIA (1976-2003)



concepción. El nivel correspondiente para áreas urbanas más que triplicaba este porcentaje. El diferencial entre estas zonas ha disminuido con el tiempo; en 1987, la cobertura urbana aún duplicaba a la rural; en 1997, la diferencia era ya de sólo veinte puntos porcentuales y en 2003 de 12 puntos; las coberturas registradas por la Ensar son de 77.6 y 65.1 por ciento para zonas urbanas y rurales, respectivamente.

En la Ensar 2003, ocho entidades federativas del país constituyen dominios de estudio, tres de éstas coinciden con las entidades más marginadas del país y dos con el grupo de los más desarrollados. En este caso, el análisis comparativo sólo se realiza a partir de 1992 (cuadro 4). La cobertura más baja, 57.9 por ciento, se observa en Oaxaca y es importante subrayar que se encuentra casi 17 puntos porcentuales por debajo que la correspondiente al nivel nacional.

Cuadro 4

Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan un método anticonceptivo para ocho entidades federativas (1992-2003)

Entidad federativa	*1992*	*1997*	*2003*
Chiapas	49.9	53.5	59.7
Guanajuato	53.5	54.6	61.4
Guerrero	46.9	47.4	63.4
Oaxaca	46.3	55.1	57.9
Puebla	49.5	59.4	66.8
San Luis Potosí	51.9	60.6	73.2
Sonora	70.4	76.0	78.7
Tamaulipas	66.8	72.4	75.5

En Chiapas, Guanajuato y Guerrero, se observan coberturas cercanas o un poco por arriba del 60 por ciento; conviene destacar dos aspectos: el primero es que, de este grupo de tres entidades, en Guerrero se incrementó en mayor medida la prevalencia del uso de anticonceptivos y, por otro lado, Guanajuato, un estado con niveles de marginación sensiblemente menores en términos relativos, muestra una cobertura muy baja, 61.4 por ciento. Las variables de naturaleza cultural parecen intervenir en el comportamiento de la población de este estado tradicionalmente conservador en el campo de la reproducción y la sexualidad.

En contraste, San Luis Potosí mostraba en 1992 una de las coberturas más bajas: 51.9 por ciento, mientras que hoy, el 73.2 por ciento de las mujeres en unión conyugal utilizan un método anticonceptivo. En esta entidad federativa se observa el incremento más alto entre 1992 y 2003, dentro del contexto de las ocho que se analizan. Sonora y Tamaulipas, por su parte, muestran los niveles más altos de uso de anticonceptivos de este grupo de estados, 78.7 y 75.5 por ciento, respectivamente. La diferencia entre el estado de mayor cobertura y el de menor, dentro de este grupo, se redujo en el periodo que se analiza, aunque no de manera importante.

La escolaridad es una variable que tradicionalmente se asocia con los diferentes componentes del comportamiento reproductivo de la población. Entre 1976 y 2003, las diferencias en las coberturas por edad se redujeron de manera importante si se comparan las categorías "sin escolaridad" y "secundaria y más": 43 por ciento en el primer año y 20 en el último (cuadro 5). Actualmente, con sólo completar la primaria, las mujeres alcanzan un nivel de prevalencia del 75.9 por ciento.

Cuadro 5

Porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que usan métodos anticonceptivos, según escolaridad (1976-2003)

Nivel de Escolaridad	*1976*	*1987*	*1992*	*1997*	*2003*
Sin escolaridad	12.8	23.7	38.2	48.0	58.0
Primaria incompleta	25.5	44.8	56.4	61.3	66.5
Primaria completa	40.3	62.0	66.7	69.8	75.9
Secundaria y más	55.8	69.9	73.6	74.8	78.1
Total	*30.2*	*52.7*	*63.1*	*68.5*	*74.5*

Fuentes

Dirección General de Estadística, Secretaría de Programación y Presupuesto (1976). *Encuesta Mexicana de Fecundidad*. México, Secretaría de Salud.

Dirección General de Planificación Familiar (1987). *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*. México, Secretaría de Salud.

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (Mexfam) (1999). *Encuesta gente joven*. México, Mexfam.

González, H. (2006). "Cambios previsibles en los niveles de fecundidad en adolescentes mexicanas", *Frontera Norte* 18, núm. 36.

INEGI (1992). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. México, INEGI.

INEGI (1997). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. México, INEGI.

La nupcialidad femenina en México al inicio del nuevo milenio. Diferencias rurales y urbanas

*Norma Ojeda**

Introducción

El conocimiento acumulado que por más de medio siglo se ha logrado tener, mediante la investigación científica, acerca del comportamiento demográfico en México nos indica, entre otros aspectos, la importancia de la medición y análisis de las notables diferencias que al respecto ha existido durante todo este tiempo entre las poblaciones residentes en las áreas rurales y urbanas del país. De tal modo que fue necesario hacer referencia a la mortalidad rural-urbana, la fecundidad rural-urbana, la nupcialidad rural-urbana, etc. para entender y darle sentido a la dinámica demográfica de México en el siglo XX. No obstante, reconocer el impacto favorable del cambio social y económico sobre la disminución de las diferencias rurales-urbanas en la dinámica demográfica nacional, también se reconoce que aún existen significativas diferencias en las condiciones de vida de las poblaciones rurales respecto de las del medio urbano que se reflejan en el comportamiento demográfico. Estas diferencias no sólo no han desaparecido, sino que incluso en algunos casos es posible que se hayan ampliado, debido, sobre todo, al retroceso económico que han sufrido principalmente las áreas rurales de varias regiones del país, bajo el nuevo esquema económico de la globalización. Esta situación nos obliga a seguir reconociendo la importancia de medir y estudiar el comportamiento diferencial rural-urbano de los distintos fenómenos demográficos, con el fin no sólo de mantener la comparabilidad de los mismos a través del tiempo, sino también y de manera principal para entender la dinámica demográfica del México de principios del siglo XXI.

Respecto de la importancia del análisis demográfico de la nupcialidad en México, cabe recordar que, durante largo tiempo, esta importancia se sustentaba fundamentalmente por su condición de variable intermedia en el estudio de la fecundidad y, por eso mismo, por su contribución indirecta al crecimiento demográfico en un régimen de fecundidad natural, como el que prevaleció en nuestro país hasta antes del uso masivo de métodos anticonceptivos, desde mediados de los setenta. Por lo cual, la estimación de los indicadores básicos de la nupcialidad obedecía, hasta ese entonces, básicamente al interés por medir el impacto de la nupcialidad sobre la fecundidad y, en menor grado, al interés por estudiar la formación de las familias conyugales en el país como fenómeno importante en sí mismo.

La entrada de México a un régimen de fecundidad controlada estuvo acompañada de una pérdida de interés en el estudio demográfico de la nupcialidad, lo cual se reflejó en algunas de las encuestas demográficas, las cuales no captaron información sobre la historia de las uniones conyugales; a diferencia de como se había realizado desde los setenta, con las encuestas PECFAL rural y PECFAL urbana, la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1976 y la Encuesta Nacional Demográfica de 1982. Afortunadamente, esta situación cambió de nuevo en la Encuesta de la Dinámica Demográfica de 1997 y la Ensar 2003, por volverse a incluir este tipo de información, motivada en gran medida por dos hechos importantes: el reconocimiento por parte de los expertos de que la nupcialidad sigue siendo importante para comprender los determinantes próximos de la fecundad rural, a pesar de que México se encuentra mayoritariamente en un régimen de fecundidad controlada, y a que el interés surgido en los años noventa por el tema de la salud reproductiva, concepto que implica una visión más amplia de los factores sociales y culturales asociados a la reproduc-

* Profesora asociada en San Diego State University, además de investigadora adjunta de El Colegio de la Frontera Norte.

ción y, por ende, la fecundidad. De tal suerte que estas dos últimas encuestas nacionales de nuevo incluyeron información sobre historias de uniones conyugales, gracias a lo cual se profundizará nuevamente en el análisis demográfico de la nupcialidad. Cabe señalar que, si bien la disponibilidad de datos censales permitió durante este tiempo seguir avanzando en el estudio de la nupcialidad, la posibilidad de contar con historias de vida conyugal en las encuestas permite analizar otro tipo de rasgos, como la dinámica de la formación de las uniones y su disolución.

En este sentido, un aspecto básico del análisis de la nupcialidad es la medición y descripción de sus diferencias rurales-urbanas, pero esto es ya no sólo por su importancia como variable intermedia de la fecundidad sino principalmente por tratarse de un fenómeno sociodemográfico relevante en sí mismo, por constituir una de las transiciones más significativas en la vida de hombres y mujeres, con implicaciones directas e indirectas en la calidad de vida de las personas de las zonas rurales y urbanas de México. Precisamente por el interés en contribuir con esta manera de entender la importancia de la nupcialidad femenina mexicana, se desarrolla el presente trabajo.

El estudio del comportamiento diferencial rural-urbano del fenómeno de la nupcialidad (definida por los eventos que dan inicio a la formación de las parejas y familias conyugales), ha dado lugar a la producción de literatura importante, aunque en poca cuantía por parte de demógrafos y otros especialistas de las ciencias sociales. Grosso modo, estos estudios indican un parámetro de nupcialidad femenina rural-urbana que hasta hace poco se distinguía por ser de la siguiente manera: En comparación con la nupcialidad urbana, la nupcialidad de las mexicanas en el medio rural se realiza a una edad menor a la primera unión, ocurre con mayor intensidad, por ser menor el número de mujeres que permanecen solteras a las edades en que la probabilidad de casarse o unirse por primera vez es casi nula. Asimismo, de nuevos, en comparación con la nupcialidad femenina urbana, las mujeres de las zonas rurales se unen conyugalmente mediante un número proporcionalmente menor de matrimonios sancionados social y culturalmente sólo por las leyes civiles del país; mientras que el número de los matrimonios religiosos, sobre todo católicos, y de uniones libres, se dan en una proporción mayor que entre las mujeres del medio urbano.

Para actualizar la información que hasta ahora existe sobre el diferencial rural-urbano de la nupcialidad femenina, este artículo presenta un breve análisis descriptivo de algunos de los indicadores básicos del fenómeno a principios del siglo XXI. Dicho análisis se basa en la información que sobre la historia de uniones conyugales nos proporciona la Ensar 2003 y se recurre al uso de dos distintos tipos de metodologías: primero, se calculan algunos indicadores sobre la primera unión, utilizando la historia retrospectiva de las uniones conyugales de únicamente las mujeres alguna vez casadas unidas, que fueron entrevistadas; y segundo, se obtienen los indicadores de la nupcialidad de las solteras, utilizando la metodología de cuadros de vida y la información transversal de todas las mujeres incluidas en la encuesta. Finalmente, importa señalar que el concepto rural-urbano que aquí se maneja se basa en la definición operativa de la misma Ensar, que a su vez se basa en el número de habitantes de las localidades, donde las rurales tienen menos de 2 500 habitantes y las urbanas cuentan con 2 500 o más habitantes.

El estado civil de las mujeres al momento de la encuesta

La distribución de la población, según su estado civil, es una característica demográfica básica que, no obstante su sencillez, nos permite inferir algunos aspectos importantes de la sociedad en cuestión. Al respecto, el estado civil o marital de las mujeres de 15-49 años de edad constituye un primer dato acerca de las condiciones sociales en que se desenvuelven las mujeres en esta importante etapa de su vida, en la que coinciden, además de su periodo reproductivo, la procreación y formación de sus familias, así como la consolidación de sus trayectorias de vida escolar y laboral.

La información que al respecto se presenta en el cuadro 1 indica que, al momento de la entrevista, poco menos de una tercera parte de las mujeres de 15-49 años de edad eran solteras, mientras que la mayoría se encontraban casadas o vivían en unión libre o consensual, sumando el 60.6 por ciento del total de las mujeres en la encuesta. Entre estas últi-

mas predominan las casadas (con poco menos de la mitad de los casos); en tanto que la proporción de las que viven en unión libre o consensual representa el 14.4 por ciento. Nótese que, mientras prácticamente no hay diferencia entre las proporciones de casadas que viven en localidades rurales y las que viven en localidades urbanas, la proporción de mujeres en unión libre o consensual presenta interesantes diferencias entre los dos tipos de localidades. En las zonas rurales el 18 por ciento de las mujeres de 15-49 años viven en arreglos conyugales no sancionados civil ni religiosamente; en tanto que ésta es la situación del 13.3 por ciento de las mujeres que residen en el medio urbano. De este modo, es evidente la importancia que siguen teniendo las uniones libres en el país, pero, especialmente, en las localidades rurales.

CUADRO 1

ESTADO CIVIL ACTUAL

Estado civil actual	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Total	*6 317 715*	*21 021 462*	*27 339 176*
Unión libre	18.2	13.3	14.4
Casada	46.8	46.0	46.2
Viudad	1.5	1.7	1.7
Divorciada	0.1	1.1	0.9
Separada	5.1	5.4	5.3
Soltera	28.2	32.5	31.5

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Respecto de las mujeres en uniones conyugales disueltas tenemos que, por una parte, el porcentaje de aquéllas con las mismas edades, cuyas uniones terminaron (ya sea por divorcio, separación o viudez) es muy bajo tanto a nivel nacional, como local o urbano. Al considerar sólo las disoluciones voluntarias, destaca el predominio de las separadas en relación con las divorciadas (5.3 contra 0.9 por ciento) en todos los casos; es decir, independientemente de la condición rural o urbana de las localidades. Esta situación revela la gran importancia que sigue teniendo el fenómeno de la separación, además del divorcio, para entender la dinámica sociodemográfica de las disoluciones conyugales voluntarias en México.

Por otra parte, únicamente el 1.7 por ciento del total de las mujeres de entre 15-49 años de edad que entrevistamos se declararon viudas y, como se observa, es insignificante la diferencia numérica que hay al respecto entre las zonas rurales y urbanas. Sin, embargo, debemos recordar que este dato subestima significativamente la situación de la viudez en la estructura conyugal del país, por tratarse de información proveniente de una encuesta que no incluye a las mujeres mayores de los 49 años, más propensas a la viudez.

Finalmente, la comparación de estos datos con los que nos proporciona el Censo de Población del 2000 permite que estemos seguros de la calidad de la información de la encuesta respecto de la estructura por estado civil de la población femenina, pues se presentan sólo ligeras diferencias entre ambas fuentes, las cuales son completamente explicables. Concretamente, el censo presenta también un 14.4 por ciento de mujeres de 15-49 años, que viven en uniones libres y proporciones muy semejantes de mujeres con uniones conyugales disueltas. En cambio, las diferencias notables entre ambas fuentes de información se dan en el número de solteras y de casadas. En el censo, el porcentaje de solteras es de 24.5, el de casadas, de 53.5, mientras que en la encuesta los porcentajes son 31.5 y 46.2, respectivamente. Estas diferencias son parcialmente explicables por la mejor declaración que tradicionalmente se ha obtenido en las encuestas acerca del estado civil de las mujeres en comparación con el censo. Por ejemplo, en este último se ha detectado la tendencia, por parte de algunas mujeres que tienen arreglos conyugales no convencionales, a declararse como casadas, como en el caso de las uniones libres y, por parte de otras, que se hallan separadas de sus cónyuges temporal o definitivamente.

El tipo del matrimonio actual de las mujeres alguna vez unidas

Los arreglos conyugales en México tradicionalmente han adoptado cuatro diferentes tipos, según su condición de legalidad y sacralización; además de las uniones libres o consensuales, existen matrimonios sólo civiles, matrimonios sólo religiosos y ma-

trimonios civiles y religiosos. Estos arreglos dependerán de las preferencias culturales de las personas y de sus circunstancias sociales, así como sus posibilidades económicas para solventar los gastos asociados a la formación de cada tipo de unión conyugal.

Además de distinguir las uniones libres de los matrimonios, conviene conocer la distribución de la población en cada uno de los tipos, de matrimonios, por ser no sólo parte de la dinámica social de la nupcialidad mexicana, sino también por sus posibles implicaciones en el comportamiento social y demográfico de la población, en su conjunto, como en las calidades de vida de las parejas y, en especial, de las mujeres y sus hijos.

Al respecto, en el cuadro 2 se observa que la mayoría de las mujeres casadas en México tienen matrimonios sancionados tanto por las leyes civiles del país, como por alguna institución religiosa. Estos matrimonios civiles y religiosos representan el 61.2 por ciento del total de los matrimonios a nivel nacional, y son más frecuentes entre las mujeres residentes en las localidades urbanas. Por su parte, las mujeres en matrimonios sólo civiles representan una tercera parte del total de las casadas (33.7 por ciento), en tanto que las casadas sólo por la iglesia constituyen el 5.1 por ciento de los matrimonios a escala nacional. Nótese, sin embargo, que los matrimonios sólo religiosos son cuatro veces más importantes numéricamente entre las mujeres rurales que entre las urbanas, por representar, respectivamente el 12.5 por ciento frente a casi el 3 por ciento del total de los matrimonios en cada tipo de localidad, situación que evidencia la notable y mayor importancia social y cultural que comparativamente sigue teniendo el matrimonio sólo religioso en las áreas rurales del país respecto de las urbanas.

CUADRO 2

TIPOS DE MATRIMONIO ACTUAL

	Rural	*Urbano*	*Total*
Sólo por el civil	34.5	33.4	33.7
Sólo por la iglesia	12.5	2.9	5.1
Por el civil y la iglesia	53.1	63.7	61.2
Total	*2 955 249*	*9 663 132*	*12 618 381*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La corresidencia de las mujeres con sus parejas

La corresidencia de los dos miembros de las parejas casadas o unidas consensualmente es algo que, por lo general, lo damos por hecho y que, sin embargo, no siempre se cumple por diversos motivos. Además de la muerte de la pareja, un motivo especialmente importante es el de la migración en sociedades afectadas por una alta emigración, como es el caso mexicano. La emigración puede ser a otra localidad en el mismo país, o bien al extranjero, provocando con ello que las parejas tengan que vivir temporalmente separadas, incluso de manera permanente. Los datos de la encuesta indican un porcentaje de 4.5 de mujeres actualmente unidas que declararon no tener a sus parejas viviendo con ellas. Los datos en el cuadro 3 permiten observar que, en la inmensa mayoría de los casos se trata de una situación temporal, a nivel nacional o local sea en el campo o en las zonas urbanas), aunque, como también se advierte en el mismo cuadro, ésta es la situación de la totalidad de los casos en las localidades rurales. Cabe aclarar que, si bien la emigración temporal del marido o compañero sería una razón de no corresidencia, también existen otras de distinto tipo.

CUADRO 3

MUJERES UNIDAS QUE NO VIVEN CON SU PAREJA

Unidas pero no viven con su esposo o compañero	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Definitivamente	0.0	0.7	0.5
Temporalmente	100.0	96.3	97.3
Otro	0.0	3.1	2.2
Total	*203 787*	*554 262*	*758 049*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La primera unión conyugal de las mujeres alguna vez unidas

El promedio de uniones conyugales en la historia marital de las mujeres en México que alguna vez han estado casadas o unidas es de únicamente 1.02 uniones en toda su vida. Esto nos permite inferir que la información sobre la unión actual se refiere,

en la gran mayoría de los casos, al primer matrimonio o la primera unión consensual que han tenido las mujeres. A pesar de esto, conviene analizar la nupcialidad, según el orden de los eventos en la historia de uniones, considerando cada evento por separado. Esto nos permitirá estudiar la dinámica de la nupcialidad más detalladamente. Con esta intención, enseguida se presentan algunos resultados obtenidos acerca del comportamiento exclusivamente de la primera unión conyugal.

El tipo de la primera unión conyugal

En el cuadro 4A se observa que la mayoría de las mujeres entran en una primera unión conyugal mediante un matrimonio legal o religioso. El tipo de matrimonio más frecuente es el civil y religioso, abarcando el 45 por ciento del total de los casos a nivel nacional. Se observa una diferencia importante en el porcentaje que representa este tipo de matrimonio entre las mujeres residente en localidades rurales y las de las localidades urbanas, con cifras, respectivamente, del orden del 37 y el 48 por ciento. Por su parte, el matrimonio sólo civil representa poco más de una cuarta parte de todas primeras uniones conyugales en el país; y es interesante observar que se da casi en la misma proporción en los dos tipos de localidades, con un porcentaje ligeramente mayor en las localidades urbanas. En cambio, los matrimonios únicamente religiosos representan una proporción muy pequeña de las primeras uniones en el país en su conjunto, con un porcentaje de apenas 3.8, aunque, como se advierte, los matrimonios sólo religiosos son más numerosos en las localidades rurales.

Finalmente, tenemos el tipo de unión libre o consensual, sobre el cual se observa, en el cuadro 4A, que representa casi una cuarta parte del total de las primeras uniones en el país. Asimismo, las uniones libres o consensuales representan casi una tercera parte de las primeras uniones de las mujeres de las localidades rurales, y es un poco más de una quinta parte de las uniones de las mujeres residentes en las zonas urbanas.

La importancia numérica de la unión libre en México es aún más clara cuando comparamos el tipo que adopta la primera unión conyugal entre las mujeres que declararon haber vivido con la misma pareja antes de casarse civil o religiosamente.

En el cuadro 4B observamos la distribución de la primera unión en la historia marital de las mujeres que declararon haber vivido con la misma pareja antes de casarse civil o religiosamente. Obsérvese cómo en esta ocasión el porcentaje de mujeres con una primera unión conyugal, que comenzó como unión libre o consensual, llega a casi el 40 por ciento en el nivel nacional. En el medio rural, la proporción es aún mayor, ya que casi la mitad de las mujeres inician su primera unión conyugal con una unión libre o consensual, mientras que este mismo tipo de arreglo conyugal se da en casi el 37 por ciento de las primeras uniones de las mujeres en las áreas urbanas.

El alto porcentaje de uniones libres tanto a nivel nacional como en los dos tipos de localidades es un indicador de la importancia social que sigue teniendo este tipo de unión como fase inicial del proceso de formación de la familia conyugal en México.

CUADRO 4A

TIPO DE LA PRIMERA UNIÓN. SIN CONSIDERAR SI EXISTIÓ CONVIVENCIA PREMARITAL

Tipo de la primera unión	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Unión libre	30.5	22.9	24.7
Casada sólo civil	23.9	27.4	26.6
Casada sólo iglesia	8.6	2.2	3.8
Casada civil e iglesia	36.9	47.5	44.9
Total	*4 532 546*	*14 186 742*	*18 719 288*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 4B

TIPO DE LA PRIMERA UNIÓN CONSIDERANDO LA CONVIVENCIA PREMARITAL

Tipo de la primera unión	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Unión libre	49.5	36.8	39.8
Casada sólo civil	17.3	20.4	19.7
Casada sólo iglesia	6.5	1.3	2.6
Casada civil e iglesia	2679	41.5	37.9
Total	*4 532 546*	*14 186 742*	*18 719 288*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Neolocalidad de las parejas a la primera unión

Con el interés de aproximarnos a las condiciones sociales en que se lleva a cabo la fase inicial de las familias conyugales, a continuación presentamos información sobre la neolocalidad de las parejas que entran en su primera unión conyugal. Sobre este punto, el dicho popular "los casados, casa quieren" nos hace suponer que un ideal de las parejas recién casadas es poder vivir de manera independiente, en un domicilio distinto al de sus padres, parientes y amigos. Este ideal, sin embargo, sabemos que no siempre es posible de realizar por algunas parejas, debido a múltiples razones. Al respecto, el cuadro 5 presenta la distribución porcentual de las mujeres, según respondieron a la pregunta de si ellas y sus parejas se fueron o no a vivir solos cuando se casaron o unieron por primera vez. Como se observa en el cuadro, poco más de la mitad (53.0 por ciento) de las mujeres a nivel nacional lograron ese ideal, ya que respondieron positivamente esta pregunta. En cambio, el diferencial rural urbano al respecto nos indica que esta situación también se da y con una frecuencia ligeramente mayor (54.8 por ciento) entre las mujeres y sus parejas que viven en zonas urbanas, pero no así entre las que radican en localidades rurales. En estas últimas, el porcentaje de las parejas que se fueron a vivir solas al casarse o unirse conyugalmente por primera vez es notablemente menor con un porcentaje de 47.2.

CUADRO 5

CAMBIO DE RESIDENCIA CON LA PRIMERA UNIÓN/MATRIMONIO

Neolocalidad (primera unión)	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Sí	47.2	54.8	53.0
No	52.8	45.2	47.0
Total	*4 532 546*	*14 186 742*	*18 719 288*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Para complementar esta información, en el cuadro 6 se presenta la condición de no neolocalidad de las parejas que no pudieron o quisieron vivir solas al casarse o unirse por primera vez. Como se advierte en el cuadro, la mayoría de esas parejas corresponde a casos de patrilocalidad, o sea que se fueron a vivir con los padres del novio, lo cual se da en aproximadamente el 72 por ciento de los casos a escala nacional, y llega a ser el 81 por ciento en las localidades rurales del país. Sobre este punto, nótese que la patrilocalidad, si bien es comparativamente menor en las áreas urbanas, también predomina en estas últimas, pues se presenta en más de las dos terceras partes (68.2 por ciento) de todos los casos de no neolocalidad en el medio urbano.

CUADRO 6

TIPO DE NO NEOLOCALIDAD A LA PRIMERA UNIÓN O MATRIMONIO

Tipo de no-neolocalidad	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Matrilocalidad	10.8	23.3	19.9
Patrilocalidad	80.6	68.2	71.6
Otros familiares de ella	1.0	2.4	2.0
Otros familiares de él	6.7	5.6	5.9
Otros	0.9	0.4	0.5
Total	*4 374 484*	*6 391 267*	*8 765 751*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Finalmente, y sin menoscabo del claro predominio de la patrilocalidad en el país, me permito llamar la atención acerca del papel que, al parecer, tiene la matrilocalidad en las áreas urbanas. Nótese que la proporción de las parejas que se van a vivir con los padres de la novia en el medio urbano, es el doble del que se observa en el rural.

Edad a la primera unión conyugal de las mujeres alguna vez unidas

Otro aspecto de la nupcialidad que es importante de conocer tiene que ver con el *tempo* del fenómeno, o sea, acerca de cuándo, en la vida de las personas, éstas se casan o se unen conyugalmente por primera vez. El interés por conocer este tipo de información se relaciona con varias razones, entre otras, se halla la importancia que tiene esta variable sobre la exposición al riesgo de embarazo de las mujeres, mediante relaciones sexuales estables y regulares por vivir en unión conyugal, en ausencia de práctica anticonceptiva. Otra de las razones del porqué es

importante conocer la edad a la que se casan o se unen conyugalmente las personas, es la de que este evento marca el inicio de una de las transiciones vitales y sociales más importantes en la vida de hombres y mujeres, pero especialmente de estas últimas en una cultura como la mexicana, en la cual el matrimonio sigue teniendo un gran valor social en ambos sexos, pero sobre todo entre las mujeres. Conocer el *tempo* de esta transición, también es importante por competir potencialmente por el tiempo de vida que se dedica a las transiciones en otro tipo de trayectorias de vida de ambos sexos, en especial entre las mujeres, pues el inicio del matrimonio o unión conyugal de muchas de ellas marca de manera frecuente la terminación temprana de la carrera educativa y la fase inicial del proceso de formación de la familia conyugal de procreación, por razones también sociales y culturales.

Sobre el particular, el cuadro 7 presenta las edades media y mediana de la primera unión de las mujeres que alguna vez han estado casadas o unidas. Cabe señalar que el cálculo de las edades considera el tiempo que las mujeres vivieron con sus parejas antes de casarse civil o religiosamente, en todos los casos en que esto es aplicable. Así, en el cuadro se advierte que la edad media de la primera unión de las mujeres alguna vez unidas es de casi 20 años y la mediana es de19 años en todo el país. Estas cifras, por lo general, indican para México un inicio relativamente temprano de la vida conyugal, según la experiencia de todas las mujeres que alguna vez han estado casadas o unidas. No obstante, al comparar las experiencias de las mujeres en el medio rural y el urbano, también en ese mismo cuadro, observamos que aún existen claras diferencias entre estos dos tipos de localidades. En promedio, las mujeres de las áreas urbanas se casan o unen por primera vez un año y medio más tarde que las mujeres del medio rural, por presentar edades respectivas de 20.3 años frente a 18.6 años.

Asimismo, las edades medianas presentan un año de diferencia entre las localidades urbanas y rurales. De manera que, mientras el 50 por ciento de las alguna vez unidas en las áreas urbanas ya se han casado o unido a los 19 años de edad, esta misma proporción de mujeres en la contraparte rural ya se encuentra casada o unida un año antes en su vida, esto es, a los 18 años de edad.

CUADRO 7

EDADES MEDIA Y MEDIANA AL PRIMER MATRIMONIO O UNIÓN CONYUGAL DE LAS MUJERES ALGUNA VEZ UNIDAS

Edad a la primera unión	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Media	18.6	20.3	19.8
Mediana	18.0	19.0	19.0

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La nupcialidad de las solteras

El tempo *de la nupcialidad de las solteras*

Los resultados ya presentados ofrecen un perfil general sobre la nupcialidad femenina en México, considerando la información que sobre la primera unión nos proporciona la historia de uniones conyugales de las mujeres alguna vez casadas o unidas incluidas en la encuesta. Esta información es bastante valiosa, sin embargo, es necesario complementarla con los resultados que se obtienen de la nupcialidad de las solteras, tomando en cuenta la información respectiva de todas las mujeres que participaron en la encuestas; es decir, tanto de las solteras, como de las alguna vez casadas o unidas que entrevistamos. De tal manera que los resultados obtenidos de contabilizar la experiencia de todas las mujeres de 15-49 años de edad que participaron en la encuesta, incluyendo a las solteras, nos permite tener un perfil complementario del *tempo* de la nupcialidad y también nos permite conocer otra característica básica que es la *intensidad* de la nupcialidad. Para esto es necesario contar con varios indicadores sobre la nupcialidad de las mujeres solteras. Con este propósito, enseguida se presentan los distintos indicadores resumen que se obtienen mediante la técnica de cuadros de vida, aplicada al fenómeno de la nupcialidad de las solteras, siguiendo la metodología de Luis Rosero,[1] cuya información se presenta

[1] Luis Rosero, " Nupcialidad y fecundidad en cuatro zonas rurales de América Latina", CELADE, serie C, núm. 1008 (1978).

en el cuadro 8 para el nivel nacional y, por separado, para las localidades rurales y urbanas del país.

El perfil de la nupcialidad de las solteras en el plano nacional que en su conjunto trazan los indicadores resumen del cuadro, es el de una nupcialidad intermedia, con una edad media a la unión de 21.6 años y un porcentaje acumulado del 41 por ciento de mujeres ya casadas o unidas a la edad de los veinte años en el ámbito nacional. Como era de esperarse, las localidades rurales presentan una edad al matrimonio o unión conyugal para las solteras más joven de sólo 19.8 años, con más de la mitad de las mujeres ya casadas o unidas (52.4 por ciento) a los veinte años de edad. En cambio, las localidades urbanas presentan una edad al matrimonio o unión para las mujeres solteras claramente mayor de casi de 22 años, con sólo una tercera parte de mujeres (33.7) casadas o unidas a los veinte años de edad.

CUADRO 8

INDICADORES RESUMEN DEL CUADRO DE NUPCIALIDAD DE MUJERES SOLTERAS

	Rural	*Urbano*	*Total*
Edad media a la primera unión	19.8	21.9	21.6
Porcentaje acumulado de mujeres casadas o unidas a la edad de 20 años	52.4	36.9	40.9
Porcentaje de mujeres solteras a la edad de 45 años	13.1	12.9	13.7
Años per cápita vividos como soltera entre las edades 12 y 45 años	11.0	12.7	12.3
Proporción de tiempo vivido como unida entre las edades de 12 y 45 años	66.5	61.3	62.4

Nota: en este cuadro se considera el tiempo pasado en convivencia en las uniones libres consensuales legalizadas o sacralizadas tiempo después de su formación.

La comparación de los valores de estos indicadores con los anteriormente obtenidos, cuando se considera sólo la experiencia conyugal de las mujeres alguna vez casadas o unidas (cuadro 7), nos permite observar interesantes diferencias en la edad media al primer matrimonio o unión en México. Nótese que la edad media del matrimonio o unión de las solteras (al primer matrimonio o unión) es mayor en poco más de un año para cada uno de los agregados espaciales considerados en este estudio. De modo que la diferencia en este indicador es de 1.3 años mayor en el nivel nacional, es de 1.5 años mayor en el medio urbano y de 1.1 años mayor en el rural. Estas diferencias por lo general nos indican la necesidad de considerar la experiencia de toda la población femenina, a fin de tener un panorama más apegado a la realidad sobre la nupcialidad femenina mexicana. De tal manera que, mientras la experiencia de las mujeres de 15-49 de edad que alguna vez han estado casadas o unidas, indica un patrón de nupcialidad relativamente temprano; la experiencia del total de las mujeres de estas edades, incluyendo las solteras, nos indica una nupcialidad intermedia en el ámbito nacional. En ambos casos es evidente que existen diferencias entre las mujeres que viven en localidades rurales frente a las que viven en localidades rurales, pero estas diferencias son más evidentes al considerar la nupcialidad de las solteras, a partir de la experiencia de todas las mujeres incluidas en la encuesta.

La intensidad de la nupcialidad de las solteras

La intensidad de la nupcialidad se refiere al porcentaje de solteras que se espera se casen o unan conyugalmente, al menos una vez, al final del periodo de las edades que se consideran casaderas en una sociedad determinada. Según la metodología empleada en este estudio, la edad final de este periodo es a los 45 años, por suponerse que, después de esta edad, la probabilidad que tiene una mujer soltera de casarse o unirse conyugalmente es prácticamente nula. De tal manera que la proporción de casadas o unidas a los 45 años refleja la intensidad final de la nupcialidad de las solteras en una sociedad. Ahora bien, la contraparte de la intensidad de la nupcialidad, en consecuencia, es la proporción de solteras definitivas en una sociedad.

El cuadro 8 presenta la proporción de mujeres que, según la experiencia de todas las mujeres en la encuesta, permanecen solteras a la edad de 45 años. Esta proporción es casi del 14 por ciento en el plano

nacional. Bajo el supuesto del cuadro de nupcialidad, de que nadie se casa antes de los doce años de edad, ni después de los 45 años, podemos decir que la nupcialidad en México es poco menos que universal, ya que 86 por ciento de las solteras en el país se casan o viven en unión libre o consensual antes de los 46 años. La comparación que al respecto se tiene entre las mujeres del medio rural y urbano, nos indica, interesantemente, que prácticamente no hay variación entre ambos tipos de localidades. En ambos casos, la proporción de solteras definitivas es del 13 por ciento, con una diferencia casi imperceptible mayormente en el medio rural; situación que nos indica una nupcialidad también poco menos que universal en ambos tipos de localidades.

El tiempo de vida como soltera y casada

Los dos últimos indicadores del cuadro tienen como intención medir el tiempo de vida que pasan las mujeres como solteras y casadas, o unidas entre los 12 y los 45 años de edad. Estos rangos delimitan, además de las edades casaderas, otros eventos vitales, como la mayor parte del periodo reproductivo de las mujeres y algunas de las transiciones más significativas en las trayectorias familiar, educativa y laboral de las mujeres. Respecto del primer indicador, se tiene que las mexicanas pasan, en promedio, 12.3 años como solteras durante este periodo de sus vidas a escala nacional; en tanto que las mujeres en el medio rural viven únicamente once años como solteras, o sea casi dos años menos que su contraparte en el medio urbano y el promedio nacional.

Finalmente, existe el indicador sobre la proporción de tiempo que pasan las mujeres como casadas o unidas entre las edades de la y los 45 años. Al respecto, también se ve en el cuadro 8 que las mexicanas en promedio pasan casi dos terceras partes (62.4 por ciento) de este periodo de sus vidas como casadas, o en unión libre o consensual. Como era de esperarse, las mujeres que viven en las localidades rurales dedican más tiempo de sus vidas a la vida conyugal que las que viven en las poblaciones urbanas. Así, mientras las primeras dedican casi el 67 por ciento de su vida entre los 12 y los 45 años a estar casadas o unidas, las residentes urbanas hacen lo mismo durante el 61.2 por ciento del tiempo de sus vidas en estas mismas edades.

Reflexiones finales

Acerca del diferencial rural-urbano de la nupcialidad femenina

El conjunto de los indicadores presentados describen el siguiente patrón de la nupcialidad femenina en México a principios del milenio. Se trata de una nupcialidad poco menos que universal, en la que 86.3 de las solteras se casan o unen conyugalmente, por lo menos una vez en su vida. La edad media del primer matrimonio o unión se consideraría como intermedia, con un valor de 21.6 años, y considerando que el 41 por ciento del total de las mujeres se encuentran ya casadas o unidas a los veinte años. Tomando en cuenta la experiencia conyugal de las mujeres. Alguna vez unidas, encontramos que el promedio de uniones de las mexicanas es de sólo 1.2 uniones a lo largo de sus historias de vida conyugal. El tipo de unión conyugal más frecuente es el matrimonio civil y religioso; el menos frecuente es el matrimonio sólo religioso. A pesar del predominio de los matrimonios civiles, la unión libre o consensual ocupa un lugar importante, por ser el arreglo conyugal con el que se inicia casi 40 por ciento de las familias conyugales de procreación en el país. Del total de estas últimas, también casi un 40 por ciento de éstas son legalizadas o sacralizadas un tiempo después de haberse formado.

Este patrón general de la nupcialidad femenina mexicana, sin embargo, presenta claras diferencias, según se trate de mujeres que viven en las localidades rurales, o bien en las urbanas del país. Las variaciones principales se dan en el *tempo* de la nupcialidad y el tipo que adoptan los arreglos conyugales, pero no así en la intensidad de la nupcialidad. De tal suerte que, en ambos tipos de localidades, la nupcialidad de las solteras es igualmente poco menos que universal, aun cuando presenta significativas variaciones en la edad media al primer matrimonio o unión. La nupcialidad femenina rural se caracteriza por ser más temprana que la nupcialidad femenina urbana, por tener una edad media a la primera unión un año menor que la urbana (19.7 contra 21.8 años). Asimismo, encontramos que un porcentaje mayor de mujeres rurales ya se encuentran casadas o unidas a los 20 de edad, en comparación con las mujeres urbanas (52.4 contra 36.9 por ciento). Otra notable diferencia es la mayor frecuencia de uniones libres y

de matrimonios sólo religiosos entre las mujeres del medio rural, que entre las del medio urbano; lo cual pone a las primeras en una situación de mayor vulnerabilidad en términos de la protección legal de sus arreglos conyugales y, por lo mismo, de sus familias de procreación. El conjunto de estas diferencias confirman que aún hoy persiste una clara dualidad rural-urbana de la nupcialidad mexicana.

Acerca del cambio en el tiempo

Por último, la comparación de algunos de los hallazgos en este estudio con los resultados obtenidos en un análisis anterior, realizado por la misma autora (Ojeda, 1989:134-136; 140-141) y en el que se utiliza la misma metodología, pero aplicada a la Encuesta Nacional Demográfica de 1982, nos permite hacer los siguientes comentarios acerca del cambio en la nupcialidad femenina mexicana. En lo general, podemos decir que durante los últimos veinte años, la nupcialidad femenina en el ámbito nacional ha registrado algunos ligeros cambios interesantes.

En relación con el *tempo* de la nupcialidad, éste ha cambiado muy poco, ya que la edad media del matrimonio de la población casadera en el nivel nacional sigue siendo casi la misma que hace veinte años, registrando sólo un ligero aumento por pasar de 21.4 en 1982 a 21.6 en el 2003. En cambio, la intensidad de la nupcialidad observó un cambio más notables pues pasó de ser una nupcialidad casi universal, a una nupcialidad poco menos que universal. El porcentaje de mujeres unidas a edad casadera terminal de 45 años pasó en 1982 del por ciento del 86.3 en el 2003. De tal suerte que el número de solteras definitivas se duplicó durante el periodo, al pasar de 1982 a 2003 de 7.5 a 13,7 por ciento; en 1982 a 13.7 por ciento; situación acompañada de una disminución en la diferencia entre las localidades rurales y urbanas en el número de solteras definitivas. Estas últimas han aumentado en ambos tipos de localidades; hoy en día son únicamente un poco más numerosas en el medio rural que en el urbano.

Por otra parte, entre 1982 y el 2003, se siguió la tendencia a aumentar sólo los matrimonios civiles, la cual se observa claramente desde los hallazgos de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, en detrimento de los matrimonios religiosos y, aparentemente, de los civiles y religiosos a la vez. En cambio, no se continuó con el descenso de las uniones consensuales, pues que éstas siguen siendo numerosas, particularmente durante la fase inicial del proceso de formación de la familia conyugal. Lo que sí parece haber cambiado en estos mismos 21 años fue la estabilidad conyugal o el significado social de las uniones libres o consensuales, entre las parejas de las generaciones más jóvenes, por haberse registrado un descenso en el índice de legalización o sacralización de las uniones libres, ya que pasó de del orden de 48.9 por ciento en 1982 a 40 por ciento en 2003. De este modo, tenemos que, si bien las uniones libres siguen siendo importantes en el patrón de la nupcialidad mexicana (rural y urbana), esto no significa que no se hayan dado cambios de interés respecto de su estabilidad conyugal, como del significado social que tienen en el proceso de formación de las familias conyugales. Ambos aspectos son muy importantes y tienen implicaciones directas e indirectas en la calidad de vida de las parejas, en especial de las mujeres y sus hijos, pues, por eso mismo, tendrían que ser examinados en futuras investigaciones.

Como conclusión, cabe mencionar que a nivel macro, el *tempo* de la nupcialidad femenina en México en términos de la edad de la primera unión ha registrado sólo cambios ligeros durante las últimas dos décadas, esto no necesariamente quiere decir que se trate de un fenómeno estático. Lejos de ello, la investigación cualitativa seguramente nos permitiría observar un fenómeno dinámico, cuyos procesos de cambio se gestan de tal forma que difícilmente se expresarían de manera cuantificable en el corto plazo. Es conveniente considerar que, a diferencia de otros fenómenos demográficos, los cambios en el *tempo* de la nupcialidad responden no sólo a situaciones de tipo económico y social, sino también a otras eminentemente culturales y propias de las condiciones de género. Esto provoca que la nupcialidad sea también un fenómeno más difícil de ser intervenido, en comparación con otros fenómenos demográficos, mediante políticas públicas, en ausencia de profundos cambios no sólo económicos y sociales, sino culturales, así como en las relaciones de género en una sociedad.

Necesidades no satisfechas de anticoncepción. Un análisis de la Ensar 2003

*Ricardo Aparicio**

Introducción

La noción de necesidades no satisfechas de anticoncepción (NNSA) intenta identificar a la población fértil y sexualmente activa en edades reproductivas que no utiliza métodos anticonceptivos, aun cuando señala no desear tener más hijos o no desea tenerlos durante algún tiempo.

Esta noción está estrechamente vinculada con una dimensión fundamental de los derechos reproductivos de las personas. La anticoncepción es uno de los principales medios de que disponen los individuos para llevar a la práctica sus decisiones acerca del número de hijos que desean tener, el momento de tenerlos y para evitar embarazos no deseados o no planeados.

México cuenta con un marco jurídico y normativo que reconoce el derecho de la población para elegir libre e informadamente el momento para concebir a sus hijos, así como el número de su descendencia. Este derecho está plasmado en la Constitución mexicana, en los tratados y convenios internacionales que ha suscrito el gobierno de México, con aprobación del Senado de la República, en las leyes secundarias —en particular la Ley General de Población y la Ley General de Salud y sus Reglamentos—, así como en las normas oficiales en materia de prestación de servicios de planificación familiar.

De acuerdo con su reglamentación jurídica, el Estado tiene la obligación de garantizar el fortalecimiento de las instituciones y el establecimiento de las condiciones que permitan a las personas ejercer sus derechos reproductivos, incluyendo el derecho a gozar de servicios de planificación familiar de calidad.

Para ejercer el derecho a la anticoncepción, las personas requieren gozar de una educación sexual que les permita contar con información acerca del proceso biológico de la reproducción y acerca de los distintos métodos anticonceptivos que existen para evitar un embarazo no planeado, su efectividad, forma de uso, indicaciones y contraindicaciones, así como posibles efectos secundarios. También es necesario que las personas tengan acceso a las unidades de salud donde se ofrecen los servicios de planificación familiar y que éstos cuenten con una amplia variedad de métodos anticonceptivos, de tal manera que puedan optar, si lo desean, por el método más apropiado para sus circunstancias y preferencias personales.

Es preciso, asimismo, que las personas encargadas de otorgar los servicios de salud informen y orienten a la población, pero manteniendo un absoluto respeto por las decisiones reproductivas de las usuarias y usuarios. De esta manera, se intenta garantizar que la población ejerza sus derechos reproductivos de manera libre, informada y ajena a cualquier tipo de coacción por parte de agentes institucionales, públicos o privados. Sin embargo, es sabido que existe una diversidad de factores que limitan el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los reproductivos, en amplios sectores de la población. La insuficiencia de los programas de educación pública, la falta de cobertura de los servicios de salud, factores sociales que obstaculizan que algunas personas, especialmente las mujeres, opten libremente por decidir el número de hijos, políticas institucionales que en ocasiones han otorgado prioridad al cumplimiento de metas de usuarias de anticonceptivos, en lugar de la libre e informada decisión de las personas, a la par de barreras de ac-

* Profesor-investigador de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México. Deseo agradecer a Dulce María Cano por su trabajo de procesamiento y edición de la información de la Ensar 2003. Asimismo, a Elba Aguilar Pérez por su cuidadosa y crítica revisión del programa de cómputo que permite calcular las NNSA.

ceso y de uso, además de los costos de la anticoncepción, son algunos de los elementos que inciden en la prevalencia de las NNSA.

Todos estos factores se articulan en un complejo entramado de relaciones sociales en los que las desigualdades sociales y económicas cumplen un papel fundamental, debido a que las poblaciones en condiciones de pobreza, marginación, aislamiento y exclusión social tienen más dificultades para acceder a servicios de educación y salud de calidad y, en consecuencia, ven limitada su capacidad de ejercer sus derechos reproductivos. De acuerdo con investigaciones basadas en la información de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes) de 1987, de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF) de 1995 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid) de 1997, las mujeres pobres, que habitan en zonas rurales, con bajos niveles educativos presentan los mayores niveles de NNSA.[1]

Este capítulo tiene como propósito realizar un primer diagnóstico actualizado de la prevalencia de las NNSA de las mujeres mexicanas, tomando como base la información de la Ensar. Específicamente, se analizarán las tendencias de las NNSA desde 1987, primer año en el que se contó con información para calcular el indicador respectivo.

La información será diferenciada de acuerdo a si: *a*) la mujer declara ya no desear tener más hijos, que define las necesidades no satisfechas para limitar el tamaño de la familia, o *b*) si señala que desea tener (más) hijos, pero que desea esperar al menos dos años antes de su primer (próximo) embarazo, y que determina la existencia de una NNSA para espaciar los nacimientos.

En otra sección se analizará el análisis de la diferenciación social y económica de las NNSA, enfatizando la situación de las poblaciones indígenas, rurales y de baja escolaridad, así como algunos elementos de diferenciación asociados con el ciclo de vida de las mujeres. Finalmente, se presentará el análisis de las NNSA para cada una de las ocho entidades federativas que constituyeron dominios de estudio de la Ensar 2003.

Niveles y tendencias de las NNSA

Como consecuencia directa del aumento de la práctica anticonceptiva, las NNSA[2] han mantenido una importante tendencia al descenso en los últimos años: en 1987, se estimaba que una cuarta parte de las mujeres unidas en edad reproductiva tenían necesidad no satisfecha de anticoncepción. Este porcentaje se redujo en más de 50 por ciento en los siguientes diez años, para llegar a 12.1 en 1997. En los siguientes seis años, las NNSA disminuyeron adicionalmente de 18 hasta representar 9.9 por ciento del total de mujeres unidas en edad reproductiva.[3] El ritmo de descenso fue de 7 por ciento anual entre 1987 y 1997, y de 2.8 por ciento entre 1997, y 2003.

De acuerdo con la información de la Ensar y las proyecciones del Conapo, a pesar de la notable disminución en las NNSA, Ensar aproximadamente 1.70 millones de mujeres, es decir, una de cada diez mujeres unidas en edad reproductiva, se encontraba en esa situación en 2003 (gráfica 1). Una de las propiedades atractivas de la noción de NNSA radica en la posibilidad de diferenciar a las mujeres, dependiendo de si desean espaciar su próximo embarazo o si ya no desean tener más hijos. En el primer caso, se habla del componente de las NNS para espaciar los nacimientos y en el segundo de las necesidades para limitar el tamaño de su descendencia.

Ambos componentes han disminuido sensiblemente desde mediados de los ochenta, pero cabe señalar que en los tres años examinados ha sido relativamente similar la proporción de mujeres con necesidades no satisfechas para espaciar y para limitar: en ninguno de los casos la diferencia entre los dos componentes representa más de dos puntos porcentuales. De hecho, las diferencias no son estadísticamente significativas en la Ensar (cuadro 1). Para

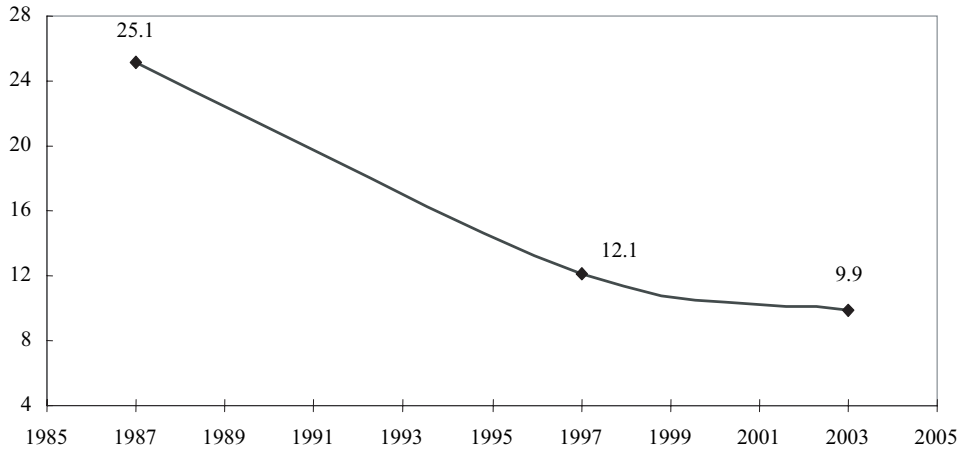
[1] Ricardo Aparicio e Yvon Angulo, "Demanda insatisfecha de planificación familiar", *Carta demográfica sobre México*, núm. 9 (1996), 28-30; Conapo, *Cuadernos de salud reproductiva,* México, Conapo, 2000, 63-66.

[2] En esta sección se utiliza el ponderador Poninal.

[3] Con el fin de que los lectores conozcan la precisión de las estimaciones sobre NNSA que se presentan en este capítulo, en el cuadro 4, las estimaciones puntuales, los errores estándar correspondientes al diseño de la muestra, el efecto de diseño (DEFF) y los intervalos de confianza al 90 por ciento.

GRÁFICA 1

PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS, CON NNSA
(MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)



Fuente: 1987 y 1997, Conapo, 2000 y 2003. Cálculos propios con base en la Ensar.

el periodo más reciente, dicha encuesta revela que aproximadamente 5.1 por ciento de todas las mujeres unidas en edad reproductiva tendrían una necesidad no satisfecha para espaciar su primer o su próximo embarazo; en tanto que 4.8 por ciento de ellas tendría una necesidad insatisfecha para limitar el número de sus hijos. En volúmenes de población estaríamos hablando de casi 884 mil y 817 mil mujeres, respectivamente.

CUADRO 1

NNSP DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS
(MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)

Necesidades no satisfechas	*1987*	*1997*	*2003*
Espaciar	12.1	6.9	5.1
Limitar	13.0	5.2	4.8
Total	*25.1*	*12.1*	*9.9*

Fuente: 1987 y 1997, Conapo, 2000 y 2003. Cálculos propios con base en la Ensar.

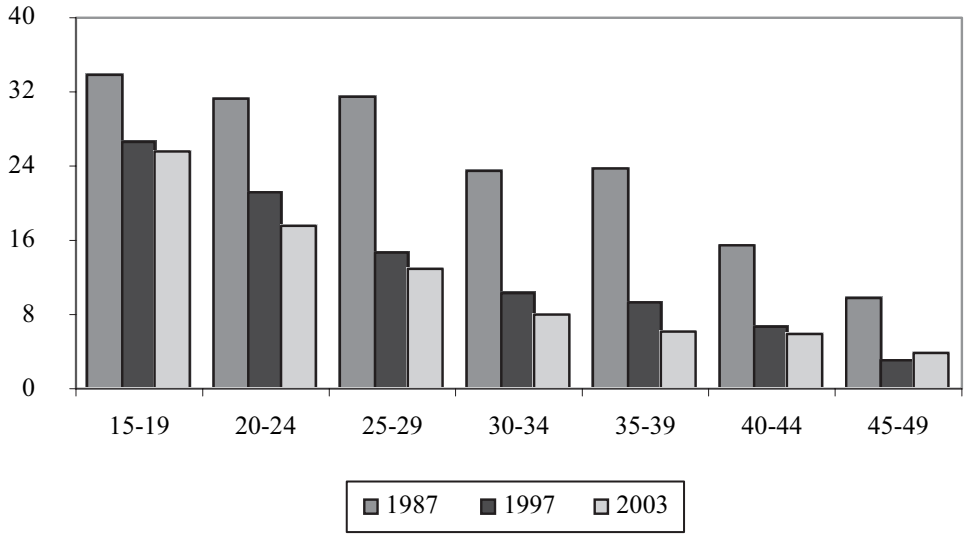
Necesidades no satisfechas de anticoncepción y ciclo de vida

Las NNSA varían notablemente en las distintas etapas de la vida reproductiva. Independientemente del periodo que se analice, las mujeres adolescentes y jóvenes son quienes tienen las mayores necesidades insatisfechas, fundamentalmente para espaciar. Aunque es notoria la disminución habida en las NNSA durante la transición de la fecundidad en todas las edades, es evidente que los mayores desafíos se presentan durante las primeras etapas de la vida reproductiva de las parejas (gráfica 2). A pesar de la disminución de las NNSA, en 2003, una de cada cuatro mujeres unidas de 15-19 años y una de cada seis jóvenes de 20-24 años, se encontraba en esta situación. En contraparte, la relación respectiva para las personas mayores de treinta años es una de cada 16 mujeres.

La importancia de la etapa de formación de la familia en la determinación de las NNSA se confirma al analizar las tendencias, diferenciando a las mujeres, según el número de hijos nacidos vivos que han tenido. Son las mujeres de mayor paridad quienes más han disminuido sus NNSA: en 1987, 30 por

GRÁFICA 2

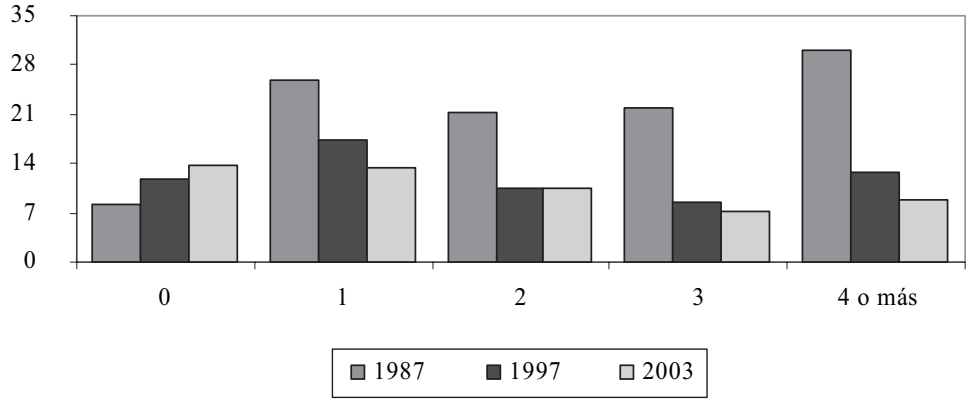
PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS CON NNSA, POR GRUPOS DE EDAD (MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)



ciento de las mujeres unidas que habían tenido cuatro o más hijos tenían NNSA, porcentaje que se redujo a 12.8 por ciento diez años después y a 8.9 por ciento en 2003, lo que representa una reducción global para este grupo de población de casi 70 por ciento y que se explica principalmente debido al aumento de la práctica de la esterilización quirúrgica (gráfica 3).

GRÁFICA 3

PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS CON NNSA, SEGÚN NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS (MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)



La tendencia a la disminución también se presenta, aunque con menor intensidad, en los grupos de mujeres que han tenido entre uno y tres hijos, especialmente en el periodo de 1987 a 1997. Cabe destacar, por otra parte, la situación de las mujeres unidas sin hijos; en este grupo de población, las NNSA se han incrementado desde 1987, llegando a representar en la actualidad aproximadamente a una de cada siete mujeres.

Para espaciar los nacimientos las NNSA disminuyen paulatinamente, conforme aumenta el tamaño de la familia, aunque cabe destacar que las mayores NNSA para espaciar los nacimientos en 1987 y 1997 se encontraban en el grupo de mujeres que ya habían tenido un hijo y deseaban espaciar el momento de su próximo embarazo, situación que no se mantiene en 2003, pues el grupo con mayores NNSA es el de las mujeres unidas que no han tenido hijos.

Por el contrario, las NNSA para limitar el tamaño de la familia tienden a aumentar, conforme las mujeres avanzan en su vida reproductiva. Es importante señalar que las diferencias en las NNSA para limitar, entre los distintos grupos de paridad, se han ido reduciendo a lo largo del tiempo, debido a la disminución de las necesidades no satisfechas para limitar de las mujeres de mayor paridad (cuatro hijos o más) que se redujo de 1987 a 1997 de 21 a 9.3 por ciento y a 6.5 en 2003, una disminución de por ciento en el primer periodo y de 30 por ciento en el segundo; la disminución global en los 16 años fue de 70 por ciento.

Desigualdad social y NNSA

México es un país con graves y ancestrales atrasos socioeconómicos. Vastos segmentos de la población viven en condiciones de pobreza y marginación, mientras unos pocos viven en la opulencia y disfrutan de enormes riquezas, situación que se refleja en una

CUADRO 2

NECESIDADES NO SATISFECHAS DE ANTICONCEPCIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS, SEGÚN EDAD Y PARIDAD (MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)

	1987		*1997*		*2003*	
Características	*Espaciar*	*Limitar*	*Espaciar*	*Limitar*	*Espaciar*	*Limitar*
Total	*12.1*	*13.0*	*6.9*	*5.2*	*5.1*	*4.8*
Grupos de edad						
15-19	27.2	6.6	23.8	2.9	23.4	2.1
20-24	21.1	10.2	17.0	4.1	12.4	5.2
25-29	15.8	15.6	9.0	5.7	7.8	5.1
30-34	8.1	15.4	4.4	5.9	2.7	5.3
35-39	8.1	15.6	2.6	6.7	1.6	4.7
40-44	3.1	12.4	1.0	5.6	1.0	4.9
45-49	1.2	8.5	0.3	2.9	0.2	3.7
Paridad						
0	8.1	0.2	10.9	0.9	11.8	2.0
1	22.4	3.4	15.3	2.0	10.8	2.5
2	12.8	8.6	6.6	4.0	5.1	5.3
3	11.7	10.3	4.1	4.5	2.9	4.3
4 o más	9.1	21.1	3.5	9.3	2.4	6.5

Fuente: Conapo, 1987 y 1997, *Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana 2000*, 2003, p. 65. Cálculos propios a partir de la Ensar 2003.

marcada diferenciación social respecto de la posibilidad de disfrutar efectivamente de los derechos humanos, y en particular de los reproductivos. La desigualdad de la sociedad mexicana también se manifiesta en los niveles y tendencias de las NNSA.

Aquí se analizan las diferencias en éstas, de acuerdo con algunos atributos que caracterizan la estratificación social de la población. Se trata de tres dimensiones sociales que tradicionalmente han estado vinculadas con ritmos claramente diferenciados de la transición demográfica de México. Es sabido que el analfabetismo, el indigenismo y la residencia en zonas rurales dispersas se asocian con elevados niveles de pobreza, marginación y con mayores niveles de fecundidad y mortalidad.

Las NNSA han disminuido en todos los grupos educativos. Las mayores reducciones se presentaron entre 1987 y 1997, aunque se mantuvieron, pero más lentamente en los últimos seis años. No obstante, la desigualdad social se manifiesta en una mayor intensidad de las NNSA entre las mujeres unidas en edad reproductiva que no alcanzaron la educación básica de nueve años de escolaridad (gráfica 4). Este grupo representa casi la mitad (46.5 por ciento) del total de mujeres unidas del país y casi siete de cada diez en las zonas rurales.

El analfabetismo es una de las condiciones de marginación social que se asocia con un incremento notable de las NNSA: en 2003, una de cada seis mujeres analfabetas podía ser considerada en una situación así; en contraste, con una de cada trece mujeres cuando se alcanzó al menos un año de educación secundaria.

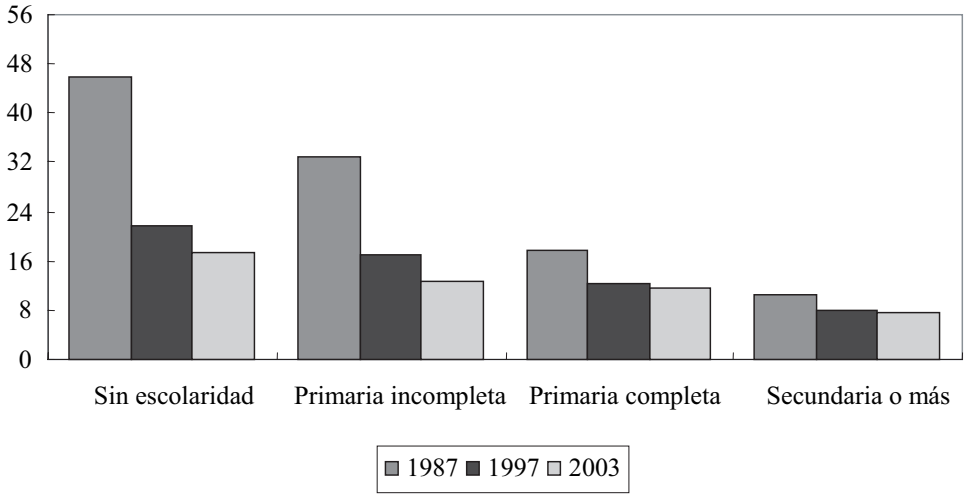
Los contrastes son más notorios cuando se considera el lugar de residencia de la mujer y su etnia. En 1987, 45.7 por ciento de las mujeres unidas en edad reproductiva que vivían en zonas rurales tenían una NNSA; en 2003 este porcentaje se había reducido casi dos terceras partes, llegando a ser de 17.8 por ciento (gráfica 5).

En las áreas urbanas son menores los niveles de las NNSA; aunque también han disminuido, lo han hecho con menor intensidad, por lo que las diferencias entre los dos contextos sociales se han reducido considerablemente.

No sucede lo mismo cuando se toma en cuenta a las mujeres que hablan alguna lengua indígena. Desafortunadamente, no se cuenta con información de 1987, pero es factible observar en los últimos años un pequeño aumento, si bien no estadísticamente significativo, en la proporción de mujeres con NNSA entre la población indígena. En 1997, como en

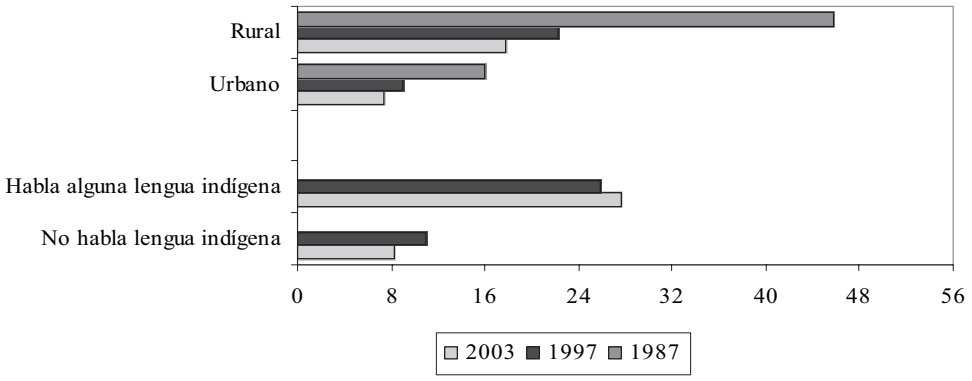
GRÁFICA 4

PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS CON NNSA, SEGÚN ESCOLARIDAD
(MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)



GRÁFICA 5

PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS CON NNSA, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA Y ETNIA (MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)

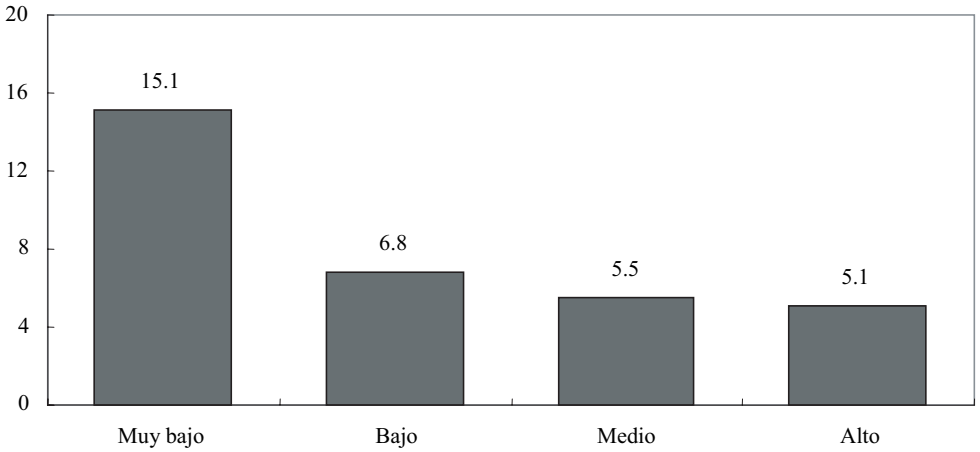


2003, aproximadamente una de cada cuatro mujeres que habla alguna lengua indígena podría clasificarse en una situación de NNSA. De acuerdo con esta información, toda la reducción en tales necesidades de los seis años previos habría tenido lugar entre la población mestiza, mientras que la población indígena habría quedado marginada de los progresos sociales en la materia.

Al dividir a la población de mujeres unidas en estratos socioeconómicos,[4] se destaca que las NNSA dependen de manera importante del nivel de vida de la población. Cuando las mujeres pertenecen al estrato socioeconómico muy bajo, las NNSA llegan a ser de 15.1 por ciento, mientras que en el resto de los estratos tales necesidades son sustancialmente menores (6.2 por ciento en promedio) (gráfica 6).

GRÁFICA 6

PORCENTAJE DE MUJERES UNIDAS CON NNSA, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, MÉXICO (2003)



[4] Se utiliza la variable estrato socieconómico del hogar generada por el doctor Carlos Echarri, profesor investigador de El Colegio de México.

En el cuadro 3 se presenta el porcentaje de mujeres unidas con NNSA, clasificando a la población de acuerdo con su nivel educativo, la zona de residencia y la etnia. En los grupos de población en condiciones sociales y económicas precarias, es decir, las mujeres con ninguna o baja escolaridad, que reside en zonas rurales, que hablan alguna lengua indígena y que pertenecen a los estratos socioeconómicos más vulnerables, tanto las necesidades para espaciar como las necesidades para limitar son importantes.

En particular, entre las mujeres analfabetas y entre la población indígena destaca el elevado porcentaje de mujeres con NNS para limitar el tamaño de su familia. Además, en este grupo de población también son relativamente elevadas las NNSA para espaciar los nacimientos. Cabe notar también, que independientemente del nivel educativo de la población y tanto en las zonas urbanas como rurales, las NNSA para espaciar y limitar han descendido de manera sistemática, aunque de forma más acentuada entre la población en mejores condiciones sociales.

Diferencias estatales en las NNSA

La fecundidad ha disminuido en todos los ámbitos regionales y estatales del país, pero el ritmo de disminución ha sido heterogéneo en las distintas entidades federativas del país, lo que se refleja en diferencias notables en el acceso y la práctica de los mecanismos de regulación de la fecundidad y en las NNSA. En la Ensar 2003, se definieron como dominios de estudio ocho entidades federativas del país: Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.

En este texto se presenta un análisis comparativo de las NNSA en cada uno de estos estados, así como sus variaciones respecto de 1997, el único año del que se dispone de esta información con anterioridad. En la gráfica siguiente se presentan las variaciones entre 1997 y 2003 para cada estado y de acuerdo con los componentes de las NNSA.

En seis de los estados disminuyeron las NNSA, tanto a escala global, como en sus componentes

CUADRO 3

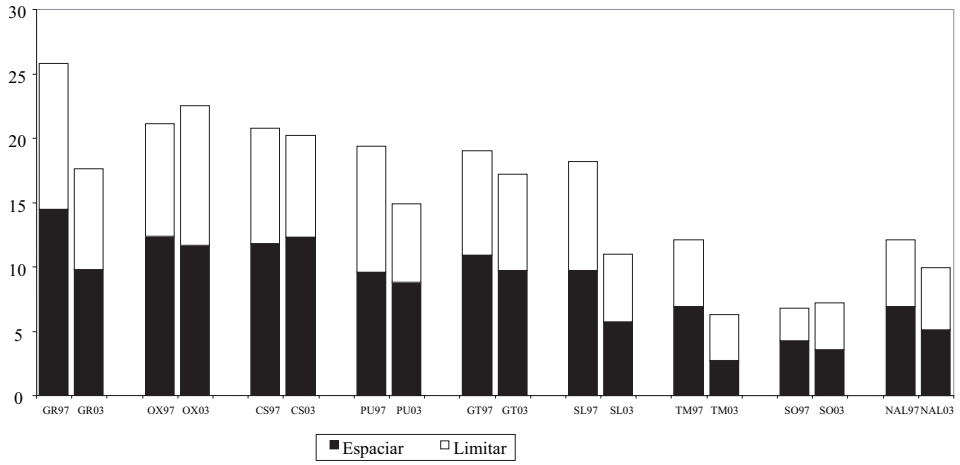
NNSA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
(MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)

Características	*1987*		*1997*		*2003*	
	Espaciar	*Limitar*	*Espaciar*	*Limitar*	*Espaciar*	*Limitar*
Total	*12.1*	*13.0*	*6.9*	*5.2*	*5.1*	*4.8*
Nivel de esolaridad						
Sin escolaridad	20.6	25.2	9.3	12.5	6.1	11.3
Primaria incompleta	15.1	17.6	8.8	8.1	7.0	5.6
Primaria completa	9.1	8.7	7.7	4.7	5.3	6.1
Secundaria o más	6.2	4.2	5.2	2.8	4.4	3.2
Lugar de residencia						
Rural	23.7	22.0	12.8	9.4	9.5	8.3
Urbano	6.9	9.0	5.0	3.9	3.7	3.6
Condición de lengua indígena						
Habla	n.d.	n.d.	14.6	11.3	12.7	15.0
No habla	n.d.	n.d.	6.3	4.7	4.5	3.8
Estrato socieconómico						
Muy bajo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7.8	7.3
Bajo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3.8	3.0
Medio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2.3	3.2
Alto	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2.7	2.4

Fuente: 1987, 1997, Conapo. *Cuadernos de salud reproductiva. República Mexicana, 2000*, p. 65. 2003, cálculos propios a partir de la Ensar 2003.
n.d.: no disponible.

GRÁFICA 7

NNSA, SEGÚN TIPO Y ENTIDADES FEDERATIVAS SELECCIONADAS (1997 Y 2003)



de espaciamiento y limitación del tamaño de la familia. Sin embargo, el ritmo de variación dista de ser homogéneo. En primer lugar, cabe mencionar que en el caso de Oaxaca, Chiapas y Sonora, el cambio en las NNSA es marginal e insignificativo estadísticamente.

La relación entre el desarrollo económico y social y aquéllas queda de manifiesto al advertir que en ambos periodos, las entidades con mayores niveles de pobreza y marginación (Chiapas, Oaxaca y Guerrero, los tres estados de alta marginación) son también aquellas cuya población tiene las mayores necesidades no satisfechas de anticoncepción. Destaca la situación del estado de Guerrero y Puebla, entidad en la que se disminuyeron en mayor medida (31 y 26 por ciento), las NNSA entre 1997 y 2003, particularmente las reactivas al espaciamiento de los embarazos en el caso de Guerrero y las necesidades para limitar en Puebla.

En Guanajuato, también se redujeron las NNSA, aunque en menor medida. Cabe destacar la situación en el caso de San Luis Potosí, donde en 1997 hubo un nivel de NNSA similar al de Guanajuato, pero en los siguientes seis años disminuyeron 40 por ciento las NNSA entre su población (de 18.2 a 11 por ciento).

Los estados del norte del país, Tamaulipas y Sonora, con un grado de marginación bajo, según el Censo de población y vivienda 2000, son las entidades donde se registran los menores niveles de NNSA. En Sonora no se observan cambios significativos en éstas entre 1997 y 2003 (6.8 y 7.2 por ciento, respectivamente); mientras que Tamaulipas muestra un avance notable: pasaron de 12.1 a 6.3 por ciento, una reducción de 50 por ciento durante los seis años previos a la Ensar.

Discusión

La información de la Ensar 2003 muestra que, en los últimos años, se ha mantenido la tendencia, aunque con menor dinamismo, a la reducción de las NNSA. Entre 1997 y 2003, el porcentaje de mujeres unidas con ese tipo de necesidades disminuyó 18 por ciento. No obstante, de acuerdo con la encuesta, casi una de cada diez mujeres unidas de 15-49 años aproximadamente 1.7 millones de mujeres tendrían NNSA: 884 mil mujeres para espaciar su próximo embarazo y 817 mil mujeres para limitar el tamaño de su descendencia.

A pesar de las importantes reducciones, es evidente en el panorama nacional, que son las adolescentes y jóvenes, quienes no han tenido hijos o quienes han tenido uno, las que muestran las mayores NNSA, sobre todo para espaciar sus nacimientos. No

CUADRO 3

NNSA DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL UNIDAS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
(MÉXICO, 1987, 1997 Y 2003)

Grupo de población	Tamaño de muestra	Intervalo de confianza (90%) Estimación puntual	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Efecto de diseño (DEFF)	Amplitud del intervalo
Nacional	11 858	9.9	0.7	8.8	11.0	6.4	2.3
Edad							
15-19	614	25.5	3.1	20.4	30.7	3.1	10.3
20-24	1 572	17.6	1.7	14.8	20.5	3.2	5.7
25-29	2 115	12.9	1.5	10.5	15.3	4.0	4.9
30-34	2 226	8.0	1.1	6.1	9.9	4.0	3.7
35-39	2 160	6.3	0.8	5.0	7.5	2.2	2.5
40-44	1 807	5.9	1.2	3.9	8.0	4.8	4.1
45-49	1 364	3.9	0.8	2.6	5.2	2.2	2.6
Paridad							
Ninguno	720	13.8	2.6	9.5	18.2	4.3	8.6
Uno	1 920	13.3	1.2	11.4	15.3	2.4	3.9
Dos	2 881	10.4	1.1	8.6	12.2	3.8	3.6
Tres	2 670	7.2	0.9	5.7	8.7	3.6	3.1
Cuatro o más	3 667	8.9	1.1	7.0	10.7	5.4	3.7
Escolaridad							
Sin escolaridad	832	17.4	2.9	12.6	22.1	3.8	9.5
Primaria incompleta	2 529	12.6	1.0	10.9	14.3	2.0	3.4
Primaria completa	2 744	11.4	1.4	9.1	13.0	5.3	4.5
Secundaria o más	5 744	7.6	0.6	6.6	8.5	2.9	1.9
Lugar de residencia							
Rural	3 388	17.8	2.2	14.1	21.5	10.0	7.4
Urbano	8 470	7.3	0.4	6.6	8.1	2.5	1.4
Lengua indígena							
Hablan	1 355	27.7	2.3	23.9	31.5	2.6	7.6
No hablan	10 502	8.3	0.5	7.4	9.1	3.7	1.7
Estrato socieconómico							
Muy bajo	5 617	15.1	1.3	13.0	17.3	6.5	4.3
Bajo	3 844	6.8	0.6	5.9	7.7	2.2	1.8
Medio	1 580	5.5	0.9	4.0	7.0	2.6	2.9
Alto	815	5.1	1.6	2.4	7.8	4.5	5.3
Entidad federativa							
Chiapas	1 186	20.2	3.5	14.4	26.0	13.6	11.6
Guanajuato	1 321	17.2	2.8	12.6	21.8	7.5	9.2
Guerrero	1 017	17.6	2.8	12.9	22.2	5.5	9.2
Oaxaca	989	22.5	3.4	16.9	28.0	7.8	11.1
Puebla	1 291	14.9	1.8	11.9	17.9	4.2	6.0
San Luis Potosí	1 320	11.0	1.6	8.4	13.6	2.1	5.2
Sonora	1 268	7.2	1.2	5.3	9.2	1.7	3.9
Tamaulipas	1 082	6.3	0.9	4.8	7.8	1.2	3.0

Fuente: elaboración propia, con base en la *Ensar 2003*.

obstante, estas necesidades tienden a aumentar conforme avanza la vida reproductiva de las mujeres, particularmente en los grupos sociales más pobres.

La desigualdad social repercute negativamente en las posibilidades de que la población en condiciones de pobreza y marginación ejerza sus derechos reproductivos. Si bien las necesidades han disminuido en casi todos los grupos analizados, las mujeres del estrato socioeconómico muy bajo, con ninguno o pocos años de escolaridad; las que habitan en zonas rurales, las que hablan alguna lengua indígena, o viven en entidades de muy alta y alta marginación muestran las mayores NNSA. En particular, cabe señalar los casos de las mujeres que hablan alguna lengua indígena, entre quienes prácticamente no hubo ninguna disminución de las NNSA en los últimos seis años.

Lactancia y amenorrea posparto

*Beatriz Zubieta García**

Lactancia materna

En este artículo se presenta un panorama general de los patrones de la lactancia en México, así como las tendencias al respecto en los últimos 25 años. Para calcular la incidencia y duración de la lactancia, se incluyeron los últimos y penúltimos nacimientos entre enero del 2000 hasta la fecha de la encuesta, sobrevivientes al momento de la entrevista.

La alimentación del bebé con leche materna es uno de los principales determinantes de la salud en su primer año de vida. La leche materna contiene los elementos nutritivos necesarios para el desarrollo del lactante, ya que reduce los riesgos de contraer infecciones gastrointestinales, proporciona protección inmunológica para algunas enfermedades y su práctica contribuye a espaciar los embarazos, al alargar el periodo de infecundidad posparto.

La práctica de la lactancia en México experimentó una gradual reducción durante los años setenta. Sin embargo, desde mediados de los noventa, se advierte una recuperación que continúa hasta lo que va del presente siglo. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (Ensar), 92.3 por ciento de los recién nacidos(as) fueron amamantados y la mitad de ellos fueron destetados a los 12.1 meses de edad (cuadro 1).

Como la encuesta aceptó la declaración de la duración de la lactancia en años, encontramos importantes preferencias hacia múltiplos de doce meses, por lo que se comparó la función de supervivencia del cuadro de vida, con las medias móviles de las proporciones que se obtienen mediante la técnica de estatus actual. Como se aprecia en la gráfica 1, las declaraciones de las mujeres en años parecen truncar la duración real, pues la estimación de la

Cuadro 1

Porcentaje de niños que nunca fueron amamantados e indicadores de la duración de la lactancia
(1972-1976, 1982-1987, 1994-1997 y 2000-2003)

	1972-1976	*1982-1987*	*1994-1997*	*2000-2003*
Porcentaje que nunca recibió leche materna	16.8	14.9	9.6	7.5
Duración de la lactancia[1]				
Primer cuartil	6.0	4.0	4.4	6.1
Mediana	12.4	12.1	9.8	12.1
Tercer cuartil	18.3	18.5	18.2	18.4

Nota: Se incluyen los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos sobrevivientes al momento de la entrevista.

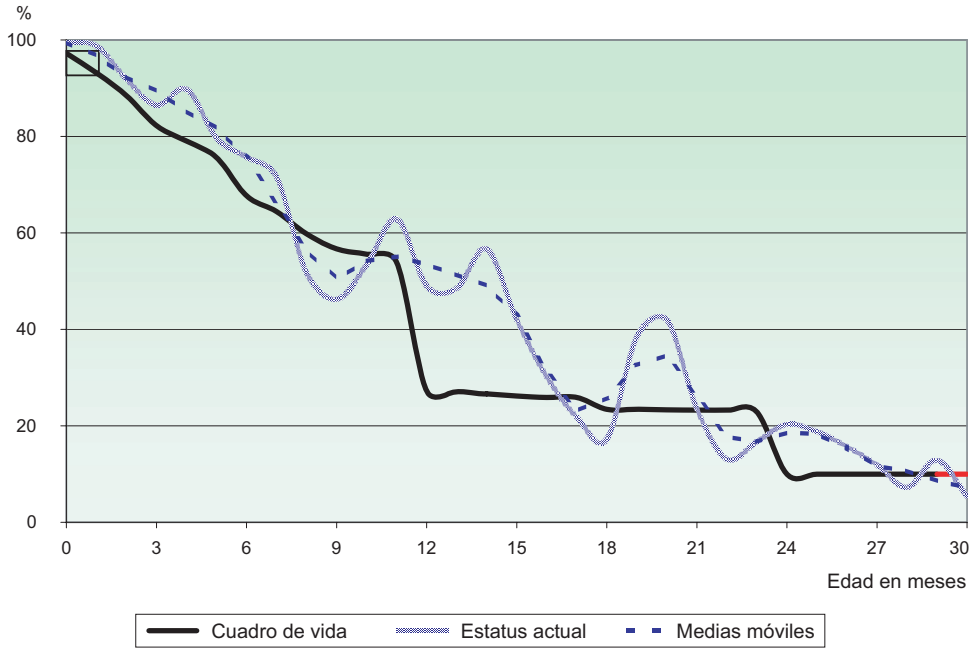
[1] El primer cuartil, la mediana y el tercer cuartil corresponden al número de meses a los cuales, entre los niños que sí recibieron leche materna, el 75, 50 y 25 por ciento no habían sido destetados.

Fuente: estimaciones del Conapo, con base en la EMF, 1976; Enfes, 1987 y Enadid, 1997 (Zúñiga, 2000: 92) y estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

* ACNielsen, S.A. de C.V.

GRÁFICA 1

PORCENTAJE DE LACTANTES AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA, SEGÚN EDAD



Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

duración media que se obtiene mediante las medias móviles resulta mayor a la del cuadro de vida, por lo que se descarta la sospecha de que la duración mediana de la Ensar que se obtuvo mediante dicho cuadro, sobrestima la duración de la lactancia.

Por los resultados anteriores, se supondría que el aumento en el porcentaje de niños amamantados y en la duración mediana de la lactancia reflejan las acciones que el sector salud ha implementado para la protección y fomento de la lactancia materna, dentro de las que destacan la orientación y consejos sobre la lactancia durante la atención prenatal, el inicio de la lactancia materna inmediata y el alojamiento conjunto.

La lactancia es muy similar entre las mujeres de diferentes grupos etáreos. No obstante, la proporción de niñas y niños amamantados continúa siendo mayor entre las mujeres sin escolaridad, entre las que residen en áreas rurales, las que hablan una lengua indígena y quienes fueron atendidas durante el parto en el sector público, respecto de las que recibieron la atención en el sector privado (cuadro 2).

CUADRO 2

PORCENTAJE DE LOS ÚLTIMOS Y PENÚLTIMOS HIJOS SOBREVIVIENTES QUE FUERON AMAMANTADOS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS (2000-2003)

Total	*92.3*
Edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	92.7
20-34	92.3
35-49	91.8
Escolaridad	
Sin escolaridad	98.5
Primaria Incompleta	92.9
Primaria Completa	92.5
Secundaria y más	91.6
Lugar de atención del parto	
Sector público	93.1
Sector privado	88.3
Casa	96.4
Lugar de residencia	
Urbano	91.8
Rural	93.6
Condición de habla de lengua indígena	
Habla	98.8
No habla	91.5

Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

Aunado a las diferencias que observamos en la incidencia de la lactancia, las mujeres sin escolaridad amamantaron, en promedio, cerca de un año más que las que concluyeron la primaria (23.1 y 11.9 meses, respectivamente), en tanto que el lugar de residencia no presenta diferencias tan grandes (12.7 meses en el medio rural frente a 9.7 meses en el urbano).

La práctica de la lactancia presenta un perfil similar en las ocho entidades federativas de las que se dispone de información, y en todas se aprecia un aumento en el porcentaje de bebés amamantados en relación con la década de los noventa, con excepción de Sonora, que presentó una ligera contracción (cuadro 3).

duración similar al promedio nacional, al registrar una ligera reducción en los últimos años. En Guanajuato, se observa un aumento importante en la duración mediana de la lactancia, logrando acercarse al promedio nacional; en tanto que Sonora y Tamaulipas, a pesar del aumento registrado, presentaron una duración menor a ocho meses.

La lactancia materna exclusiva se recomienda durante los primeros cuatro-seis meses de edad, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del niño, publicada en febrero del 2001, ya que se reconoce como factor importante para la reducción de la incidencia de diarreas en los menores de seis meses, así como medida de prevención de infecciones respiratorias agudas.

CUADRO 3

PORCENTAJE DE LOS ÚLTIMOS Y PENÚLTIMOS HIJOS SOBREVIVIENTES AMAMANTADOS Y DURACIÓN MEDIA DE LA LACTANCIA POR ENTIDAD FEDERATIVA
(1994-1997 Y 2000-2003)

	1994 - 1997		*2000 - 2003*	
Entidad	*Porcentaje*	*Meses*	*Porcentaje*	*Meses*
Nacional	*89.9*	*9.8*	*92.3*	*12.2*
Chiapas	92.5	14.5	94.0	16.0
Guanajuato	89.9	8.2	92.7	11.8
Guerrero	93.6	14.4	96.5	12.8
Oaxaca	96.5	18.6	97.9	24.2
Puebla	93.5	12.8	96.2	12.4
San Luis Potosí	89.7	12.2	90.9	12.2
Sonora	91.9	6.8	90.4	7.9
Tamaulipas	84.6	6.1	89.4	6.8

Fuente: estimaciones del Conapo, con base en la Enadid, 1997 (Zúñiga, 2000: 142 y 143) y estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

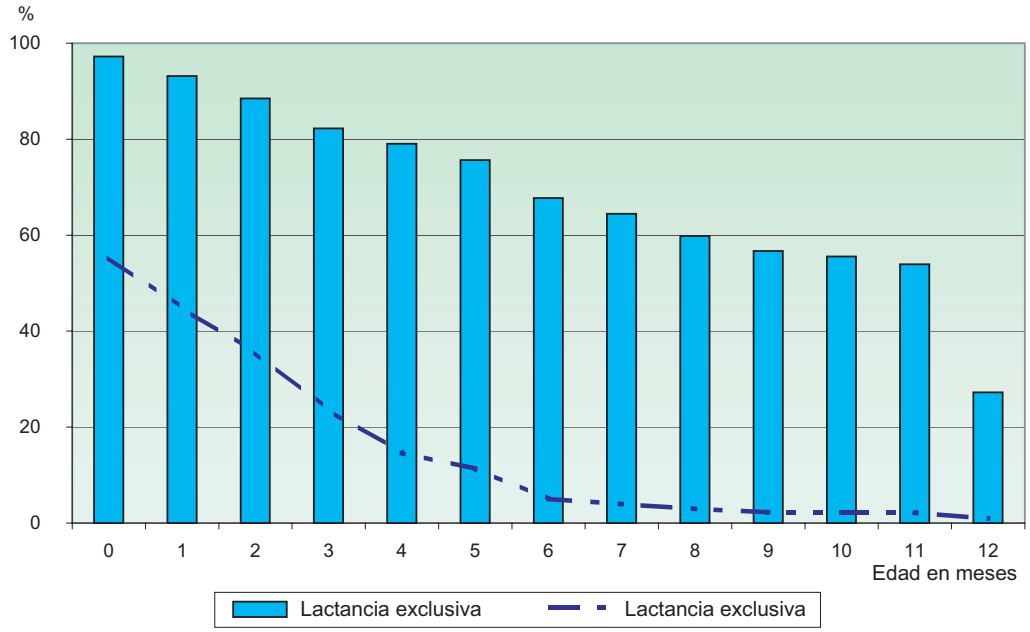
Respecto de la duración de la lactancia, se observan diferencias muy importantes entre las entidades federativas: las mujeres oaxaqueñas, además de seguir siendo las que amamantan durante periodos más prolongados, son las que registraron el mayor aumento en este indicador respecto de la estimación de la Enadid 1997, al pasar de 18.6 a 24.2 meses; les siguen las mujeres de Chiapas, con una duración mediana de 16 meses; mientras que las mujeres de Guerrero, Puebla y San Luis Potosí presentan una

La ablactación temprana es una práctica ampliamente difundida y cada vez más frecuente en el territorio nacional, pues la duración mediana de la lactancia exclusiva pasó de 3.1 meses entre 1994 y 1997, a 1.5 meses entre el 2000 y el 2003.

De los recién nacidos entre 2000 y 2003, poco más de la mitad fueron ablactados antes de los dos meses de edad; uno de cada cinco entre los dos y tres meses; uno de cada seis en el periodo recomendado y 3.9 por ciento no recibió oportunamente otros

GRÁFICA 2

FUNCIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA LACTANCIA MEDIANTE EL CUADRO DE VIDA



Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

nutrientes necesarios para su adecuado desarrollo y nutrición (cuadro 4).

Si bien la ablactación temprana es más frecuente en el medio urbano y entre la población de mayor escolaridad, la proporción de niños ablactados antes del periodo recomendado parece haber aumentado considerablemente en los últimos años en el medio rural (68.6 por ciento entre 2000-2003 contra 54.5 por ciento entre 1994-1997), entre las mujeres sin escolaridad (63.1 contra 50.6 por ciento) y entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (60.6 contra 42 por ciento).

Al analizar el alimento utilizado para la ablactación (cuadro 5), encontramos que la mayoría lo hace con agua o té (50.3 por ciento), cerca de una cuarta parte con leche en polvo (24 por ciento) y el resto con diversos alimentos, como papillas de frutas o verduras (10.1 por ciento), jugos de frutas (5.7) y caldo de frijol o de pollo (4.3). Cabe destacar que la proporción de bebés que fueron ablactados con leche en polvo es menor en el medio rural (20.1), entre las mujeres sin escolaridad (18) y entre las que hablan alguna lengua indígena (14 por ciento).

Amenorrea y abstinencia posparto

La revisión del panorama de la amenorrea y la abstinencia posparto, de la situación actual con la que prevaleció a mediados de los ochenta. Cabe recordar que, en ausencia de la anticoncepción, la fecundidad de una mujer después de un parto está determinada por la duración de la amenorrea y la abstinencia posparto. Para calcular la duración mediana, se incluyeron los últimos y penúltimos nacimientos ocurridos entre enero del 2000 y la fecha de la encuesta, supervivientes en el momento de la entrevista.

Amenorrea posparto

En la gráfica 3 se observa que la función de supervivencia de la amenorrea, que se obtiene mediante el cuadro de vida, es consistente con las medias móviles de la proporción de mujeres con amenorrea en el momento de la entrevista (estatus actual) y las estimaciones de la duración media de ambos métodos

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ÚLTIMOS Y PENÚLTIMOS HIJOS SUPERVIVIENTES QUE RECIBIERON LECHE MATERNA DE ACUERDO A LA EDAD A LA QUE FUERON ABLACTADOS, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS (2000-2003)

	Meses				
	Menos de 2	*2 a 3*	*4 a 6*	*7 o más*	*No ha ablactado*
Total	*54.7*	*20.5*	*17.0*	*3.9*	*3.9*
Edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	55.7	18.7	16.4	5.1	4.1
20-34	53.4	21.8	17.3	3.6	3.8
35-49	62.5	14.0	16.1	3.2	4.2
Escolaridad					
Sin escolaridad	42.0	21.2	18.1	8.7	10.1
Primaria incompleta	52.4	19.2	15.2	8.2	5.0
Primaria completa	50.9	22.5	19.0	3.0	4.6
Secundaria y más	57.9	20.0	16.6	2.7	2.8
Lugar de residencia					
Urbano	57.3	20.8	15.9	3.0	2.9
Rural	48.8	19.7	19.5	5.7	6.2
Condición de habla de lengua indígena					
Habla	42.5	18.1	19.7	9.1	10.6
No habla	56.5	20.8	16.6	3.1	2.9

Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

CUADRO 5

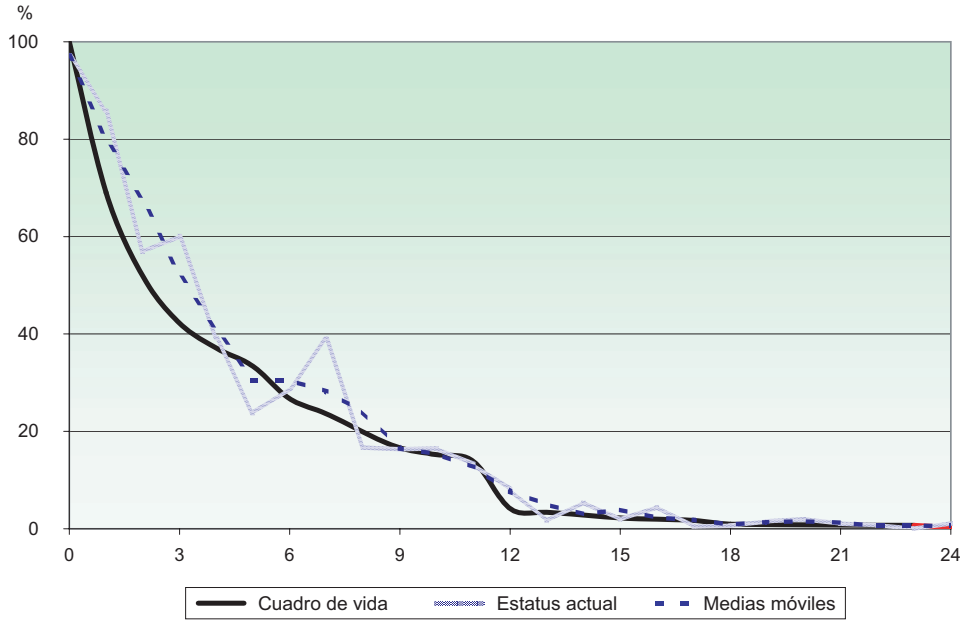
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ÚLTIMOS Y PENÚLTIMOS HIJOS SUPERVIVIENTES QUE RECIBIERON LECHE MATERNA, DE ACUERDO AL ALIMENTO CON EL QUE LOS ABLACTARON, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, 2000-2003

	Alimento		
	Agua o té	*Leche en polvo*	*Otro*
Total	*54.7*	*20.5*	*17.0*
Edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	55.7	18.7	16.4
20-34	53.4	21.8	17.3
35-49	62.5	14.0	16.1
Escolaridad			
Sin escolaridad	42.0	21.2	18.1
Primaria Incompleta	52.4	19.2	15.2
Primaria Completa	50.9	22.5	19.0
Secundaria y más	57.9	20.0	16.6
Lugar de residencia			
Urbano	57.3	20.8	15.9
Rural	48.8	19.7	19.5
Condición de habla de lengua indígena			
Habla	42.5	18.1	19.7
No habla	56.5	20.8	16.6

Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

GRÁFICA 3

PORCENTAJE DE MUJERES EN AMENORREA, SEGÚN TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO



Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

son similares, por lo que se decidió trabajar con los cálculos del cuadro.

La duración mediana de la amenorrea, es decir, el tiempo posterior al nacimiento en el que la mitad de las mujeres tiene su primera menstruación posparto, es de 3.2 meses. Este rápido regreso de la menstruación es resultado de la amplia difusión de la ablactación temprana en el país.

La gráfica 4 muestra la importancia de la lactancia exclusiva en la duración de la amenorrea posparto. Tres meses después del nacimiento, 58.2 por ciento de las mujeres que se encontraban lactando tenían amenorrea, en tanto que entre las mujeres que lactaban de manera exclusiva, sólo 20.3 por ciento se le había presentado su primera menstruación posparto.

Al comparar los porcentajes de mujeres en amenorrea de los últimos años, con los que se observaron quince años atrás, provenientes de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Enfes) 1987, encontramos un panorama muy similar en los seis meses posteriores al nacimiento (cuadro 6). Sin embargo, al considerar únicamente a las mujeres que lactaban exclusivamente a sus hijos, las diferencias son muy importantes, sin que se tenga identificada una posible causa de esta reducción.

La duración mediana de la amenorrea es consistente con las diferencias observadas en los patrones de lactancia. Sin embargo, los periodos tan prolongados de amenorrea entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena (8.9 meses) y las que atendieron su parto en casa (8.2) reflejarían problemas nutricionales entre estos grupos de mujeres (cuadro 7).

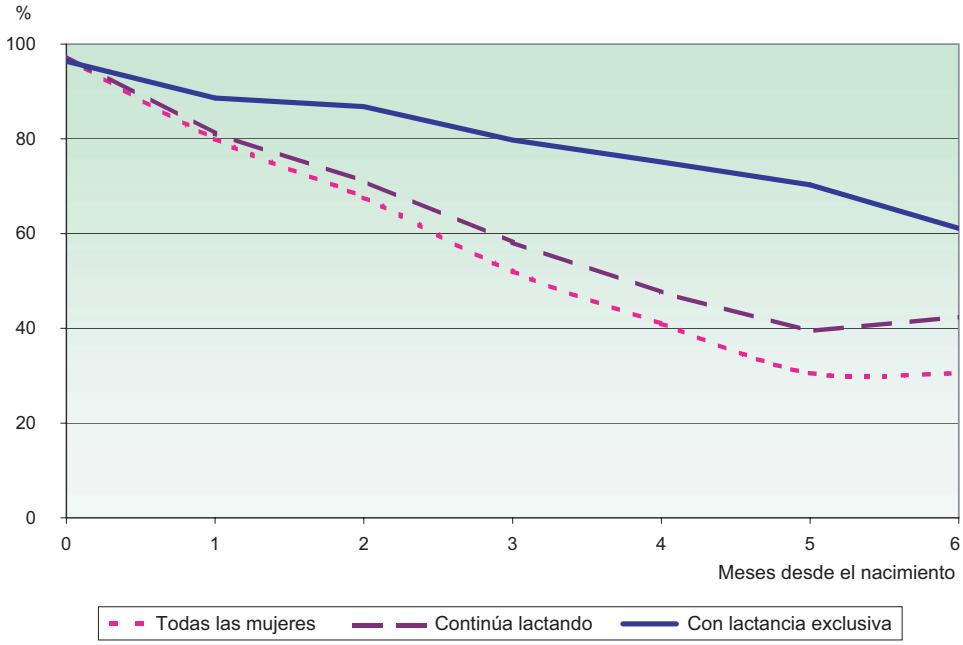
Abstinencia posparto

La duración de la abstinencia está determinada por las costumbres vigentes en la sociedad, así como por la estabilidad en la relación de la pareja.

Al comparar la función de supervivencia del cuadro de vida con los porcentajes del estatus actual, encontramos que no existen preferencias especiales

GRÁFICA 4

PORCENTAJE DE MUJERES EN AMENORREA, SEGÚN PRÁCTICA DE LACTANCIA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA



Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

CUADRO 6

PORCENTAJE DE MUJERES EN AMENORREA, SEGÚN MESES TRANSCURRIDOS DESDE EL NACIMIENTO (1984-1987 Y 2000-2003)

	Todas las mujeres		*Lactancia exclusiva*	
Meses	*1984 - 1987*	*2000 - 2003*	*1984 - 1987*	*2000 - 2003*
1	84.0	80.9	97.4	88.6
2	70.7	67.6	94.1	86.8
3	51.8	52.0	92.7	79.7
4	39.5	41.0	89.2	75.1
5	34.3	30.6	93.3	70.3
6	30.2	30.5	78.3	61.1
7	26.7	28.2	—	—
8	26.7	24.0	—	—
9	23.7	16.5	—	—
10	22.0	15.4	—	—
11	20.5	12.6	—	—
12	19.4	7.6	—	—
18	10.3	0.9	—	—
24	3.7	0.6	—	—

Nota: medias móviles de tres meses correspondientes a los últimos hijos nacidos vivos entre 1984 y 1987 supervivientes al momento de la entrevista menores a 36 meses, y a los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos entre 2000 y 2003 sobrevivientes al momento de la entrevista.
Fuente: estimaciones propias de la Enfes 1987 y la *Ensar 2003*.

CUADRO 7

DURACIÓN MEDIANA DE LA AMENORREA POSPARTO, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS (2000-2003)

Total	*3.2*
Edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	3.3
20-34	3.1
35-49	4.1
Escolaridad	
Sin escolaridad	6.2
Primaria Incompleta	6.2
Primaria Completa	3.4
Secundaria y más	2.8
Lugar de atención del parto	
Sector público	3.0
Sector privado	2.7
Casa	8.2
Lugar de residencia	
Urbano	2.8
Rural	5.8
Condición de habla de lengua indígena	
Habla	8.9
No habla	2.9

Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

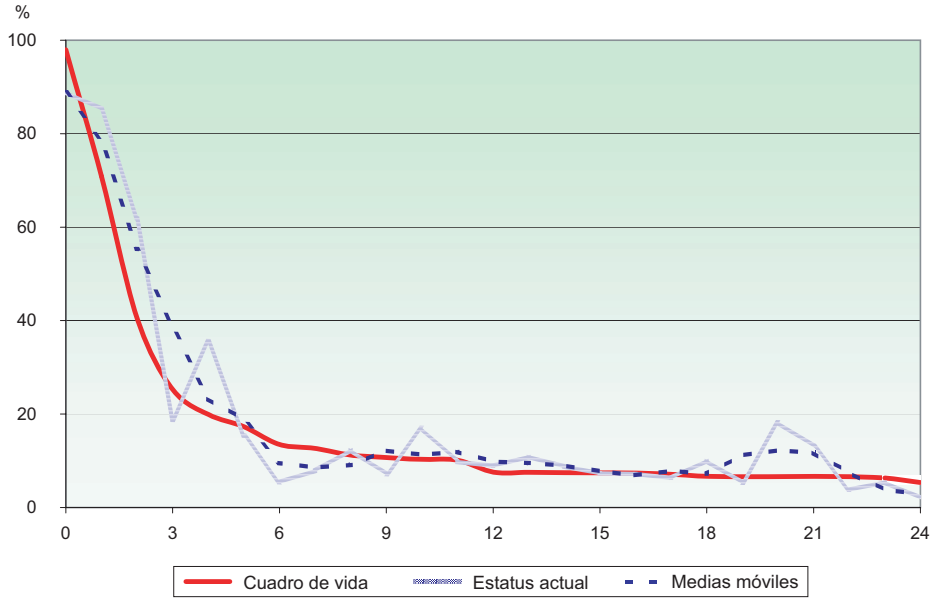
por alguna duración o dígito en particular que invalide las estimaciones de la duración de la abstinencia que se obtienen mediante aquel cuadro. Sin embargo, los porcentajes de mujeres en abstinencia en los primeros tres meses posteriores al nacimiento del cuadro de vida son ligeramente menores a los porcentajes del estatus actual (gráfica 5).

La duración mediana de la abstinencia posparto, esto es, el tiempo posterior al nacimiento en el que la mitad de las mujeres reinician su vida sexual después del parto, es de 2.7 meses, y cuatro de cada cinco mujeres reanudan sus relaciones sexuales a partir del tercer mes. Estos resultados revelan que las costumbres que no permiten la práctica de relaciones sexuales durante la lactancia o la amenorrea ya casi no están presentes en el país, y han cedido su lugar a las consideraciones de la medicina moderna referentes a reanudar la vida sexual después de los cuarenta días posteriores al parto.

Los porcentajes de mujeres con amenorrea que observamos en la encuesta son prácticamente similares a los que se informaron en la Enfes 1987, lo que muestra que esta práctica no ha experimentado mayores cambios en los últimos tres lustros (cuadro 8).

GRÁFICA 5

PORCENTAJE DE MUJERES EN ABSTINENCIA AL MOMENTO DE LA ENTREVISTA, SEGÚN TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO



Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

Cuadro 8

Porcentaje de mujeres en abstinencia, según meses transcurridos desde el nacimiento
(1984-1987 y 2000-2003)

Meses	*1984 -1987*	*2000 -2003*
1	82.0	78.7
2	57.2	55.3
3	33.0	38.7
4	19.3	23.2
5	13.9	18.8
6	12.5	9.5
12	8.6	9.9

Nota: medias móviles de tres meses correspondientes a los últimos hijos nacidos vivos entre 1984 y 1987 sobrevivientes al momento de la entrevista menores a 36 meses y a los últimos y penúltimos hijos nacidos vivos entre 2000 y 2003 sobrevivientes al momento de la entrevista.
Fuente: estimaciones propias de la Enfes 1987 y de la *Ensar 2003*.

Cuadro 9

Duración mediana de la abstinencia posparto, según características seleccionadas
(2000-2003)

Total	*2.7*
Edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	2.7
20-34	2.7
35-49	2.9
Escolaridad	
Sin escolaridad	3.3
Primaria Incompleta	3.0
Primaria Completa	2.6
Secundaria y más	2.6
Lugar de atención del parto	
Sector público	2.7
Sector privado	2.6
Casa	3.0
Lugar de residencia	
Urbano	2.6
Rural	3.0
Condición de habla de lengua indígena	
Habla	3.5
No habla	2.6

Fuente: estimaciones propias de la *Ensar 2003*.

La duración mediana de la abstinencia prácticamente no varía con la edad de la mujer. Sin embargo, observamos una relación inversa con su escolaridad, pues las mujeres con menor escolaridad son las que reportaron una de las duraciones medianas mayores (cuadro 9).

La prolongación del periodo de abstinencia entre las mujeres que hablan alguna lengua indígena y entre quienes residen en el medio rural es probable que se relacione con la mayor influencia de las costumbres tradicionales de la abstinencia posparto en estos grupos sociales, o quizá se relacione con la ausencia temporal de la pareja por motivos laborales.

Bibliografía

Lesthaeghe Ron y Hilary J. Page (1980). "The Post-partum Non-susceptible Period: Development and Application of Model Schedules", *Population Studies* 34, núm. 1: 143-169.

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (2002). *Así se construye Oportunidades*: *Informe 2002*. México, Secretaría de Desarrollo Social.

Rutstein, Shea (1991). "The Impact of Breastfeeding on Fertility", en *IRD/Macro International, Inc. Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*. Washington, D.C., 1991, vol. 2: 897-924.

Secretaría de Salud (2001). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño*. México, SSA.

_____. (2001). *Programa de acción: salud reproductiva*. México, SSA.

_____. (2002). *Programa de acción: Arranque parejo en la vida*, México, SSA.

Simpson-Herbert, Mayling y Sandra L. Huffman (1981). "The Contraceptive Effect of Breatfeeding", *Studies in Family Planning* 12, núm. 4: 125-133.

Smith, David (1980). *World Fertility Surveys Technical Bulletins. Life table Analysis*. Amberes, International Statistical Institute, núm. 6, Tech. 1365.

Zubieta García, Elena Beatriz *et al.* (2000). *Cuadernos de salud reproductiva: República Mexicana*. México, Conapo.

Salud materno infantil

*María de la Cruz Muradás**
*Alejandro Suárez**
*Rafael Lozano**

Introducción

El levantamiento de la Ensar 2003 es pertinente, puesto que llena un vacío de información sobre la salud materno infantil que se acumuló en los últimos años. La falta de fuentes de información confiables y de la nueva Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid), no nos permitían abandonar los resultados obtenidos por la Enadid 1997.

Una primera exploración de la Ensar permitió confirmar que su contenido, relacionado con la salud materno infantil, es consistente con las tendencias históricas derivadas de encuestas similares (Enfes 1987; Enadid 1997). La base de datos de este tema está formada por registros de los penúltimos y últimos hijos nacidos vivos de las mujeres que fueron encuestadas y que declararon haber tenido uno o más hijos nacidos vivos en el periodo de enero de 1998 a la fecha de realización de la encuesta.

Para esta sección, las variables que guiaron la exploración de la encuesta fueron el total de atenciones prenatales, el lugar donde se llevaron a cabo, el personal que brindó la atención, el mes en que se produjo la primera revisión, la persona que atendió el parto, el lugar donde se atendió éste, el tipo de parto, la atención en el puerperio, el peso del recién nacido y la condición de supervivencia de los nacidos vivos al momento de la encuesta.

Los resultados obtenidos hacen referencia a distribuciones porcentuales de los hijos nacidos vivos, según algunas características de la mujer, que pueden ser la escolaridad, la edad de la madre al momento del nacimiento del hijo, su lugar de residencia –urbano o rural– y la entidad federativa de residencia.[1] Para mostrar la evolución en el tiempo de algunas de las variables de la encuesta, se tomaron como elementos de comparación los resultados de la Enfes 1987 y los de la Enadid 1997.

Resultados

Del total de mujeres encuestadas, tres de cada diez declararon haber tenido al menos un hijo nacido vivo en el periodo de referencia, de ellas, 27.7 por ciento tuvo más de uno. En las áreas rurales del país se concentró el 29.5 por ciento de las mujeres que tuvieron, al menos, un hijo nacido vivo; el 70.5 por ciento restante habita en áreas urbanas.

El 5 por ciento de las madres no tiene escolaridad y 14 por ciento no concluyeron los estudios primarios, cerca de un 63 por ciento se distribuye de manera homogénea entre los grupos de mujeres que lograron culminar la primaria y las que concluyeron los estudios secundarios, el restante18 por ciento lo ocupan mujeres con estudios superiores.

El cuadro 1 muestra que, al momento de la encuesta, 13 por ciento de las mujeres entre 15-19 años de edad ya tenían al menos un hijo. En los grupos entre las edades de 20 y 34 años, al menos una de cada dos mujeres tuvo un hijo en dicho periodo.

Lugar de residencia

Mientras que en el área urbana 32 por ciento de las mujeres declaran haber tenido un hijo nacido vivo durante el periodo que abarca la encuesta, en la rural, este valor se eleva por encima de 40 por ciento (cuadro 2).

* Investigadores de la Secretaría de Salud.

[1] La Ensar 2003 tiene representatividad a nivel nacional, por ámbito rural-urbano y en ocho diferentes entidades federativas del país –Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES, POR CONDICIÓN DE HNV, ENTRE 1998-2003, SEGÚN GRUPO DE EDAD AL MOMENTO DE LA ENCUESTA

Grupo de edad	*Algún HNV entre 1998-2003*	*Sin HNV entre 1998-2003*	*Total*
15-19	13.0	87.0	100
20-24	46.1	53.9	100
25-29	62.0	38.0	100
30-34	50.7	49.3	100
35-39	33.1	66.9	100
40-44	15.9	84.1	100
45-49	3.8	96.2	100
Total	*34.0*	*66.0*	*100*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES POR CONDICIÓN DE HNV, ENTRE 1998-2003, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA

Lugar de residencia	*Algún HNV entre 1998-2003*	*Sin HNV entre 1998-2003*	*Total*
Rural	40.3	59.7	100
Urbano	32.1	67.9	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Las diferencias por lugar de residencia también están presentes por grupos de edad (cuadro 3), los mayores contrastes aparecen en el grupo de 20-24 años, cuando la diferencia por lugar de residencia entre las mujeres que al menos tuvieron un hijo es de 20 puntos porcentuales. En los siguientes tres grupos, las diferencias se reducen a 5 por ciento y se vuelven a ampliar a cerca de 10 por ciento entre las mujeres de 40-44 años. Lo anterior muestra las diferencias entre los distintos patrones reproductivos que coexisten en el país; en el caso del área rural, las mujeres inician su vida reproductiva antes que en la urbana; tienen más hijos en promedio a lo largo de toda su vida reproductiva y culminan a edades más adultas.

CUADRO 3

MUJERES QUE HAN TENIDO UN HIJO VIVO, SEGÚN EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA

Edad	*Rural*	*Urbano*
15-19	15.5	12.3
20-24	61.4	41.2
25-29	65.7	60.8
30-34	56.3	49.1
35-39	37.0	32.0
40-44	23.6	13.9
45-49	6.6	2.9
Total	*40.3*	*32.1*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

El problema del embarazo adolescente sigue siendo un tema de salud muy importante y por resolver. Tal como indican los resultados de la encuesta, está presente tanto en la zona rural del país, como en la urbana.

Escolaridad

La escolaridad es uno de los factores que determina, en gran medida, las diferencias entre los patrones y conductas reproductivas de la mujer. Para analizar la escolaridad de las mujeres, se formaron categorías de dicha variable, agrupándolas de la siguiente manera: *a*) mujeres sin escolaridad (quienes declararon no haber asistido a la escuela); *b*) mujeres con primaria incompleta (que estudiaron menos de seis años de primaria, más las que sólo estudiaron preescolar, sin importar el número de años); *c*) primaria completa o secundaria o equivalente incompleta (engloba a las mujeres que estudiaron seis años de primaria, más las que no concluyeron los tres años de la secundaria, o alguna carrera técnica o comercial equivalente) y *d*) secundaria o más, que incluye a las mujeres que tienen secundaria o equivalente completa, así como todas aquellas que realizaron estudios superiores, sin importar si terminaron o no.

Es preciso destacar que al momento de la encuesta, 5 por ciento de las mujeres con HNV después de 1998 nunca asistió a la escuela y otro 45 por

ciento no concluyó los estudios básicos, es decir, no completó los estudios de secundaria o equivalente.

Como se observa en el cuadro 4, mujeres de igual escolaridad residentes en áreas rurales y urbanas presentan importantes diferencias en la condición de hijo nacido vivo, destacan sobre todo los 15 y 10 puntos porcentuales de diferencia entre las mujeres que no culminan los estudios primarios y quienes no culminan la secundaria, respectivamente.

En general, los grupos de mujeres de menor escolaridad presentan porcentajes de hijos nacidos vivos, superiores a los grupos de mujeres con mayor escolaridad.

Cabe destacar el rezago escolar de un importante grupo de la población femenina, las mujeres de 15-19 años, que en su mayoría debían haber culminado la secundaria, cerca de 31 por ciento de ellas no cumple con dicha condición (cuadro 5).

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES POR CONDICIÓN DE ALGÚN HNV, EN EL PERIODO, POR LUGAR DE RESIDENCIA, SEGÚN ESCOLARIDAD

Escolaridad	*Rural*		*Urbano*	
	Algún HNV entre 1998-2003	*Sin HNV entre 1998-2003*	*Algún HNV entre 1998-2003*	*Sin HNV entre 1998-2003*
Ninguna	42.3	57.7	37.6	62.4
Primaria incompleta o preescolar	42.0	58.0	27.8	72.2
Primaria completa o secundaria o equivalente incompleta	45.4	54.6	35.3	64.7
Secundaria o más	34.2	65.8	29.6	70.4
Total	*40.3*	*59.7*	*32.1*	*67.9*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 5

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR LA ESCOLARIDAD DE LA MADRE, SEGÚN SU GRUPO DE EDAD AL MOMENTO DE LA ENCUESTA

Grupo de edad	*Escolaridad*			
	Ninguna	*Primaria incompleta o preescolar*	*Primaria completa o secundaria o equivalente incompleta*	*Secundaria o más*
15-19	3.8	12.8	30.6	52.8
20-24	3.7	11.9	31.8	52.6
25-29	4.8	13.0	31.6	50.6
30-34	4.7	13.8	30.1	51.4
35-39	8.7	17.5	25.5	48.3
40-44	14.3	24.4	29.8	31.5
45-49	15.1	47.7	29.2	8.0
Total	*5.4*	*14.3*	*30.3*	*50.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Atención prenatal

Teóricamente, el primer contacto entre la mujer embarazada y los servicios de salud debió ocurrir cuando detectó la amenorrea o, en el mejor de los casos, a partir de que la mujer se propone ser madre. Para evaluar el impacto de los servicios de salud sobre la condición de salud de las mujeres embarazadas, se requiere conocer cuándo se estableció el primer contacto con tales servicios durante el embarazo; el número de veces que lo hizo, así como la calidad de la atención recibida.

Los avances en materia de atención prenatal son importantes en los últimos quince años. En 1987, según la Enfes, 15.7 por ciento de las mujeres que tuvieron un hijo no recibieron atención durante el embarazo; diez años después, esta cifra se redujo a 7.8 por ciento (Enadid 1997) y para 2003 (Ensar 2003) se presenta una cifra inferior a 4 por ciento. En otras palabras, en promedio el riesgo de no recibir atención prenatal durante el embarazo disminuyó cuatro veces, aunque es importante analizar en cuáles subpoblaciones se observan los rezagos (gráfica 1).

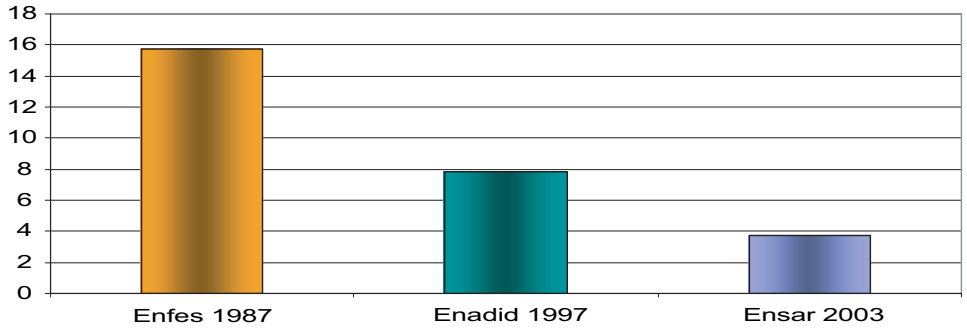
Durante 1984-1987, 24.1 por ciento de las mujeres que habitaban en localidades de menos de 2 500 habitantes no habían tenido contacto con los servicios de salud durante el embarazo. De 1994-1997 esta cifra disminuyó a 15.2 por ciento y en 1998-2003 se redujo a 5.8 por ciento. En el ámbito urbano, el descenso es menos pronunciado, en 1994-1997 no recibieron atención prenatal 4.7 por ciento de mujeres y en 1998-2003 sólo 2.9 por ciento no tuvieron dicha atención.

En comparación con el resto, las mujeres adolescentes son las que menos acuden a recibir este tipo de servicio, así como las de menor escolaridad. De hecho, se observa una alta correlación inversa entre la escolaridad y la no atención prenatal. Mientras que doce de cada cien mujeres sin escolaridad no reciben atención prenatal, una de cada cien, aproximadamente, con escolaridad de secundaria o más no la recibieron. En los últimos quince años, ha disminuido de 33 a 12.1 por ciento el índice de mujeres sin escolaridad que no acuden a recibir atención durante el embarazo.

En general, el argumento de mayor peso que las mujeres refieren como motivo de no atención es que se sentían bien o que no acostumbran revisarse, en conjunto, estas respuestas abarcan el 58 por ciento del total de respuestas en las zonas urbanas y el 61 por ciento en las rurales. Sin embargo, 19 por ciento a nivel nacional también hacen referencia a la carencia de servicio médico y al aspecto económico, "no tenía dinero", argumento este último muy presente en Sonora, Puebla y Guanajuato (33, 18 y 16 por ciento, respectivamente); destacan, además, el 16 y 8 por ciento de las mujeres que en Tamaulipas y Guerrero dijeron no contar con servicios de salud y un 12 por ciento que en Chiapas comentaron que les quedaba muy lejos la clínica.

GRÁFICA 1

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, QUE DURANTE EL EMBARAZO NO RECIBIERON ATENCIÓN, SEGÚN DISTINTAS ENCUESTAS



Fuente: SSA, Enfes 1987; INEGI, Enadid 1997; SSA, CRIM, *Ensar 2003*.

CUADRO 6

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE REVISIÓN DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

	Condición de revisión		
	Si la revisaron	*No la revisaron*	*Total*
Total	*96.3*	*3.7*	*100*
Lugar de residencia			
Rural	94.2	5.8	100
Urbano	97.1	2.9	100
Entidad de residencia			
Chiapas	94.4	5.6	100
Guanajuato	94.8	5.2	100
Guerrero	92.5	7.5	100
Oaxaca	93.7	6.3	100
Puebla	93.6	6.4	100
San Luis Potosí	98.6	1.4	100
Sonora	96.8	3.2	100
Tamaulipas	95.9	4.1	100
Grupo de edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	95.2	4.8	100
20-34	96.5	3.5	100
35-49	96.5	3.5	100
Nivel escolar			
Ninguna	87.9	12.1	100
Primaria incompleta	93.9	6.1	100
Primaria completa	94.9	5.1	100
Secundaria o más	98.6	1.4	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

La calificación de la persona que lleva a cabo las revisiones es otro elemento indispensable para el logro de una buena salud materno-infantil. Según la encuesta, el porcentaje de mujeres que recibe atención por personal médico en el área urbana es 12 por ciento más que en el área rural. Esta diferencia se subsana en su mayoría con la enfermera y partera; en menor medida con auxiliares y promotores de salud en las localidades menores de 2 500 habitantes.

Una de cada cuatro mujeres en Chiapas realizó sus revisiones con parteras, sólo siete de cada diez tuvieron las revisiones prenatales con personal médico. En Guerrero, esta proporción es ocho de cada diez y el 14 por ciento de las revisiones se realizan con parteras.

Aproximadamente 6 por ciento de las revisiones entre adolescentes siguen siendo con parteras, así es como, en total, un 9 por ciento de las adolescentes no se revisaron con personal médico. A medida que se incrementa el nivel escolar, aumenta la proporción de mujeres atendidas por médico, de ahí que entre las mujeres sin instrucción el 18 por ciento se atienda con las parteras, y las mujeres con estudios secundarios o más lo hagan sólo en un 0.4 por ciento de los casos. Conviene señalar que la atención prestada por las parteras en el ámbito rural se redujo 4 por ciento si comparamos con el 13.3 por ciento que reporta la Enadid 1997. Entre las mujeres sin escolaridad, los cambios son mínimos, pues de 18.4 se redujo a 17.8 por ciento.

CUADRO 7

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR PERSONA QUE REVISÓ A LA MADRE, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

	Persona que la revisó					
	Médico	*Enfermera*	*Partera*	*Auxiliar o promotora de salud*	*Familiar u otra persona*	*Total*
Total	93.3	2.6	3.9	0.1	0.1	100
Lugar de residencia						
Rural	84.9	6.0	8.7	0.3	0.1	100
Urbano	96.7	1.2	1.9	0.0	0.2	100
Entidad de residencia						
Chiapas	70.7	2.9	26.0	0.3	0.1	100
Guanajuato	94.6	1.2	3.7	0.2	0.3	100
Guerrero	80.4	4.1	14.1	0.3	1.1	100
Oaxaca	83.8	8.4	6.6	0.8	0.4	100
Puebla	89.8	2.7	7.2	0.2	0.1	100
San Luis Potosí	95.8	2.3	1.7	0.2	0.0	100
Sonora	99.4	0.2	0.4	0.0	0.0	100
Tamaulipas	97.4	1.8	0.6	0.0	0.2	100
Grupo de edad de la madre al nacimiento del hijo						
12-19	91.0	2.8	5.9	0.0	0.3	100
20-34	94.0	2.6	3.2	0.1	0.1	100
35-49	91.6	2.4	5.6	0.1	0.3	100
Nivel escolar						
Ninguna	76.0	5.2	17.8	0.6	0.4	100
Primaria incompleta	83.7	5.1	10.5	0.3	0.4	100
Primaria completa	93.6	2.1	4.2	0.1	0.0	100
Secundaria o más	97.9	1.6	0.4	0.0	0.1	100

* Familiar u otra persona: incluye a la madre, la suegra y otra persona sin especificar.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

El cuadro 8 indica los lugares donde se llevaron a cabo las revisiones prenatales. Casi un 4 por ciento del total de revisiones se realizaron en la casa de la partera o de la parturienta. No obstante, cabe resaltar que la mayoría de las revisiones prenatales en el país se realizan en la SSA, seguida del IMSS y de los consultorios, clínicas u hospitales privados. En entidades como Guerrero y San Luis Potosí, la presencia de la SSA es muy importante, pues realiza la mitad de las revisiones prenatales de dichas entidades federativas.

La atención oportuna del embarazo es uno de los elementos determinantes para reducir los riesgos que atentan contra la salud materno-infantil, pues la detección oportuna de cualquier padecimiento en la madre o el producto permitirán el diagnóstico, seguimiento y tratamiento adecuado, reduciendo así las muertes maternas o fetales.

Sólo 66 por ciento de las mujeres residentes en áreas rurales acuden a la revisión durante el primer trimestre, destacando un 5 por ciento que lo hacen hasta el último. Por entidad federativa, una de cada

CUADRO 8

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR INSTITUCIÓN DONDE SE REVISÓ A LA MADRE EN EL EMBARAZO, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

	Institución donde se revisó la mujer durante el embarazo										
	IMSS Ordinario[1]	*IMSS Oportunidades*[2]	*SSA*[3]	*ISSSTE*	*DIF*	*Otra institución de gobierno*	*Consultorio, clínica u hospital privado*[4]	*Casa de la Partera*	*Casa de la mujer*	*Otro*[5]	*Total*
Nacional	27.3	6.3	31.6	3.3	1.0	1.9	24.4	1.7	2.0	0.5	100
Lugar de residencia											
Rural	12.6	17.6	46.7	1.4	0.4	1.6	10.9	3.1	5.3	0.4	100
Urbano	33.2	1.7	25.6	4.1	1.2	2.0	30.0	1.1	0.6	0.5	100
Entidad de residencia											
Chiapas	7.9	22.9	29.1	1.2	0.1	1.4	11.2	7.1	18.8	0.3	100
Guanajuato	25.4	1.0	36.3	1.9	0.1	2.0	29.1	2.9	0.9	0.4	100
Guerrero	9.9	1.5	55.5	2.5	0.3	0.8	16.2	6.2	6.9	0.2	100
Oaxaca	9.7	17.2	39.6	1.4	0.1	2.2	22.7	3.6	3.5	0.0	100
Puebla	18.4	10.2	35.0	1.9	0.2	2.1	24.6	4.7	2.5	0.4	100
San Luis Potosí	21.5	7.4	46.7	2.4	0.0	0.6	19.4	1.2	0.8	0.1	100
Sonora	39.4	0.5	25.6	5.9	4.0	1.1	23.1	0.1	0.2	0.1	100
Tamaulipas	35.8	1.2	29.6	2.0	0.5	3.8	26.4	0.3	0.2	0.2	100

[1] Incluye a IMSS ordinario UMF, IMSS ordinario hospital.
[2] Incluye a IMSS oportunidades UMR e IMSS oportunidades Hospital Rural.
[3] Incluye a SSA Auxiliar de Salud, SSA Casa de Salud, SSA Centro de Salud y SSA Hospital.
[4] Incluye a Mexfam y Cruz Roja.
[5] Incluye a mujeres que fueron revisadas en casa de un familiar, de la enfermera, en la escuela u otro.
Fuente: SSA. *Ensar 2003*.

dos mujeres residentes en Chiapas asiste a revisión durante el primer trimestre y cerca del 8 por ciento lo hace hasta el tercero. Las adolescentes y el grupo de mujeres sin instrucción, siguen siendo los grupos más vulnerables, ya que sólo seis de cada diez acude a revisión durante el primer trimestre.

En general, este indicador no ha presentado variaciones respecto de lo que revela la Enadid 1997. Empero, por entidad federativa, Chiapas experimentó una reducción en el porcentaje de mujeres que inician la atención prenatal durante el primer trimestre de 14 puntos porcentuales.

El número de consultas prenatales sería un indicador a considerar para evaluar el tipo de atención que recibió la mujer, una atención oportuna y constante a lo largo de todo el embarazo resultaría un modo eficaz para evitar daños a la salud materno-infantil. El promedio nacional, según la Ensar, fue ligeramente superior a siete consultas; en el área rural fue casi de seis, mientras que en el urbano fue de 7.7. La diferencia entre el promedio de atenciones que reciben las adolescentes y el resto de las mujeres es de una consulta, sin embargo, entre las mujeres sin instrucción y las más escolarizadas es casi de tres consultas. En relación con los resultados de la Enadid 1997 (6.9 consultas), se identificaría que este indicador ha sido de los que menos modificaciones ha sufrido. Sobresalen Guerrero y Oaxaca por presentar los mayores incrementos en el promedio de consultas.

Es necesario destacar que la diferencia respecto del total de consultas recibidas entre las mujeres que asisten durante el primer y el segundo trimestre del embarazo es de tres, mientras que esta diferencia se

CUADRO 9

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR TRIMESTRE A LA PRIMERA CONSULTA DE LA MADRE, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

	Primer trimestre	*Segundo trimestre*	*Tercer trimestre*	*No recuerda*	*Total*
Total	75.0	21.8	3.1	0.1	100
Lugar de residencia					
Rural	65.8	29.5	4.5	0.2	100
Urbano	78.8	18.7	2.5	0.0	100
Entidad de residencia					
Chiapas	56.4	35.9	7.7	0.0	100
Guanajuato	77.7	19.3	2.8	0.2	100
Guerrero	66.6	27.7	5.7	0.0	100
Oaxaca	65.1	29.2	4.9	0.8	100
Puebla	68.6	26.1	5.3	0.0	100
San Luis Potosí	78.3	18.4	3.2	0.1	100
Sonora	84.1	13.5	2.4	0.0	100
Tamaulipas	78.3	18.6	3.1	0.0	100
Grupo de edad de la madre al nacimiento del hijo					
12-19	59.7	34.5	5.7	0.1	100
20-34	77.5	19.7	2.7	0.1	100
35-49	77.9	19.0	2.9	0.2	100
Nivel escolar					
Ninguna	62.9	27.2	9.3	0.6	100
Primaria incompleta	64.1	29.9	5.8	0.2	100
Primaria completa	75.7	20.9	3.3	0.1	100
Secundaria o más	83.7	14.7	1.6	0.0	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

reduce a dos consultas entre las que asistieron en el segundo y tercer trimestre. Es obvio el hecho de que si la mujer entra en contacto con los servicios de salud al inicio del embarazo, el agente de salud tendrá la ocasión de informar oportunamente a ella, la conveniencia de acudir a las revisiones prenatales constantemente durante el embarazo, evitando así riesgos innecesarios en la salud de la mujer y el bebé, y logrando el número de consultas prenatales adecuado para el buen término del embarazo.

CUADRO 10

PORCENTAJE DE ÚLTIMOS Y PENÚLTIMOS HNV, POR NÚMERO DE CONSULTAS EN PROMEDIO QUE RECIBIÓ LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE ÉSTA*

Total	7.1
Lugar de residencia	
Rural	5.8
Urbano	7.7
Entidad de residencia	
Chiapas	6.4
Guanajuato	6.9
Guerrero	6.4
Oaxaca	6.9
Puebla	6.5
San Luis Potosí	6.9
Sonora	7.9
Tamaulipas	7.3
Grupo de edad de la madre al nacimiento del hijo	
12-19	6.3
20-34	7.3
35-49	7.3
Nivel escolar	
Ninguna	5.9
Primaria incompleta	5.8
Primaria completa	6.8
Secundaria o más	8.5

* No se incluye a las mujeres que no recuerdan el número de consultas.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 11

NÚMERO DE CONSULTAS PROMEDIO, SEGÚN TRIMESTRE EN EL QUE LA MUJER ACUDIÓ A LA PRIMERA REVISIÓN*

Trimestre a la primera revisión	*Número de consultas promedio*
Primer trimestre	7.9
Segundo trimestre	4.9
Tercer trimestre	3.0

* No se incluye a las mujeres que no recuerdan el número de consultas.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Atención durante el parto

La atención en el parto por un médico se ha incrementado a 87 por ciento, sin embargo, en áreas rurales, este valor apenas supera el 67 por ciento. En Chiapas sólo cuatro de cada diez mujeres son atendidas por médico en el momento del parto. En dicha entidad, más del 50 por ciento de los partos son atendidos por parteras. Otras dos entidades donde las parteras realizan una labor importante son Oaxaca y Guerrero, estados en los que uno de cada cuatro niños es recibido por dicho personal. Destacan Oaxaca y San Luis Potosí, donde 6.5 y 4.4 por ciento de los partos son atendidos por un familiar. Si los datos de estas entidades se comparan con los obtenidos en la Enadid 1997, en todos los estados hay un aumento de atención al parto por el médico y una disminución de atención por parte de la partera, a excepción de Chiapas, donde hay un ligero descenso de dos puntos porcentuales en atención por médico en el parto y un aumento de 3 puntos en partos atendidos por partera.

La escolaridad destaca de nuevo como factor determinante, 55 por ciento del total de mujeres sin instrucción son atendidas por médico; mientras tanto, las más escolarizadas alcanzan 98 por ciento.

CUADRO 12

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE

	Persona que atendió el parto							
	Médico	*Enfermera*	*Auxiliar de salud*	*Partera*	*Pariente o familiar*	*Nadie*	*Otro o vecino*	*Total*
Total	*86.8*	*1.6*	*0.3*	*9.8*	*1.1*	*0.3*	*0.1*	*100*
Lugar de residencia								
Rural	67.5	3.2	0.5	25.3	2.7	0.6	0.2	100
Urbano	94.9	0.9	0.2	3.3	0.5	0.1	0.1	100
Entidad de residencia								
Chiapas	42.0	1.0	0.5	53.9	2.0	0.5	0.1	100
Guanajuato	89.4	0.4	0.1	8.8	1.1	0.2	0.0	100
Guerrero	68.2	4.0	0.2	22.8	2.0	2.6	0.2	100
Oaxaca	62.9	5.4	0.9	23.5	6.5	0.6	0.2	100
Puebla	76.3	2.4	0.6	17.3	2.8	0.5	0.1	100
San Luis Potosí	82.9	1.2	0.9	9.5	4.4	1.1	0.0	100
Sonora	98.0	0.2	0.1	1.5	0.1	0.0	0.1	100
Tamaulipas	97.7	0.6	0.2	1.2	0.3	0.0	0.0	100
Grupo de edad de la madre al nacimiento del hijo								
12-19	86.4	1.2	0.1	10.8	1.4	0.1	0.0	100
20-34	87.8	1.6	0.3	9.1	0.9	0.2	0.1	100
35-49	82.9	1.8	0.3	12.0	2.5	0.5	0.0	100
Nivel escolar								
Ninguna	55.2	1.8	1.1	35.5	4.9	1.3	0.2	100
Primaria incompleta	67.4	2.1	0.4	26.2	3.0	0.6	0.3	100
Primaria completa	85.1	1.7	0.1	11.6	1.2	0.3	0.0	100
Secundaria o más	97.6	0.9	0.2	1.1	0.1	0.1	0.0	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Si se comparan estos resultados con los de la Enadid 1997, se observa un aumento de 5 por ciento en el total de los partos atendidos por médicos a nivel nacional, incremento que también se observa entre las adolescentes y las mujeres sin escolaridad, entre quienes el aumento es de 7 y 10 por ciento respectivamente. Por otro lado, se ha experimentado una disminución (4 por ciento) de los partos atendidos por parteras respecto de lo ocurrido en el periodo 1994-1997, y en el ámbito rural de 6 por ciento. Al analizar las instituciones que prestan servicios de salud, el IMSS sigue siendo la institución que atiende el mayor número de partos en el país, seguida por la SSA, así como por la medicina privada, todas con niveles superiores al 20 por ciento. Sin embargo, estas proporciones varían de acuerdo al lugar de residencia y demás variables que se presentan en el cuadro 13.

La SSA es la institución que más presencia tiene en el área rural y alcanza el 34.8 por ciento del total de partos ocurridos en Guerrero. También atiende a la mayor proporción de embarazos en adolescentes y la mayoría de los que ocurren entre las mujeres de menor escolaridad.

CUADRO 13

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR INSTITUCIÓN DONDE SE ATENDIÓ EL PARTO, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

	Institución donde se atendió el parto										
	IMSS ordinario[1]	*IMSS oportunidades*[2]	*SSA*[3]	*ISSSTE*	*DIF*	*Otra institución de gobierno*	*Consultorio, clínica u hospital privado*[4]	*Partera*	*Casa de la mujer*	*Otro*[5]	*Total*
Nacional	29.3	4.0	24.8	3.7	1.6	3.2	21.9	2.5	8.6	0.4	100
Lugar de residencia											
Rural	15.9	9.0	30.6	1.7	1.0	1.4	10.8	4.6	24.6	0.3	100
Urbano	34.9	1.8	22.4	4.5	1.8	4.2	26.5	1.6	2.0	0.3	100
Entidad de residencia											
Chiapas	5.4	12.4	14.2	1.9	0.2	1.1	7.5	6.7	49.7	0.9	100
Guanajuato	25.1	0.4	32.1	2.0	0.1	1.5	28.6	5.8	3.8	0.6	100
Guerrero	11.1	1.4	34.8	1.8	0.3	0.9	21.7	5.0	22.4	0.6	100
Oaxaca	10.3	12.9	22.5	1.3	0.1	1.9	20.8	6.8	22.5	0.9	100
Puebla	17.9	7.4	21.8	1.7	0.1	2.2	26.9	5.4	15.7	0.9	100
San Luis Potosí	20.4	5.3	33.6	2.3	0.1	1.9	21.2	3.3	11.8	0.1	100
Sonora	43.2	0.6	17.9	7.8	9.3	2.1	17.2	1.0	0.8	0.1	100
Tamaulipas	38.0	1.0	28.1	3.1	0.2	6.2	21.4	0.3	1.1	0.6	100
Grupo de edad											
12-19	22.6	3.8	33.7	1.2	1.5	5.3	18.8	1.9	10.7	0.5	100
20-34	31.6	4.0	23.5	3.6	1.5	2.9	22.5	2.4	7.6	0.4	100
35-49	24.5	4.0	22.3	7.4	1.8	1.4	22.8	3.5	11.9	0.4	100
Nivel escolar											
Ninguna	12.0	7.3	24.7	0.7	0.3	5.5	8.1	6.5	34.7	0.2	100
Primaria incompleta	14.8	8.6	28.9	1.2	1.5	2.3	12.0	6.1	24.3	0.3	100
Primaria completa	27.5	4.4	29.5	1.8	1.8	2.3	19.4	3.2	9.6	0.5	100
Secundaria o más	31.9	1.6	15.5	8.1	1.6	3.6	36.5	0.4	0.6	0.2	100

[1] Incluye IMSS Ordinario UMF, IMSS ordinario hospital.
[2] Incluye IMSS Oportunidades UMR e IMSS Oportunidades hospital rural.
[3] Incluye SSA Auxiliar de Salud, SSA Casa de Salud, SSA Centro de Salud y SSA Hospital.
[4] Incluye a Mexfam y Cruz Roja.
[5] Incluye a mujeres cuyo parto fue atendido en casa de un familiar, de la enfermera, en la escuela u otro.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Los mayores incrementos que arroja la Enadid 1997 ocurren en la SSA, que entre 1994 y 1997 atendió 17 por ciento del total de partos y, según la Ensar, atendió 24.8 por ciento entre 1998 y 2003. Este incremento es resultado de que a pesar de que la mayoría de las mujeres sin escolaridad continúan atendiéndose en su casa, este porcentaje se redujo de 48.6 por ciento –según datos de Enadid 1997– a 34.7 por ciento, según reporta la encuesta.

Como lo indica el cuadro 14, las parteras atienden el 83 y 75 por ciento de los partos que suceden en la casa de la mujer o en la casa de un familiar. En general, más de un 98 por ciento de los partos ocurridos en las instituciones públicas del sector son atendidos por médico.

Uno de los indicadores de calidad de atención es el que se deriva del grado de satisfacción, el cual adquiere relevancia al ser presentado por la institución que prestó el servicio. Las cifras que dan cuenta de una menor satisfacción se localizan en las diferentes unidades del IMSS y en los hospitales de la SSA, donde el total de mujeres satisfechas no alcanza el 90 por ciento (cuadro 15).

CUADRO 14

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR PERSONA QUE ATENDIÓ A LA MADRE EN EL PARTO, SEGÚN LA INSTITUCIÓN DONDE SE ATENDIÓ

	Persona que atendió el parto							
	Médico	*Enfermera*	*Auxiliar de salud*	*Partera*	*Pariente o familiar*	*Otro*	*Vecino*	*Total*
IMSS Ordinario UMF	97.7	1.3	—	—	—	—	1.0	100
IMSS Ordinario Hospital	98.8	1.1	0.0	—	0.0	—	—	100
IMSS Oportunidades UMR	87.7	10.1	0.7	—	—	—	1.6	100
IMSS Oportunidades hospital rural	97.1	1.8	0.7	—	0.4	—		100
Total IMSS	*98.1*	*1.6*	*0.1*	—	—	—	*0.2*	*100*
SSA Aux. de salud	47.8	22.7	13.8	3.1	12.7	—	—	100
SSA Casa de salud	60.4	39.6	—	—	—	—	—	100
SSA Centro de salud	91.1	7.0	0.6	0.2	0.9	0.1	—	100
SSA Hospital	98.1	1.2	0.3	0.4	—	—	—	100
Total SSA	*95.8*	*3.1*	*0.4*	*0.4*	*0.3*	*0.0*	—	*100*
ISSSTE	98.7	—	1.3	—	—	—	—	100
DIF	99.5	0.50	—	—	—	—	—	100
Otra institución de gobierno	99.5	0.40	—	—	—	0.1	—	100
Mexfam	82.6	—	—	17.4	—	—	—	100
Consultorio, clínica u hospital privado	99.1	0.6	—	0.3	0.0	—	—	100
Casa de la partera	0.4	0.3	0.2	96.5	2.5	—	—	100
Casa de la parturienta	3.2	1.1	0.9	83.0	11.6	0.1	0.0	100
Casa de la enfermera	28.9	71.1	—	—	—	—	—	100
Total	*86.8*	*1.6*	*0.3*	*9.8*	*1.1*	*0.1*	*0.3*	*100*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 15

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA MADRE EN LA INSTITUCIÓN DONDE SE ATENDIÓ EL PARTO

	Satisfacción en la atención		
	Satisfecha	*Insatisfecha*	*Total*
Total	90.3	9.7	100
IMSS Ordinario UMF	87.1	12.9	100
IMSS Ordinario Hospital	84.9	15.1	100
IMSS Oportunidades UMR	88.6	11.4	100
IMSS Oportunidades hospital rural	83.4	16.6	100
Total IMSS	*85.3*	*14.7*	*100*
SSA Aux. de salud	100.0	0.0	100
SSA Casa de salud	100.0	0.0	100
SSA Centro de salud	90.3	9.7	100
SSA Hospital	88.8	11.2	100
Total SSA	*89.3*	*10.7*	*100*
ISSSTE	90.7	9.3	100
DIF	97.2	2.8	100
Otra institución de gobierno	90.5	9.5	100
Mexfam	100.0	0.0	100
Consultorio, clínica u Hospital privado	95.3	4.7	100
Partera	94.5	5.5	100
Casa de la parturienta	96.3	3.7	100
Casa de un familiar	95.3	4.7	100
Casa de la enfermera	100.0	0.0	100
Cruz Roja	100.0	0.0	100
En la escuela	91.7	8.3	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

En un análisis minucioso, observamos que el 78 por ciento de las mujeres que se atendieron en el DIF se sintieron muy satisfechas con la atención recibida; las que acudieron a los consultorios, clínicas y hospitales privados con 57.4 por ciento y al ISSSTE 51 por ciento. Las anteriormente mencionadas son las instituciones que registran los mayores porcentajes de mujeres satisfechas con la atención, a diferencia del IMSS Oportunidades y las casas de salud donde los valores de alta satisfacción sólo alcanzan 16 por ciento.

El tipo de parto que tiene una mujer sería un indicador de un embarazo de alto riesgo o de problemas durante el parto, sin embargo, debido al aumento constante del número de cesáreas, no se infiere con certeza directamente que este tipo de procedimiento haya sido precedido de un embarazo riesgoso o un parto problemático. Actualmente, el número de cesáreas ha aumentado considerablemente en el país y, en general, no existe información disponible acerca de las ventajas, desventajas y riesgos que conlleva cada uno de los procedimientos utilizados en el momento del parto. De acuerdo con la Enfes 1987, el porcentaje de partos atendidos por cesáreas era de 12.4 por ciento, mientras que para el periodo de 1994-1997 dicho valor alcanzaba 26.5 por ciento. Según los datos de la Ensar, durante los últimos cinco años este valor incrementó hasta 33.2 por ciento (cuadro 16).

La relación positiva que existe entre la escolaridad y el procedimiento de la cesárea llama la atención, del mismo modo que, conforme la entidad tiene un mayor desarrollo económico, este porcentaje aumenta (Sonora y Tamaulipas).

Este tipo de práctica también es diferencial por el lugar donde ocurre el parto, es el ISSSTE la institución de gobierno donde la proporción de cesáreas (45.3 por ciento) es mayor. Sin embargo, el sector privado experimenta el porcentaje más alto (48.7 por ciento) de nacimientos atendidos por esta vía, tres veces mayor que la proporción observada en los centros de salud de la SSA. Si se realiza una comparación retrospectiva con los datos de la Enadid 1997, todas las instituciones incrementaron la proporción de partos atendidos por ese procedimiento. Esto pareciera señalar la cesárea como el procedimiento "ideal" o "preferido" por las mujeres y médicos para tener un hijo, no obstante, es conocido que es un procedimiento que debería utilizarse en casos muy específicos que impliquen problemas o impedimentos para tener un parto por la vía normal (cuadro 17).

Las revisiones durante el puerperio son de gran importancia para la salud de la mujer y, en consecuencia, del recién nacido; sin embargo, en nuestro país, los niveles de mujeres que reciben atención en el puerperio aún son bajos, apenas el 53 por ciento de los partos normales y el 83 por ciento de las cesáreas. Una explicación a la diferencia de 30 puntos porcentuales entre las mujeres que acuden a revisiones en el puerperio, según el tipo de parto, se-

CUADRO 16

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR TIPO DE PARTO, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

	Tipo de parto		
	Normal	*Cesárea*	*Total*
Total	66.8	33.2	100
Lugar de residencia			
Rural	79.4	20.6	100
Urbano	61.6	38.4	100
Entidad de residencia			
Chiapas	84.2	15.8	100
Guanajuato	66.6	33.4	100
Guerrero	84.1	15.9	100
Oaxaca	84.5	15.5	100
Puebla	71.9	28.1	100
San Luis Potosí	73.4	26.6	100
Sonora	59.3	40.7	100
Tamaulipas	65.9	34.1	100
Grupo de edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	71.4	28.6	100
20-34	66.1	33.9	100
35-49	66.4	33.6	100
Nivel escolar			
Ninguna	80.8	19.2	100
Primaria incompleta o preescolar	82.9	17.1	100
Primaria completa o secundaria o equivalente incompleta	71.9	28.1	100
Secundaria o más	49.7	50.3	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 17

PORCENTAJE DE PENÚLTIMO Y ÚLTIMOS HNV, POR TIPO DE PARTO, SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO

	Tipo de Parto		
Lugar de atención	*Normal*	*Cesárea*	*Total*
IMSS Ordinario UMF	57.5	42.5	100
IMSS Ordinario Hospital	64.7	35.3	100
IMSS Oportunidades UMR	91.3	8.7	100
IMSS Oportunidades Hospital Rural	57.0	43.0	100
Total IMSS	*64.3*	*35.7*	*100*
SSA Casa de salud	97.5	2.5	100
SSA Centro de salud	84.2	15.8	100
SSA Hospital	70.6	29.4	100
Total SSA	*74.3*	*25.7*	*100*
ISSSTE	54.7	45.3	100
DIF	49.7	50.3	100
Otra institución de gobierno	49.7	50.3	100
Mexfam	80.9	19.1	100
Consultorio, clínica u hospital privado	51.3	48.7	100
Cruz Roja	1.3	98.7	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

ría que al haber tenido un nacimiento por cesárea, la mujer debe regresar con el médico a quitarse los puntos de la sutura, a complicaciones o infecciones con la herida, etc., situaciones que no ocurren con la misma frecuencia en un parto por vía vaginal y que, por lo tanto, no "obligan" a la mujer a recurrir a su médico una vez que llegó a buen término el embarazo.

Las diferencias entre el ámbito urbano y rural es de 17 por ciento, aunque cabe destacar que con respecto a lo reportado en 1997, el área rural experimentó un incremento de 6 por ciento (cuadro 18).

Apenas el 44 por ciento de las mujeres sin instrucción acuden a revisión, en contraste, casi un 78 por ciento de las más escolarizadas reciben este tipo de servicios. Del total de mujeres atendidas por parteras –72.4 por ciento– no tuvieron revisión puerperal.

Peso del recién nacido

El peso de un recién nacido es un indicador que indirectamente puede mostrar la salud del niño y un buen indicador de los cuidados durante el embarazo de la mujer. Un peso entre los 2.5 y 3.9 kg al nacer muestra condiciones óptimas del recién nacido para afrontar las condiciones de vida fuera del útero materno.

Según datos de la Ensar 2003, 92 por ciento de los HNV fueron pesados, lo que representa un incremento cercano a 6 por ciento respecto del periodo 1994-1997. La proporción de niños sin pesar se redujo a la mitad (6 por ciento), mientras que el por-

CUADRO 18

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE REVISIÓN DE LA MADRE EN EL PUERPERIO, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS

	Condición de revisión en el puerperio		
	Sí	*No*	*Total*
Total	62.8	37.2	100
Lugar de residencia			
Rural	50.9	49.1	100
Urbano	67.6	32.4	100
Entidad de residencia			
Chiapas	43.3	56.7	100
Guanajuato	54.8	45.2	100
Guerrero	41.8	58.2	100
Oaxaca	53.3	46.7	100
Puebla	62.3	37.7	100
San Luis Potosí	59.4	40.6	100
Sonora	71.2	28.8	100
Tamaulipas	69.2	30.8	100
Grupo de edad de la madre al nacimiento del hijo			
12-19	61.2	38.8	100
20-34	63.4	36.6	100
35-49	59.8	40.2	100
Lugar de atención			
IMSS Ordinario UMF	69.2	30.8	100
IMSS Ordinario Hospital	68.6	31.4	100
IMSS Oportunidades UMR	58.8	41.2	100
IMSS Oportunidades Hospital Rural	55.6	44.4	100
Total IMSS	*67.3*	*32.7*	*100*
SSA Aux. de salud	70.5	29.5	100
SSA Casa de salud	80.7	19.3	100
SSA Centro de salud	51.8	48.2	100
SSA Hospital	56.5	43.5	100
Total SSA	*55.6*	*44.4*	*100*
ISSSTE	63.8	36.2	100
DIF	49.6	50.4	100
Otra institución de gobierno	73.6	26.4	100
Mexfam	80.9	19.1	100
Consultorio, clínica u hospital privado	79.0	21.0	100
Partera	27.6	72.4	100
Casa de la mujer	31.6	68.4	100
Cruz Roja	98.7	1.3	100
Nivel escolar			
Ninguna	44.2	55.8	100
Primaria incompleta	47.9	52.1	100
Primaria completa	53.4	46.6	100
Secundaria o más	77.9	22.1	100
Tipo de parto			
Normal	52.6	47.4	100
Cesárea	83.2	16.8	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

centaje de mujeres que declaran no saber cuánto peso su hijo, se ha mantenido cercano al 2 por ciento.

Por área de residencia, 13.5 por ciento de los nacidos en el área rural no fueron pesados; entretanto, en el área urbana, este valor se reduce a sólo 2.3 por ciento.

Por entidad de residencia, los problemas se agudizan, tanto en Chiapas como en Oaxaca, pues el porcentaje de HNV pesados no alcanzó el 70 por ciento; mientras que en Sonora y Tamaulipas, entidades con mejores condiciones socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud, fueron pesados los HNV casi en su totalidad (98 por ciento de ellos), véase el cuadro 19.

Por lugar de atención del parto destacan los porcentajes de la casa del familiar, la casa de la mujer y la casa de la partera con los valores más elevados de "no pesado" del recién nacido. De los niños que fueron

CUADRO 19

PORCENTAJE DE HNV, POR PESO AL NACER, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE

	Condición de peso al nacer				
	No lo pesaron	*Sí lo pesaron*	*No sabe si lo pesaron*	*No sabe cuánto pesó*	*Total*
Nacional	5.6	91.8	0.3	2.3	100
Lugar de residencia					
Rural	13.5	80.4	0.7	5.4	100
Urbano	2.3	96.6	0.1	1.0	100
Entidad de residencia					
Chiapas	36.6	56.7	1.2	5.5	100
Guanajuato	2.8	95.5	0.2	1.5	100
Guerrero	14.8	77.4	1.8	6.0	100
Oaxaca	13.9	66.6	1.9	17.6	100
Puebla	9.7	87.9	0.7	1.7	100
San Luis Potosí	2.1	95.8	0.2	1.9	100
Sonora	0.4	98.2	0.4	1.0	100
Tamaulipas	0.2	98.5	0.2	1.1	100
Lugar de atención					
IMSS Ordinario UMF	0.6	98.6	0.0	0.8	100
IMSS Ordinario Hospital	0.8	98.5	0.1	0.6	100
IMSS Oportunidades UMR	1.3	82.5	0.7	15.5	100
IMSS Oportunidades hospital rural	2.6	91.7	0.3	5.4	100
Total IMSS	*0.9*	*97.3*	*0.1*	*1.6*	*100*
SSA Aux. de salud	3.1	90.1	0.0	6.9	100
SSA Casa de salud	0.0	96.2	0.0	3.8	100
SSA Centro de salud	0.1	97.5	0.3	2.1	100
SSA Hospital	1.1	97.1	0.2	1.6	100
Total SSA	*0.8*	*97.2*	*0.2*	*1.8*	*100*
ISSSTE	0.0	99.9	0.0	0.1	100
DIF	1.5	92.4	0.0	6.1	100
Otra institución de gobierno	1.1	91.0	0.1	7.8	100
Consultorio, clínica u hospital privado	1.2	98.0	0.1	0.7	100
Casa de la partera	27.1	64.8	0.9	7.2	100
Casa de la parturienta	45.1	45.7	1.8	7.4	100
Casa de un familiar	55.4	44.6	0.0	0.0	100
Casa de la enfermera	19.0	81.0	0.0	0.0	100

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

pesados, el 74 por ciento se ubica en un peso óptimo, mientras que 10 por ciento podrían ser catalogados como bajo peso y otro 7.5 por ciento como macrocromosómicos. Los niños clasificados en estas dos últimas categorías tienen una mayor probabilidad de tener problemas de salud que los que se ubican en la primera. Los nacidos con menos de 2.5 kg experimentaron un incremento cercano a 2 por ciento respecto de los datos de la Enadid 1997 (cuadro 20).

Del total de niños, los que nacieron con peso normal en las áreas urbanas representan 79 por ciento; mientras que en las rurales dicho valor se reduce en 16 unidades. Hay que destacar que la categoría "no lo pesaron" en el área rural supera 13 por ciento, mientras que en el área urbana apenas supera 2 por ciento (cuadro 21).

CUADRO 20

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PENÚLTIMOS Y HNV, SEGÚN PESO AL NACER

Peso al nacer	*Distribución porcentual*	*Distribución corregida**
Menos de 2.5 Kg	10.0	10.9
Entre 2.5 y 3.9 Kg	74.3	80.9
4 Kg o más	7.5	8.2
No sabe si lo pesaron	0.3	—
No sabe cuánto pesó	2.3	—
No lo pesaron	5.6	—
Total	*100.0*	*100.0*

* Sólo se tomaron en cuenta los niños que fueron pesados.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 21

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR LUGAR SE RESIDENCIA DE LA MUJER, SEGÚN PESO AL NACER

	Lugar de residencia de la mujer		
Peso al nacer	*Rural*	*Urbano*	*Total*
Menos de 2.5 Kg	11.1	9.6	10.0
Entre 2.5 y 3.9 Kg	63.0	79.1	74.3
4 Kg o más	6.3	7.9	7.5
No sabe si lo pesaron	0.7	0.1	0.3
No sabe cuánto pesó	5.4	1.0	2.3
No lo pesaron	13.5	2.3	5.6
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Los nacimientos que durante el embarazo no fueron atendidos por un médico, tienen una mayor probabilidad de nacer con un peso no adecuado. Por ejemplo, uno de cada cinco y uno de cada cuatro atenciones realizadas por el auxiliar de salud resultaron con bajo peso o macrocromosómicos, respectivamente. En contraste, estos valores se reducen a la mitad y a las dos terceras partes para los casos en que la mujer es atendida por un médico, enfermera o partera (cuadro 22).

CUADRO 22

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR PERSONA QUE REVISÓ A LA MUJER EN EL EMBARAZO, SEGÚN PESO AL NACER

	Persona que hizo la revisión prenatal			
Peso al nacer	*Médico*	*Enfermera*	*Auxiliar de salud*	*Partera*
Menos de 2.5 Kg	9.9	11.0	19.4	10.8
Entre 2.5 y 3.9 Kg	77.0	65.7	25.1	34.5
4 Kg o más	7.5	7.5	23.7	8.9
No sabe si lo pesaron	0.2	—	—	1.8
No sabe cuánto pesó	1.7	9.5	13.3	7.1
No lo pesaron	3.7	6.3	18.5	36.9
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

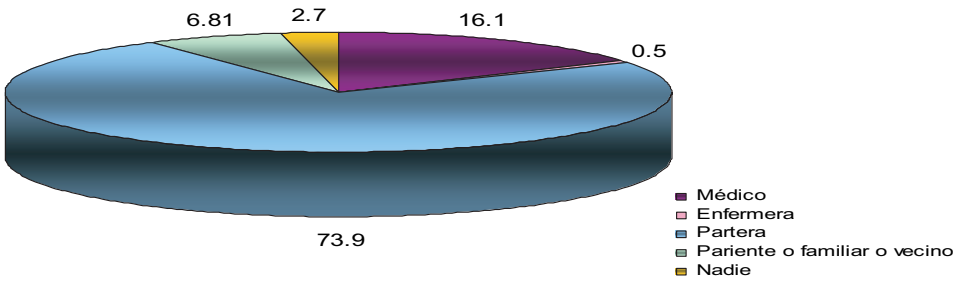
De los niños sin pesar, 74 por ciento de ellos la madre recibió atención en el momento del parto por una partera, el 16 por ciento por un médico y el 7 por ciento por un pariente o vecino. Lo que llama la atención es el porcentaje que fue atendido por médico, pues se esperaría que este agente de salud supervisara y se encargara de comprobar que el pequeño recibiera las atenciones primordiales al momento de nacer (gráfica 2).

Un análisis por institución permite observar las diferencias incluso dentro de una misma existente, en el IMSS ordinario nace un 20 por ciento más de niños con peso normal que en régimen de oportunidades, sin embargo, el problema en este último es que uno de cada cinco nacimientos no son pesados o las madres desconocen el peso (cuadro 23).

El 12 por ciento de los HNV de mujeres que acuden a la atención prenatal en el último trimestre son de bajo peso. Para este grupo también es importante el porcentaje de los HNV que no fueron pesados, 16 por ciento en contraste con el 3.5 por ciento de los nacimientos que recibieron atención desde el primer trimestre (cuadro 24).

GRÁFICA 2

PORCENTAJE DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, SIN PESAR POR PARTE DE QUIEN ATENDIÓ EL PARTO



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 23

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR INSTITUCIÓN DONDE SE REVISÓ LA MUJER EN EL EMBARAZO, SEGÚN PESO AL NACER

	Institución dónde se revisó la mujer en el embarazo									
Peso al nacer	*IMSS Ordinario*	*IMSS Oportunidades*	*SSA*	*ISSTE*	*DIF*	*Otra institución de gobierno*	*Consultorio, clínica u hospital privado*	*Con la partera*	*Casa de la mujer*	*Total*
Menos de 2.5 Kg	10.3	11.9	9.8	16.3	16.6	14.9	7.8	14.0	9.7	10.0
Entre 2.5 y 3.9 Kg	80.0	60.1	75.5	77.5	77.0	61.9	79.1	40.4	25.2	74.3
4 Kg o más	6.3	5.2	6.7	6.1	5.0	11.5	10.8	10.6	7.4	7.5
No sabe si lo pesaron	0.0	0.4	0.2	—	—	—	0.1	1.6	3.7	0.3
No sabe cuánto pesó	1.6	8.2	2.0	0.1	0.5	7.0	0.6	6.3	7.3	2.3
No lo pesaron	1.8	14.2	5.8	—	0.9	4.7	1.6	27.1	46.7	5.6
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

* Otro: incluye casa de la enfermera, en la escuela u otro.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 24

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR TRIMESTRE A LA PRIMERA REVISIÓN EN EL EMBARAZO, SEGÚN PESO AL NACER

	Trimestre a la primera revisión			
Peso al nacer	*Primer trimestre*	*Segundo trimestre*	*Tercer trimestre*	*Total*
Menos de 2.5 Kg	10.3	8.9	11.8	10.0
Entre 2.5 y 3.9 Kg	77.0	69.8	62.5	74.3
4 Kg o más	7.4	8.8	6.4	7.5
No sabe si lo pesaron	0.1	0.5	0.7	0.3
No sabe cuánto pesó	1.7	3.2	2.7	2.3
No lo pesaron	3.5	8.8	15.9	5.6
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 25

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA, SEGÚN PESO AL NACER

	Condición de supervivencia		
Peso al nacer	*Actualmente vivo*	*Actualmente fallecido*	*Total*
Menos de 2.5 Kg	96.3	3.7	100.0
	9.7	27.3	10.0
Entre 2.5 y 3.9 Kg	99.4	0.6	100.0
	74.8	33.6	74.3
4 Kg o más	98.8	1.2	100.0
	7.6	6.6	7.5
No sabe si lo pesaron	87.2	12.8	100.0
	0.3	2.7	0.3
No sabe cuánto pesó	91.9	8.1	100.0
	2.2	14.0	2.3
No lo pesaron	96.3	3.7	100.0
	5.4	15.8	5.6
Total	*98.7*	*1.3*	*100.0*
	100.0	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Condición de supervivencia

Factores como el peso al nacer, el personal que revisó a la madre en el embarazo para detectar cualquier anomalía, el momento en que la mujer acude a la primera revisión y el personal y la institución que atendieron a la madre en el parto, condicionarían en gran medida la supervivencia del menor. Del total de HNV en el periodo de estudio, al momento de la encuesta, el 98.7 por ciento de ellos estaba con vida, 4 por ciento más que lo reportado en la Enfes. El porcentaje de niños que no pesaron supervivientes, según la Ensar 2003, es de 96.3 por ciento, en contraste, Enfes 1987 reporta 91.8 por ciento.

Los niños que nacieron con peso óptimo muestran el porcentaje más alto de supervivencia, mientras que el más bajo destaca entre los niños que no se sabe si los pesaron. De los niños actualmente vivos (al momento de la encuesta), uno de cada diez resultó con bajo peso al nacer, esta proporción es tres veces mayor entre los actualmente fallecidos. Entre estos últimos destaca además que –alrededor del 30 por ciento– la madre no sabe cuánto pesó o declara que no fueron pesados (cuadro 25).

En los casos en que la madre acudió a revisarse, sólo 1.3 por ciento de los HNV había fallecido al momento de la encuesta, este valor es tres veces superior al observado entre las mujeres que no recibieron atención. Un 11 por ciento del total de fallecidos al momento de la encuesta son hijos de madres que no recibieron atención prenatal (cuadro 26).

De los niños actualmente fallecidos, 14 por ciento fueron atendidos por partera. Visto de otro modo, 4.5 por ciento del total de atendidos por partera fallecieron. Destaca que 84 por ciento de los actual-

CUADRO 26

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA, SEGÚN CONDICIÓN DE REVISIÓN EN EL EMBARAZO

	Condición de supervivencia		
Revisión en el embarazo	*Actualmente vivo*	*Actualmente fallecido*	*Total*
Sí	98.7	1.3	100.0
	96.4	87.2	96.3
No	95.5	4.5	100.0
	3.6	11.8	3.7
Total	*98.7*	*1.3*	*100.0*
	100.0	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

mente fallecidos fueron atendidos por médico (cuadro 27).

Los más altos porcentajes de hijos actualmente fallecidos los tiene el DIF, la casa de la parturienta y la casa de la partera (cuadro 28).

El 14 por ciento del total de niños que no recibieron atención durante el parto habían fallecido al momento de la encuesta. También es importante que el 2.5 por ciento de los que se atienden con partera corren la misma suerte (cuadro 29).

Por el tipo de parto que tuvo la mujer, no existe una relación estrecha con la condición de supervivencia del niño, aunque se observa un porcentaje ligeramente mayor de niños fallecidos en los partos por cesárea (cuadro 30).

Conclusiones

La Ensar 2003 permitió evaluar los avances en materia de salud materno-infantil en el país y en algunas entidades federativas, generándose así un nuevo panorama de conocimiento respecto de la atención

CUADRO 27

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA, SEGÚN PERSONA QUE REVISÓ A LA MADRE EN EL EMBARAZO

Persona que revisó a la madre en el embarazo	*Condición de supervivencia*		
	Actualmente vivo	*Actualmente fallecido*	*Total*
Médico	98.9	1.1	100.0
	93.4	84.2	93.3
Enfermera	99.2	0.8	100.0
	2.6	1.7	2.6
Auxiliar de salud o promotora	100.0	0.0	100.0
	0.1	0.0	0.1
Partera	95.5	4.5	100.0
	3.8	14.1	3.9
Otro*	100.0	0.0	100.0
	0.1	0.0	0.1
Total	*98.7*	*1.3*	*100.0*
	100.0	*100.0*	*100.0*

* Otro: incluye madre, suegra u otro.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 28

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA, SEGÚN INSTITUCIÓN DONDE LA ATENDIERON EN EL PARTO

Institución donde le atendieron en el parto	*Condición de supervivencia*		
	Actualmente vivo	*Actualmente fallecido*	*Total*
IMSS Ordinario[1]	99.5	0.5	100
IMSS Oportunidades[2]	98.9	1.1	100
SSA[3]	98.0	2.0	100
ISSSTE	99.9	0.1	100
DIF	94.1	5.9	100
Otra institución de gobierno	99.8	0.2	100
Consultorio, clínica u hospital privado[4]	99.1	0.9	100
Casa de la Partera	97.1	2.9	100
Casa de la mujer	97.0	3.0	100
Otro[5]	99.6	0.4	100
Total	*98.7*	*1.3*	*100*

[1] Incluye a IMSS Ordinario UMF, IMSS Ordinario Hospital.
[2] Incluye a IMSS Oportunidades UMR e IMSS Oportunidades Hospital Rural.
[3] Incluye a SSA Auxiliar de Salud, SSA Casa de Salud, SSA Centro de Salud y SSA Hospital.
[4] Incluye a Mexfam y Cruz Roja.
[5] Incluye a mujeres cuyo parto fue atendido en casa de un familiar, de la enfermera, en la escuela u otro.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 29

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA, SEGÚN PERSONA QUE ATENDIÓ A LA MADRE EN EL PARTO

Persona que atendió el parto	*Condición de supervivencia*		
	Actualmente vivo	*Actualmente fallecido*	*Total*
Médico	98.8	1.2	100
Enfermera	98.8	1.2	100
Auxiliar de salud	98.1	1.9	100
Partera	97.6	2.4	100
Pariente o familiar	99.1	0.9	100
Nadie	85.7	14.3	100
Otro*	100.0	0.0	100
Total	*98.7*	*1.3*	*100*

* Otro: incluye vecino u otro.
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 30

PORCENTAJE DE LOS PENÚLTIMOS Y ÚLTIMOS HNV, POR CONDICIÓN DE SUPERVIVENCIA, SEGÚN TIPO DE PARTO

Tipo de parto	*Condición de supervivencia*		
	Actualmente vivo	*Actualmente fallecido*	*Total*
Normal	98.8	1.2	100
Cesárea	98.3	1.7	100
Total	*98.7*	*1.4*	*100*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

de la mujer en el embarazo, el parto, puerperio y algunas condiciones de salud del recién nacido.

A pesar del aumento en la cobertura de la atención prenatal y al momento del parto, se mantienen serios rezagos en el área rural, en consecuencia, en las entidades cuyo grado de desarrollo es menor y que se ven poco favorecidas por las condiciones socioeconómicas y de acceso a los servicios de salud.

Las mujeres acuden en mayor número a las instituciones de salud para ser atendidas durante y después del embarazo. Son los médicos quienes atienden a más mujeres embarazadas y en el momento del parto, sin embargo, la presencia de la partera como agente prestador del servicio de salud materno-infantil continúa siendo importante y más para los grupos de población menos favorecidos como lo son las mujeres menos escolarizadas, las que habitan en áreas rurales y por último aquellas cuya entidad de residencia es Guerrero, Oaxaca o Chiapas.

Un elemento importante para analizar y que implicaría a los médicos y a las instituciones de salud a reflexionar en ello es el alarmante crecimiento de las cesáreas, pueden ser muchos los factores que ocasionen que la mujer opte por este método, entre otros por los intereses económicos, la mayor oferta de servicios especializados y la poca o nula información que las mujeres reciben respecto de las alternativas y ventajas o desventajas del tipo de parto para su hijo.[2] La enorme labor que se deriva de esto deberá involucrar a los hacedores de políticas públicas de salud, a los agentes de salud y a la población misma.

El peso del niño al nacer es otro elemento a destacar, pues en comparación con los resultados de otras encuestas se observa un aumento de los niños de bajo peso al nacer, muchas pueden ser las razones, así como el carácter de éstas, lo cual invita a no dejar de observar este indicador y conocer a mayor profundidad las causas que originan esta característica en el recién nacido.

La supervivencia de los menores ha aumentado respecto de años anteriores, sí bien no se alcanzan todavía los niveles deseados, si se observa una disminución de fallecimientos en los menores de cinco años.

Por último, vale la pena destacar el aumento del número de mujeres que acceden a los servicios de salud para procurar una condición de salud óptima para ellas y sus hijos, lo que no significa que las instituciones de salud ni los agentes de salud puedan pensar que es poco lo que queda por hacer en materia de salud materno-infantil, todo lo contrario, aún esenorme la labor por informar a la población de la necesidad y ventajas de acudir con oportunidad a revisión durante y después del embarazo, así como que se haga con personal capacitado para detectar cualquier anomalía o riesgo en la salud de la madre o del niño.

[2] Dantes Octavio Gómez, "El secuestro de Lucina o cómo detener la epidemia de las cesáreas", *Salud pública de México*, vol. 46, núm. 1, 2004.

La salud reproductiva de la población indígena

*Ana María Chávez Galindo**
*Catherine Menkes Bancet**
*Héctor Hiram Hernández Bringas**
Gregorio Agustín Ruiz Hernández†**
*René Augusto Flores Arenales**

Introducción

Numerosos estudios sobre el comportamiento demográfico de la población indígena revelan que es frecuente la presencia de altos niveles de mortalidad y de fecundidad, investigaciones basadas en información proveniente de registros vitales, de censos de población o bien de datos recabados sobre determinados grupos étnicos o comunidades indígenas. No obstante, la información resultante no ha reflejado del todo la realidad demográfica de los pueblos indígenas, incluso en ocasiones los ejercicios realizados, por ejemplo, con base en las estadísticas vitales, nos arrojan niveles de mortalidad o de fecundidad similares a los que presentan las mujeres residentes en entidades de mayor desarrollo socioeconómico.

La Ensar 2003 recopila información sobre la población indígena con las preguntas sobre condición de habla de alguna lengua indígena y pertenencia a algún grupo étnico, lo que permite obtener información sobre fecundidad y salud reproductiva de las indígenas y con la finalidad de ubicar el fenómeno en su justa dimensión, presentamos los resultados obtenidos para la población indígena, confrontándolos con la situación que se registra entre la población no indígena.

El primer aspecto que destaca es que el 6.8 por ciento de la población entrevistada declaró hablar alguna lengua indígena y 7.1 por ciento pertenecer a algún grupo indígena.[1] Ambas preguntas se han utilizado en este estudio para calcular los niveles de fecundidad de las indígenas.

Características socioeconómicas

Para ubicar las condiciones socioeconómicas en que se encuentra la población indígena, se utilizó el indicador de grupos sociales elaborado por el grupo del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

De acuerdo con este indicador, se observa que la gran mayoría de las mujeres indígenas pertenecen al grupo social más bajo (75.3 por ciento), mientras que una tercera parte de la población no indígena pertenece a este grupo social (37.7 por ciento). Para una comparación más precisa entre la población indígena y no indígena se contrastaron, cuando el tamaño de la muestra lo permitió, las poblaciones según los distintos estratos sociales. Se tomaron únicamente los estratos Muy bajo y Bajo, como grupos de comparación entre la población indígena y no indígena, ya que se cuenta con un número muy reducido de población indígena en los estratos medio y alto (gráfica 1).

Niveles de fecundidad

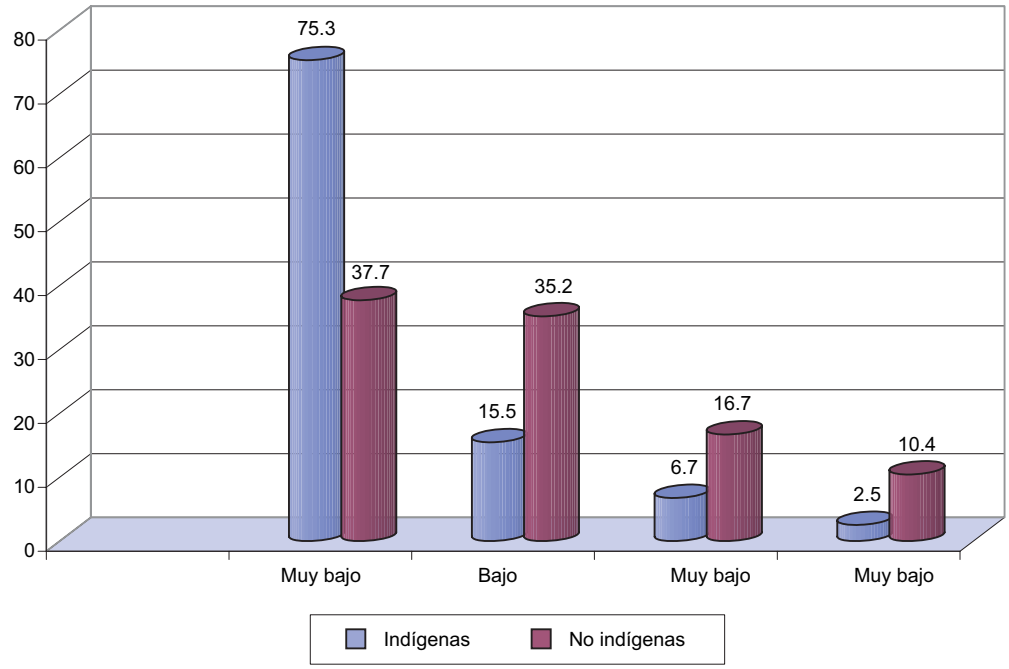
Tradicionalmente, se ha encontrado en nuestro país que la fecundidad indígena es más elevada que el promedio nacional, debido a que las mujeres indígenas se casan más temprano, tienen un menor conocimiento y acceso a los métodos de control natal y, en general, presentan, patrones culturales que legitiman un elevado tamaño de la familia.

* Investigadores del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

[1] En la muestra del 10 por ciento del Censo de Población y Vivienda 2000, el porcentaje de mujeres de 15-49 años que declaró hablar una lengua indígena ascendió a 6.8 por ciento, y la que declaró pertenecer a algún grupo fue el 5.6 por ciento. Comparando los resultados de la muestra con los de la Ensar, observamos que son relativamente similares, aunque la respuesta sobre pertenencia fue superior en 1.5 puntos porcentuales, situación que respondería a la mayor capacitación de las entrevistadoras, así como la confianza de la población femenina para contestar a esta pregunta.

GRÁFICA 1

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Los datos de la Ensar 2003 muestran que aún existe un rezago importante en torno a la transición en los patrones de fecundidad de la población indígena.

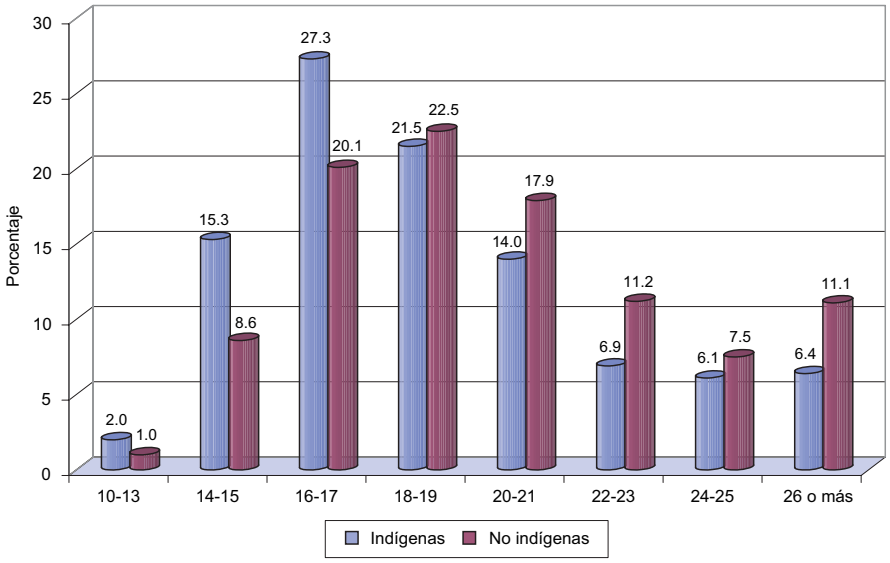
Edad al primer embarazo

El análisis de la edad al primer embarazo nos muestra claramente la persistencia de patrones de fecundidad muy jóvenes entre las indígenas, de tal suerte que un porcentaje elevado de ellas tienen sus primeros embarazos a edades muy tempranas (gráfica 2). El valor más elevado se alcanza entre los 16-17 años, cuando el 27.3 por ciento de las indígenas tiene su primer embarazo. Este porcentaje se reduce al 20.1 por ciento para las mujeres no indígenas en las mismas edades. Entre los 18-19 años es similar el porcentaje de mujeres indígenas y no indígenas que tienen su primer embarazo en esas edades. En cuanto a edades más tardías, es más frecuente el primer embarazo entre las mujeres no indígenas, como consecuencia de postergar el inicio de su vida reproductiva. Del conjunto de estos datos se desprende que, para las mujeres indígenas, la conjugación de una baja edad al inicio de su vida reproductiva, así como un reducido uso de anticonceptivos durante su vida sexual incide en una mayor fecundidad, al estar expuestas al riesgo de concebir un mayor número de años.

Al comparar los estratos Muy Bajos y Bajo, se observa que, si bien se reducen las diferencias en la edad al primer embarazo entre indígenas y no indígenas, de todas formas, las primeras se embarazan en edades más tempranas (gráfica 3). Cabe resaltar que dentro de la misma población indígena se observan diferencias entre el estrato Muy bajo y Bajo, ya que las indígenas que se hallan en niveles socioeconómicos menos favorables, tienden a embarazarse a más temprana edad, seguramente porque se enfrentan a menores alternativas de desarrollo personal y menor acceso a las instituciones educativas y de salud.

Gráfica 2

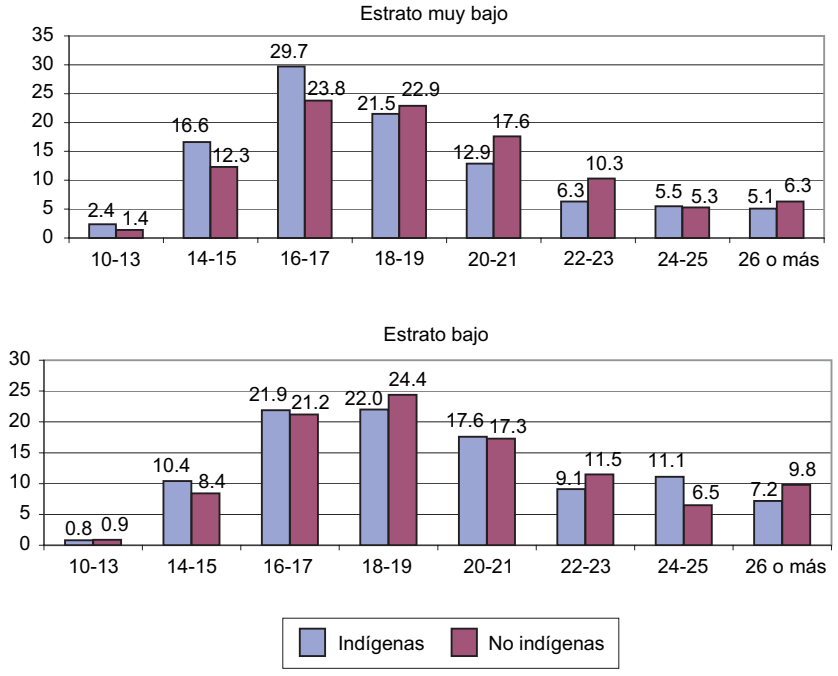
Porcentaje de mujeres de 15-49 años, según edad al primer embarazo y condición de indigenismo



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Gráfica 3

Porcentaje de mujeres de 15-49 años, según edad al primer embarazo, condición de indígena y estrato socioeconómico del hogar



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Tasas de fecundidad

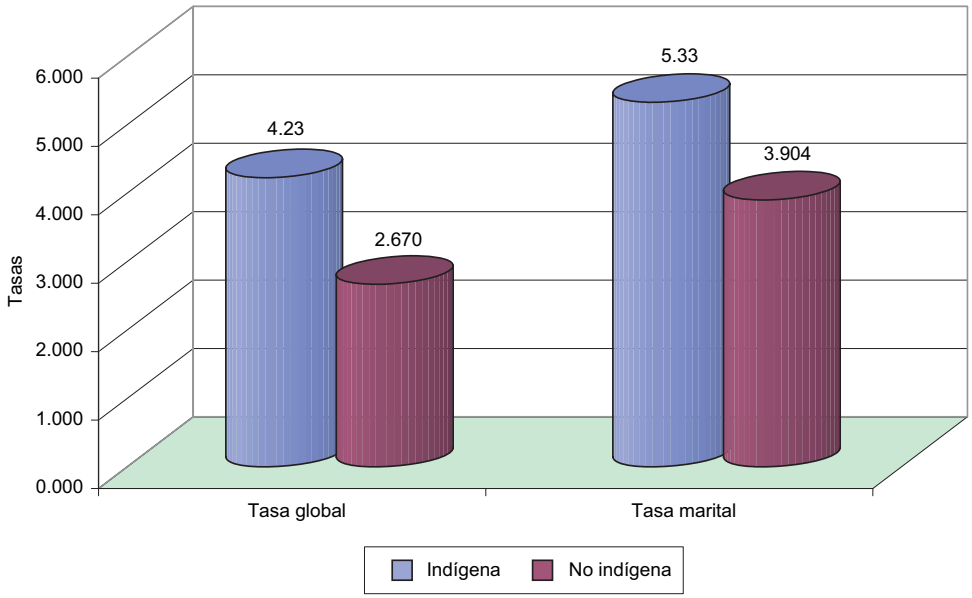
Los cálculos de la fecundidad reafirman la elevada fecundidad indígena. Así, al tomar una medida resumen de la fecundidad reciente a través de la tasa global[2] de fecundidad (para el quinquenio 1998-2002), destaca una diferencia muy significativa entre la población indígena y no indígena, de más de un hijo y medio en promedio (4.2 y 2.7, respectivamente) (gráfica 4). De hecho, la fecundidad indígena corresponde al promedio que se observaba en el ámbito nacional hace veinte años, lo que evidencia el rezago demográfico de esta población. En la misma gráfica, se observa ver que la brecha en las tasas de las mujeres unidas indígenas y no indígenas disminuye ligeramente, aunque sigue siendo muy importantes las divergencias (5.3 y 3.9 hijos, respectivamente).

Si se revisan las tasas específicas[3] por grupos quinquenales de edad (gráfica 5), se evidencia una mayor fecundidad de las mujeres indígenas en todas las edades. Las diferencias más importantes entre ambos grupos de mujeres se dan en las tasas de las adolescentes de 15-19 años, y en las mujeres de 35-44 años, lo que se explica seguramente porque las no indígenas concentran su fecundidad entre los 20-35 años de edad. Cabe señalar que las tasas de las adolescentes indígenas casi duplican las de las no indígenas (.147 y .079, respectivamente).

Como las tasas miden la fecundidad reciente, sus niveles disminuyen de manera importante en las mujeres de 40 años y más, pues la gran mayoría ya terminó su vida reproductiva. Cabe mencionar que, tanto en indígenas como no indígenas, la cúspide se halla en las mujeres de 20-24 años, es decir, todavía se observan cúspides tempranas en ambas poblacio-

GRÁFICA 4

TASAS GLOBALES Y MARITALES DE FECUNDIDAD EN EL QUINQUENIO 1998-2002 DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO



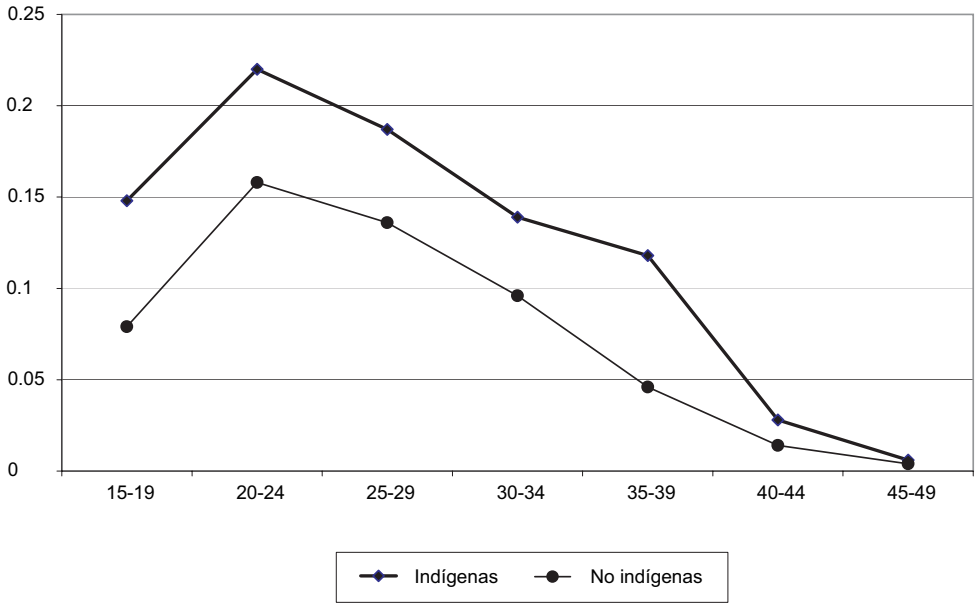
Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

[2] La tasa global de fecundidad calcula el número de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva, en un periodo determinado si las condiciones de mortalidad y migración permanecieran constantes.

[3] Las tasas específicas tienen la virtud de informar sobre la magnitud de un evento (en este caso, el embarazo o nacimiento) en un periodo específico (un año anterior a la encuesta, por ejemplo), en relación con una población de determinado grupo de edad. Aquí tomamos un periodo quinquenal de 1998 a 2002, por el reducido tamaño de muestra de la población indígena.

GRÁFICA 5

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD QUINQUENALES (1998-2002) DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO



nes, aunque las tasas indígenas de las jóvenes de 20-24 años son mayores en 39 por ciento.

Si se comparan las tasas específicas quinquenales de fecundidad (1992-1996) de las mujeres indígenas y las no indígenas, de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (INEGI, 1997), con las resultantes de la Ensar 2003 se aprecia que coinciden las tendencias observadas en el quinquenio 1998-2003. Se constata una ligera baja en la fecundidad de las indígenas de 20-34 años y después de los 24 en las no indígenas (gráfica 6). No obstante, en ambos quinquenios se mantiene una brecha muy importante entre indígenas y no indígenas.

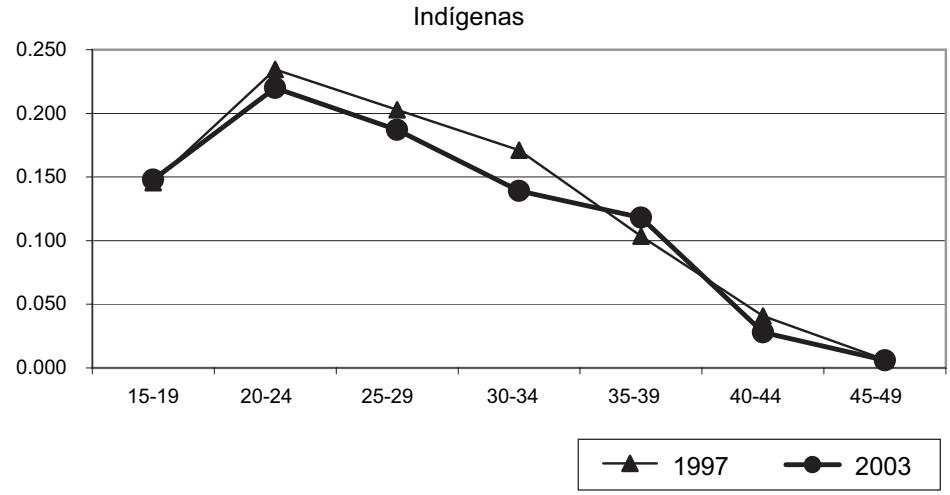
Al considerar únicamente a las mujeres unidas, se observa que las tasas maritales de fecundidad, para el quinquenio (1997-2003) (gráfica 7) muestran nuevamente diferencias significativas entre indígenas y no indígenas, aunque las diferencias son menores, seguramente porque el mayor porcentaje de mujeres solteras reduce la fecundidad de la población no indígena. Cabe señalar que las tasas de las indígenas unidas de 15-19 años son muy similares a las de las indígenas de 20-24 años, lo que demuestra que la gran mayoría de esta población no retrasa la llegada del primer hijo.

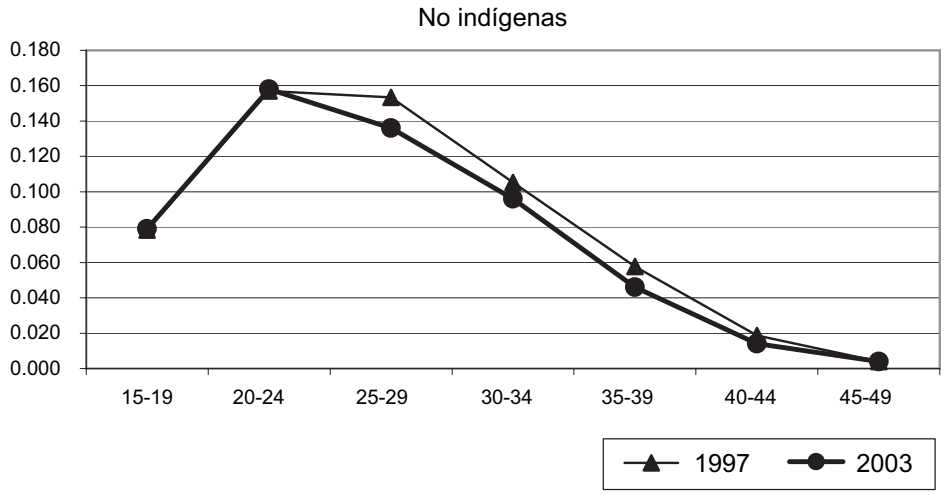
Promedio de hijos nacidos vivos

A partir de una medida longitudinal de la fecundidad, como el promedio de hijos nacidos vivos (gráfica 8), también se encuentran promedios muy elevados en las mujeres indígenas. Las diferencias más importantes se presentan en las mujeres más jóvenes menores de treinta años, lo que evidencia, nuevamente, una maternidad más temprana en la población indígena. Cabe señalar que, mientras las mujeres indígenas de 45-49 años terminaron su vida reproductiva con 5.2 hijos en promedio, las no indígenas arrojan 3.9 hijos en este grupo de edad. Asimismo, el promedio de hijos de todas las mujeres indígenas de 15-49 años es mayor en un poco más de un hijo respecto de las no indígenas (3 y 1.9 hijos, respectivamente).

GRÁFICA 6

TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD QUINQUENALES (1992-1996) Y (1998-2002) DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO

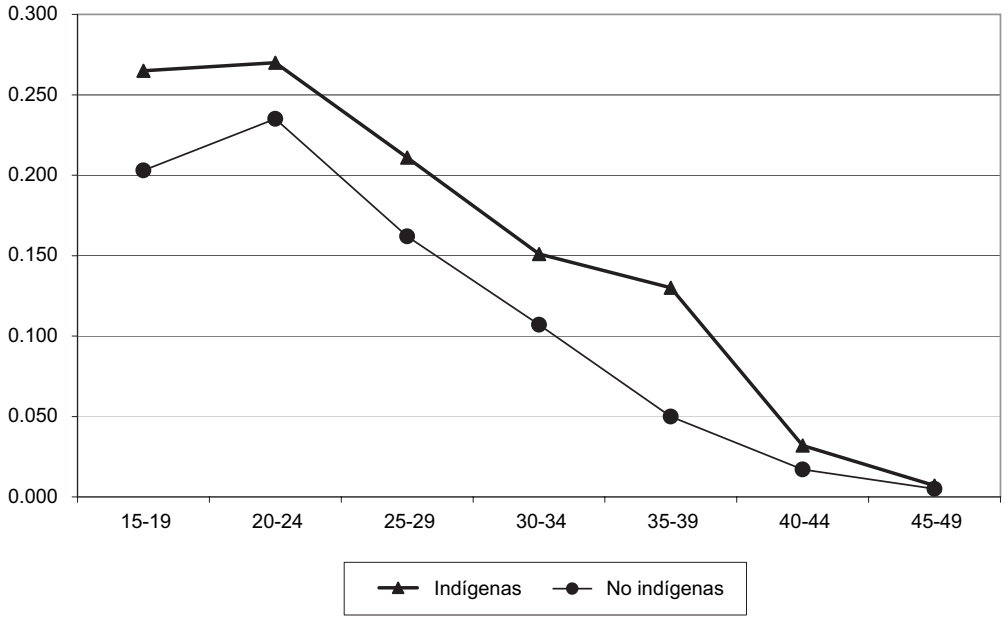




Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 7

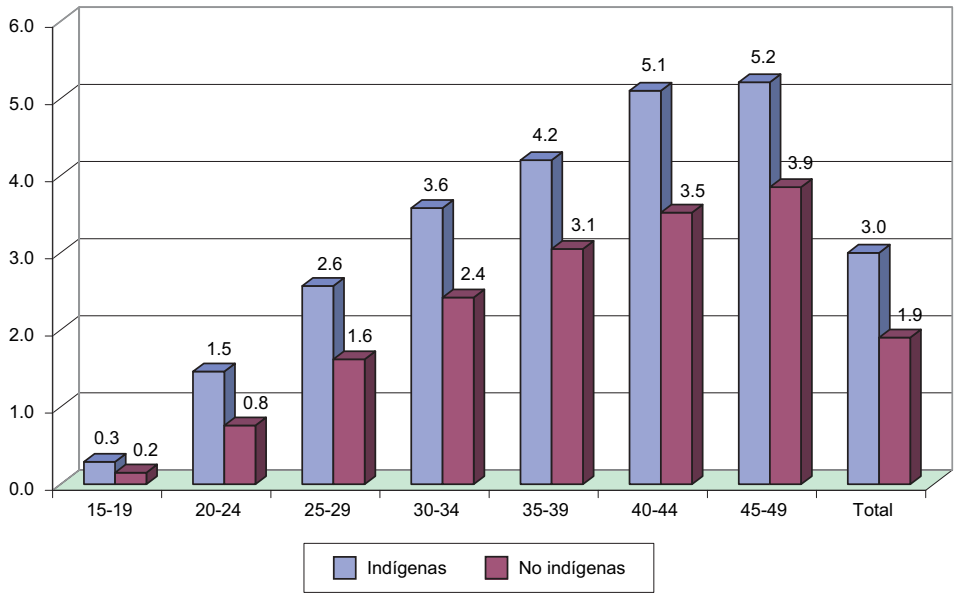
TASAS MARITALES QUINQUENALES (1998-2002) DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 8

PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Ideal de hijos

Es interesante ver cuál es el ideal de hijos que le hubiera gustado tener a las mujeres en la época en que no tenían hijos. Al respecto, se observa que entre la población indígena la idea de una familia amplia persiste, no así entre las mujeres no indígenas (cuadro 1A). Se aprecia, por ejemplo, que al 63 por ciento de las mujeres no indígenas les gustaría haber tenido entre 2 y 3 hijos. No sucede lo mismo entre las indígenas, pues aunque a una cuarta parte le habría gustado tener hasta 3 hijos, otro porcentaje significativo esperaría más, incluso un 12 por ciento desearían 7 o más hijos. Además, un porcentaje mayor de las indígenas (2.8 por ciento) todavía indicaron que tendrían los hijos que Dios les mande, contra un 0.4 por ciento de las no indígenas que indicaron esta opción. Cabe señalar que el ideal de hijos presenta una variación importante cuando la pregunta se formula a mujeres sin hijos, porque en tal situación el 9.7 por ciento de las indígenas manifestaron que no quieren hijos, contra un 5.8 por ciento de las no indígenas.

Por otra parte, los datos del ideal de hijos según la edad de la mujer (cuadro 1B), muestran que las diferencias entre indígenas y no indígenas parecen reducirse respecto de las diferencias observadas anteriormente en la paridad de hijos, lo que indicaría que las mujeres indígenas desean, en promedio, menos hijos de los que tienen. De hecho, si se compara el ideal de hijos de las mujeres mayores de 30 años, con el promedio de hijos, sobresale en todos los grupos de edad un ideal menor.

Finalmente, se destaca el hecho de que las adolescentes indígenas y no indígenas presenten un ideal de hijos similar, lo que hace pensar en una reducción de la fecundidad indígena de las próximas generaciones, si se incrementa el conocimiento y acceso a los métodos de regulación natal, o el acceso, en general, a las instituciones de salud.

Al considerar los estratos socioeconómicos, se observa que las diferencias en la paridad de las mujeres y el ideal de hijos persisten, aun si se contempla el mismo estrato socioeconómico del hogar de ambas poblaciones. Así, mientras que en el estrato más bajo las indígenas tienen una paridad de 3.3 y desean 3.4 hijos en promedio, las no indígenas de estrato más bajo tienen 2.4 hijos en promedio y desean 3.1 hijos. Nuevamente, el promedio y el ideal de hijos desciende en ambas poblaciones, conforme aumenta el nivel socioeconómico (cuadro 1C).

CUADRO 1

A) MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN EL IDEAL DE HIJOS Y CONDICIÓN DE INDIGENISMO (PORCENTAJES)

Ideal de hijos	*Indígena*	*No indígena*
Ninguno	4.2	1.4
1	4.3	4.9
2	19.7	32.4
3	24.9	30.8
4	21.3	18.2
5	7.0	4.7
6	5.9	4.2
7 o +	12.2	3.2

B) PROMEDIO DEL IDEAL DE HIJOS DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y CONDICIÓN DE INDIGENISMO

Edades	Indígenas	No indígenas
15 a 19	2.5	2.4
20 a 24	3.1	2.4
25 a 29	3.3	2.6
30 a 34	3.4	3.0
35 a 39	3.3	3.0
40 a 44	4.4	3.4
45 a 49	4.1	3.6
Total	*3.4*	*2.8*

C) PROMEDIO DEL IDEAL DE HIJOS Y PARIDAD DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR

Conceptos	*Estrato socioeconómico*	
	Muy bajo	*Bajo*
Ideal de hijos		
Indígenas	3.3	2.2
No indígenas	2.4	1.9
Paridad		
Indígenas	3.4	2.8
No indígenas	3.1	2.8

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Estos resultados son interesantes porque, al parecer, la condición de ser indígena en los estratos más bajos sí se asocia al deseo de un mayor número de hijos y una paridad elevada, más allá de las condiciones socioeconómicas; sin duda, los aspectos culturales entran en juego.

Con todo, si bien persisten las diferencias en la fecundidad indígena y no indígena en el mismo estrato socioeconómico, de todas formas hay variaciones entre la población indígena en los distintos estratos, esto es, se reduce el ideal de hijos y la paridad si se mejora el nivel socioeconómico de esta población.

Anticoncepción

Conocimiento

Un hecho relevante en este tema es el menor conocimiento que tiene la población indígena de los métodos anticonceptivos. De todos los métodos conocidos, el porcentaje de indígenas que no ha escuchado hablar de éstos supera bastante a lo que informó la población no indígena. De los métodos que tiene más información sin ayuda es de las pastillas y las inyecciones, enseguida del DIU y de los condones (cuadro 2). Cuando se le proporciona ayuda para identificar los métodos anticonceptivos, los más conocidos son las pastillas y las inyecciones. Destaca el conocimiento que tienen del DIU y de los condones, así como de la operación femenina, pues lo indicaron dos terceras partes de las mujeres indígenas. La vasectomía es un método aún desconocido para la mayor parte de ellas. Ahora bien, entre la población no indígena, el conocimiento de los métodos antes indicados alcanza a la gran mayoría. Los condones, las pastillas, el DIU y las inyecciones los conocen aproximadamente 90 por ciento de las mujeres, un poco menos la operación femenina o la vasectomía.

Respecto del conocimiento de otros métodos, como los locales, el ritmo, el retiro o la pastilla anticonceptiva de emergencia, ambas poblaciones tienen un bajo conocimiento de éstos. Y, en cuanto a la desagregación de otro tipo de métodos empleados, resalta el conocimiento del Norplant, el condón femenino y los tés abortivos; estos últimos indicados sobre todo por la población indígena.

El conocimiento de métodos de control natal también resulta notablemente inferior en la población indígena en el estrato socioeconómico más bajo. Así, únicamente el 58.2 por ciento de las mujeres indígenas ha oído hablar de la operación femenina (OTB), contra un 80.6 por ciento de las no indígenas del estrato más bajo. En este mismo estrato, el conoci-

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y CONDICIÓN DE INDIGENISMO

	Indígenas				*No indígenas*			
Método	*Sí espontáneo*	*Sí c/ayuda*	*No*	*Total*	*Sí espontáneo*	*Sí c/ayuda*	*No*	*Total*
Operación femenina	21.1	43.5	35.4	100.0	26.0	59.6	14.4	100.0
Vasectomía	6.5	41.5	52.0	100.0	10.9	69.7	19.4	100.0
Pastillas	47.8	21.6	30.6	100.0	81.5	13.3	5.2	100.0
DIU	40.7	29.1	30.2	100.0	61.5	30.2	8.3	100.0
Inyecciones	38.6	30.2	31.2	100.0	57.3	32.7	10.0	100.0
Condones	34.1	30.1	35.8	100.0	67.1	28.1	4.8	100.0
Métodos locales	4.1	19.0	76.9	100.0	15.0	34.0	51.0	100.0
Ritmo	4.1	25.3	70.6	100.0	15.5	46.6	37.9	100.0
Retiro	1.5	17.7	80.8	100.0	4.6	37.8	57.6	100.0
PAE	0.3	12.0	87.7	100.0	3.0	27.1	69.9	100.0
Otro método	2.3	0.9	96.8	100.0	6.2	2.0	91.8	100.0

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

miento es claramente mayor en la población no indígena. Llama la atención la acusada diferencia en el conocimiento del condón: mientras que el 57.4 por ciento de las indígenas han oído hablar del condón, este porcentaje corresponde al 90.7 por ciento de las no indígenas del estrato socioeconómico muy bajo (cuadro 3). Respecto del conocimiento de métodos anticonceptivos en el estrato bajo, las diferencias entre la población indígena y no indígena se reducen considerablemente.

Usuarias esporádicas de métodos anticonceptivos

Es notorio que en el caso de la operación femenina y las inyecciones, el porcentaje de indígenas que ha hecho uso alguna vez de tales métodos supera a lo que informa la población no indígena, a pesar de ser menor el conocimiento de dichos métodos, como se mencionó antes. Los otros métodos que ha utilizado la población femenina indígena en un mayor porcentaje que las no indígenas son el ritmo, el retiro o bien los tés abortivos o el diafragma que, como se sabe, son métodos poco efectivos para el control natal.

De la información sobre las usuarias esporádicas de métodos anticonceptivos, se advierte que el DIU ha sido empleado por una tercera parte de las indígenas y no indígenas. El otro método para las indígenas ha sido la operación femenina; en tanto que el condón lo ha sido para las no indígenas (cuadro 4).

Condición de uso de métodos anticonceptivos

Ahora bien, para precisar el uso actual de métodos anticonceptivos y de ubicar a las mujeres que los usan, se presenta enseguida el porcentaje de usuarias actuales de métodos anticonceptivos y el de quienes

CUADRO 3

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CONDICIÓN DE INDIGENISMO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

Métodos	*Estrato muy bajo*		*Estrato bajo*	
	Indígenas	*No indígenas*	*Indígenas*	*No indígenas*
Operación femenina	58.2	80.8	82.4	85.3
Inyecciones	63.6	87.6	87.4	89.9
DIU	64.2	87.4	88.4	92.8
Pastillas	63.4	90.7	87.2	95.9
Condón	57.4	90.7	88.7	96.5

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 4

PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, USUARIAS ESPORÁDICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO Y USO DE ALGÚN MÉTODO

Método	*Indígena*		*No indígena*	
	Sí	*No*	*Sí*	*No*
Operación femenina	28.7	71.3	28.1	71.9
Vasectomía	1.2	98.8	2.1	97.9
Pastillas	25.8	74.2	30.7	69.3
DIU	33.2	66.8	36.6	63.4
Inyecciones	24.9	75.1	20.0	80.0
Condones	17.9	82.1	32.0	68.0
Métodos locales	4.6	95.4	6.8	93.2
Ritmo	27.7	72.3	25.6	74.4
Retiro	37.2	62.8	33.8	66.2
PAE	0.6	99.4	3.1	96.9
Otro método	21.5	78.5	6.7	93.3

Fuente: *Ensar 2003*.

nunca los han usado. La información obtenida para el conjunto de las mujeres indica que la población indígena es, en menor medida, usuaria de algún método (39.2 por ciento contra 52.1 por ciento) y, por consiguiente, es mayoritaria su participación como nunca usuaria (43.9 contra 32.6 por ciento), lo que se refleja, sin duda, en los niveles de fecundidad antes expuestos.

Si se considera cuál es el comportamiento de uso de anticonceptivos, distinguiendo a las mujeres según si están unidas o no actualmente, la información sigue mostrando la diferencia entre las mujeres indígenas y no indígenas a este respecto (cuadro 5A). Así, tenemos que aproximadamente la mitad de las mujeres indígenas unidas son actualmente usuarias, en tanto que tres cuartas partes de las mujeres no indígenas se hallan en esa misma condición, situación que muestra una brecha enorme respecto del uso de anticonceptivos. Por otro lado, en la categoría de nunca usuarias, un poco más de la cuarta parte de las mujeres indígenas declaró tal situación; en tanto que menos de una décima parte de las no indígenas nunca han sido usuarias.

Al comparar entre los distintos estratos, sorprenden las diferencias tan amplias de uso de métodos anticonceptivos que existen entre la población indígena y no indígena en el estrato socioeconómico más bajo. Así, mientras que sólo el 43.3 por ciento de las mujeres unidas indígenas en el estrato más bajo usaban un método anticonceptivo, casi las tres cuartas partes de las mujeres unidas no indígenas pertenecientes al mismo estrato socioeconómico, (73 por ciento) eran usuarias de métodos anticonceptivos (cuadro 5B). Cabe señalar que el porcentaje de usuarias de anticonceptivos se incrementa de manera muy importante en el estrato bajo, frente al muy bajo (de 43.3 a 70.0 por ciento), lo que muestra que las condiciones sociales y económicas son determinantes en la prevalencia de métodos entre la población indígena.

CUADRO 5

A) PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN ESTADO CIVIL, CONDICIÓN DE USODE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E INDIGENISMO

	Unidas		*No unidas*	
	Indígenas	*No indígenas*	*Indígenas*	*No indígenas*
Usuaria actual	51.2	77.3	11.7	14.8
Ex usuaria	20.2	15.3	9.3	15.4
Nunca usuaria	28.6	7.4	79.0	69.8

B) PORCENTAJE DE MUJERES DE 15-49 AÑOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, CONDICIÓN DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS E INDIGENISMO

	Estrato muy bajo		*Estrato bajo*	
	Indígenas	*No indígenas*	*Indígenas*	*No indígenas*
Usuaria actual	46.3	73.3	70.0	79.7
Ex usuaria	21.1	15.7	19.9	14.8
Nunca usuaria	32.6	11.0	10.1	5.5

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Razones de uso del método actual

En cuanto a la razón del uso del método actual, las mujeres que optaron por la operación femenina se expresaron mayoritariamente porque "querían un método permanente": 65 por ciento de las indígenas y 56 por ciento de las no indígenas opinaron en ese mismo sentido. La siguiente razón de uso de tal método fue porque "corrían riesgos de salud" (14.5 por ciento de las indígenas y 21 por ciento de las no indígenas).

En cuanto a quienes utilizan como método actual el dispositivo, la razón de su uso fue, en primer lugar, "por la forma de uso" (28 por ciento en ambos grupos poblacionales). Las razones expresadas fueron las siguientes: "querían un método permanente" (26 por ciento indígenas y 16 por ciento no indígenas); "querían un método más efectivo" (13 puntos porcentuales de indígenas y 27 de las no indígenas); "recomendación de un prestador de servicios" (21 por ciento indígenas y 15 puntos las no indígenas).

Lugar de obtención del método actual

El lugar donde se han practicado la operación femenina las mujeres que optaron por este método fue, en primer término, los hospitales del IMSS (30 por ciento indígenas y 40 por ciento no indígenas), enseguida están los hospitales de la SSA (24 por ciento indígenas y 18 por ciento no indígenas) y los consultorios, clínicas u hospitales privados (7.5 por ciento indígenas y 16.2 no indígenas), así como el IMSS Oportunidades UMR, en el caso del 9 por ciento de las indígenas.

En el uso del dispositivo hay diferencias en el lugar de obtención, según condición de indigenismo. Entre las indígenas, los principales lugares de obtención han sido los centros de salud de la SSA (33.1 por ciento) y el IMSS. Oportunidades UMR (24 puntos porcentuales). Para la población no indígena, los lugares de obtención han sido las unidades de medicina familiar y los hospitales del IMSS (26 y 23 por ciento, respectivamente).

Edad a la que inició el uso del método anticonceptivo actual

Un aspecto relevarte de la información sobre anticoncepción es la edad en la que comenzaron a hacer uso del método actual. Respecto de la operación femenina, se observa a que la mayor parte de las mujeres (indígenas o no) lo hacen entre los 25 y 30 años de edad (cuadro 6), es decir, a una edad joven. Le siguen en importancia las mujeres entre los 30 y 34 años. En realidad, no se observan diferencias importantes entre indígenas y no indígenas respecto de la edad de operación.

CUADRO 6

MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN EDAD A LA QUE SE OPERARON Y CONDICIÓN DE INDIGENISMO (PORCENTAJES)

Grupos de edades	*Indígenas*	*No indígenas*
15-19	5.5	6.7
20-24	22.1	22.1
25-29	28.8	30.5
30-34	24.6	25.6
35-39	13.0	11.9
40-44	5.6	2.8
45-49	0.4	0.3

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Un dato destacable, respecto de la operación femenina, es que casi el 40 por ciento de la población indígena utilizó este método definitivo como primer método de control natal, y únicamente cerca del 15 por ciento de la población no indígena, además de que en el estrato socioeconómico más bajo el porcentaje de mujeres indígenas operadas que nunca utilizó otro método anticonceptivo aumenta al 45 por ciento. Esto es preocupante, pues la operación definitiva es únicamente una opción, entre otras, de la amplia gama de anticonceptivos existentes; lo deseable es que la gran mayoría de las mujeres que opten por un método definitivo ya hayan experimentado otros métodos de control de la natalidad.

Finalmente, respecto de los métodos de regulación natal, se diría que, de todas formas, las mujeres indígenas optan por la operación femenina con un promedio elevado de hijos, mayor que su ideal de hijos. Además, la paridad promedio que presentan al operarse es mayor que la paridad no indígena. Lo mismo sucede con el dispositivo intrauterino, las pastillas y las inyecciones (cuadro 7).

CUADRO 7

IDEAL DE HIJOS Y PARIDAD DE LAS USUARIAS DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO Y TIPO DE MÉTODO ACTUAL

Método	*Ideal de hijos*	*Paridad*
Operación femenina		
Indígena	3.4	4.5
No indígena	3.3	3.6
Dispositivo		
Indígena	3.4	3.2
No indígena	2.8	2.1
Pastillas		
Indígena	3.6	3.5
No indígena	2.7	2.0
Inyecciones mensuales		
Indígena	3.8	3.6
No indígena	3.1	2.5
Inyecciones bimestrales		
Indígena	3.0	3.2
No indígena	2.6	2.1
Inyecciones trimestrales		
Indígena	2.0	2.0
No indígena	2.2	2.0
Condones		
Indígena	2.3	2.9
No indígena	2.6	1.7

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Salud materna

La mayoría de las mujeres embarazadas y sus productos no presentan problemas durante el proceso de gestación. Sin embargo, la atención prenatal y posnatal son factores importantes que ayudan a prevenir tempranamente el surgimiento de complicaciones, lo que se refleja en un menor riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

La efectividad de dicha atención durante el embarazo está, sin embargo, condicionada por el momento en que se inicia, así como por el número de veces que se realice, por la capacitación del personal que la brinde (personal médico, enfermeras, parteras, etcétera) y las acciones que se tomen en caso de encontrar algún problema.

En este apartado se revisa la atención prenatal y durante el parto que recibió la mujer durante su último embarazo, comparando a las mujeres no indígenas respecto de las indígenas.

Atención prenatal

En primer lugar, se tiene que un mayor número de mujeres indígenas (43.9 por ciento) en edad reproductiva tuvieron un embarazo de 1998 a la fecha del levantamiento de la encuesta (2003), mientras que sólo poco más del 33 por ciento de las no indígenas se encontraron en esta situación. Por otra parte, la mayor parte de estas mujeres acudió a revisión médica en algún momento de su embarazo (el 91.9 por ciento de las indígenas y el 97.7 por ciento de las no indígenas).

A continuación se presentan algunos aspectos de salud materna relacionados sólo con el último embarazo de las mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo a partir de enero de 1998. Al respecto, se observa que entre las mujeres indígenas la atención es algo más tardía. El momento de recibir atención (cuadro 8A) tuvo diferencias importantes, pues si bien la mayoría de las mujeres, en general, acudieron a ser revisadas dentro de los primeros cuatro meses de embarazo (en ese momento, habían acudido a recibir atención el 77 por ciento de las indígenas y el 90.1 de las no indígenas), un porcentaje mayor de las no indígenas lo hizo desde el primero y segundo mes (poco más del 54 por ciento ya había acudido en el segundo mes, contra sólo 33.6 por ciento de las indígenas). Y hubo mujeres indígenas, en un porcentaje importante del 23.0 por ciento, que acudieron a consulta sólo a partir del quinto y hasta el noveno mes del último embarazo contra solamente 9.9 por ciento de las mujeres no indígenas en esta situación. O sea, las mujeres indígenas acuden a los servicios médicos no solamente en menor porcentaje (pese a que tienen un mayor número relativo de embarazos), sino que acuden más tarde que sus contrapartes no indígenas.

A esta situación se añade que las indígenas son atendidas por médicos y enfermeras en una proporción menor. En efecto, se aprecia que si bien las indígenas y no indígenas, en forma mayoritaria fueron revisadas por un médico (83.4 por ciento contra 95.7 por ciento, respectivamente) un número más de cinco veces mayor de indígenas respecto de las no indígenas las revisaron parteras (11.9 por ciento de indígenas contra 2.2 por ciento de las no indígenas), cuestión seguramente relacionada con la situación de mayor ruralidad de la población indígena.

Atención al parto

Al momento del parto, aun es baja la atención por parte de un médico o enfermera entre las mujeres indígenas. Como se mencionó, las no indígenas mayoritariamente van a visitar a un profesional de la salud en algún momento de su embarazo para que las revisen. Sin embargo, cuando llega el momento del parto, el porcentaje de las indígenas que acuden a un médico o a una enfermera para dar a luz a sus hijos, disminuye considerablemente, ya que solamente el 56.4 por ciento lo hace, mientras que aumenta en forma importante el porcentaje de las que son atendidas por parteras (36.6) o familiares (4.9 por ciento) (cuadro 8B). Mientras tanto, las no indígenas sí son atendidas mayoritariamente por un médico o enfermera en esos momentos cruciales (95.2 por ciento) y solamente un 4.2 por ciento lo hace con una partera y una cifra aún más baja con familiares (0.3 por ciento).

Respecto del lugar de atención del parto, destaca la alta proporción de mujeres indígenas que lo experimentan en su propia casa (39.8 contra solamente el 2.9 por ciento de las no indígenas) Aunque el 56.2 de estas mujeres sí van a un centro de salud para ser atendidas. Las no indígenas, en cambio, asisten en un porcentaje del 95.0 por ciento a una institución de salud y el 24.2 por ciento, incluso, a una institución de salud privada contra solamente el 8 por ciento de las mujeres indígenas.

Lo anterior da lugar a varias interrogantes acerca de por qué un porcentaje tan elevado de mujeres indígenas prefieren quedarse en casa. Ello se debería a que, a la hora del parto, los centros de salud están demasiado alejados de sus viviendas; por eso optan por permanecer en éstas. O bien, a que las indígenas no tienen confianza en los centros de salud, más que para algunos aspectos del cuidado de su embarazo, pero que, por alguna razón, no desean tener a sus hijos en esos lugares. O, quizás también, por cuestiones de tradición cultural, prefieren estar rodeados de sus familiares y en un ambiente más conocido para dar a luz.

Por último, cabe señalar que el número de mujeres que tienen su parto por cesárea es mayor para las no indígenas (37.7 por ciento) que para las indígenas (14.8 por ciento). En cambio, el 85.2 por ciento de las indígenas pare de manera normal, contra el 62.3 por ciento de las no indígenas. Si un número tan grande de mujeres indígenas alumbra a sus hijos en sus propias casas, en las condiciones de sus viviendas, cabe suponer que es bastante más difícil llevar a cabo una operación de este tipo. Aparte, es más fácil para los médicos y para un centro de salud programar los partos por cesárea, que esperar a que se den naturalmente. Y, en el caso de los centros de salud privados, si los partos se realizan mediante cesárea, es probable que redunde en un mayor ingreso económico que los vuelva más atractivos para quienes los realizan.

CUADRO 8

A) REVISIÓN DEL EMBARAZO DE LAS MUJERES DE 15 A 49 AÑOS, SEGÚN MES DE LA PRIMERA REVISIÓN, POR CONDICIÓN DE INDIGENISMO (PORCENTAJES)

Meses de embarazo a la primera revisión	*Indígenas*	*No indígenas*
0	0.2	0.3
1	12.6	24.9
2	20.8	28.9
3	27.0	24.2
4	16.4	11.8
5	8.8	4.5
6	7.6	2.7
7	3.7	1.7
8	1.4	0.8
9	1.3	0.1
No recuerda	0.2	0.1
Total	*100.0*	*100.0*

B) MUJERES DE 15 A 49 AÑOS SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN AL PARTO, POR CONDICIÓN DE INDIGENISMO (PORCENTAJES)

Quién atendió el parto	*Indígenas*	*No indígenas*
Médico	53.1	93.6
Enfermera	3.3	1.6
Auxiliar de salud	0.7	0.2
Partera	36.6	4.2
Pariente o familiar	4.9	0.3
Nadie	1.4	0.1
Otro	0.0	0.0
Vecino	0.0	0.0
Total	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

En síntesis, aparentemente hay mayor cuidado de su salud y búsqueda de atención en centros de salud y del personal médico entre de las mujeres no indígenas que entre las indígenas. Sin embargo, el interés por esa atención decae luego del parto entre toda la población, siendo más evidente este problema entre las indígenas.

Exposición al riesgo de concebir

El riesgo de concebir, obviamente, está determinado por tener o no relaciones sexuales y la frecuencia con que se produzcan, así como por la extensión de uso de métodos anticonceptivos.

Para esta revisión de la Ensar, se tomaron la edad a la primera relación sexual y el estado marital como las variables a utilizar para lograr un acercamiento a ese fenómeno, comparando la situación de la población general en relación con la población indígena.

Las mujeres indígenas inician su vida sexual a más temprana edad que las no indígenas. Para la edad a la primera relación sexual, se calculó la edad mediana (que se refiere a la edad a la cual el 50 por ciento de las mujeres ya tuvieron su primer experiencia sexual). En este caso, se conoce que las mujeres indígenas tuvieron su primer contacto sexual a una edad mediana de 18 años, mientras que las no indígenas lo tuvieron a los 20 años. Por otra parte, el porcentaje de indígenas sexualmente activas antes de los 20 años es también superior al de no indígenas (76 y 64 por ciento, respectivamente).

Tanto las indígenas como las no indígenas tienen mayoritariamente su primera relación sexual dentro de una relación de pareja, con su esposo o novio (cuadro 9). Esta primera relación se dio, en el caso de las indígenas, en un 75.8 por ciento con su esposo y un 21.7 por ciento con el novio. Mientras que las no indígenas tuvieron esa primera relación en un 62.3 por ciento con el esposo y en un 35.3 por ciento con el novio. Así, para ambos grupos de población, esta primera relación tuvo lugar con una pareja establecida.

Gran parte de las mujeres inician su vida sexual sin ninguna protección. Únicamente el 3 por ciento de las indígenas usaron un método en la primera relación sexual y el 16 por ciento de las no indígenas.

CUADRO 9

TIPO DE COMPAÑERO EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, SEGÚN CONDICIÓN DE INDIGENISMO (DISTRIBUCIÓN)

	Indígenas	*No indígenas*
Novio	21.7	35.3
Amigo	0.6	1.1
Familiar	0.2	0.2
Esposo	75.8	62.3
Desconocido	0.4	0.2
Violación	1.2	0.9
Conocido	0.0	0.0
Total	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

En general, la vida sexual de las mujeres indígenas y no indígenas se da prácticamente sólo dentro de la relación con el marido o pareja estable. De las mujeres en edad fértil, las unidas o casadas representan el 69.8 por ciento de las indígenas y el 59.7 por ciento de las no indígenas. De las mujeres unidas o casadas, cerca del 95 por ciento de las indígenas y no indígenas viven con su pareja.

La mayoría de las indígenas y no indígenas se han unido una sola vez (93.2 y 92.5). El porcentaje de las que han tenido más de dos uniones es menor a un punto porcentual en ambas poblaciones. Debido a que la mayoría de las relaciones sexuales se dan dentro de la pareja, la población expuesta mayormente al riesgo de embarazo estaría dentro de estos grupos. Al respecto, de las mujeres casadas o unidas, entre las indígenas el porcentaje expuesto al riesgo de concebir representaría el 55.8, mientras que de las no indígenas serían el 58.2. Se excluyen las mujeres que están embarazadas, amenorreicas, infértiles, en lactancia (aun y cuando no es un estado que garantice el no embarazo), las menopáusicas y las que no tienen relaciones sexuales por alguna razón, aun cuando vivan una relación de pareja. Las indígenas presentan menor exposición al riesgo de embarazo, primordialmente por un mayor porcentaje de mujeres ya embarazadas o menopáusicas, así como por la lactancia.

Conclusiones

Por un lado, en nuestro país existe, un sector de la población integrado a los procesos de modernización y, por otro, grupos sociales que no gozan de gran parte de los beneficios del desarrollo. Los datos revelan claramente que existe un rezago socioeconómico y demográfico entre la población indígena. Se trata de mujeres con bajos niveles de escolaridad, menor participación en el mercado laboral femenino y un acceso limitado a los trabajos formales. Asimismo, presentan conductas reproductivas tradicionales: una iniciación sexual y edad a la primera unión tempranas; embarazo desde muy jóvenes; elevados niveles de fecundidad; bajo conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y una menor atención en todos los aspectos de su salud materno-infantil.

Las similitudes entre la población indígena y no indígena parecen darse únicamente en el tipo de métodos utilizados para el control natal, concretamente respecto de los porcentajes de usuarias indígenas que recurren a la operación femenina y al dispositivo intrauterino. Al parecer, las mujeres indígenas se operan con un elevado tamaño de familia y, a sabiendas de que se trata de un método definitivo, aunque el 40 por ciento de las mujeres indígenas operadas utilizaron la OTB como el primer método anticonceptivo. El problema radica en que, si bien parecen tener acceso a los métodos más modernos de control natal, se hallan en gran desventaja por sus condiciones socioeconómicas respecto de los promedios nacionales. Sin duda, es fundamental que cuenten con la amplia gama de anticonceptivos existentes para ejercer libremente sus derechos reproductivos; pero, además y sobre todo, resulta evidente que, para superar el rezago demográfico, no basta con tener acceso a los métodos más modernos, mientras no se mejoren sus alternativas de desarrollo y sus condiciones de vida en general.

La comparación entre los estratos socioeconómicos Muy bajo y Bajo arrojó información importante: se encontró que en los estratos más bajos las diferencias entre indígenas y no indígenas se mantienen. Sin duda, la condición de ser indígena se traduce en un comportamiento reproductivo más tradicional, más allá del estrato socioeconómico del hogar. Aun así, si bien persisten las diferencias en la fecundidad indígena y no indígena en el mismo estrato socioeconómico, de todas formas también existen variaciones muy importantes en la población indígena, conforme aumenta el nivel socioeconómico; esto es, en el estrato bajo, se observa un comportamiento demográfico indígena menos tradicional. Esto nos hace pensar que se esperarían cambios trascendentes si se mejoran las condiciones socioeconómicas de los hogares indígenas.

Respecto de la salud materna, se encontró que la gran mayoría de las mujeres (indígenas y no indígenas), acudieron a alguna revisión médica al momento de su embarazo. Sin embargo, en el parto, más del 40 por ciento de las mujeres indígenas fue atendida por una partera o un familiar, lo que implica mayores problemas de salud materno-infantil que entre la población no indígena.

Sin duda, los datos revelan que se requiere hacer hincapié en las campañas informativas dirigidas a los grupos indígenas para intensificar el conocimiento de los métodos anticonceptivos, además de mejorar el acceso a los centros de salud y a la prevención de enfermedades relacionadas, en general, con la salud materno-infantil.

Fuentes

INEGI, 1997. *Encuesta Nacional Demográfica 1997*. México, INEGI.

SSA-CRIM, UNAM. *Encuesta nacional de salud reproductiva*. México, SSA-CRIM, UNAM.

Conapo-UNAM 2003. *La situación demográfica de México 2003*. México, Conapo-UNAM.

Montes González, Soledad. 2003. "Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México", en *Memorias del seminario de investigación, Programa Salud Reproductiva y Sociedad*. México, El Colegio de México.

Infecciones de transmisión sexual

*Gudelia Rangel Gómez**
*Eduardo González Fagoaga**
*Giovanni Macías Suárez**

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) se consideran una amenaza constante para la salud y el bienestar de la población. Provienen del contagio directo con una persona enferma y se transmiten por contactos genitales no protegidos, en relaciones heterosexuales y homosexuales; de madre a hijos, durante la gestación, en el parto o lactancia, o simplemente por contacto con sangre infectada. Estas infecciones son las causantes, en gran medida, de los casos de infertilidad en hombres y mujeres, de enfermedades crónicas, muerte de recién nacidos, cáncer cervicouterino (Cacu), entre otras.

Muchas de las personas infectadas desconocen que padecen alguna infección de este tipo, debido a que muchas de estas patologías no presentan síntomas. La mayoría de estas ITS son tratables a tiempo, pero algunas, una vez contraídas, hasta ahora son incurables. Cabe señalar también que una persona puede tener una ITS y, al mismo tiempo, contraer la misma patología. En este sentido, mientras más se postergue el tratamiento, mayor será el daño en el organismo.[1]

Según estadísticas oficiales, en México, anualmente se presentan siete millones de nuevos casos de ITS curables, destacándose las tricomonas, clamidia, gonorrea y sífilis.[2] Asimismo, desde que surgió la epidemia del sida, hasta junio de 2005, se han registrado, de manera acumulada, casi 96 000 casos, destacándose en mayor proporción el grupo de edad de 15-49 años.[3]

En este artículo se presentan los resultados del análisis de la información correspondiente a la sección sobre ITS de la Ensar 2003, cuyo análisis de los resultados fue descriptivo y consistió básicamente en el cálculo de frecuencias simples y cruce de variables. Los aspectos considerados en el análisis fueron

- Los síntomas reportados sobre ITS a nivel nacional en los últimos seis meses previos a la encuesta y para los ocho estados seleccionados.
- Atención medica.
- Conocimiento y percepción de riesgo de VIH-sida/ITS.
- Medidas preventivas.

Análisis de resultados

Prevalencias y estrategias de cuidado y atención a nivel nacional

Enseguida se presentan las prevalencias reportadas de los síntomas de infecciones de transmisión sexual captados en la Ensar 2003 para la población femenina en edad reproductiva. De acuerdo con la información presentada, el 21.6 por ciento de las mujeres padeció flujo vaginal en algún momento de los seis meses previos a la aplicación de la encuesta, y de ellas únicamente el 70.6 por ciento buscó atención médica, obteniendo un tratamiento en 95.3 por ciento de dichos casos. Sin embargo, el 19.6 por ciento de quienes declararon haber padecido flujo vaginal anormal, siguieron teniendo relaciones sexuales, y de ellas, únicamente una de cada cinco utilizaron preservativo (cuadro 1).

* Investigadores de El Colegio de la Frontera Norte.

[1] VIH-sida, "Enfermedades de transmisión sexual", en <http://www.vihsida.cl/paginas/028.htm.l>, consultado en 2003.

[2] Conasida, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-sida, en <http://www.salud.gob.mx/conasida>, consultada el 28 de enero de 2004.

[3] Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-sida, "Epidemiología del vih-sida en México en el año 2005", datos al 30 de junio de 2005.

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (MÉXICO, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo flujo vaginal	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
México					
Sí	21.6	70.6	95.3	78.3	20.0
No	78.4	29.4	4.7	19.6	80.0
No tenía relaciones	—	—	—	2.1	—
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*
Rural					
Sí	19.8	68.9	92.1	83.8	9.4
No	80.2	31.1	7.9	14.5	90.6
No tenía relaciones	—	—	—	1.8	—
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*
Urbano					
Sí	22.1	71.2	96.3	76.6	22.3
No	77.9	28.8	3.7	21.2	77.7
No tenía relaciones	—	—	—	2.2	—
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Las áreas rural y urbana tienen proporciones similares a las ya descritas. En el área rural, la prevalencia de flujo vaginal fue de 19.8 por ciento, mientras que en el área urbana alcanzó el 22.1 por ciento. Entre las mujeres que buscaron atención médica relacionada con este padecimiento, en el área rural representaron el 69 por ciento y obtuvieron tratamiento 92 por ciento; en cambio, en las zonas urbanas se llegó al 71 por ciento, pero 96 por ciento tuvieron tratamiento. Respecto a si dejaron de tener relaciones sexuales, 14.5 por ciento de las mujeres en zonas rurales y 21.2 por ciento en las urbanas declararon que continuaron teniéndolas, pero la diferencia más importante se encuentra en el uso del condón mientras se tuvo ese padecimiento; en el área rural no llegó siquiera al 10 por ciento, en contraste con el 22.3 por ciento de las mujeres residentes en las zonas urbanas (cuadro 1).

En cuanto a las mujeres entre 15-49 años que declararon haber padecido comezón en los genitales en algún momento durante los seis meses previos a la entrevista, a nivel nacional, casi 15 por ciento reportaron haber sufrido dicho padecimiento, pero únicamente 60.2 por ciento declaró que buscó ayuda médica. Casi la totalidad (96.4 por ciento) de las mujeres que acudieron con personal de salud obtuvo tratamiento. Además, entre las mujeres que tenían este padecimiento, 14.4 por ciento mantuvieron relaciones sexuales, pero sólo 10.5 por ciento utilizó el condón (cuadro 2).

En relación con las áreas urbana y rural, prácticamente presentan los mismos valores que a nivel nacional, en cuanto a la prevalencia de comezón en genitales, con un porcentaje ligeramente mayor en las zonas rurales: 14.5 y 16.2 por ciento, respectivamente. Entre quienes buscaron ayuda de personal de salud, a las que les dieron tratamiento y las que continuaron teniendo relaciones sexuales, los porcentajes son prácticamente los mismos en ambas áreas; sin embargo, es notoria la diferencia en el uso del condón, pues únicamente 5.2 por ciento de las mujeres en áreas rurales declararon haber usado preser-

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (MÉXICO, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo flujo vaginal	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
México					
Sí	14.9	60.2	96.4	82.5	10.5
No	85.1	39.8	3.6	14.4	89.5
No tenía relaciones	—	—	—	3.1	—
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*
Rural					
Sí	16.2	60.2	96.7	83.1	5.2
No	83.8	39.8	3.3	14.6	94.8
No tenía relaciones	—	—	—	2.3	—
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*
Urbano					
Sí	14.5	60.2	96.3	82.2	12.2
No	85.5	39.8	3.7	14.4	87.8
No tenía relaciones	—	—	—	3.4	—
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

vativo cuando tuvieron este padecimiento, mientras que en las zonas urbanas esta proporción llegó a 12.2 por ciento (cuadro 2).

La parte concerniente al padecimiento de "úlceras en los genitales" resultó estar incompleta, puesto que en la base de datos sólo se cuenta con la información relacionada con el padecimiento en los seis meses previos a la entrevista, pero no se tienen datos relativos a la búsqueda de ayuda de algún personal de salud, ni de tratamiento, tampoco la información respectiva acerca de si dejó de tener relaciones sexuales y si utilizó condón durante éstas. No obstante, la prevalencia sentida de este padecimiento es relativa, puesto que únicamente 2.6 por ciento de las mujeres reportaron la presencia de úlceras en los genitales. En las áreas rurales, esta proporción fue de 3.2 por ciento; en las urbanas, de tan sólo 2.4 por ciento del total de mujeres de 15-49 años.

En cuanto al conocimiento y percepción de riesgo que se tiene sobre las ITS/sida, se observa que el 87.6 por ciento ha oído hablar de las primeras, y el 96 por ciento de las mujeres a nivel nacional reportaron haber escuchado hablar del sida. De éstas, el 11.3 por ciento se ha realizado la prueba de detección del VIH y el 36.8 por ciento ha pensado en hacerse dicha prueba. En cuanto a la percepción de riesgo, el 28.1 por ciento piensa que su pareja podría transmitirle la enfermedad frente al 71.7 por ciento que dice que no.

Las diferencias según la localidad no son muy grandes en cuanto a si han escuchado hablar del sida; sin embargo, en la realización de la prueba de detección, en el área urbana las mujeres se la han realizado en mayor porcentaje (12.7 contra 6.2 por ciento) (cuadro 3).

Como ya se mencionó, 11.3 por ciento de las mujeres entrevistadas reportó haberse realizado la prueba de detección, y de éstas, 0.3 por ciento indicó que su resultado fue positivo (véase el cuadro 4). Esta cifra es muy similar a las prevalencias reportadas por Censida en la población general a nivel nacional.

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (MÉXICO, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado hacerse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le transmitiría el sida*
México				
Sí	96.0	11.3	36.8	28.1
No	4.0	88.7	63.2	71.7
No sabe	—	—	—	0.1
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*
Rural				
Sí	89.1	6.2	33.0	30.0
No	10.9	93.8	67.0	69.8
No sabe	—	—	—	0.2
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*
Urbano				
Sí	98.0	12.7	37.9	27.6
No	2.0	87.3	62.1	72.3
No sabe	—	—	—	0.1
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 4

PREVALENCIA REPORTADA DE VIH EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD (MÉXICO, 2003)

	México	*Rural*	*Urbano*
Positivo	0.3	0.5	0.3
Negativo	10.7	5.2	12.1
Por confirmar	0.2	0.4	0.2
No conoce el resultado de la prueba	0.1	0.1	0.0
Total	*11-3*	*6.1*	*12.6*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Prevalencias y estrategias de cuidado y atención a nivel de los estados seleccionados

Para los estados seleccionados, las prevalencias de síntomas reportados en los últimos seis meses previos a la encuesta no son muy diferentes. Empero, es importante señalar que las mayores prevalencias de flujo vaginal se presentaron en el estado de Puebla (23 por ciento), Guanajuato (22.3), Chiapas (22) y Guerrero (21.1). En cuanto a si tuvo comezón en los genitales, los estados con mayores porcentajes fueron Guanajuato (16.3 por ciento), Oaxaca (16.3) y Sonora (16.2).

En relación con el padecimiento de úlceras genitales, las prevalencias fueron muy similares, en las que el mayor porcentaje de este padecimiento se registró en el estado de Guerrero (4.4 por ciento) (cuadros 5-25 y gráficas 1-7).

Prevalencias de síntomas de ITS, según algunas variables sociodemográficas a nivel nacional

Las prevalencias de padecimiento de flujo vaginal, comezón y úlceras en los genitales, según el grupo quinquenal de edad, fueron muy similares; resaltan para el primer padecimiento los grupos de edad de 20-24, 25-29 y 30-34 años. Para el segundo padeci-

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL, ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (CHIAPAS, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	22.2	72.8	95.5	80.9	12.7
No	77.8	27.2	4.5	19.1	87.3
Total	*100 .0*	*100.0*	*100 .0*	*100 .0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 6

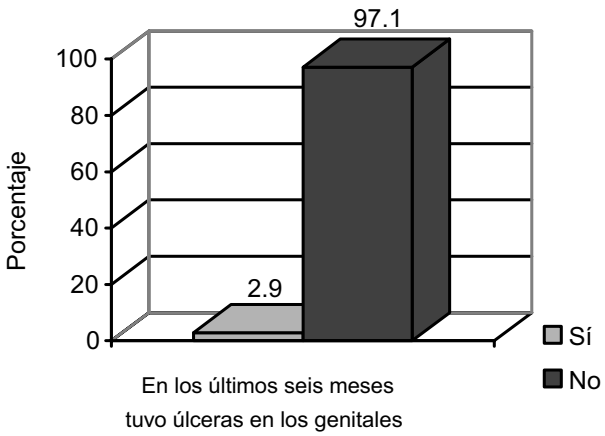
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15-49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (CHIAPAS, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	13.5	64.4	96.1	82.8	14.1
No	86.5	35.6	3.9	17.2	85.9
Total	*100.0*	*100 .0*	*100 .0*	*100 .0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE ÚLCERAS EN LOS GENITALES (CHIAPAS, 2003)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (CHIAPAS, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado realizarse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le podría trasmitir el sida*
Sí	83.8	6.9	30.0	31.5
No	16.2	93.1	70.0	68.5
Total	*100 .0*	*100 .0*	*100 .0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (GUERRERO, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	21.1	69.4	92.4	80.6	11.6
No	78.9	30.6	7.6	17.4	88.4
No tenía relaciones				2.0	
Total	*100 .0*	*100 .0*	*100.0*	*100 .0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 9

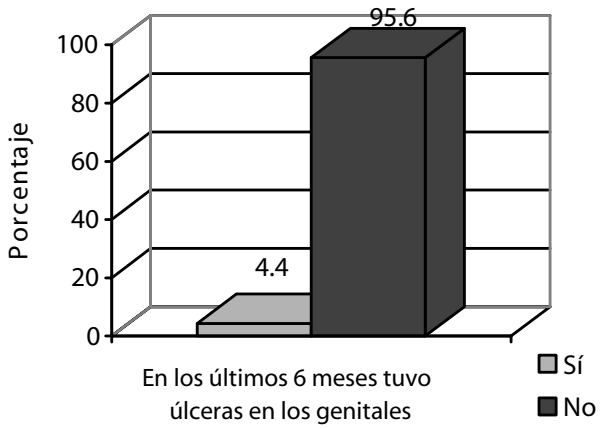
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (GUERRERO, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	14.5	64.4	94.8	81.8	19.8
No	85.5	35.6	5.2	16.7	80.2
No tenía relaciones				1.5	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE ÚLCERAS EN LOS GENITALES (GUERRERO, 2003)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (GUERRERO, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado realizarse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le podría trasmitir el sida*
Sí	91.7	9.9	37.3	31.7
No	8.3	90.1	62.7	68.3
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (OAXACA, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	16.3	70.7	98.5	82.7	20.0
No	83.7	29.3	1.5	15.9	80.0
No tenía relaciones				1.4	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 12

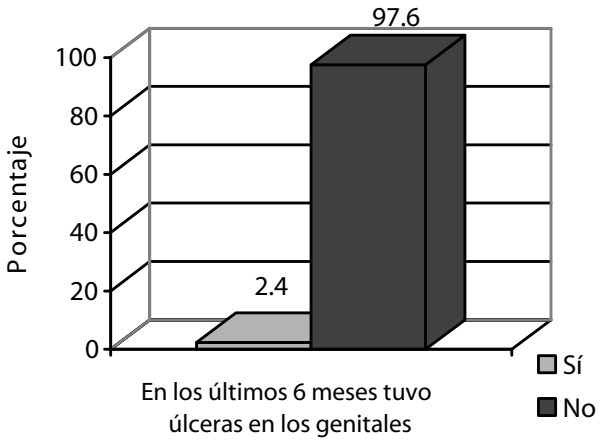
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (OAXACA, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	11.3	62.0	94.3	83.0	14.4
No	88.7	38.0	5.7	15.1	85.6
No tenía relaciones				1.9	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE ÚLCERAS EN LOS GENITALES (OAXACA, 2003)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (OAXACA, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado realizarse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le podría trasmitir el sida*
Sí	81.4	8.0	35.5	25.9
No	18.6	92.0	64.5	74.1
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (PUEBLA, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	23.0	64.9	93.7	73.4	17.6
No	77.0	35.1	6.3	21.0	82.4
No tenía relaciones				5.6	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 15

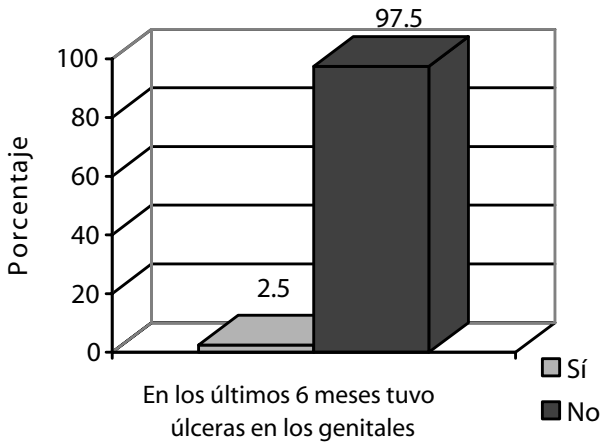
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (PUEBLA, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	15.0	46.2	89.9	66.4	7.6
No	85.0	53.8	10.1	21.8	92.4
No tenía relaciones				11.8	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE ÚLCERAS EN LOS GENITALES (PUEBLA, 2003)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 16

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (PUEBLA, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado realizarse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le podría trasmitir el sida*
Sí	92.2	9.8	34.4	29.1
No	7.8	90.2	65.6	70.6
No sabe				0.3
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, Ensar 2003.

CUADRO 17

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (SAN LUIS POTOSÍ, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	15.8	64.1	93.7	68.7	25.1
No	84.2	35.9	6.3	22.8	74.9
No tenía relaciones				8.5	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 18

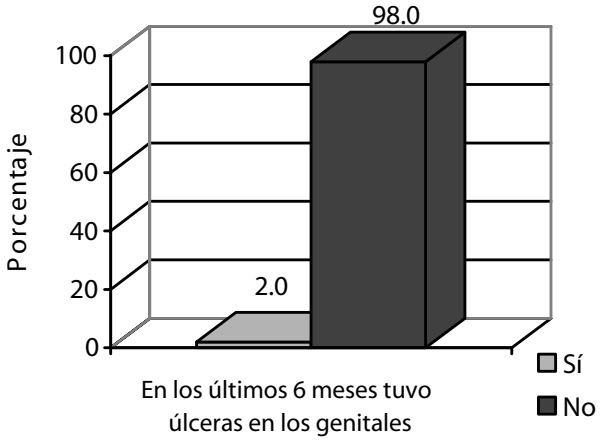
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (SAN LUIS POTOSÍ, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	15.1	52.4	95.9	77.1	22.1
No	84.9	47.6	4.1	15.8	77.9
No tenía relaciones				7.1	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE ÚLCERAS EN LOS GENITALES (SAN LUIS POTOSÍ, 2003)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 19

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (SAN LUIS POTOSÍ, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado realizarse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le podría trasmitir el sida*
Sí	95.4	10.6	39.4	26.1
No	4.6	89.4	60.6	73.3
No sabe				0.6
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 20

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (SONORA, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	11.9	65.0	93.9	78.9	9.9
No	88.1	35.0	6.1	15.9	90.1
No tenía relaciones				5.2	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 21

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (SONORA, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	16.2	59.3	95.0	80.9	13.2
No	83.8	40.7	5.0	10.4	86.8
No tenía relaciones				8.7	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE ÚLCERAS EN LOS GENITALES (SONORA, 2003)

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 22

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (SONORA, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado realizarse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le podría trasmitir el sida*
Sí	98.8	13.2	37.9	23.4
No	1.2	86.8	62.1	76.6
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 23

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (TAMAULIPAS, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	13.3	66.4	96.8	78.9	14.1
No	86.7	33.6	3.2	13.2	85.9
No tenía relaciones				7.9	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 24

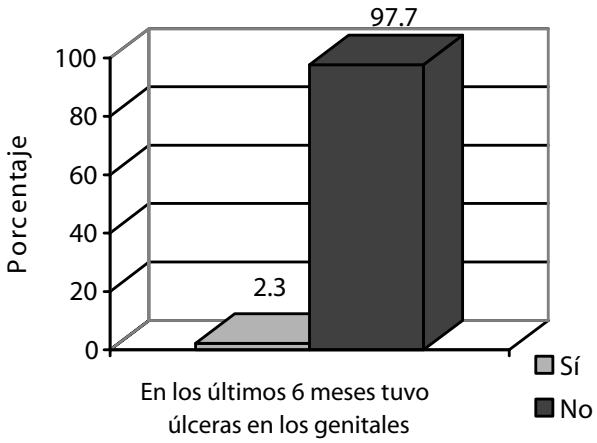
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (TAMAULIPAS, 2003)

	En los últimos 6 meses tuvo comezón en los genitales	*Buscó ayuda de algún personal de salud*	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales*
Sí	14.3	63.3	96.0	82.3	11.1
No	85.7	36.7	4.0	12.1	88.9
No tenía relaciones				5.6	
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

GRÁFICA 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN PRESENCIA DE ÚLCERAS EN LOS GENITALES (TAMAULIPAS, 2003)



Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 25

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD, SEGÚN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DE SIDA (TAMAULIPAS, 2003)

	Ha oído hablar del sida	*Se ha practicado la prueba de detección del sida*	*Ha pensado realizarse la prueba del sida*	*Piensa que su pareja le podría trasmitir el sida*
Sí	99.3	17.6	35.0	24.9
No	0.7	82.4	65.0	75.1
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

miento, las prevalencias más altas se presentaron en los grupos de 20-24, 30-34 y 35-39 (cuadro 26).

En cuanto al estado civil, las mayores prevalencias se encontraron en las mujeres que reportaron estar casadas, en éstas la proporción del flujo vaginal fue de 11.6 por ciento, comezón en los genitales, 8.1 por ciento, y úlceras, 1.4 por ciento. En las solteras, las prevalencias encontradas fueron para el primer padecimiento de 4.5 por ciento, para el segundo, de 2.8, y para el tercero, 0.4 por ciento (cuadro 29).

CUADRO 26

PREVALENCIAS DE ITS, POR GRUPO QUINQUENAL DE EDAD (MÉXICO, 2003)

	Flujo vaginal	*Comezón*	*Ulceras genitales*	*VIH*
15 a 19	3.2	1.8	0.3	0.1
20 a 24	3.9	2.5	0.3	0.1
25 a 29	3.9	2.3	0.4	0.0
30 a 34	3.8	2.8	0.5	0.1
35 a 39	3.5	2.5	0.5	0.0
40 a 44	2.1	1.9	0.3	0.1
45 a 49	1.1	1.2	0.3	0.0

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Nota: De los cuadros 26 a 32, los valores no suman el cien por ciento, debido a que las variables son totalmente excluyentes.

CUADRO 27

PREVALENCIA FLUJO VAGINAL POR GRUPO QUINQUENAL DE EDAD Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (MÉXICO, 2003)

	Buscó asistencia médica	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón*
15 a 19	4.4	4.2	3.7	1.5
20 a 24	7.6	7.2	6.5	5.0
25 a 29	8.7	8.4	7.8	4.3
30 a 34	9.4	8.9	9.7	2.7
35 a 39	9.9	9.4	9.1	3.8
40 a 44	5.0	4.7	4.9	1.8
45 a 49	2.7	2.7	2.3	0.9

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 28

PREVALENCIA DE COMEZÓN EN LOS GENITALES, POR GRUPO QUINQUENAL DE EDAD Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (MÉXICO, 2003)

	Buscó asistencia médica	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón*
15 a 19	4.0	3.8	3.9	1.1
20 a 24	9.7	9.4	10.3	1.4
25 a 29	10.3	9.9	11.2	3.1
30 a 34	12.0	11.5	14.0	1.5
35 a 39	10.9	10.7	11.7	2.4
40 a 44	8.4	7.9	10.2	0.5
45 a 49	4.8	4.8	5.5	0.4

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 29

PREVALENCIAS DE ITS, SEGÚN ESTADO CIVIL (MÉXICO, 2003)

	Flujo vaginal	*Comezón*	*Ulceras genitales*	*VIH*
Unión libre	3.6	2.7	0.5	0.0
Casada	11.6	8.1	1.4	0.1
Viuda	0.2	0.2	0.0	0.0
Divorciada	0.2	0.1	0.0	0.0
Separada	1.3	0.9	0.2	0.0
Soltera	4.5	2.8	0.4	0.1

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Las prevalencias de síntomas de ITS, según el nivel de escolaridad, fueron mayores para las mujeres que reportaron el nivel medio básico en los tres padecimientos. Del flujo vaginal, la prevalencia fue de 6.7 por ciento; comezón, 4.9 por ciento, y úlceras, 0.9 por ciento.

Entre las que reportaron haber cursado la primaria completa, la prevalencia encontrada para el primer padecimiento fue de 4.5 por ciento; para el segundo, 3.1 por ciento, y para el tercero, 0.5 por ciento (cuadro 32).

CUADRO 30

PREVALENCIA DE FLUJO VAGINAL, POR ESTADO CIVIL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (MÉXICO, 2003)

	Buscó asistencia médica	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón*
Unión libre	9.9	9.3	10.4	3.4
Casada	28.9	27.3	29.6	13.7
Viuda	0.2	0.2	0.0	0.0
Divorciada	0.6	0.6	0.1	0.2
Separada	3.1	3.0	1.4	0.0
Soltera	5.1	5.0	2.6	2.8

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 31

PREVALENCIA DE COMEZÓN, POR ESTADO CIVIL Y ESTRATEGIAS DE CUIDADO Y ATENCIÓN (MÉXICO, 2003)

	Buscó asistencia médica	*Le dieron tratamiento*	*Dejó de tener relaciones sexuales*	*Utilizaron condón*
Unión libre	12.0	11.5	15.7	0.7
Casada	36.6	35.4	45.1	7.2
Viuda	0.6	0.6	0.1	0.0
Divorciada	0.8	0.8	0.3	0.2
Separada	3.7	3.6	1.9	0.2
Soltera	6.3	5.9	3.8	2.2

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

CUADRO 32

PREVALENCIAS DE ITS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD (MÉXICO, 2003)

	Flujo vaginal	*Comezón*	*Ulceras genitales*	*VIH*
Sin instrucción	0.6	0.5	0.1	0.1
Primaria incompleta	2.8	2.3	0.6	0.0
Primaria completa	4.5	3.1	0.5	0.0
Media basica	6.7	4.9	0.9	0.1
Media superior	4.9	2.7	0.3	0.1
Superior	2.0	1.4	0.1	0.0

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

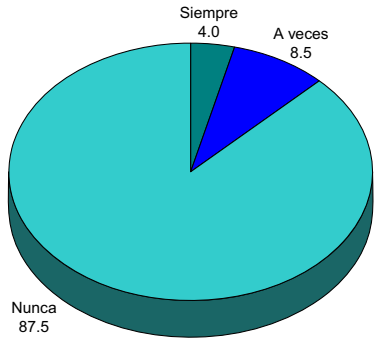
Conocimientos, percepción de riesgo y uso de condón en ITS/VIH-sida

La prevalencia de uso de condón con pareja para evitar la transmisión del VIH-sida fue de 4 por ciento en las mujeres que reportaron haber usado el condón siempre; el 8.5 por ciento reportó haberlo usado a veces y el 87.5 por ciento nunca usó el condón (gráfica 8).

En cuanto a los mecanismos de transmisión del VIH, el 87.4 por ciento informó que éste se transmite por contacto sexual; el 45.5 por ciento, por transfusión sanguínea; el 17.7 por ciento por usar agujas o jeringas infectadas; el 3.7 por ciento por vía perinatal; el 1.4 por ciento a través de la saliva y el 4.3 por ciento por otras vías (gráfica 9).

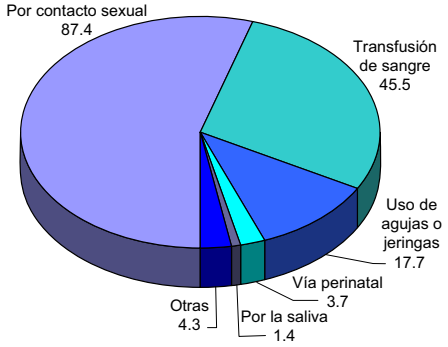
GRÁFICA 8

FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN CON PAREJA PARA EVITAR CONTAGIO DE VIH-SIDA (MÉXICO, 2003)



GRÁFICA 9

CÓMO SE ADQUIERE EL VIRUS DEL SIDA (MÉXICO, 2003)

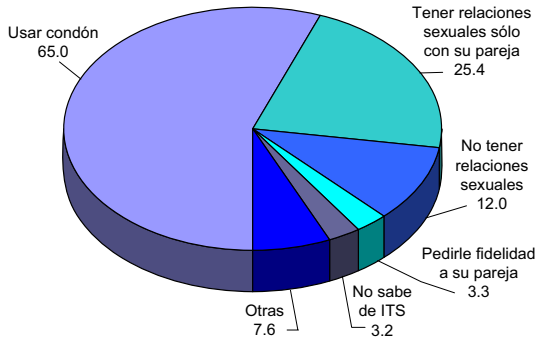


Nota: de las gráficas 9 a la 14, los valores no suman el cien por ciento, debido a que las variables son totalmente excluyentes.

Cuando se les preguntó por las medidas preventivas para evitar el contagio del virus del sida, el 65 por ciento reportó el uso de condón; el 25.4 por ciento, tener relaciones sexuales sólo con su pareja; el 12 por ciento dijo que no tener relaciones sexuales evitaría el contagio; el 3.3 por ciento pedirle fidelidad a su pareja; el 3.2 por ciento no sabe de las ITS y el 7.6 por ciento expresó otras medidas (gráfica 10).

GRÁFICA 10

CÓMO SE EVITA EL CONTAGIO DEL VIRUS DEL SIDA
(MÉXICO, 2003)



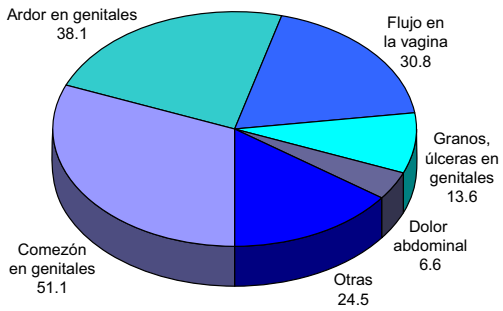
En cuanto a los conocimientos sobre los síntomas que presenta una mujer a causa de las ITS, el 51.1, reportó comezón en los genitales; el 38.1, ardor; 30.8, flujo vaginal; 13.6, granos y úlceras; 6.6, dolor abdominal, y el 24.5 por ciento otros síntomas.

En los síntomas que presenta el hombre, el mayor porcentaje (38.8) corresponde a comezón en los genitales; 29.3 por ciento indicó como síntoma ardor; el 16.3 por ciento, flujo en el pene; el 15.8 por ciento, granos y úlceras en los genitales; 7.7 por ciento, dolor abdominal, y 4.3 por ciento otros síntomas (gráficas 11 y 12).

En cuanto a la percepción de las mujeres sobre si su pareja podría transmitirles el VIH-sida, el 12.8 por ciento piensa que los hombres son infieles; el 2.5 por ciento que su pareja es infiel; el 1.7 por ciento cree que su pareja es infiel; el 1.1 por ciento considera que su pareja estaría contagiada o enferma; el 2.4 por ciento señaló otras causas.

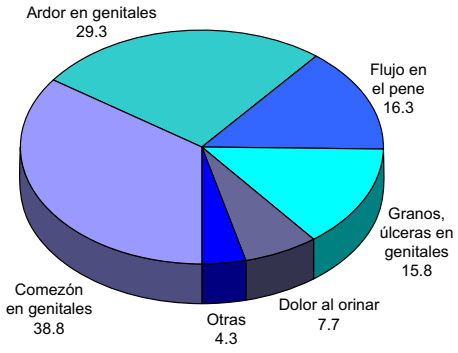
GRÁFICA 11

SÍNTOMAS DE LA MUJER A CAUSA DE ITS
(MÉXICO, 2003)



GRÁFICA 12

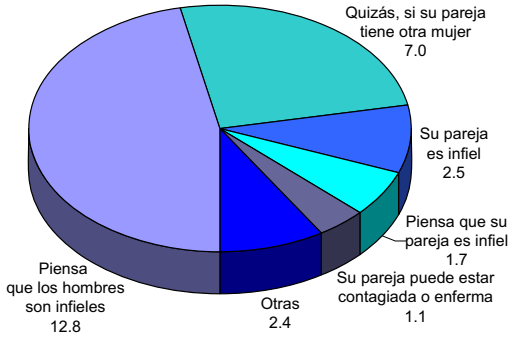
SÍNTOMAS DEL HOMBRE A CAUSA DE ITS
(MÉXICO, 2003)



Respecto a lo que piensan acerca de si su pareja no podría transmitirles el VIH-sida, el 24.1 por ciento dice que su pareja es fiel; el 23.9 por ciento le tiene confianza a su pareja; el 8.2 por ciento señaló no tener relaciones sexuales; el 3.3 por ciento su pareja se cuida; el 3.2 por ciento indicó que su pareja siempre está en la casa y el 6.8 por ciento señaló otras razones (gráficas 13 y 14).

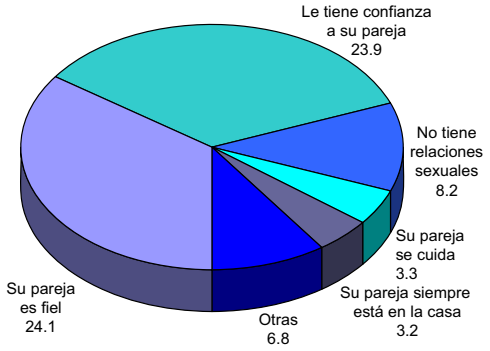
GRÁFICA 13

PIENSA QUE SU PAREJA SÍ PODRÍA CONTAGIARLE EL VIH-SIDA (MÉXICO, 2003)



GRÁFICA 14

PIENSA QUE SU PAREJA NO PODRÍA CONTAGIARLE EL VIH-SIDA (MÉXICO, 2003)



CUADRO 33

CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA/ITS EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS SELECCIONADAS, 2003

	Chiapas	*Guanajuato*	*Guerrero*	*Oaxaca*	*Puebla*	*San Luis Potosí*	*Sonora*	*Tamaulipas*
Ha oído hablar de ETS	70.1	86.1	79.4	65.0	79.3	87.1	95.0	91.8
Ha oído hablar del sida	83.8	96.8	91.7	81.4	92.2	95.4	98.8	99.3
Se ha practicado la prueba de detección del sida	6.9	6.8	9.9	8.0	9.8	10.6	13.2	17.6
Ha pensado realizarse la prueba de detección del sida	30.0	28.8	37.3	35.5	34.4	39.4	37.9	35.0
Usa su pareja condón para evitar contagio de VIH y ETS								
Siempre	3.3	5.1	3.9	2.3	2.1	4.6	2.7	3.5
A veces	4.6	10.0	8.0	5.3	7.5	6.6	8.4	8.2
Nunca	92.1	84.8	88.1	92.4	90.4	88.8	88.9	88.3

Fuente: SSA, *Ensar 2003*.

Discusión

Uno de los problemas más serios en México es la falta de investigaciones sobre el tema analizado en este artículo. Estudios que brinden información cuantitativa acerca de los padecimientos de la población sobre las ITS y el VIH-sida, al igual que la prevalencia de ciertas prácticas de riesgo que permiten la proliferación de dichas patologías. En este trabajo se encontraron resultados muy interesantes, los cuales deben analizarse con detenimiento, teniendo en cuenta siempre las limitaciones de las encuestas en cuanto a los diferentes sesgos que se puedan presentar.

De acuerdo con los resultados obtenidos, aproximadamente una quinta parte de las mujeres entrevistadas padeció flujo vaginal en algún momento durante los seis meses previos a la aplicación de la encuesta, cifra que resulta aún más importante si se analiza por localidad, pues 19.8 por ciento se registró en el área rural; en tanto que el 22.1 por ciento fue en las urbanas. Se pensaría que en el área rural sería mayor la prevalencia, en virtud de que es más común encontrar personas con menos escolaridad y menos información sobre este tipo de problemas, sin embargo, los resultados se presentan de manera diferente. Igualmente destaca que, casi siete de cada

diez mujeres que manifestaron haber padecido flujo vaginal, buscaron atención médica, obteniendo tratamiento en la mayoría de los casos. Cifras que representan un hallazgo relevante, más aún cuando en otra serie de estudios se presentan bajas proporciones de personas que acuden a los servicios a atenderse este tipo de patologías.

Otro hallazgo importante de subrayar es que, aproximadamente una de cada nueve mujeres en edades entre los 15-49 años, se han realizado la prueba de detección del VIH, entre las que, además, 36.8 por ciento ha pensado en practicarse dicha prueba. Las mujeres de las zonas urbanas registraron en mayor número haberse realizado la prueba, duplicando en porcentaje a las que residen en el ámbito rural. De igual manera, destaca que, de las mujeres que manifestaron haberse practicado la prueba, 0.3 por ciento expresó que su resultado fue positivo, cifra que no difiere de las emitidas por el Censida en la población en general a escala nacional.

En términos generales, se evidencia en la población entrevistada un conocimiento sobre el tema tratado, reflejado en las acertadas respuestas acerca de lo que se les cuestionó, como los mecanismos de transmisión del VIH, las medidas preventivas para evitar el contagio y acerca de los síntomas para detectar la presencia de una ITS.

Conclusión

Este trabajo adquiere importancia y da las pautas a seguir en el estudio de las ITS y el VIH-sida, el cual está provisto de estimados cuantitativos sobre las mujeres que han padecido estas patologías, así como la prevalencia de ciertos factores de riesgo incidentes en que éstas sean mayores. Si bien algunos resultados destacan por registrar valores altos, en comparación con otra serie de estudios, son el punto de partida para motivar a los investigadores a trabajar conjuntamente para identificar los problemas, así como atacarlos mejor y más eficientemente.

Análisis de las secciones de infertilidad, menopausia, cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama*

* Las opiniones expresadas en este documento reflejan el punto de vista de los autores, no el del Instituto Nacional de Salud Pública.

Infertilidad

*Dilys Walker Evans**
*Bernardo Hernández Prado***
*Leticia Suárez López**

La infertilidad se define como la incapacidad para quedar embarazada después de un año de tener relaciones sexuales regularmente, sin emplear ningún método anticonceptivo. Alrededor del mundo, la infertilidad afecta aproximadamente del 10 al 15 por ciento de las parejas en edad reproductiva (Rowe *et al.*, 1993). Su prevalencia ha sido estable durante los últimos cincuenta años, aunque ha ocurrido un cambio en la etiología y en la edad de los pacientes. Esto se debe al incremento del impacto de las infecciones de transmisión sexual, particularmente de la *chlamydia* (Guerra-Infante *et al.,* 2003), y en especial en los países más desarrollados, debido a un cambio observado en las mujeres que buscan su primer embarazo tardíamente en sus vidas reproductivas (Vite-Vargas *et al*., 2005).

Las causas de infertilidad son variadas, complejas y, a menudo, difíciles, mas no imposibles de determinar. No existe un consenso para determinar las principales causas que la provocan (Lindsay *et al.*, 1994; Speroff *et al.*, 1994; Rowe *et al.*, 1993); sin embargo, algunos factores comunes encontrados en varias investigaciones son, en el caso femenino, la anovulación, el bloqueo de las trompas de Falopio y la hiperprolactinemia, los cuales representan cerca de la mitad de todos los casos de infertilidad. De los factores masculinos, como la astenozoospermia y dificultades de erección constituyen el 20 por ciento de los casos. Los factores masculinos y femeninos combinados representan un 20 por ciento del total de casos y en el 10 por ciento de éstos el diagnóstico no se determina.

En México, hay muy pocos datos que muestren, en general, tanto la prevalencia como el impacto de la infertilidad en la población. Muchos estudios se han centrado en el análisis de datos recabados en clínicas y hospitales de infertilidad (Hull *et al.*, 1985); por tal motivo, resulta relevante que en la Ensar 2003 se haya incorporado un módulo sobre infertilidad, el cual consta de 16 preguntas que exploran la prevalencia de infertilidad entre mujeres en edad reproductiva, las acciones tomadas por ellas para enfrentar este problema, los servicios de salud consultados y el tratamiento recibido.

Esta sección se aplicó únicamente a mujeres que hubieran tenido relaciones sexuales. El cuadro 1 muestra las características de la población que brindó información sobre las preguntas de infertilidad en esta encuesta, con el número de informantes con y sin aplicar los factores de ponderación de la Ensar 2003. En total, esta sección la contestaron por 14 491 mujeres, que al expandir la muestra representan a 20 638 498 féminas. De éstas, después de aplicar los factores de ponderación, el 23 por ciento residía en áreas rurales.

La infertilidad primaria se refiere a parejas que no pueden iniciar un embarazo y que nunca han estado embarazadas. La infertilidad secundaria se refiere a parejas que, habiendo estado embarazadas anteriormente (ya sea de embarazos terminados en aborto o en un nacimiento), no pueden concebir posteriormente por un periodo de al menos un año. Un 17.5 por ciento de las mujeres en la Ensar 2003 reportó infertilidad; las tasas de ésta fueron similares en áreas rurales (18 por ciento) y urbanas (17.4 por ciento). Al referirse a infertilidad primaria, la prevalencia encontrada fue de 14.8 por ciento. La prevalencia fue mayor en áreas rurales (20.1 por ciento) que en las urbanas (14 por ciento), sin que encontremos una explicación clara para esta diferencia. Respecto de la infertilidad secundaria, la prevalencia encontrada fue de 17.8 por ciento, siendo similar en

* Investigadoras de la Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
** Director de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

áreas urbanas y rurales (cuadro 1). La tasa de infertilidad primaria es ligeramente mayor que la reportada en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (Ensa 2000) (SSA, 2001), la cual estimó para el año 2000 una prevalencia del 12.2 por ciento en mujeres de 20 a 49 años de edad, con vida sexual activa, siendo también mayor la prevalencia del ámbito rural que en el urbano (18.4 por ciento frente a 10.3 por ciento, respectivamente). No obstante, esta comparación debe tomarse con reservas, porque la definición de tipo de localidad (rural/urbana) no es idéntica en ambas encuestas.

Tocante a la distribución por edades, es importante indicar que en el 2003, en las áreas urbanas fue mayor la proporción de mujeres que informó tener problemas de infertilidad en edades posteriores (35-39 años), mientras que la proporción de mujeres con infertilidad fue mayor en áreas rurales en mujeres de 25 a 29 años (gráfica 1).

La gráfica 2 presenta el porcentaje de mujeres con infertilidad que consultaron a alguien, según ámbito de residencia y tipo de infertilidad. En total, un 67.5 por ciento de las mujeres con infertilidad primaria y un 45.7 por ciento de las mujeres con infertilidad secundaria han requerido servicios por este problema. Las mujeres con infertilidad primaria buscan con más frecuencia ayuda médica para sus problemas de infertilidad, especialmente en áreas urbanas. Esto se debería a que las mujeres con infertilidad primaria que nunca han podido concebir sienten más preocupación sobre su capacidad reproductiva que las mujeres que han podido concebir alguna vez.

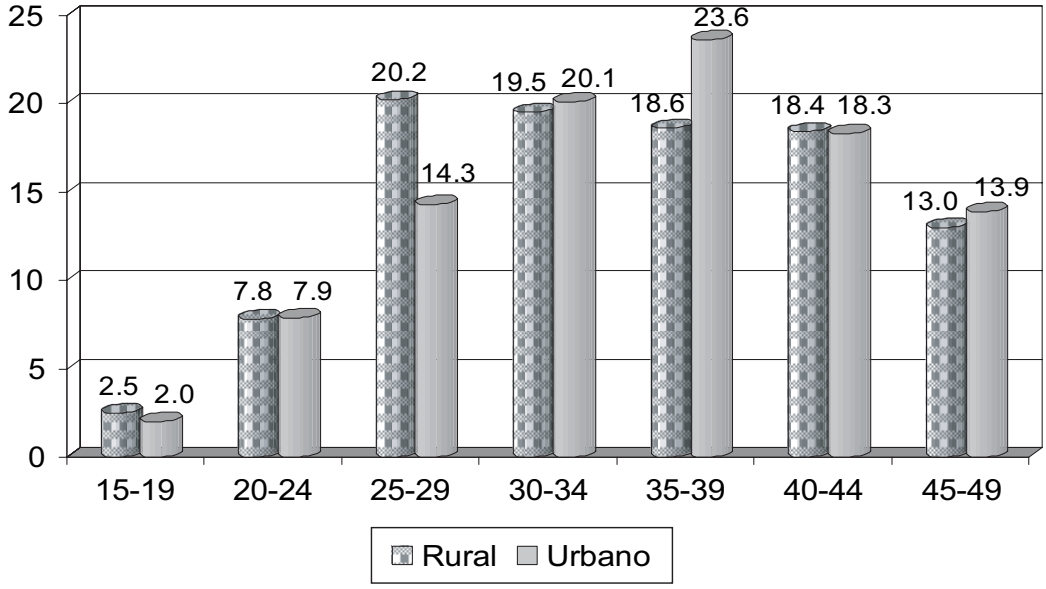
CUADRO 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO EN LA SECCIÓN DE INFERTILIDAD

	Datos sin ponderar		*Datos ponderados*	
Tipo de población	*Núm.*	*%*	*Núm.*	*%*
Mujeres con relaciones sexuales				
Total	14 491	100.0	20 638 498	100.0
Rural	3 844	26.5	4 744 685	23.0
Urbana	10 647	73.5	15 893 813	77.0
Mujeres que han tardado más de un año en embarazarse sin haber usado algún método anticonceptivo, querían embarazarse y tenían relaciones sexuales				
Total	2 720	18.8	3 619 540	17.5
Rural	722	18.8	852 450	18.0
Urbana	1 998	18.8	2 767 090	17.4
Mujeres que nunca se han embarazado sin haber usado un método anticonceptivo que han tardado más de un año en embarazarse, querían embarazarse y tenían relaciones sexuales (infertilidad primaria)				
Total	209	17.7	282 834	14.8
Rural	49	25.4	48 176	20.1
Urbana	160	16.2	234 658	14.0
Mujeres alguna vez embarazadas que han tardado más de un año en embarazarse sin haber usado método anticonceptivo, querían embarazarse y tenían relaciones sexuales (infertilidad secundaria)				
Total	2 511	18.9	3 336 706	17.8
Rural	673	18.4	804 274	17.9
Urbano	1 838	19.0	2 532 432	17.8

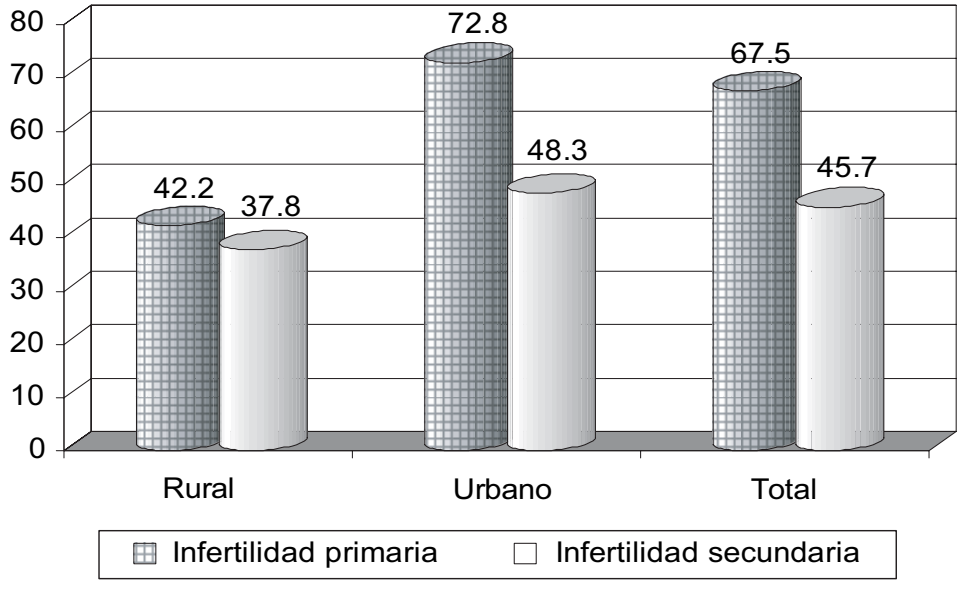
GRÁFICA 1

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS MUJERES QUE DECLARARON INFERTILIDAD, SEGÚN EL ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 2

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD QUE CONSULTARON A ALGUIEN LA ÚLTIMA VEZ QUE OCURRIÓ, SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA Y TIPO DE INFERTILIDAD



Este mismo patrón se observó en los distintos estratos socioeconómicos, con una mayor proporción de mujeres que buscan atención por problemas de infertilidad primaria que secundaria en todos los estratos, así como con una tendencia ascendente conforme aumenta el nivel socioeconómico (gráfica 3). Los resultados fueron similares en cada uno de los estados en los que cuenta con representatividad esta encuesta, siendo los estados de San Luís Potosí, Sonora y Tamaulipas donde tuvieron mayores tasas de mujeres solicitando atención por infertilidad, y en Oaxaca y Guanajuato, que revelaron menores tasas.

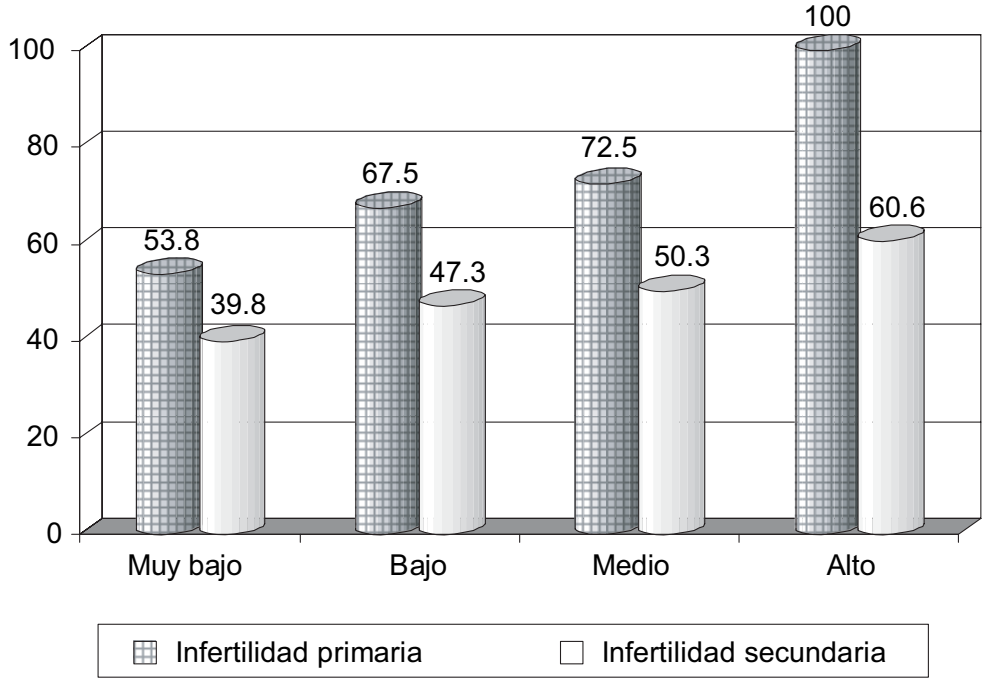
La Ensar 2003 también captó información acerca del personal de salud con el que acudieron las mujeres por problemas de infertilidad. La mayoría de las mujeres con infertilidad primaria en áreas urbanas (99.9 por ciento) y rurales (93.6 por ciento) buscó atención con médicos, y en áreas rurales un 6.3 por ciento buscó atención con parteras. Los resultados son similares para las mujeres con infertilidad secundaria, si bien la proporción de mujeres en áreas rurales que buscó atención con parteras alcanza el 13.8 por ciento.

La proporción de mujeres que acudieron con personal de salud, según tipo de infertilidad, lugar donde acudieron a consulta y ámbito de residencia se presenta en la gráfica 4. Tanto en áreas rurales, como urbanas, las mujeres buscaron atención a sus problemas de infertilidad primaria, principalmente en servicios privados. En áreas urbanas, las mujeres acudieron a atenderse al IMSS o a la SSA, en mayor medida que en áreas rurales. Para el caso de infertilidad secundaria, las mujeres también acudieron en mayor medida a servicios privados. Sin embargo, a diferencia del caso de infertilidad primaria, fue mayor la proporción de mujeres que acudió a la SSA para atención en áreas rurales que en urbanas.

También se analizó el sitio donde las mujeres buscaron atención de acuerdo a su estrato socioeconómico. Se encontró que la utilización de servicios privados aumenta y la de servicios de la SSA disminuye, conforme aumenta el nivel socioeconómico.

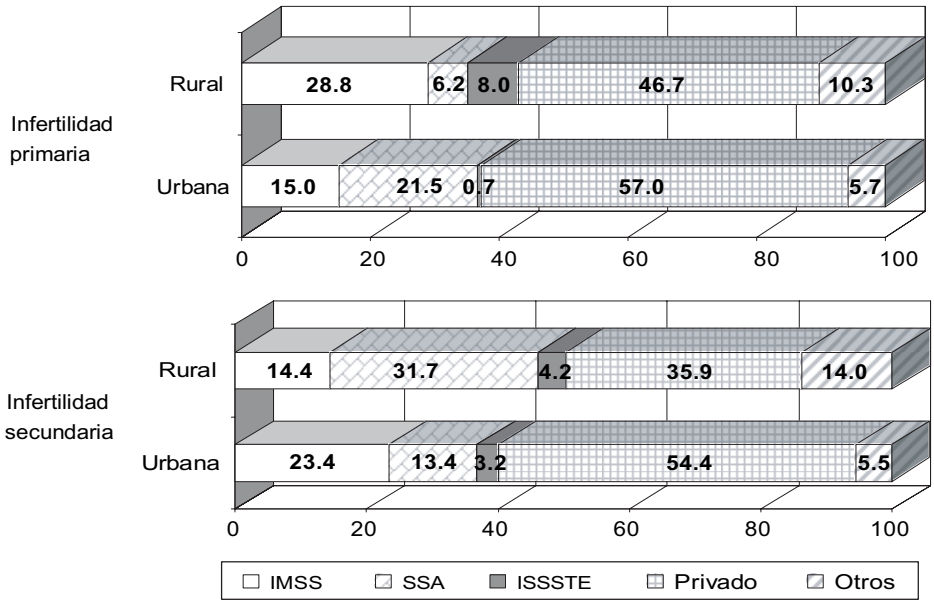
GRÁFICA 3

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD QUE CONSULTARON A ALGUIEN LA ÚLTIMA VEZ QUE OCURRIÓ, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y TIPO DE INFERTILIDAD



GRÁFICA 4

MUJERES QUE ACUDIERON CON PERSONAL DE SALUD, SEGÚN TIPO DE INFERTILIDAD, LUGAR DE CONSULTA Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Una variable importante en esta encuesta fue si las mujeres que buscaron atención conocen las posibles razones de su infertilidad. En general, un 76.4 por ciento de las mujeres con infertilidad primaria y un 65.4 por ciento de las que presentaron infertilidad secundaria dieron una razón al respecto. Ambas proporciones son mayores en áreas urbanas, y no se encuentra un patrón claro por nivel socioeconómico (gráficas 5 y 6). Esta información se presenta en la gráfica 7 para cada uno de los estados donde la encuesta tiene representatividad.

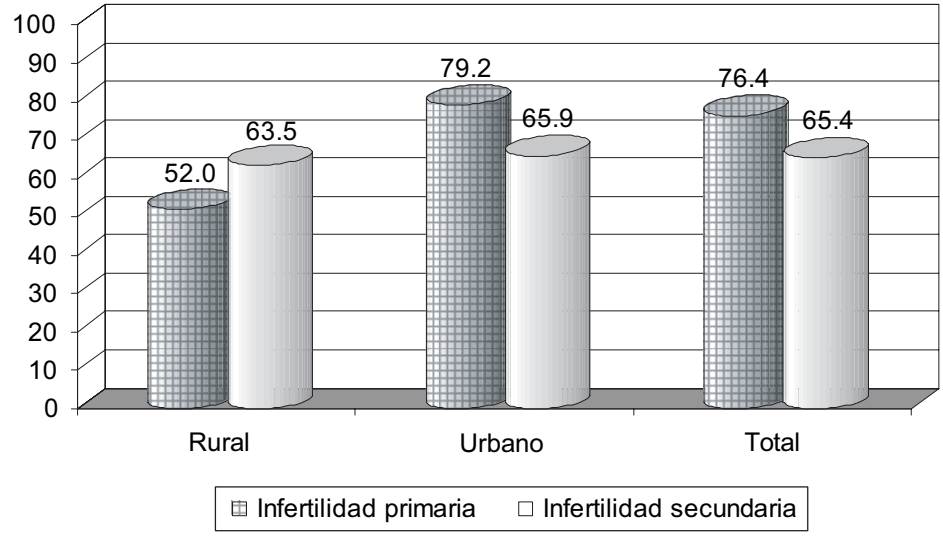
En la Ensar se preguntó a las mujeres cuál es el problema o diagnóstico de su infertilidad. Se encontró una amplia gama de diagnóstico para las mujeres con infertilidad primaria, con diferencias interesantes en los ámbitos urbano y rural. Las mujeres de áreas urbanas señalaron principalmente que su problema era hormonal (37.3 por ciento), contra 12 por ciento en áreas rurales. En ambas zonas, alrededor de una cuarta parte de las mujeres mencionó que el problema se relacionaba con su esposo (gráfica 8). Para las de infertilidad secundaria, ellas mencionaron como principal razón de su infertilidad problemas con el útero. Comparadas con las de con infertilidad primaria, las de infertilidad secundaria indicaron con menor frecuencia problemas relacionados con su pareja (gráfica 9).

En cuanto al tratamiento recibido para la infertilidad, 56 por ciento de las mujeres con infertilidad primaria y 60.9 por ciento de las que padecen infertilidad secundaria mencionaron haber recibido alguna forma de tratamiento. La proporción de mujeres con tratamiento fue menor entre las infértiles primarias en áreas rurales, con apenas 37.2 por ciento (gráfica 10). Se encontraron, asimismo, algunas diferencias en la proporción de mujeres que recibieron tratamiento, según padecieran infertilidad primaria o secundaria en las ocho entidades para las cuales la encuesta cuenta con representatividad (gráfica 11).

Al analizar la proporción de mujeres que recibió tratamiento por nivel socioeconómico, se encuentra una asociación positiva entre estas variables, tanto para infertilidad primaria, como secundaria. Sin embargo, sobresale que entre las mujeres de nivel socioeconómico medio apenas un 39.7 por ciento de las que tuvieron infertilidad primaria recibieron tratamiento, contra 66.6 por ciento de las de infertilidad secundaria (gráfica 12).

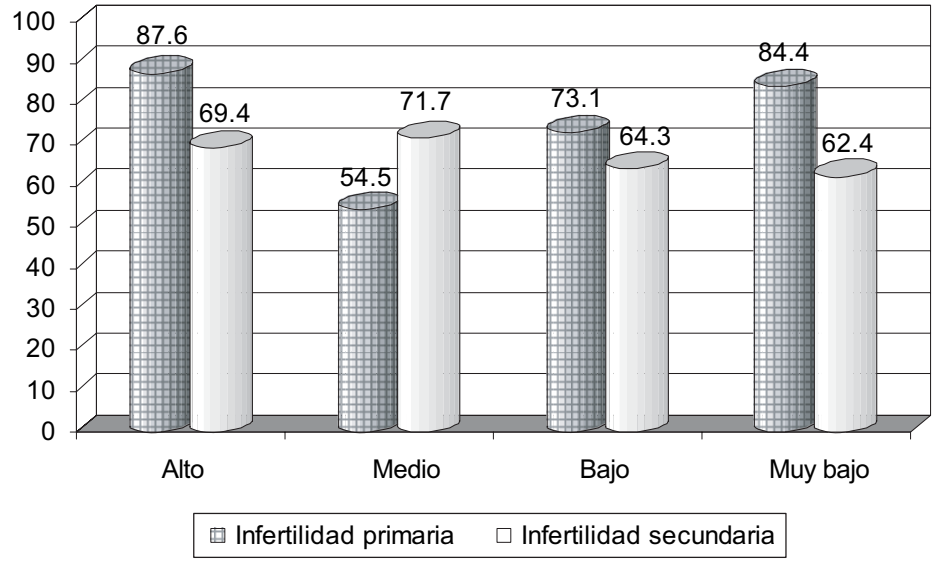
GRÁFICA 5

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD, SEGÚN SUPIERON DEL PROBLEMA QUE TUVIERON, ÁMBITO DE RESIDENCIA Y TIPO DE INFERTILIDAD



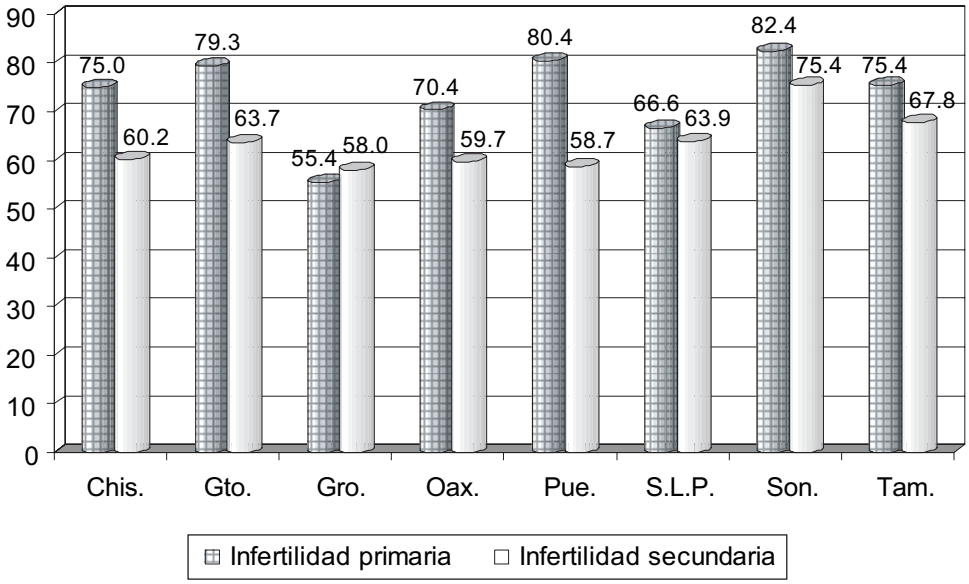
GRÁFICA 6

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD, SEGÚN SUPIERON DEL PROBLEMA QUE TUVIERON, ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y TIPO DE INFERTILIDAD



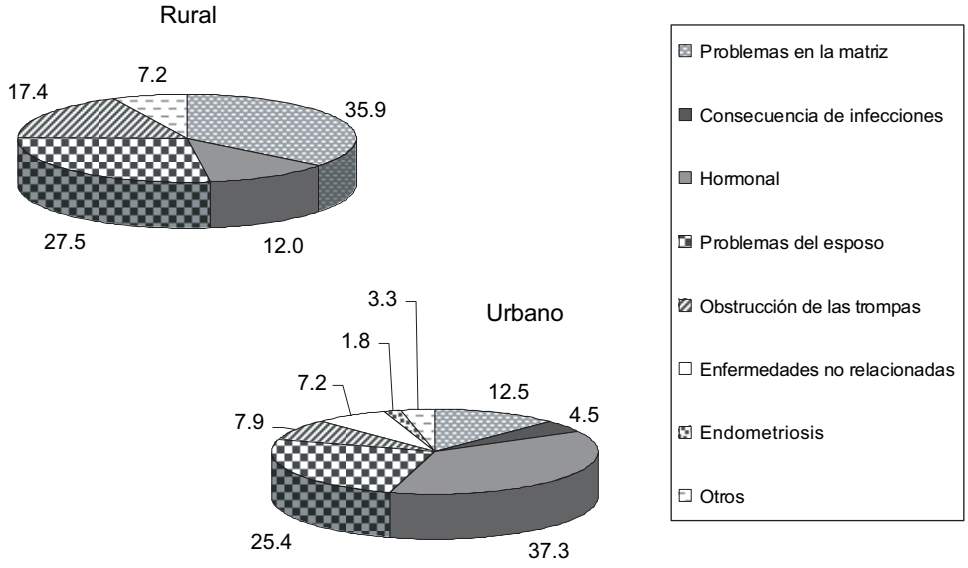
GRÁFICA 7

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD, SEGÚN SUPIERON DEL PROBLEMA QUE TUVIERON, ENTIDAD DE RESIDENCIA Y TIPO DE INFERTILIDAD



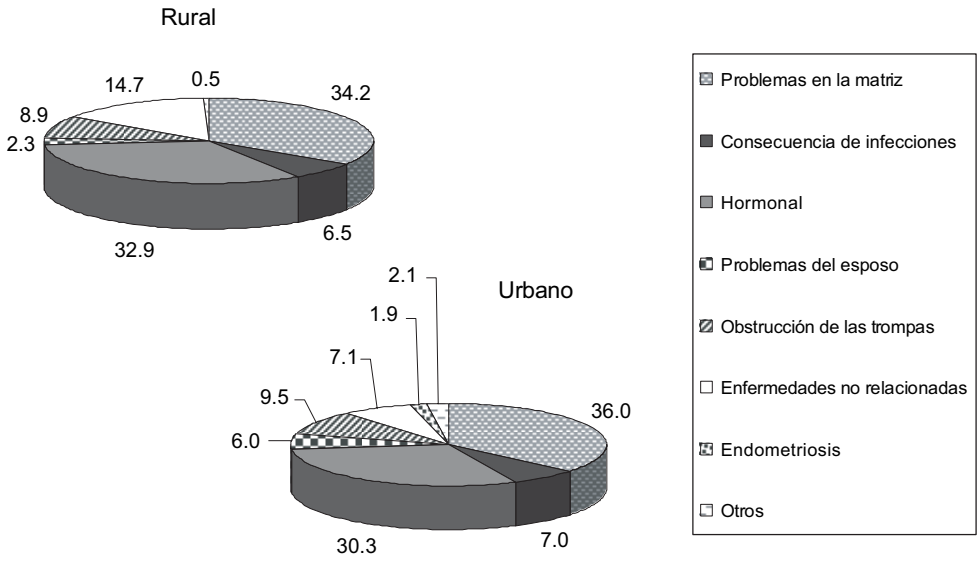
GRÁFICA 8

MUJERES CON INFERTILIDAD PRIMARIA QUE ACUDIERON CON PERSONAL DE SALUD, SEGÚN DIAGNÓSTICO DADO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



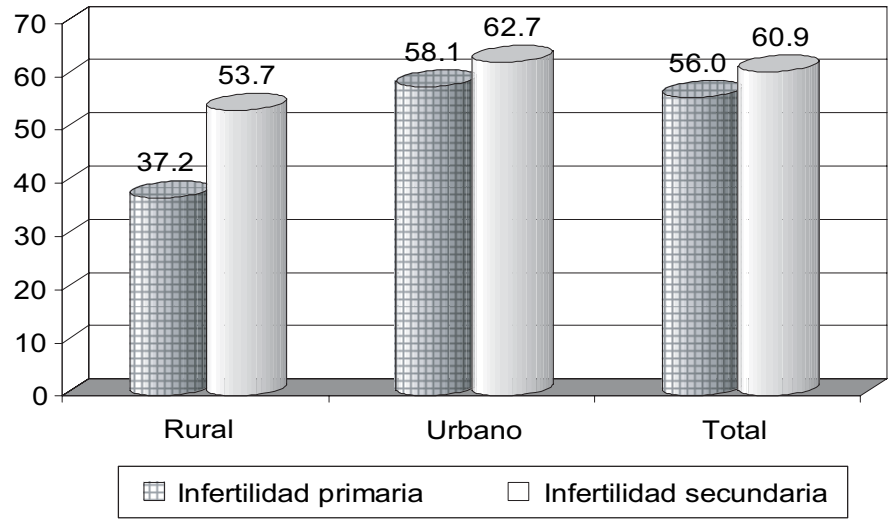
GRÁFICA 9

MUJERES CON INFERTILIDAD SECUNDARIA QUE ACUDIERON CON PERSONAL DE SALUD, SEGÚN DIAGNÓSTICO DADO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



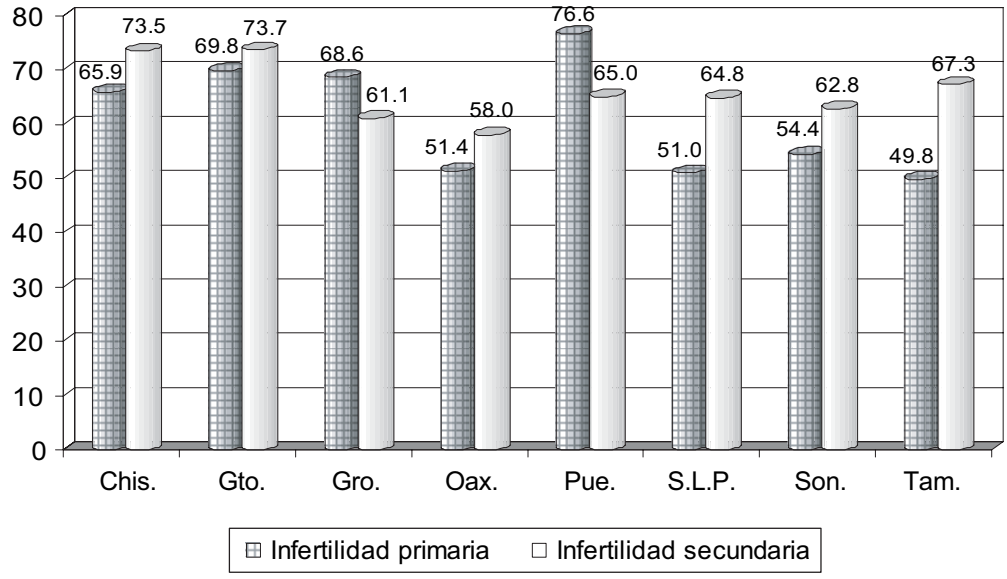
GRÁFICA 10

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD, SEGÚN TRATAMIENTO PRESCRITO, ÁMBITO DE RESIDENCIA Y TIPO DE INFERTILIDAD



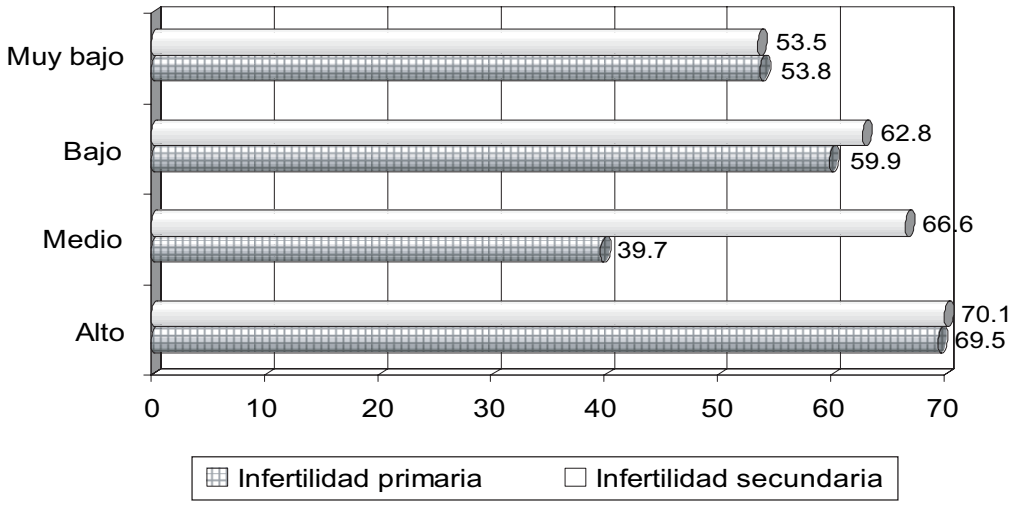
GRÁFICA 11

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD, SEGÚN TRATAMIENTO PRESCRITO, ENTIDAD DE RESIDENCIA Y TIPO DE INFERTILIDAD



GRÁFICA 12

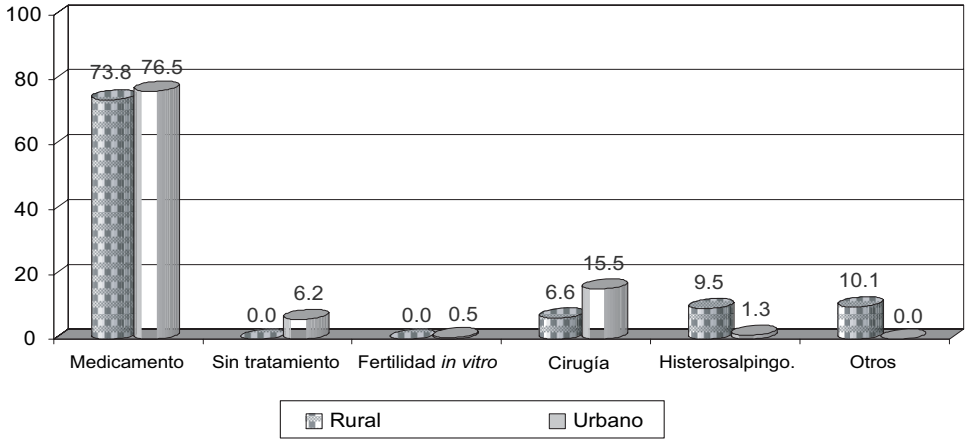
PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD, SEGÚN TRATAMIENTO PRESCRITO, ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y TIPO DE INFERTILIDAD



Respecto del tipo de tratamiento recibido por las mujeres (para infertilidad primaria y secundaria), la mayor parte de las mujeres en áreas urbanas o rurales reciben principalmente medicamentos (gráficas 13 y 14). El porcentaje más alto de falta de tratamiento se encontró entre las mujeres de áreas rurales, con infertilidad secundaria. Llama la atención que el histeresalpingograma se señaló como tratamiento para infertilidad primaria y secundaria, cuando en general considera como un procedimiento de evaluación de rutina, más que un tratamiento.

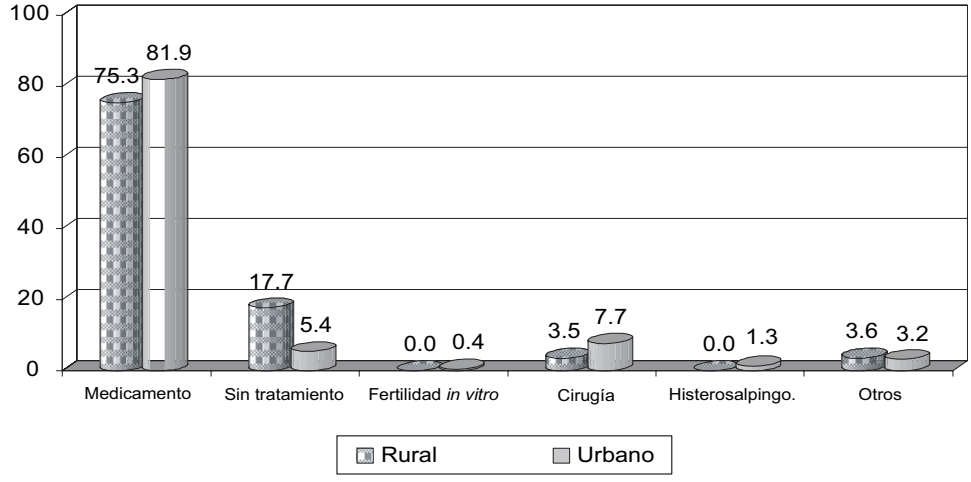
GRÁFICA 13

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD PRIMARIA QUE ACUDIERON CON PERSONAL DE SALUD, SEGÚN TRATAMIENTO PRESCRITO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 14

PORCENTAJE DE MUJERES CON INFERTILIDAD SECUNDARIA QUE ACUDIERON CON PERSONAL DE SALUD, SEGÚN TRATAMIENTO PRESCRITO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Finalmente, se encontró que apenas el 1.7 por ciento de las mujeres que reportaron infertilidad primaria, comparadas con el 85.5 por ciento de las que indicaron infertilidad secundaria, lograron embarazarse. No se encontraron diferencias entre áreas urbanas y rurales, tampoco por estrato socioeconómico. Este resultado estaría influido por una sobreestimación de la infertilidad entre las mujeres que han logrado concebir, o bien a problemas de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad primaria. En general, la mayor parte de los estudios revelan que casi un 20 por ciento de los casos con infertilidad logran concebir espontáneamente sin tratamiento específico.

Conclusiones

La infertilidad es un serio problema de salud en México y a nivel mundial. La prevalencia de infertilidad encontrada de 17.5 por ciento es consistente con datos de otros países, si bien algunos estudios han arrojado prevalencias de problemas de fertilidad de hasta un 30 por ciento.

La infertilidad primaria y secundaria son relevantes para las mujeres mexicanas. El hecho de que la proporción de mujeres de mayor edad en áreas urbanas que reportó infertilidad es mayor que la de mujeres jóvenes en áreas rurales, refleja diferencias en sus expectativas reproductivas. Si bien en términos generales más mujeres con infertilidad primaria que secundaria buscan atención médica, la mayoría de ellas no busca atención por estos problemas. Es entendible también que las mujeres en estratos socioeconómicos más altos informan que solicitaron tratamiento por problemas de infertilidad, con más frecuencia que las de bajos estratos socioeconómicos, y que el tratamiento haya sido brindado más frecuentemente por servicios médicos privados.

La mayoría de las mujeres que informaron haber buscado atención por problema de infertilidad también fue posible identificar una causa de su problema. Consistentemente con otros informes internacionales, la atribución de causas de la infertilidad a los varones fue similar en áreas rurales (27.5 por ciento) y urbanas (25.4 por ciento). La mayor parte de las mujeres que dijo haber buscado atención también señalan haber recibido tratamiento, en la mayoría de los casos en forma de medicamentos. No obstante, con la información disponible en la Ensar 2003, no es posible determinar si el tratamiento se basó en antibióticos o terapias hormonales. En ésta se encontró una tasa de concepción de 85 por ciento entre mujeres con infertilidad secundaria. Esta cifra parece excesivamente alta, comparada con otros estudios internacionales, y pone en duda el diagnóstico original de infertilidad. Sin embargo, la tasa de concepción entre mujeres que reportaron infertilidad primaria fue de 1.7 por ciento, consistente con datos de otros países.

Estos resultados subrayan la importancia de los problemas de infertilidad para las mujeres mexicanas, quienes hacen un uso importante de servicios médicos privados para su diagnóstico y tratamiento.

Menopausia

*Dilys Walker Evans**
*Bernardo Hernández Prado***
*Leticia Suárez López**

Debido a que la distribución por edad de la población ha cambiado a través del tiempo, en las siguientes décadas, un número sin precedentes de mujeres mexicanas entrará a la menopausia. Ésta se define como el cese permanente de la función ovulatoria, cuyos resultados son una amenorrea permanente, así como el decrecimiento de la producción de estrógenos y progesterona (WHO, 1996). Asociada con esta depleción hormonal, inician enfermedades crónicas, incluyendo osteoporosis y problemas cardiovasculares (Lobo, 1994; Hunter y Liao, 1994). Estos cambios conducen a un decremento en la calidad de vida y al incremento en la demanda de los servicios de salud.

La edad de la menopausia varía entre poblaciones, con un reporte de una edad promedio de 51.4 años en Estados Unidos (Gold *et al.*, 2001) y de 47 años de edad en México (Garrido *et al.*, 1996, Ortega-Cevallos *et al,*. 2006). Dicha edad está influida por una variedad de factores ambientales, socioeconómicos y genéticos; no obstante, la menopausia tiene un impacto significativo en el riesgo de enfermedades a largo plazo. Poco se conoce sobre la experiencia de las mujeres mexicanas cuando están en la menopausia (Garrido *et al.*, 1996). En particular, hacen falta estudios que describan si la información que reciben las mujeres es suficiente para prepararse a sí mismas en este periodo, tanto en términos de los síntomas que experimentarán o de los problemas de salud que desarrollarán. La Ensar 2003 cuenta con una sección sobre menopausia de gran utilidad para conocer las características de la población bajo estudio. Esta encuesta se aplicó únicamente a mujeres que tuvieran de 40 a 49 años de edad. Se obtuvo información de 3 940 mujeres, de las cuales una vez aplicados los factores de expansión, el 21.9 por ciento corresponden a áreas rurales y el 78.1 por ciento a áreas urbanas. Con base en el cuestionario, se definió a una mujer con menopausia si informaba no haber menstruado durante un año o más, o por más de seis meses, sin histerectomía, sin embarazo presente o reciente y sin que estuvieran lactando. En general, el 16 por ciento de las mujeres de 40 a 49 años reportaron menopausia. Esta proporción alcanzó 20.7 por ciento en áreas rurales y 14.7 por ciento en áreas urbanas (cuadro 2).

De acuerdo con la Ensa 2000, en este año un porcentaje menor de mujeres de 40 a 49 años de edad reportaron menopausia natural (13.8 por ciento). Esta proporción fue mayor en el área rural (15.6 por ciento) que en el área urbana (11.2) (SSA, 2001).

La estimación de la menopausia de las encuestas demográficas anteriores al 2000 es difícil, debido a que ninguna encuesta incluye un módulo de preguntas sobre este tema. La única forma de aproximación indirecta a la medición de la menopausia es a través del módulo de uso de métodos anticonceptivos, en el que se les pregunta a ellas la razón por la cual no usaban, al momento de la entrevista, algún método de control natal, comparación que debe verse vista con reservas. En 1986, un 2.7 por ciento de las nunca usuarias y un 2.7 por ciento de las alguna vez usuarias declararon no haber usado métodos anticonceptivos debido a la menopausia (SSA, 1989). En 1995, los porcentajes fueron de un 3.5 por ciento para las nunca usuarias y un 2.1 por ciento para las ex usuarias (Conapo, 1996). En 1997, la proporción de mujeres que declaró estar en la menopausia fue de 3.2 por ciento para las nunca usuarias y 11.6 por ciento para las alguna vez usuarias (INEGI 1997). En 2003, de acuerdo con la Encuesta de Salud Reproductiva, los porcentajes de mujeres en menopau-

* Investigadoras de la Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
** Director de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

CUADRO 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO EN LA SECCIÓN DE MENOPAUSIA/CLIMATERIO

	Datos sin ponderar		*Datos ponderados*	
Tipo de población	*Núm.*	*%*	*Núm.*	*%*
Mujeres de 40 a 49 años de edad				
Total	*3 940*	*100.0*	*5 335 213*	*100.0*
Rural	982	24.9	1 169 176	21.9
Urbana	2 958	75.1	4 166 037	78.1
Mujeres de 40 a 49 años de edad que dejaron de menstruar hace más de un año o por seis meses y más sin histerectomía, sin haber estado embarazadas, sin dar el pecho y sin amenorrea posparto				
Total	*692*	*17.6*	*854 869*	*16.0*
Rural	233	23.7	242 160	20.7
Urbana	459	15.5	612 709	14.7

sia disminuyeron a un 1.7 en las nunca usuarias y 0.6 en las ex usuarias de métodos anticonceptivos.

Cabe resaltar que, a raíz del procedimiento de obtención de información en la Ensar 2003, no es posible calcular la edad media de menopausia en la totalidad de las mujeres, sino únicamente entre las de 40 y 49 años de edad. Con esta salvedad, en el cuadro 3 se presentan, para el año 2003, las medias y desviaciones estándar de la edad del climaterio entre mujeres de 40 a 49 años en general y por zona de residencia. La edad media de menopausia fue de 46.24 años. Este dato hay que tomarlo con reserva, debido a que esta encuesta sólo abarca a las mujeres cuya edad máxima es de 49 años y la inclusión de mujeres fuera de este grupo introduciría variaciones en la media de edad a la menopausia en general.

Como punto de comparación, en el 2000 se había estimado una edad media de menopausia natural para las mujeres de 40 años y más de 46.7 años, con una desviación estándar de 5.4 años (SSA, 2001), siendo ligeramente mayor la edad media de menopausia natural en el área urbana que en el área rural (46.9 frente a 46.5). Asimismo,

Sievert y Hautaniemi (2003), con la metodología de análisis de sobrevida, han reportado una edad mediana de menopausia en México de 50-51 años.

La gráfica 15 presenta, del año 2003, la proporción de mujeres en menopausia por edad en áreas rurales y urbanas. Esta distribución es, en general, similar en ambas zonas.

CUADRO 3

EDAD MEDIA DE LAS MUJERES DE 40 A 49 AÑOS EN MENOPAUSIA SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA

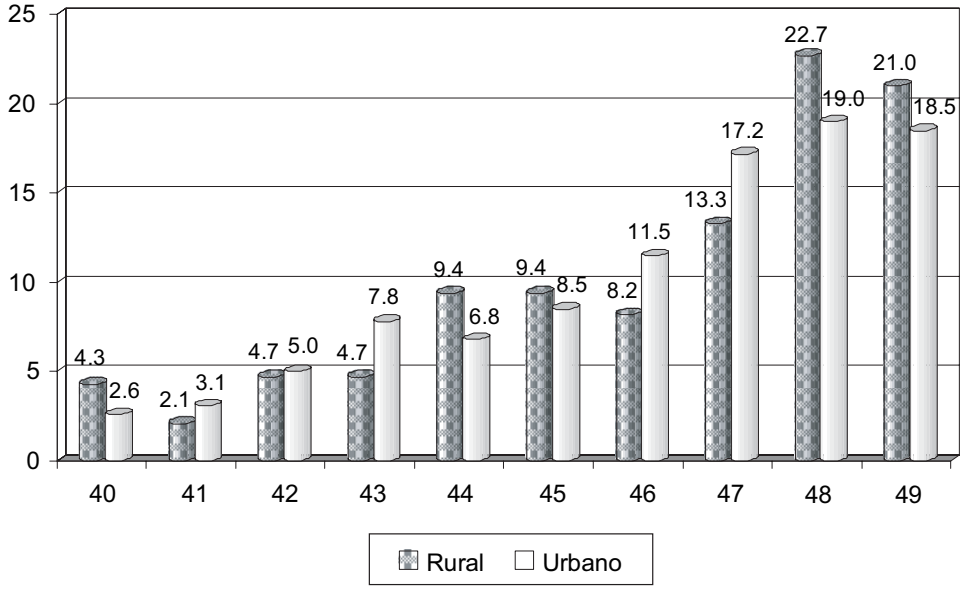
	Media	*Desviación estándar*
Rural	46.22	2.56
Urbano	46.24	2.37
Total	*46.24*	*2.43*

En general, un 37.8 por ciento de las mujeres en menopausia informaron que se sintieron mal cuando dejaron de menstruar. Estas proporciones fueron de 38.5 y 35.9 por ciento en áreas rurales y urbanas, respectivamente. Entre estas mujeres, los síntomas reportados más frecuentes fueron bochornos, dolores de cabeza y fatiga general, consistentemente con otros estudios.

La mayor parte de las mujeres menopáusicas reportaron no haber recibido información sobre los síntomas o problemas de tal padecimiento. Esta situación se encontró especialmente entre mujeres de 40 a 44 años de edad en el área rural (gráfica 16). Al analizar esta información por estrato socioeconómico o escolaridad, encontramos, en general, que la proporción de mujeres que han recibido información es mayor, conforme aumenta el nivel socioeconómico y la escolaridad, tanto en estratos urbanos como rurales (gráficas 17 y 18).

GRÁFICA 15

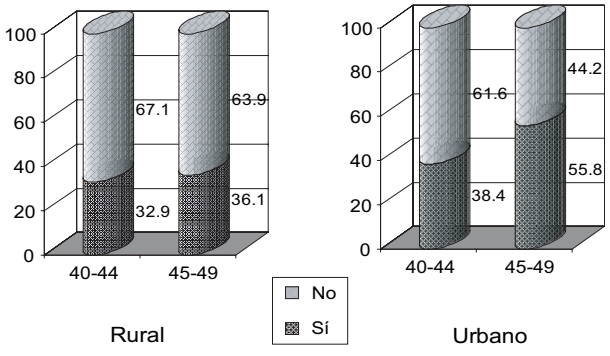
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS MUJERES DE 40 A 49 AÑOS EN MENOPAUSIA, SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA



Se encontró una gran variabilidad en la proporción de mujeres con menopausia que han recibido información, de acuerdo con la edad y entidad de residencia. En algunos estados, como San Luis Potosí, Oaxaca o Guanajuato, las mujeres más jóvenes con menopausia mencionan haber recibido más información. Esto se debería a que mujeres más jóvenes que llegan a la menopausia serían más proclives a considerar esto como anormal y buscar información sobre la menopausia temprana (gráfica 19).

GRÁFICA 16

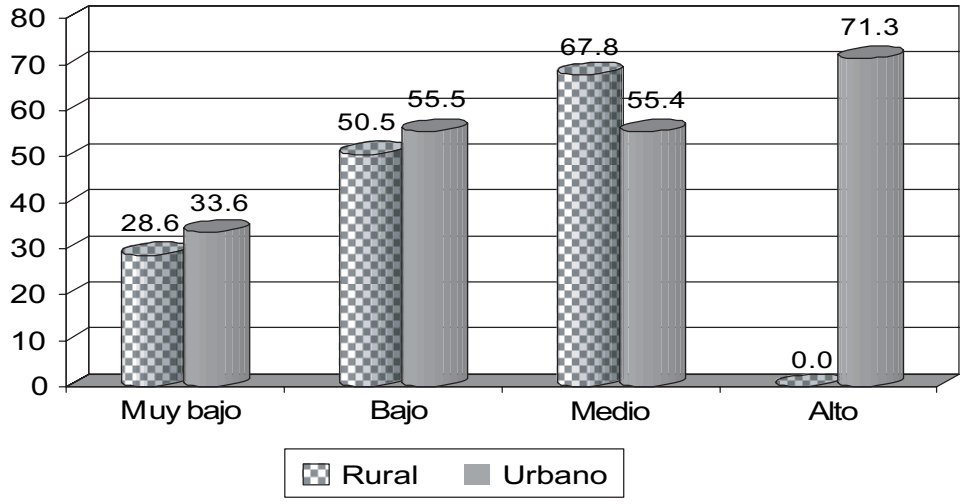
MUJERES DE 40 A 49 AÑOS DE EDAD MENOPÁUSICAS ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Respecto de los servicios de salud en los que reciben información las mujeres, se encontró que las mujeres en áreas rurales reciben información principalmente de la SSA o del IMSS, mientras que las de áreas urbanas reciben más información del IMSS o de servicios privados (gráfica 20). De manera similar, en los estratos socioeconómicos más altos, las mujeres recibieron más información de servicios privados o del IMSS. Llama la atención que entre las mujeres de muy bajo nivel socioeconómico es muy similar la proporción que recibe información del IMSS o de servicios privados (21.2 y 20.5 por ciento, respectivamente) (gráfica 21). La proporción de mujeres que recibe información de cada institución varía sustancialmente, de acuerdo a los estados de los que se tiene información representativa en esta encuesta (gráfica 22).

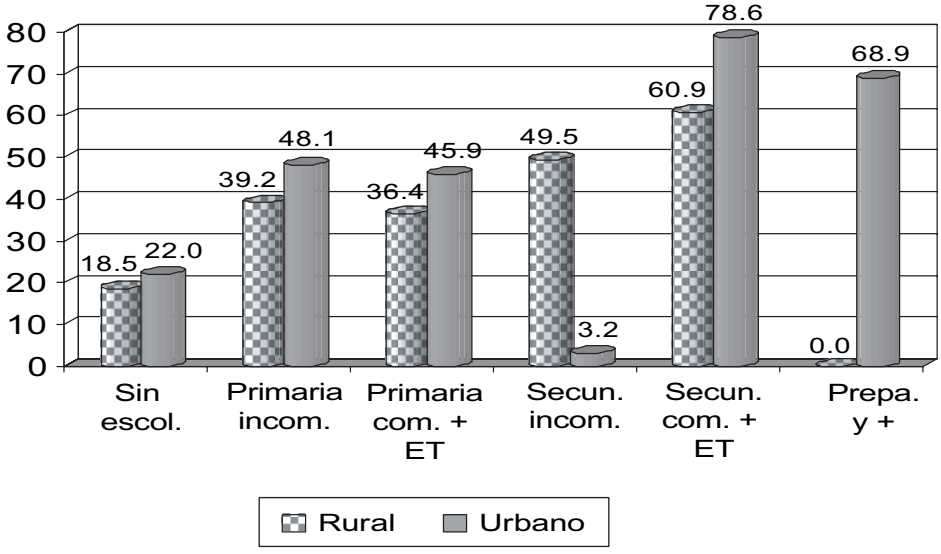
GRÁFICA 17

PORCENTAJE DE MUJERES DE 40 A 49 AÑOS DE EDAD MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



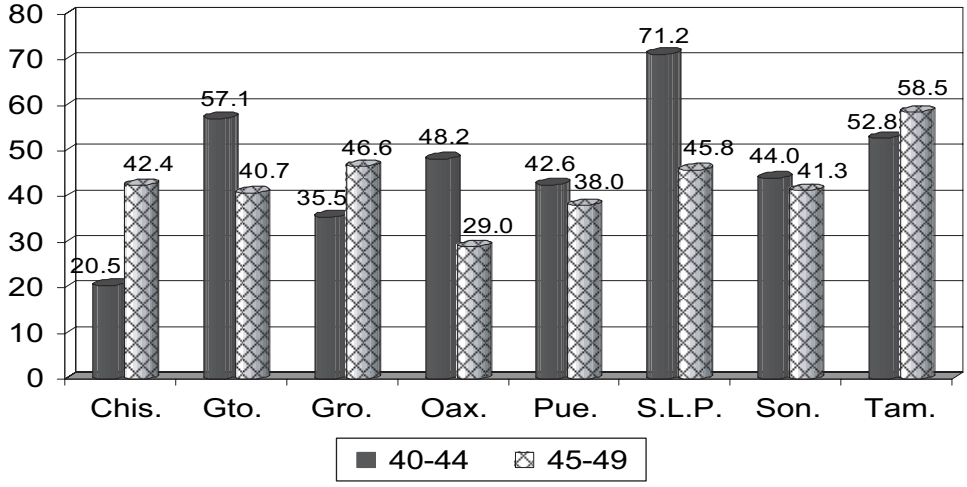
GRÁFICA 18

PORCENTAJE DE MUJERES DE 40 A 49 AÑOS MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN ESCOLARIDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



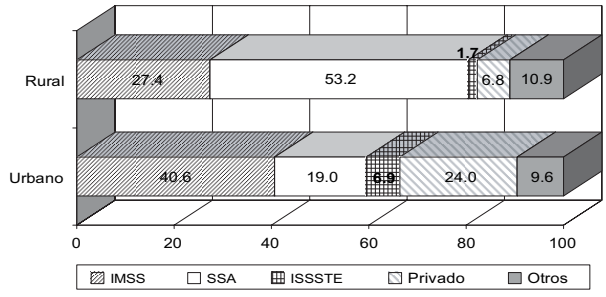
GRÁFICA 19

PORCENTAJE DE MUJERES DE 40 A 49 AÑOS MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ENTIDAD DE RESIDENCIA



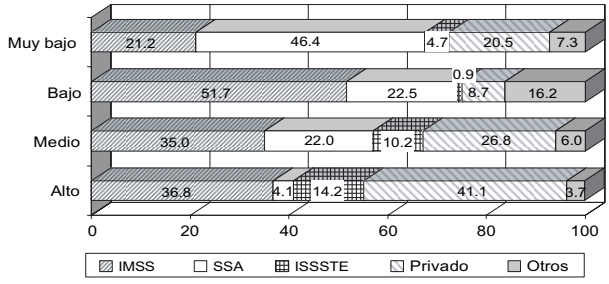
GRÁFICA 20

MUJERES DE 40 A 49 AÑOS MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN LUGAR DONDE LES DIERON LA INFORMACIÓN Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 21

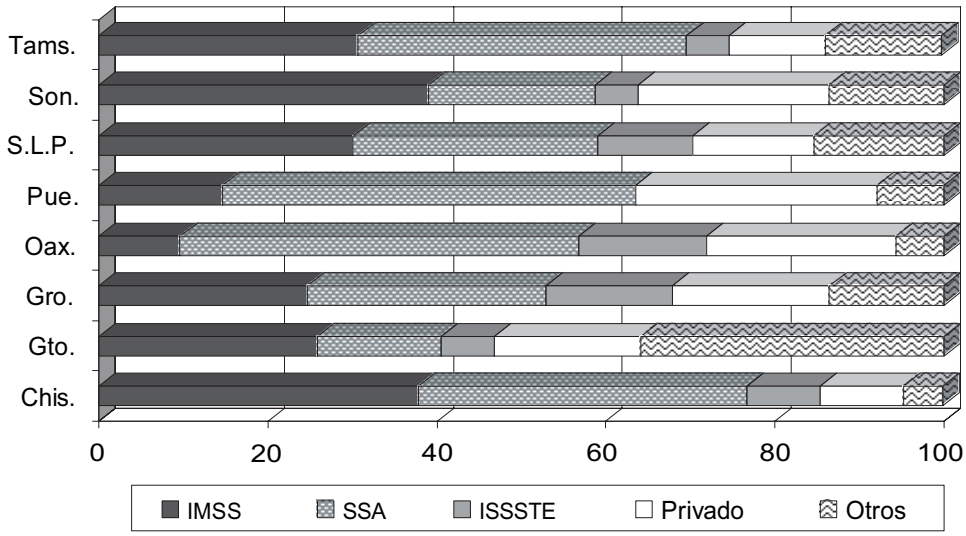
MUJERES DE 40 A 49 AÑOS MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN DONDE RECIBIERON LA INFORMACIÓN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Es importante señalar que la mayor parte de la información sobre la menopausia que las mujeres indican haber recibido se limita a síntomas y causas de este evento. Como se observa en la gráfica 23, en todos los estratos socioeconómicos hay menos de un 10 por ciento de mujeres que dijeron haber recibido información sobre tratamientos. Esto llama la atención, dados los importantes antecedentes y uso de terapia hormonal de reemplazo para el tratamiento de síntomas agudos de menopausia, así como la gran variedad de estrategias de tratamiento efectivas para la prevención y tratamiento de la osteoporosis. La falta de información proporcionada sobre síntomas y causas es baja en todos los servicios. Sin embargo, la información brindada en los servicios de la SSA en áreas urbanas incluye, en mayor medida, información sobre tratamientos (gráfica 24).

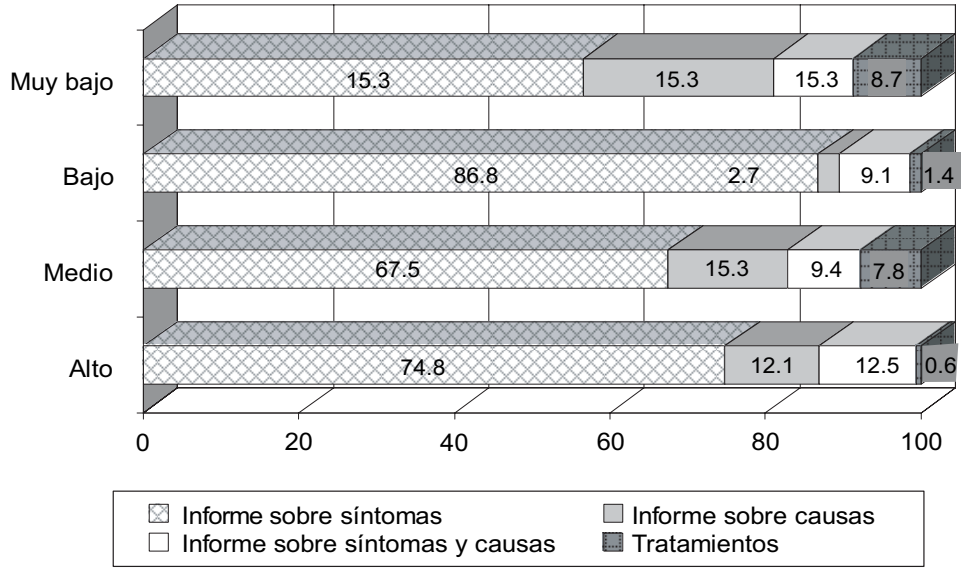
GRÁFICA 22

MUJERES DE 40 A 49 AÑOS MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN DONDE RECIBIERON INFORMACIÓN Y ENTIDAD DE RESIDENCIA



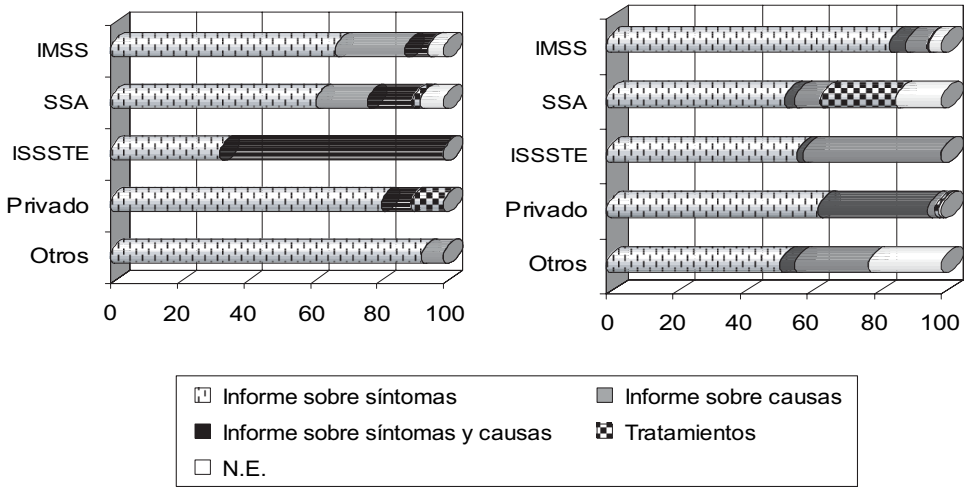
GRÁFICA 23

MUJERES DE 40 A 49 AÑOS MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO



GRÁFICA 24

MUJERES DE 40 A 49 AÑOS MENOPÁUSICAS, ENTERADAS DE LOS SÍNTOMAS O PROBLEMAS RESPECTIVOS, SEGÚN LUGAR, TIPO DE INFORMACIÓN DADA Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Conclusiones

En cuanto a la menopausia, cabe recordar que la Ensar 2003 únicamente captó información en este módulo sobre mujeres de 40-49 años. Por esta razón, un grupo importante de ellas puede no haber experimentado la menopausia aún.

La mayoría de las mujeres en este grupo de edad no han recibido información sobre síntomas o problemas relacionados con la menopausia. Entre quienes han recibido información, la mayor parte la han obtenido de la SSA o del IMSS. En general, las mujeres de estratos socioeconómicos altos y con más escolaridad reportaron haber recibido más información sobre la menopausia. En la mayoría de los casos, esta información se limita a síntomas y causas de la menopausia, con menos de un 10 por ciento que recibieron información sobre tratamiento. Esto refleja una situación grave, en la medida en que los cambios que ocurren en la menopausia tienen un impacto a largo plazo en la salud de las mujeres, en especial problemas de osteoporosis y fracturas, con un importante impacto en morbilidad y mortalidad. En los últimos años, el manejo y tratamiento de los problemas de osteopenia y osteoporosis han mejorado sustancialmente; es posible que las mujeres mexicanas no reciban información sobre medidas preventivas para estos padecimientos.

Cáncer cérvico-uterino

*Eduardo Lazcano Ponce**
*Leticia Suárez López***

Los programas de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino (PDOC) se basan en la premisa de diagnóstico temprano de la enfermedad, de lesiones que anteceden un cáncer invasor, previo a la manifestación clínica del tumor. Al respecto, diversos elementos son necesarios para conformar una política de detección oportuna de cáncer en el ámbito poblacional: aceptabilidad, elevada sensibilidad y especificidad de la prueba, así como capacidad de detectar un gran número de casos y efectividad del tratamiento en las fases preclínicas del padecimiento. Asimismo, los programas poblacionales deben tener efectividad, eficiencia, cobertura ampliada y satisfacción de las expectativas de las usuarias.

El Papanicolaou (citología cervical), desarrollado hace más de cincuenta años, ha logrado disminuir grandemente las elevadas tasas de incidencia y mortalidad en países desarrollados, porque es altamente efectivo cuando se repite regularmente y las coberturas alcanzadas son mayores a 85 por ciento.

Otro elemento necesario de contemplar es que, para desarrollar eficazmente un programa de detección de cáncer basado en citología convencional (Pap), se requiere de un alto nivel de educación y entrenamiento de cada uno de los elementos que participan en el programa, principalmente el profesional de la salud que obtiene los especímenes y los citotecnólogos que participan en su lectura, así como de los colposcopistas que participan en complementación diagnóstica y tratamiento.

Uno de los principales problemas de países con alta incidencia y mortalidad por cáncer cervical es que la sensibilidad de la citología cervical está en función de la calidad del muestreo de la zona de transformación cervical. El cáncer cérvico-uterino (Cacu) es una enfermedad prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y si se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones preinvasoras.

A continuación se describen los resultados obtenidos de la Ensar 2003, con base en las 16 preguntas del módulo de Cacu acerca de la prevalencia de uso de la prueba de Pap, estratificado por área urbana y rural; así como la percepción de anormalidades detectadas y tipos de tratamiento recibidos. Se obtuvo información de 10 528 mujeres que se efectuaron la prueba del Pap, de las cuales, una vez aplicados los factores de expansión, el 22.1 por ciento corresponden a áreas rurales y el 77.9 a áreas urbanas (cuadro 4).

Prevalencia de uso de la prueba del Pap

Lugar de residencia

Como se observa en la gráfica 25, la Ensar estimó que un 72.6 por ciento de las mujeres con antecedente de vida sexual entre 15-49 años, cuenta con el precedente de una prueba de Papanicolaou alguna vez en su vida. La prevalencia de utilización es más alta en el área urbana (73.4) que en la rural (70 por ciento).

Estos resultados contrastan con la cobertura estimada en estudios con base poblacional, realizados previamente en tres áreas geográficas de la república mexicana: en la ciudad de México, en 1996, se calculó que un 65.1 por ciento de mujeres menores de 50 años tenían antecedente de la prueba de Pap alguna vez en su vida, mientras que en mujeres del estado de Oaxaca (Lazcano *et al.,* 1997), de áreas predominantemente rurales, tuvieron el antecedente de Pap en 30 por ciento de ellas. Asimismo, las menores de 50 años residentes en el estado de Morelos y que se estudiaron en 1999 ((Lazcano *et al.,* 1999), tuvieron antecedente de la prueba de Pap en 63.3 por ciento. Mientras que la Encuesta Nacional de Vacunación de 1998 reveló que en mujeres meno-

* Director del Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.
** Investigadora de la Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

CUADRO 4

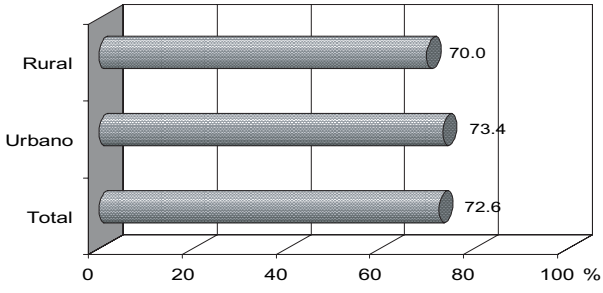
POBLACIÓN DE ESTUDIO EN LA SECCIÓN DE CACU

Tipo de población	Datos sin ponderar		Datos ponderados	
	Núm.	%	Núm.	%
Total de mujeres				
Total	*14 465*	*100.0*	*20 614 863*	*100.0*
Rural	3 833	26.5	4 734 890	23.0
Urbana	10 630	73.5	15 879 973	77.0
Mujeres que se efectuaron la prueba del Papanicolaou				
Total	*10 528*	*100.0*	*14 961 630*	*100.0*
Rural	2 751	26.1	3 313 416	22.1
Urbana	7 777	73.9	11 648 214	77.9
Mujeres que alguna vez les detectaron cáncer cérvico-uterino				
Total	*140*	*100.0*	*225 615*	*100.0*
Rural	26	18.6	28 947	12.8
Urbana	114	81.4	196 668	87.4

res de 50 años la prevalencia de uso de Pap, alguna vez en la vida, era de 46.7 por ciento a nivel nacional (Meneses *et al.,* 1996). Estos informes previos ponen de manifiesto el incremento de 100 a 150 por ciento veces mayor la cobertura del programa de detección.

GRÁFICA 25

PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARARON HABERSE PRACTICADO ALGUNA VEZ LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA



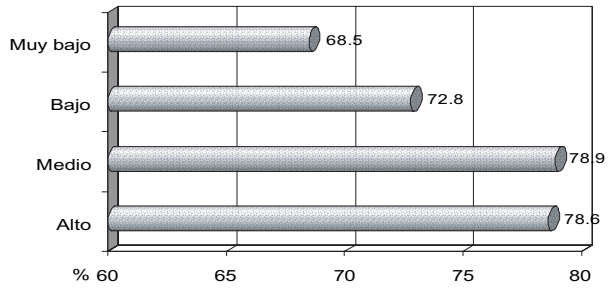
Estrato socioeconómico

En la gráfica 26, se observa una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y antecedente de la prueba de Pap. Quienes pertenecen al estrato de nivel socioeconómico más bajo, tuvieron una prevalencia de Pap de 68.5 por ciento, en comparación con las mujeres de estrato socioeconómico alto con 78.6.

En el estudio de mujeres de la ciudad de México y Oaxaca en 1996, las que procedían de muy bajo nivel socioeconómico (Lazcano, 1996) mostraron una prevalencia muy baja de uso de Pap con 15.7 por ciento. Este hallazgo revela que las coberturas de la prueba de Pap, antaño muy bajas en mujeres pobres, se han incrementado notablemente.

GRÁFICA 26

PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARARON HABERSE PRACTICADO ALGUNA VEZ LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO



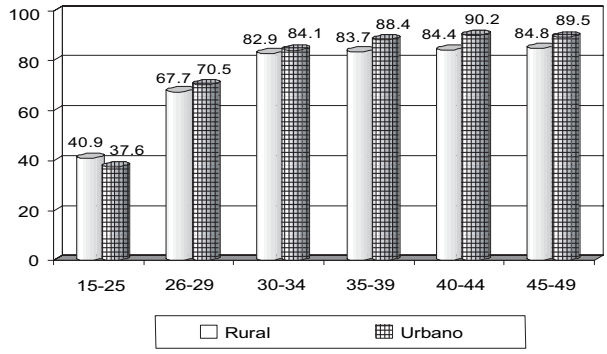
Edad

En la gráfica 27, se advierte una mayor frecuencia de utilización de la prueba de Pap, conforme aumenta la edad. Las mujeres urbanas de 45-49 años de edad tuvieron la más alta prevalencia de antecedente de Pap (89.5 por ciento), comparadas con menores de 26 años de las zonas urbana con una prevalencia de 37.6 por ciento.

Estos hallazgos son similares a los observados en encuestas previas, como la del estado de Morelos en 1999 (Lazcano *et al.,* 1999), donde la prevalencia de uso de Pap en mujeres menores de 26 años fue de 27.6 por ciento, en comparación con las de 45-49 años, en las que se observó una prevalencia de utilización de 83.6 por ciento. Al respecto, se ha internado previamente (Lazcano *et al.,* 1999) que la prevalencia de utilización del Pap entre las mujeres de 35-54 años de edad es 3.8 veces mayor (IC 95 por ciento 2.3-6.3), en comparación con las menores de 29 años.

GRÁFICA 27

PORCENTAJE DE MUJERES QUE ALGUNA VEZ SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



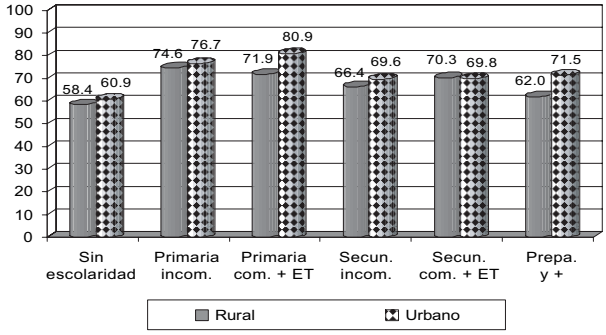
Escolaridad y uso del Pap

En la gráfica 28, se observa la más elevada prevalencia de utilización de la prueba de Pap en mujeres con primaria completa (incluyendo estudios técnicos) del área urbana con 80.9 por ciento, comparado con la más baja prevalencia de utilización de Pap en mujeres sin algún tipo de escolaridad y del área rural, que tuvieron una prevalencia de uso de Pap de 58.4 por ciento.

Estos hallazgos no se asemejan a los observados en la encuesta de 1999 en mujeres de Morelos, donde la más alta prevalencia de utilización de la prueba de Pap fue directamente proporcional a la escolaridad. En dicha entidad se observó en mujeres con estudios de preparatoria o más una prevalencia de uso de Pap de 72.3 por ciento, en comparación con 61.7 por ciento en mujeres sin escolaridad (Lazcano *et al.,* 1999).

GRÁFICA 28

PORCENTAJE DE MUJERES QUE ALGUNA VEZ SE HAN REALIZADO LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Tiempo de última prueba de Pap y lugar de residencia

En la gráfica 29, se advierte que mujeres con antecedente de Pap que habitan en áreas rurales de México se realizaron una prueba, en mayor proporción durante el último año (58.7 por ciento), en comparación con las que viven en las áreas urbanas (50.4). Asimismo, el 40.6 por ciento de mujeres de área urbana se practican la prueba de Pap en un lapso entre 1 a 3 años, muy similar a lo observado en el área rural, con 37.3 por ciento.

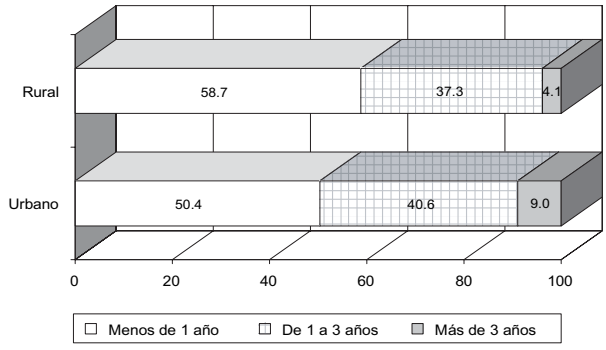
Tiempo de última prueba de Pap y nivel socioeconómico

En la gráfica 30, se observa una diferencia de cinco puntos porcentuales entre mujeres de elevado nivel socioeconómico, con antecedentes de prueba de Pap,

quienes se practicaron la prueba durante el último año (54.6 por ciento), en comparación con las de bajo nivel socioeconómico, entre quienes se observó una utilización de 50.7 por ciento de la prueba de Pap.

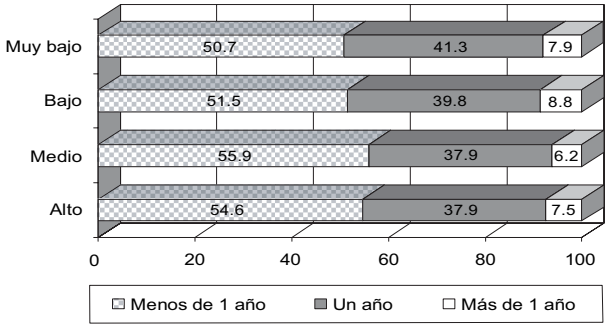
GRÁFICA 29

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 30

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN FECHA DE LA ÚLTIMA PRUEBA Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

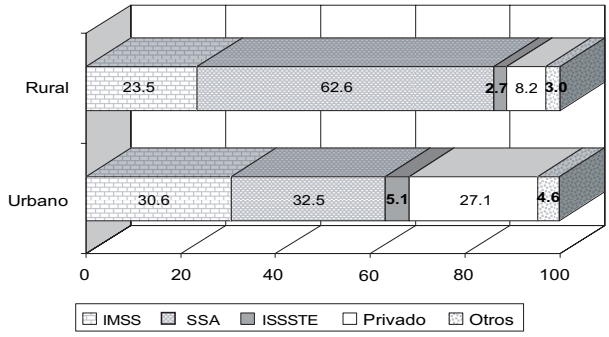


Acceso a los servicios de salud y uso de Pap

En la gráfica 31, se muestra que la más elevada prevalencia de utilización de la prueba de Pap en área rural es en mujeres sin seguridad social, con un 62.6 por ciento. En el área urbana llama la atención que el 27.1 por ciento de mujeres usuarias de Pap se lo practicaron en el ámbito privado.

GRÁFICA 31

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN LUGAR DONDE SE EFECTUARON LA ÚLTIMA PRUEBA Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Conforme a estudios con base poblacional previos, la prevalencia de uso de Pap en mujeres sin seguridad social en Oaxaca y en la ciudad de México fue de 61 por ciento, en comparación con mujeres derechohabientes con 74.2 por ciento (Lazcano *et al.*, 1997).

Los descubrimientos previamente descritos pueden deberse a que la prevalencia del uso de la prueba del Pap se incrementa en mujeres usuarias de los servicios de salud, independientemente de que tengan derecho a seguridad social. Por esta razón, se piensa que la principal estrategia de cobertura sigue siendo oportunista. Sobre estos, una modalidad de esta estrategia es la promoción para la utilización de la prueba del Pap en los servicios de atención médica, donde los profesionales de la salud son los promotores importantes para la realización del tamizaje. Se ha hecho énfasis en que las mujeres en riesgo acudan a un servicio de atención médica, pues se amplía la oportunidad de brindarles educación acerca de la prevención del Cacu, lo que a su vez influye de manera importante en su decisión de participar en el PDOC (Mandelblatt *et al.*, 1999). En este sentido, las mujeres que más usan la prueba del Pap en diversas poblaciones son las que padecen enfermedades crónicas, condición por la cual acuden con más frecuencia a los servicios de salud. En otro estudio se observó que quienes más usan la prueba del Pap son aquellas entre las que existe un profesional de la salud que las motiva (Seow, 2000). En Morelos encontramos resultados similares, pues las muje-

res que más recurren a la prueba del Pap son las que utilizan con más frecuencia los servicios de salud, específicamente los de planificación familiar, quienes tienen mayor número de partos y, por lo tanto, utilizan más los servicios de control prenatal (Lazcano *et al.,* 1999).

Entrega de resultados de Pap por lugar de residencia

En la gráfica 32, se advierte que en el ámbito privado virtualmente se entregan todos los resultados de citología a las usuarias de Pap, independientemente del lugar de residencia. Sin embargo, en el área rural, entre los derechohabientes del IMSS, cerca del 30 por ciento de los resultados de las pruebas de Pap no se entregan. En el área urbana, la proporción de resultados no entregados es menor, aun cuando se presenta en el 17 por ciento de las usuarias del IMSS y 15 por ciento en las usuarias de la PDOC.

Este encuentro es de especial interés, pues una cobertura útil debe considerar no sólo la realización de la prueba de Pap, sino que las mujeres reciban los resultados y, adicionalmente, en mujeres con anormalidades detectadas, tengan una complementación diagnóstica y posible tratamiento.

Entrega de resultados de Pap por estrato socioeconómico

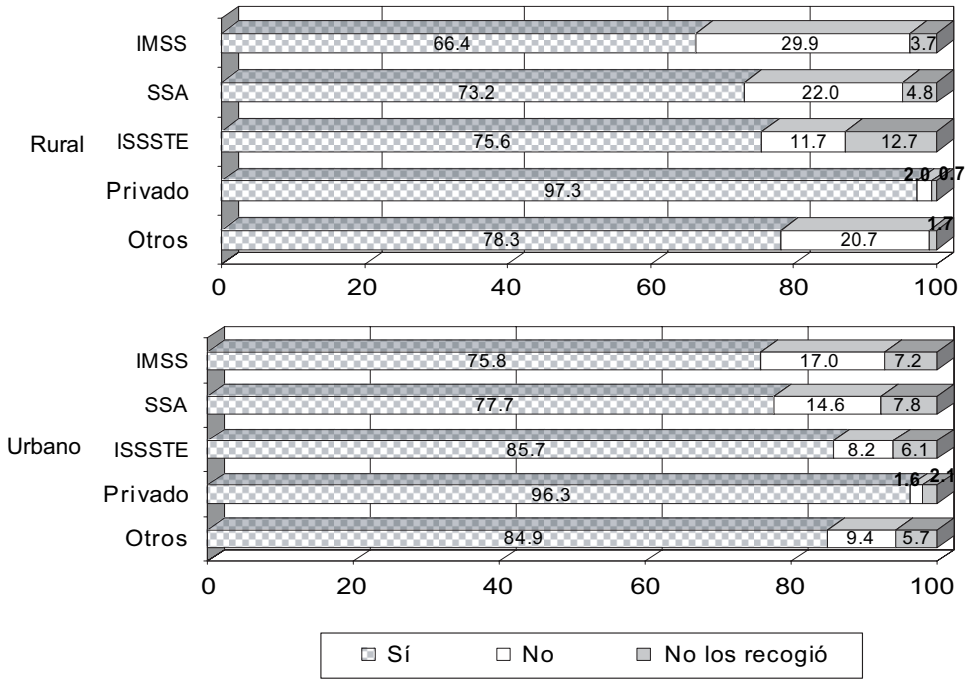
En la gráfica 33 se observa que la más baja proporción de mujeres que no reciben el resultado del Pap corresponde a las de nivel socioeconómico bajo, con 19.8 por ciento de los casos.

Tiempo transcurrido para entrega de resultados por lugar de residencia

En la gráfica 34, se observa cómo en el ámbito privado, en 90 por ciento de los casos que se practicaron un Pap, la entrega de resultados se hizo en menos de 21 días, independientemente del lugar de residencia. La prevalencia de entrega de resultados de Pap mayor a 21 días se observó en unidades de atención médica dependientes de la SSA en área rural, con cerca del 75 por ciento. En el área urbana no

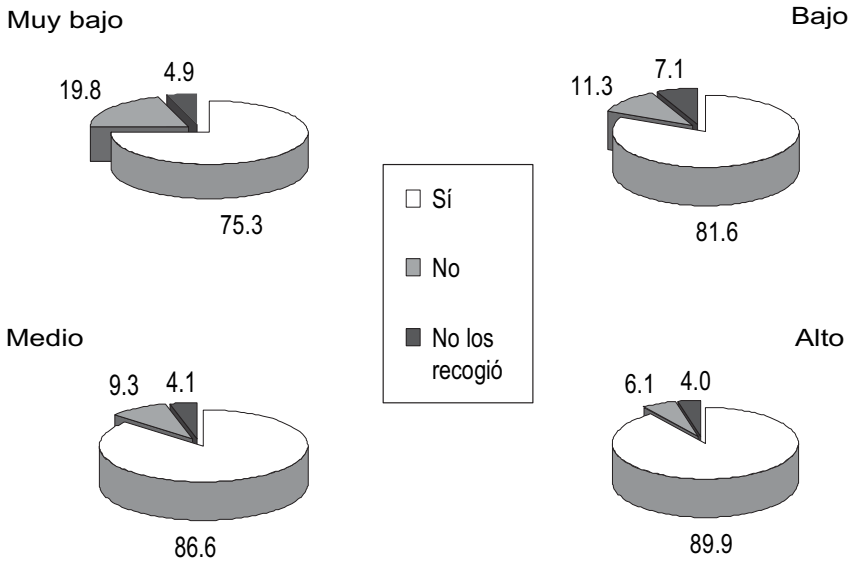
GRÁFICA 32

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN DONDE SE EFECTUARON LA ÚLTIMA PRUEBA, SI LE DIERON A CONOCER LOS RESULTADOS Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



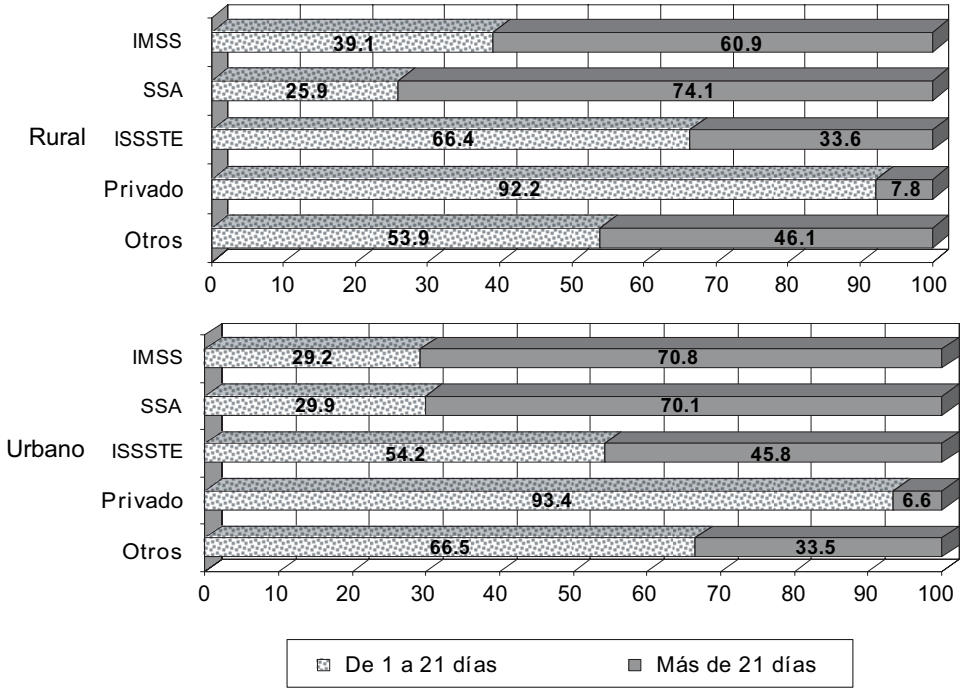
GRÁFICA 33

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN DONDE LES DIERON A CONOCER LOS RESULTADOS Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



GRÁFICA 34

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN LUGAR DONDE SE EFECTUARON LA ÚLTIMA PRUEBA, TIEMPO EN QUE LE DIERON LOS RESULTADOS Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



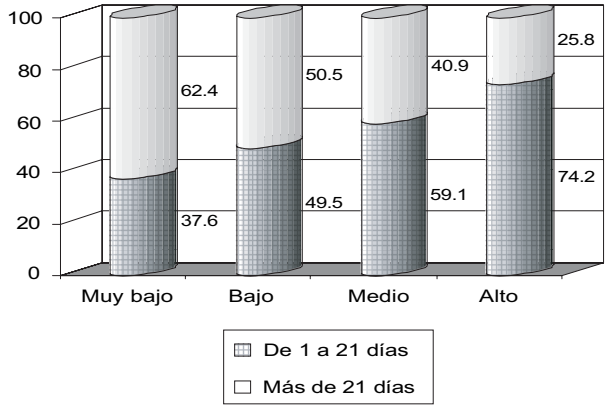
hubo diferencias entre unidades médicas del IMSS y SSA, la prevalencia de entrega de resultados mayor a 21 días fue de casi 70 por ciento.

Tiempo transcurrido para entrega de resultados por nivel socioeconómico

En la gráfica 35, se muestra que, en 62.4 por ciento de las mujeres con nivel socioeconómico bajo, reciben sus resultados en un periodo mayor a 21 días; en comparación con las de estrato socioeconómico alto, cuyos resultados son entregados en 74.2 por ciento de los casos en menos de 21 días. Este hallazgo muestra la inequidad en mujeres por estrato socioeconómico, y en el futuro lo que ha de prevalecer son similares condiciones en el proceso de atención.

GRÁFICA 35

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU, SEGÚN TIEMPO EN QUE LES DIERON A CONOCER LOS RESULTADOS Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Resultados de Pap durante el último año

En el cuadro 5 se observa que existe una prevalencia de 1.1 por ciento de mujeres que informaron padecer cáncer de la matriz en la impresión diagnóstica del resultado del Pap.

La mayor proporción de anormalidades detectadas se observó en la zona urbana, con 22.2 por ciento de las pruebas de Pap. En el 16.1 por ciento de los casos del área urbana (gráfica 36), la impresión diagnóstica no se especificó y 1.2 por ciento de las mujeres a las que se les había practicado un Pap refirieron el diagnóstico de cáncer de la matriz. Se observó una elevada percepción de diagnóstico de cáncer en la matriz, en mujeres de área rural con 7.8 por ciento.

CUADRO 5

PROPORCIÓN DE MUJERES QUE REPORTAN HABERLES DIAGNOSTICADO ALGUNA VEZ CÁNCER DE MATRIZ, SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA

	Proporción (%)
Rural (n=28 947)	0.60
Urbano (n=196 668)	1.20
Total (n=225 615)	1.10

Cáncer en la matriz, según estrato socioeconómico

En el cuadro 6 se observa cómo la prevalencia del diagnóstico de cáncer de la matriz se triplicó en mujeres con nivel socioeconómico bajo (1.1 por ciento), en comparación con aquellas con elevado nivel socioeconómico (0.4 por ciento).

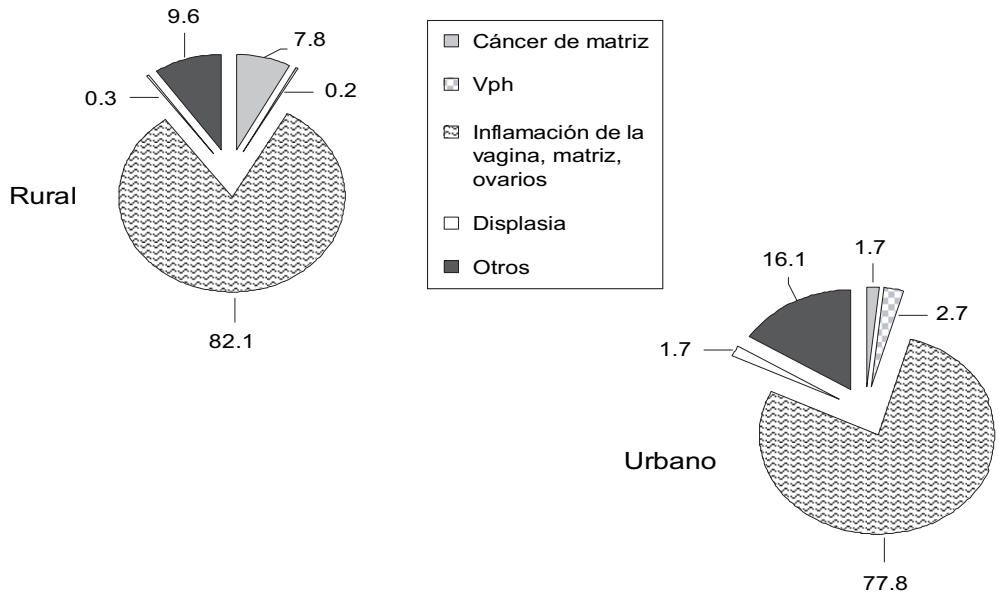
CUADRO 6

PROPORCIÓN DE MUJERES QUE REPORTAN HABERLES DIAGNOSTICADO ALGUNA VEZ CÁNCER DE MATRIZ, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO

	Proporción (%)
Muy bajo (n = 86,677)	1.1
Bajo (n = 73,823)	1.0
Medio (n = 57,390)	1.8
Alto (n = 7,724)	0.4

GRÁFICA 36

MUJERES QUE SE REALIZARON LA PRUEBA DEL PAPANICOLAOU EN MENOS DE UN AÑO, SEGÚN PROBLEMA DETECTADO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



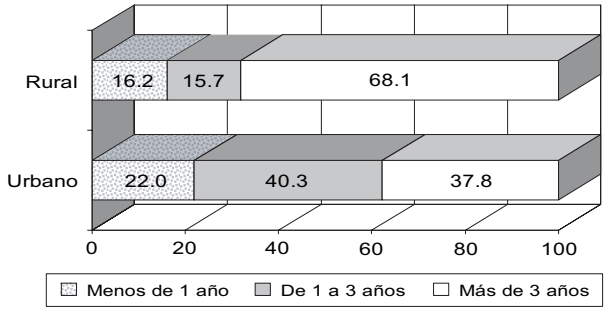
El riesgo de morir por Cacu es mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo, ya que la prevalencia de uso de Pap es menos frecuente; asimismo, el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento son más limitados que en otros grupos poblacionales con mayor nivel socioeconómico. En este sentido, estudios realizados en México (Lazcano *et al.*, 1997) y en Estados Unidos (Krieger *et al.*, 1999) han informado que, conforme se incrementa el nivel socioeconómico de las mujeres, éstas utilizan con mayor frecuencia el PDOC. Nosotros encontramos resultados consistentes y similares a esos estudios.

Cáncer en la matriz durante el último año

En la gráfica 37 se observa una mayor proporción de diagnóstico de cáncer de la matriz durante el último año, en el área urbana (22 por ciento de los casos) en comparación con área rural (16.2 por ciento).

GRÁFICA 37

MUJERES QUE ALGUNA VEZ LES DIAGNOSTICARON CÁNCER DE MATRIZ, SEGÚN TIEMPO EN QUE SE LO DETECTARON Y ÁMBITO DE RESIDENCIA

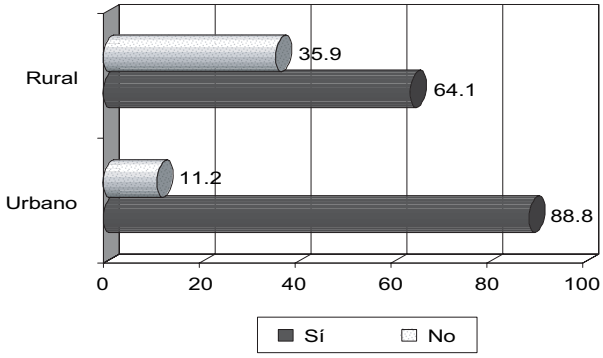


Cáncer en la matriz y tratamiento

En la gráfica 38, se advierte que 35.9 por ciento de las mujeres rurales a quienes se les diagnosticó por Pap la presencia de cáncer de la matriz, no recibieron algún tipo de tratamiento; en comparación con 11.2 por ciento de mujeres con similares características del área urbana.

GRÁFICA 38

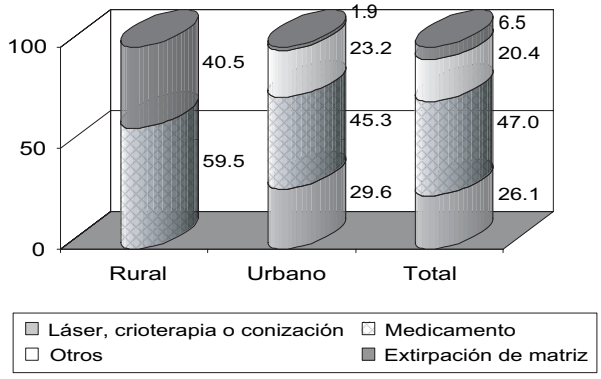
MUJERES CON CÁNCER DE MATRIZ DIAGNOSTICADO HACE MENOS DE UN AÑO, SEGÚN LES DIERON TRATAMIENTO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



La gráfica 39 señala cómo el tratamiento más frecuente utilizado en mujeres del área rural con anormalidades por Pap es la histerectomía (40.5 por ciento). En contraposición, en las zonas urbanas en 29.6 por ciento de los casos se utilizó la destrucción de la zona de transformación con láser, crioterapia o conización.

GRÁFICA 39

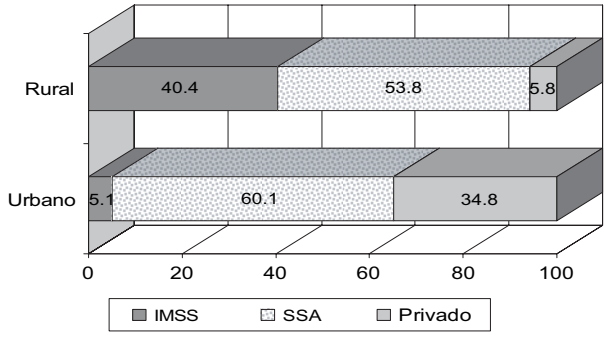
MUJERES CON CÁNCER DE MATRIZ DIAGNOSTICADO HACE MENOS DE UN AÑO, SEGÚN TRATAMIENTO APLICADO Y LUGAR DE RESIDENCIA



La gráfica 40 muestra que en área rural la mayor proporción de mujeres a quienes se brinda tratamiento por Cacu correspondió a las que acuden a clínicas de la SSA. Llama la atención que, en el ámbito urbano, el 34.8 por ciento de las mujeres con anormalidades del Pap recibieron tratamiento en el ámbito privado.

GRÁFICA 40

MUJERES CON CÁNCER DE MATRIZ DIAGNOSTICADO HACE MENOS DE UN AÑO, SEGÚN LUGAR DONDE LE HICIERON EL TRATAMIENTO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Conclusiones

La cobertura de uso de la prueba de Pap se ha incrementado notablemente durante los últimos años. Su antecedente, sin embargo, es inversamente proporcional al estrato socioeconómico; mujeres con nivel socioeconómico bajo tienen las más bajas prevalencias de utilización; lo que evidenciaría la inequidad en el acceso y calidad de la atención. En el área urbana, la utilización de servicios de detección privada es muy elevada, además, la práctica de histerectomía para tratamiento de anormalidades detectadas por Pap es cuatro veces mayor en el área rural en comparación con el área urbana.

Cáncer de mama

*Lizbeth López Carrillo**
*Leticia Suárez López**

El cáncer en mama (Cama) es el segundo cáncer más frecuente en el mundo (1.05 millones de casos) y el más común en las mujeres (22 por ciento de todos los casos nuevos), con una razón de mortalidad/incidencia de 0.36 (Parkin, 2001) y un número permanentemente ascendente de pacientes nuevas en todo el mundo (Parkin *et al.*, 2002). Como otros cánceres, presenta una gran variabilidad geográfica, destacando por su magnitud las tasas de morbimortalidad por cien mil habitantes en Estados Unidos (101.1/19), Canadá (84.3/21) y Australia (83.2/18.4), en contraste con las bajas tasas en Japón (32.7/8.3) (Ferlay *et al.*, 2004). A nivel nacional, (26.4/10.5) los estados fronterizos norteños presentan las mayores tasas porcentuales del país: 24.5 por ciento del total nacional (SSA, 2002a).

Si bien Estados Unidos y Canadá lograron muy recientemente reducir 5.5 por ciento en la mortalidad por Cama (Hunter, 2000), los países en desarrollo están muy lejos de revertir se aumento, debido a la falta de un diagnóstico poblacional en las primeras etapas de la enfermedad. En contraste, ningún país ha sido capaz de reducir el incremento en la incidencia del Cama, baste mencionar que tres de cada diez mujeres presentan los factores de riesgo conocidos hasta ahora (López-Carrillo *et al.*, 1997), por lo tanto, en la mayoría de las pacientes con esta neoplasia, el conocimiento acerca de su etiología es prácticamente nulo, disminuyendo, en consecuencia, la posibilidad de prevenirla.

En México, el Cama es la segunda causa de muerte en las mujeres, concordante con la tendencia mundial: las tasas de mortalidad se incrementan 1 por ciento anual (SSA, 2002b). En cuanto a la incidencia del Cama, ocurre en un 45.5 por ciento de los casos de mujeres mexicanas menores de 50 años, lo que contrasta con mujeres estadounidenses y europeas, en quienes la edad de inicio es de 63 años; en México se presentaron seis mil casos nuevos de Cama en 1990 y se estiman 16 531 pacientes nuevas en el 2020 (Rodríguez-Cuevas *et al.*, 2001).

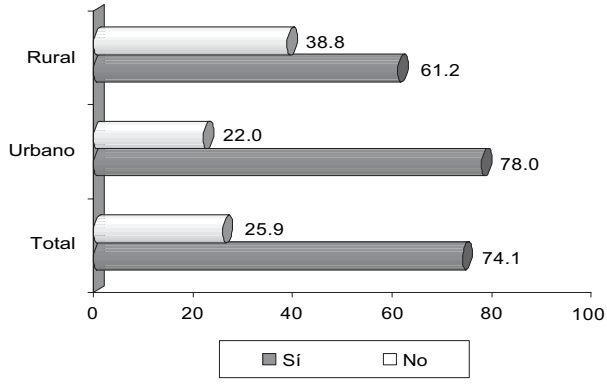
Debido a la importancia del Cama en nuestro país, la Ensar 2003 incluyó un módulo con 16 preguntas que exploran los resultados concernientes a la prevalencia y utilización del diagnóstico temprano del cáncer mamario. Se obtuvo información de 19 485 mujeres, de las cuales, una vez aplicados los factores de expansión, 23.1 por ciento corresponde a áreas rurales y el 76.9 por ciento a las urbanas (cuadro 7).

Diagnóstico temprano del cáncer mamario

El autoexamen de las mamas y el examen clínico son algunas técnicas disponibles para el diagnóstico temprano del Cama. De acuerdo con los resultados de la Ensar 2003, el 74 por ciento de las mujeres revisan sus mamas y un porcentaje menor, el 37.4 por ciento, acuden al personal de salud para la revisión clínica de los mismas (gráfica 41).

Gráfica 42

Mujeres que declararon revisar sus senos, según ámbito de residencia



* Investigadoras de la Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública.

CUADRO 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO EN LA SECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA

Tipo de población	Datos sin ponderar		Datos ponderados	
	Núm.	%	Núm.	%
Total de mujeres				
Total	*19 485*	*100.0*	*27 321 947*	*100.0*
Rural	5 103	26.2	6 311 207	23.1
Urbana	14 382	73.8	21 010 739	76.9
Mujeres que revisan sus senos				
Total	*13 868*	*100.0*	*20 252 561*	*100.0*
Rural	2 998	21.6	3 860 358	19.1
Urbana	10 870	78.4	16 392 203	80.9
Mujeres que acuden con el personal de salud a revisar sus senos				
Total	*6 668*	*100.0*	*10 289 232*	*100.0*
Rural	1 375	20.6	1 810 671	17.6
Urbana	5 293	79.4	8 478 552	82.4
Mujeres a las que les detectaron quistes en los senos				
Total	*1 227*	*100.0*	*1 740 695*	*100.0*
Rural	183	14.9	223 008	12.8
Urbano	1 044	85.1	1 517 687	87.2

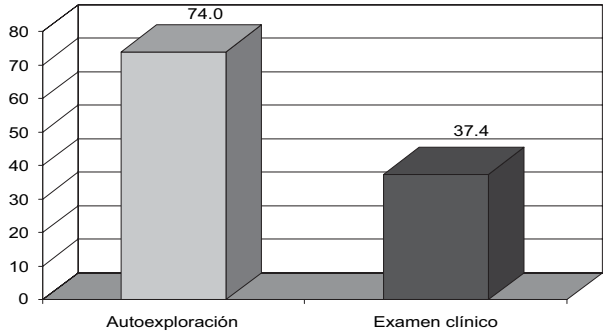
Autoexploración de las mamas

La práctica de autoexploración de las mamas resultó significativamente más frecuente entre las mujeres de las zonas urbanas, comparadas con las de las zonas rurales (78 contra. 61.2 por ciento p<0.0001) (gráfica 42).

Se observó, además, una relación directamente proporcional entre dicha práctica y el estrato socioeconómico, es decir, a mayor estrato mayor porcentaje de mujeres que se revisan sus mamas, desde 64.2 por ciento entre las de muy bajos recursos económicos hasta 85.1, entre las mujeres de mayores recursos. Esta tendencia fue estadísticamente significativa (p<0.001) (gráfica 43).

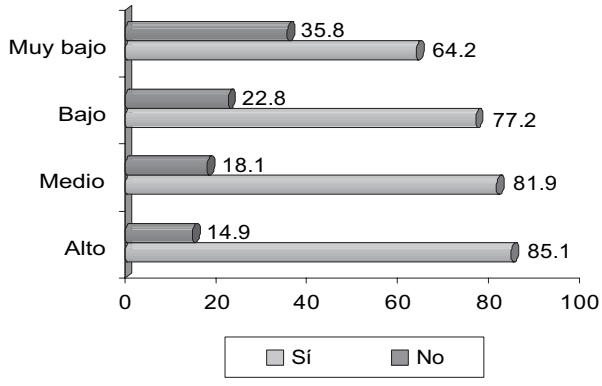
GRÁFICA 41

MUJERES QUE SE AUTOEXPLORAN LAS MAMAS O EXAMEN CLÍNICO



GRÁFICA 43

MUJERES QUE DECLARARON REVISAR SUS SENOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO

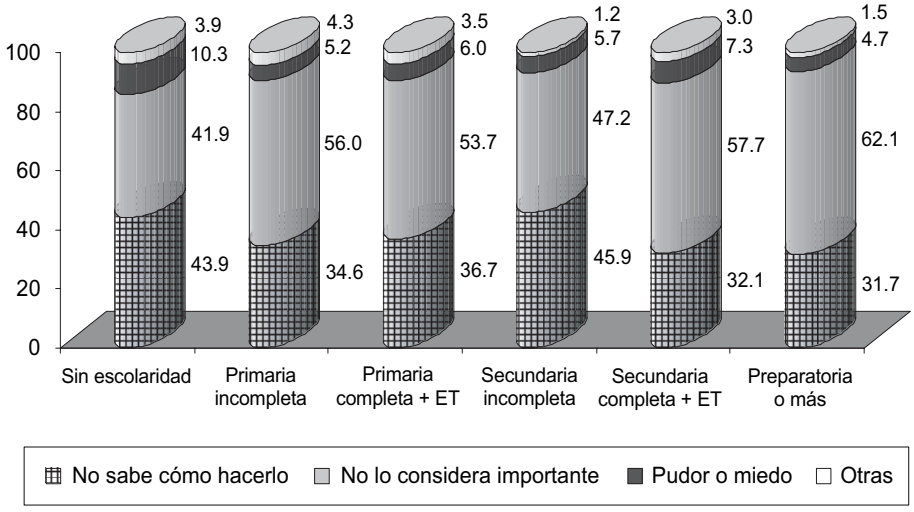


Las razones más frecuentemente citadas por las mujeres que no revisan sus mamas fueron no considerarlo importante o no saber cómo hacerlo. Los motivos anteriores no variaron significativamente según el nivel de escolaridad de las entrevistadas (gráfica 44).

Entre los 15-29 años de edad, la práctica de revisión de mamas presentó una tendencia creciente para mantenerse constante hasta los 49 años de edad. Este patrón fue similar en el ámbito urbano y en el rural (gráfica 45).

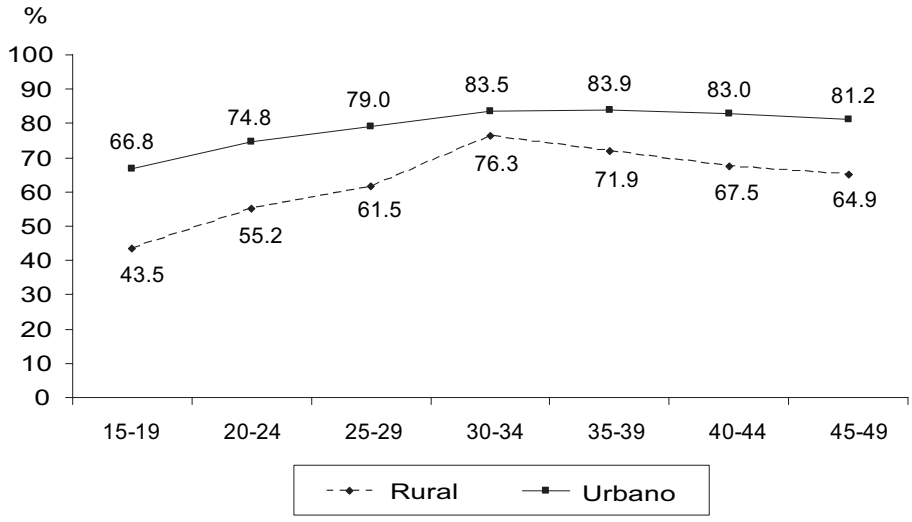
GRÁFICA 44

MUJERES QUE NO SE REVISARON LOS SENOS, SEGÚN RAZÓN DADA PARA NO REVISARLOS Y NIVEL DE ESCOLARIDAD



GRÁFICA 45

PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE REVISA LOS SENOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA

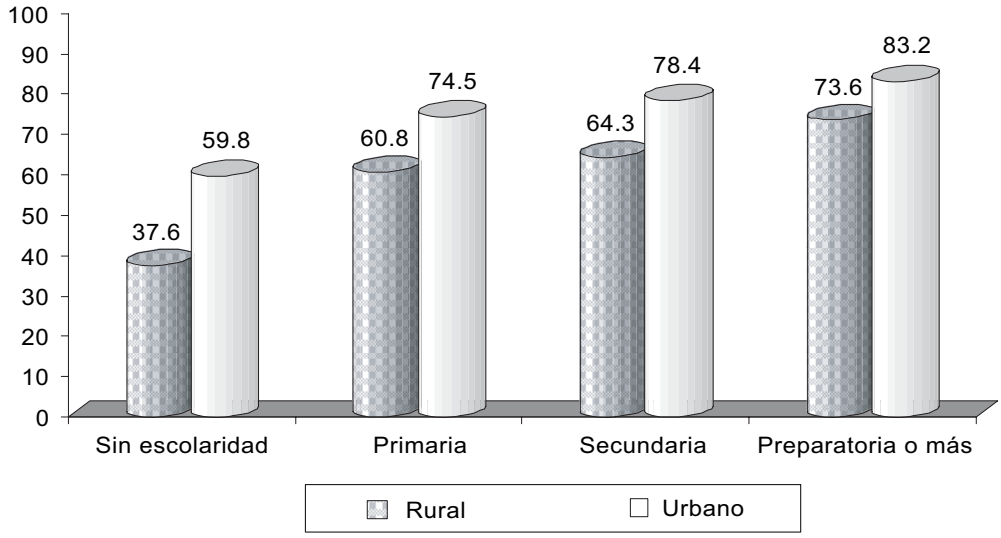


La practica de la exploración mamaria fue significativamente más frecuente entre las mujeres urbanas con mayor nivel de escolaridad (preparatoria o más), comparadas con aquellas sin escolaridad residentes en el área rural (83.2 por ciento frente 37.6 por ciento p<0.001) (gráfica 46).

Asimismo, las de muy bajos recursos en el área rural informaron practicar, con significativamente menor frecuencia, la revisión de sus mamas, comparadas con las mujeres de áreas urbanas y mejores recursos económicos (54.8 contra 85.4 por ciento) (gráfica 47).

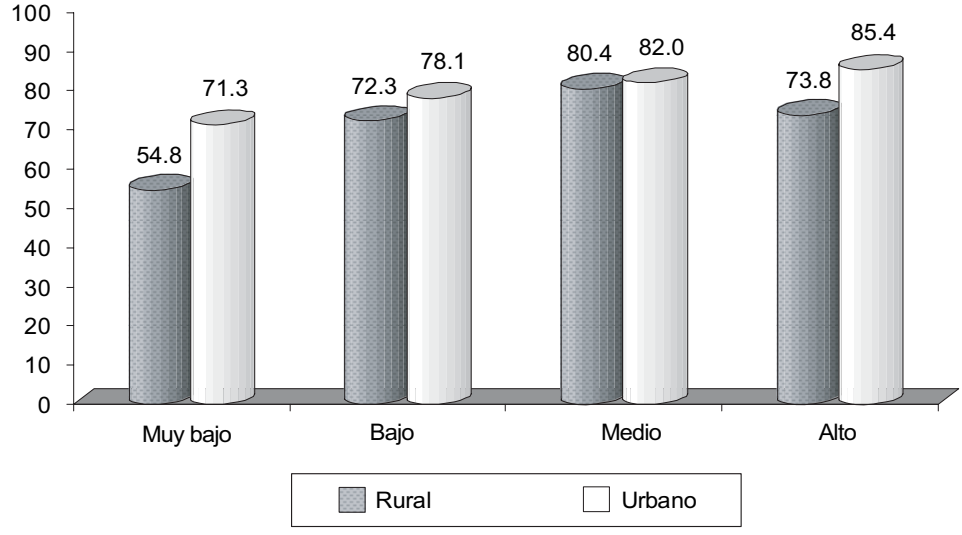
GRÁFICA 46

PORCENTAJE DE MUJERES QUE REVISAN SUS SENOS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 47

PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE REVISAN LOS SENOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA

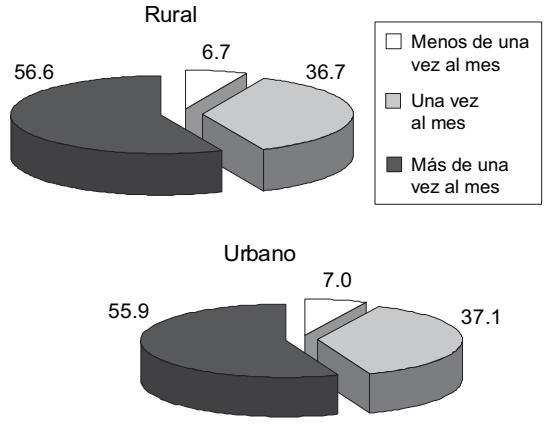


Casi la mitad de las mujeres que revisan sus mamas, lo hacen más de una vez al mes, y menos del 10 por ciento las revisan menos de una vez al mes. La frecuencia de esta práctica no varió de acuerdo a la zona de residencia ni al estrato socioeconómico (gráficas 48 y 49).

La SSA es el lugar donde más frecuentemente brindaron atención a las mujeres en el área rural o con muy bajos recursos económicos, para revisarse las mamas; en contraste con las mujeres en el área urbana o con altos recursos económicos que recibieron esa información principalmente en su sitio de trabajo o en la escuela (gráficas 50 y 51).

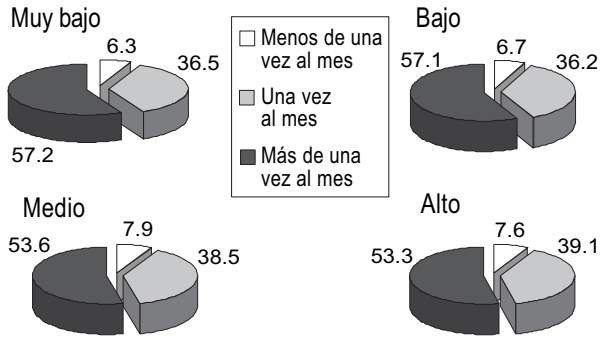
GRÁFICA 48

MUJERES QUE SE REVISAN LOS SENOS, SEGÚN FRECUENCIA CON QUE LOS REVISAN Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



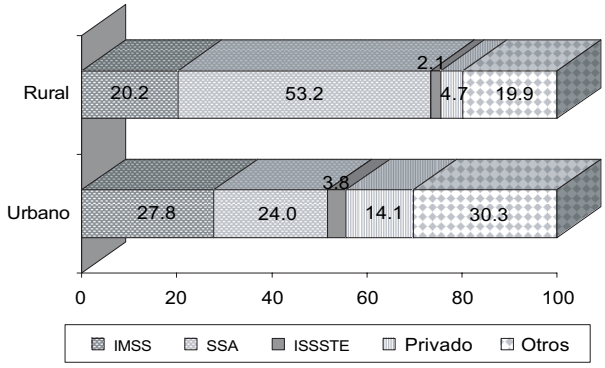
GRÁFICA 49

MUJERES QUE SE REVISAN LOS SENOS, SEGÚN FRECUENCIA CON QUE LOS REVISAN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



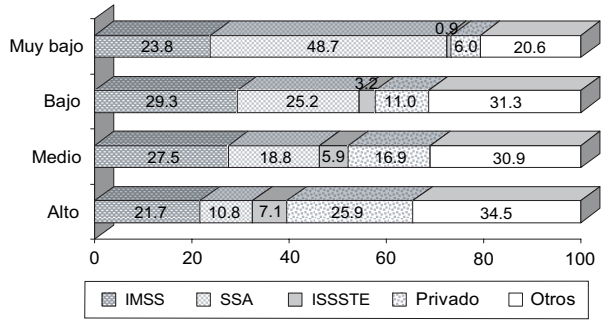
GRÁFICA 50

MUJERES QUE SE REVISAN LOS SENOS, SEGÚN LUGAR DONDE LES DIERON LA INFORMACIÓN PARA REVISÁRSELOS Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 51

MUJERES QUE SE REVISAN LOS SENOS, SEGÚN LUGAR DONDE LES DIERON LA INFORMACIÓN PARA REVISÁRSELOS Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Los determinantes sociodemográficos más importantes de la práctica de la revisión de las mamas se muestran en el cuadro 8. Tanto la edad, como la residencia y la escolaridad tienen un efec-

to significativamente estadístico en su revisión. De tal forma que, ajustada por el efecto simultáneo de estas variables, la revisión de las mamas es tres veces más frecuente en las mujeres mayores de 30 años, comparadas con las de edad entre 15-20 años (R.M.[1] 3.2, IC 95 por ciento[2] 2.7-3.9), las mujeres que residen en áreas urbanas revisan sus mamas el doble de veces que las residentes en áreas rurales (R.M. 1.9, IC 95 por ciento 1.7-2.2) y las mujeres con escolaridad al menos de preparatoria, llevan a cabo esta práctica seis veces más que las mujeres sin estudios (R.M. 6.0, IC 95 por ciento 4.4-8.2).

CUADRO 8

RAZONES DE MOMIOS MULTIVARIADAS DE LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DE REVISIÓN DE LAS MAMAS

Característica	*R.M.**	*I.C. 95%***
Edad		
15-19	1	—
20-24	1.5	1.3-1.9
25-29	2.3	1.8-2.8
30 +	3.2	2.6-3.8
Residencia		
Rural	1	—
Urbana	1.7	1.4-1.9
Escolaridad		
Sin escolaridad	1	—
Primaria y secundaria	2.7	2.1-3.5
Preparatoria o más	4.3	3.1-5.9
Estrato social		
Muy bajo	1	—
Bajo	1.4	1.2-1.7
Medio	1.6	1.3-2.0
Alto	1.9	1.4-2.5

* Razón de momios.
** Intervalo de confianza al 95 por ciento.

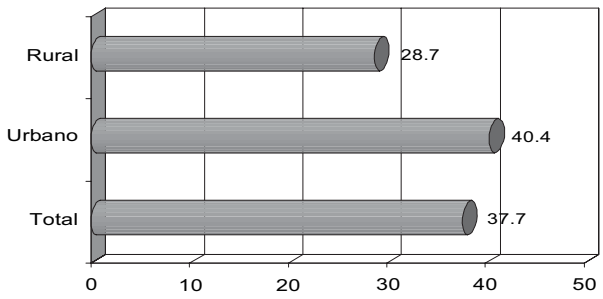
Los resultados de la Ensar 2003 sugieren que un gran porcentaje de mujeres revisa sus mamas (casi 75 por ciento), lo cual debe ser interpretado con cautela, pues la revisión de las mamas no es sinónimo de la práctica conocida como autoexamen de las mamas, que consta de varios pasos sistemáticos, incluye conocimientos teóricos, así como destreza para identificar abultamientos. De tal forma que el reporte de la revisión de las mamas sobreestima la frecuencia real de la práctica del autoexamen y, más aún, de su práctica correcta. Para incrementar la frecuencia de revisión de los mamas conviene trabajar con las mujeres más jóvenes, de menor escolaridad y en áreas rurales.

Examen clínico de las mamas

Cerca del 38 por ciento de las mujeres acuden con el personal de salud a revisión clínica de mamas, porcentaje menor que el obtenido para la autoexploración de los mamas (74 por ciento). Las mujeres de en áreas urbanas acuden con más frecuencia a la exploración clínica de las mamas que las residentes en zonas rurales (40.4 frente a 28.7 por ciento p. <0.001) (gráfica 52).

GRÁFICA 52

PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARARON ASISTIR CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA

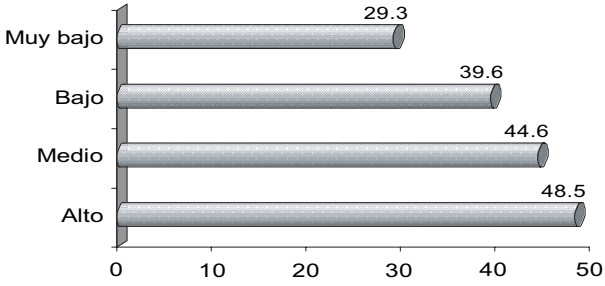


Como en el caso de la autoexploración de las mamas, se observó una tendencia significativa entre el estrato socioeconómico y la frecuencia del examen clínico de éstas, desde 29.3 por ciento para las mujeres de muy bajos recursos económicos, hasta 48.5 por ciento para las de altos recursos (p de tendencia <0.001) (gráfica 53).

[1] Razón de momios.
[2] Intervalo de confianza al 95 por ciento.

GRÁFICA 53

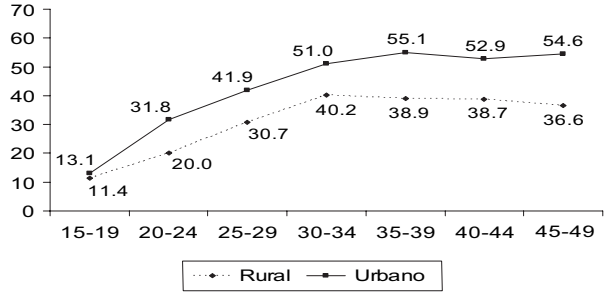
PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARARON ASISTIR CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Entre los 15-30 años, la frecuencia de revisión clínica de las mamas presenta un patrón ascendente en las áreas rural y la urbana; a partir de ahí se estabiliza, de tal forma que las mujeres de 15-19 años residentes en áreas rurales tienen un frecuencia de revisión mamaria por parte del personal de salud de 11.4 por ciento comparado con 54.6 en las mujeres de 45-49 años residentes en áreas urbanas (gráfica 54).

GRÁFICA 54

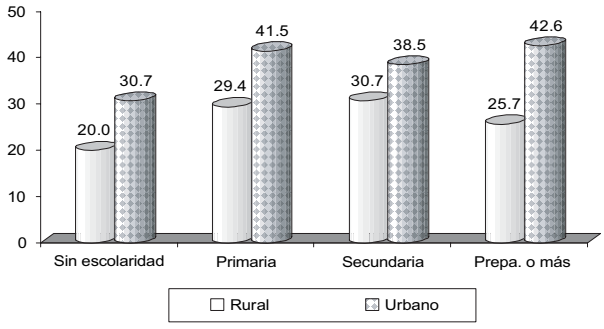
PORCENTAJE DE MUJERES QUE ASISTIERON CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Las mujeres sin escolaridad residentes en áreas rurales son las que con menor frecuencia acudieron al examen clínico de mamas, comparadas con las mujeres con estudios mínimos de preparatoria, residentes en áreas urbanas (20.0 frente a 42.6 por ciento) (gráfica 55).

GRÁFICA 55

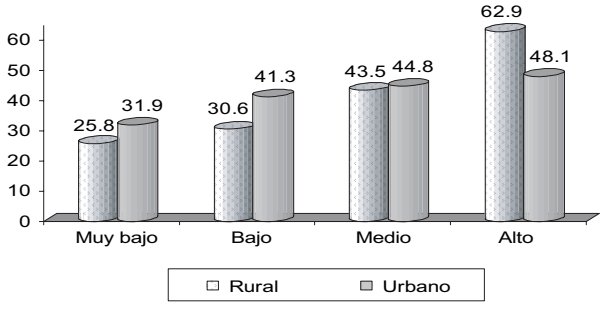
PORCENTAJE DE MUJERES QUE ASISTIERON CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



Como ya se mencionó, las mujeres de mayor nivel socioeconómico acudieron con mayor frecuencia a la revisión clínica de mamas, situación que se observó tanto en el medio rural, como en el urbano. Al respecto, cabe destacar que el mayor porcentaje de mujeres que se practican el examen clínico de mamas se obtuvo en las mujeres de altos recursos económicos de áreas rurales (62.9 por ciento) (gráfica 56).

GRÁFICA 56

PORCENTAJE DE MUJERES QUE ASISTIERON CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA

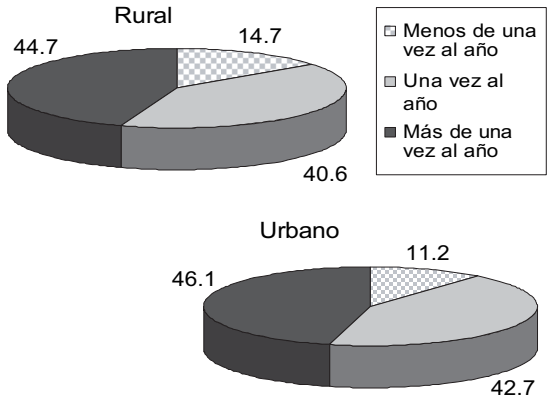


Casi 45 por ciento de las mujeres informó acudir al personal de salud para revisión de los senos más de una al vez año y un porcentaje ligeramente menor (42) una vez al año, el resto lo hace con menor frecuencia (gráfica 57).

El patrón antes citado no varió significativamente conforme al estrato socioeconómico (gráfica 58).

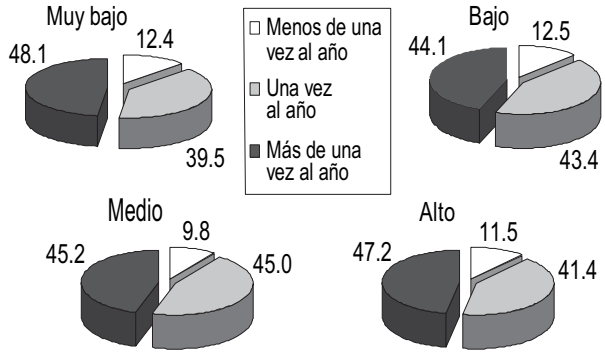
GRÁFICA 57

PORCENTAJE DE MUJERES QUE ASISTIERON CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE LOS REVISAN Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 58

MUJERES QUE ASISTIERON CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE LOS REVISAN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

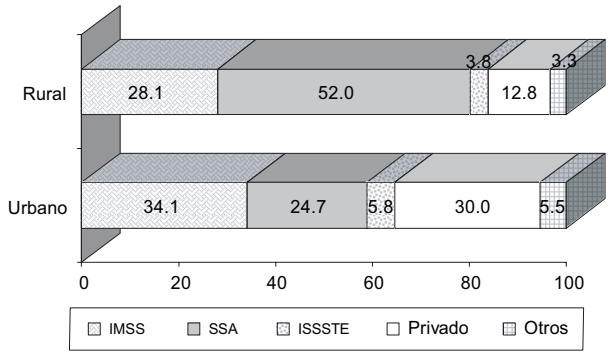


Como en el caso de la autoexploración de las mamas, la SSA fue el lugar donde más frecuentemente se realizaron el examen clínico de mamas las residentes rurales, mientras que el IMSS y los hospitales privados, respectivamente, cubrieron este servicio en las dos terceras partes de las mujeres residentes en áreas urbanas (gráfica 59).

De acuerdo con el estrato socioeconómico, las mujeres de muy bajos recursos se practican el examen clínico de las mamas preferentemente en la SSA, mientras que las de bajos recursos lo hacen principalmente en el IMSS, en contraste con las del nivel alto, que lo realizan en hospitales privados (gráfica 60).

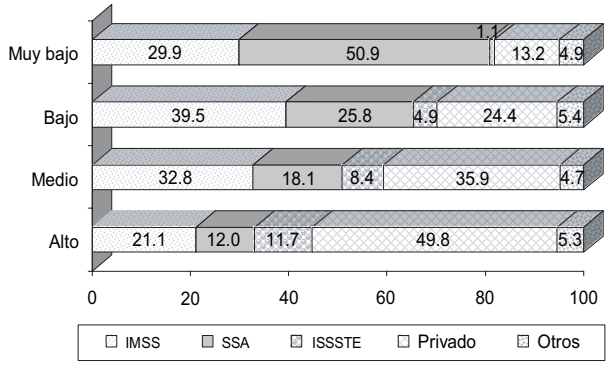
GRÁFICA 59

MUJERES QUE ASISTIERON CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN FRECUENCIA CON QUE SE LOS REVISAN Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



GRÁFICA 60

MUJERES QUE ASISTIERON CON PERSONAL DE SALUD PARA REVISARSE LOS SENOS, SEGÚN LUGAR DONDE SE LOS REVISARON Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



La edad, el lugar de residencia, la escolaridad y el estrato socioeconómico determinan significativamente la frecuencia del examen clínico de las mamas (cuadro 9). Las mujeres mayores de 30 años se practican 7.6 (R.M 7.6 IC95 por ciento 6.3-9.3) veces más el examen clínico que las de 15-19 años de edad; asimismo las mujeres urbanas lo hacen 1.3 veces más que las rurales (R.M 1.3 IC95 por ciento 1.1-1.6). Por su parte, las mujeres cuyos estudios mínimos son de preparatoria, acuden dos veces más frecuentemente a la exploración de las mamas que quienes no tienen sin escolaridad alguna (R.M 2.2 IC95 por ciento 1.6-3.1) y, las mujeres de estrato socioeconómico alto también se realizan este examen con el doble de frecuencia que las mujeres de estrato socioeconómico muy bajo (R.M 1.9 C95 por ciento 1.5-2.4).

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cama, el examen clínico de aquéllas deber realizarlo por el médico o la enfermera capacitados, anualmente, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria. En este marco, los resultados de la Ensar muestran una cobertura baja no mayor del 55 por ciento, y sugieren una práctica ineficiente de aquélla, pues el 42 por ciento de las mujeres que se lo practican lo hacen más de una vez al año.

Resultados de la autoexploración o examen clínico de las mamas

Mediante la autoexploración mamaria o el examen clínico de las mamas se obtuvo una frecuencia de 6.3 por ciento mujeres con abultamientos en las mamas, cuyo diagnóstico clínico correspondió a una frecuencia en el total de la población de 3.3 por ciento de enfermedad benigna de las mamas; 0.3 por ciento de cáncer mamario; 2.2 por ciento con problemas varios: abscesos de grasa, ganglios inflamados, mastitis, calcificaciones o ningún problema (0.2 por ciento falsos positivos) y en el 0.5 de los casos no existió información suficiente para tener un diagnóstico clínico (gráfica 61).

Entre las mujeres que se detectaron abultamientos en las mamas, la distribución anterior correspondió a 52.9 por ciento para enfermedad benigna de las mamas; 35.7 por ciento para otros problemas, 4 por ciento para cáncer mamario y 7.4 por ciento insuficiente información para el diagnóstico.

CUADRO 9

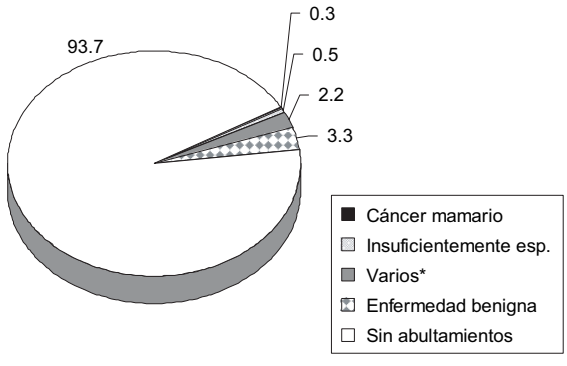
RAZONES DE MOMIOS MULTIVARIADAS DE LAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA PRÁCTICA DEL EXAMEN CLÍNICO DE LAS MAMAS

Característica	*R.M.**	*I.C. 95%***
Edad		
15-19	1	—
20-24	2.9	2.3-3.7
25-29	5	4.0-6.3
30 o +	3.2	6.3-9.3
Residencia		
Rural	1	—
Urbana	1.3	1.1-1.6
Escolaridad		
Sin escolaridad	1	—
Primaria y secundaria	1.8	1.4-2.5
Preparatoria o más	2.2	1.6-3.1
Estrato social		
Muy bajo	1	—
Bajo	1.4	1.2-1.6
Medio	1.6	1.4-1.9
Alto	1.9	1.5-2.4

* Razón de momios.
** Intervalo de confianza al 95 por ciento.

GRÁFICA 61

RESULTADOS DE LA AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA O EL EXAMEN CLÍNICO

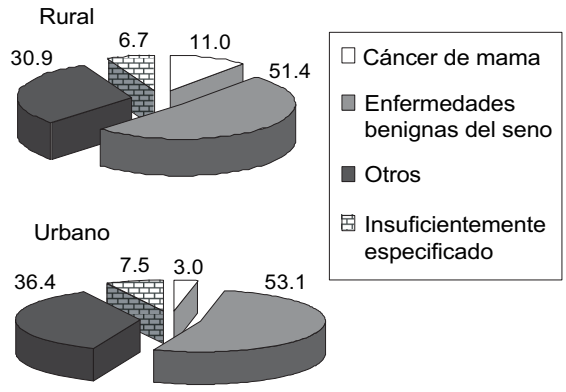


* Incluye abscesos de grasa, ganglios inflamados, mastitis, calcificaciones y ningún problema.

Como se advierte en la gráfica 62, la frecuencia del diagnóstico de cáncer mamario en las mujeres que detectaron abultamientos en sus mamas fue significativamente mayor en el área rural que la urbana (11.0 contra 3.0 por ciento), mientras que los otros grupos mostraron frecuencias similares de acuerdo al lugar de residencia.

GRÁFICA 62

MUJERES CON ABULTAMIENTO EN LAS MAMAS, SEGÚN TIPO DE PROBLEMA Y ÁMBITO DE RESIDENCIA

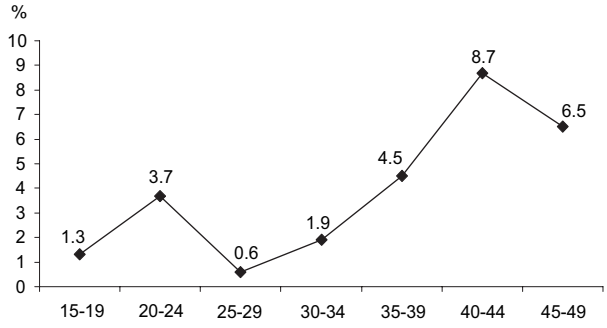


Las gráficas 63 y 64 indican la distribución del cáncer mamario y la enfermedad benigna de las mamas, de acuerdo a los grupos de edad. La frecuencia de cáncer mamario presenta una distribución bimodal. La primera fase se observa entre los 15-29 años de edad; la segunda, entre los 30-49 años. En la primera etapa la frecuencia máxima del diagnóstico se obtuvo entre los 20-24 años de edad (3.7 por ciento), mientras que en la segunda fase el punto máximo se encontró entre los 40-44 años de edad (8.7 por ciento).

En contraste, la frecuencia de la enfermedad benigna del seno presentó un aumento desde los 15-39 años de edad, con una abrupta caída entre los 40-44 años y un ascenso en las mujeres de 45-49 años de edad. Entre las mujeres con abultamientos en las mamas, el diagnóstico de enfermedad benigna de las mamas, así como el de Cama variaron significativamente de acuerdo al estrato socioeconómico (gráfica 65).

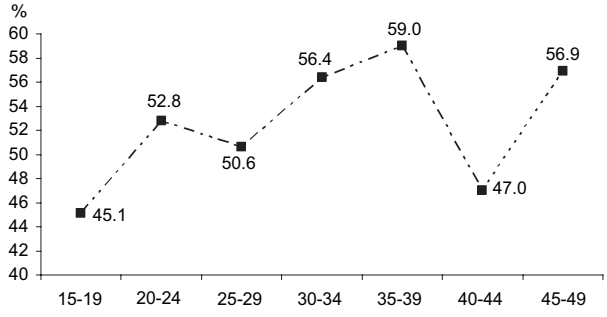
GRÁFICA 63

PORCENTAJE DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD



GRÁFICA 64

PORCENTAJE DE MUJERES CON ENFERMEDADES BENIGNAS DE MAMA POR GRUPOS DE EDAD



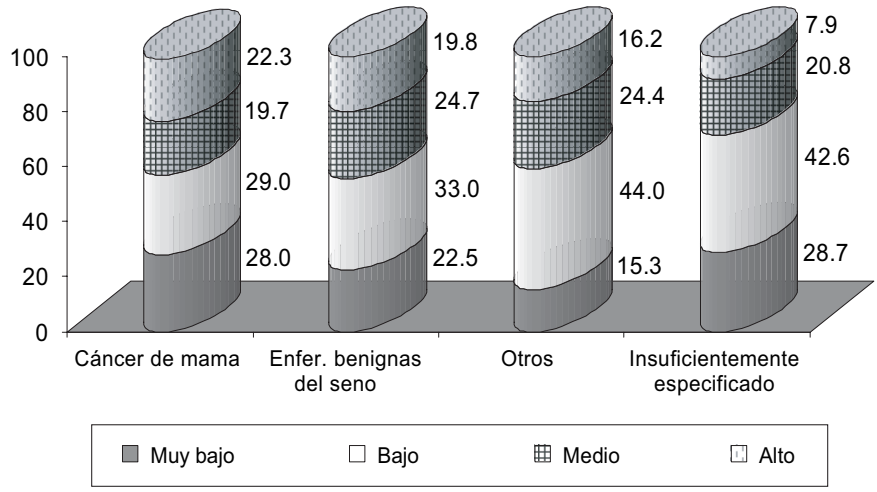
Asimismo, la distribución de los diagnósticos mencionados fue similar, de acuerdo a la escolaridad de las entrevistadas (gráfica 66).

El perfil de tratamientos que recibieron las mujeres diagnosticadas con Cama difirió sustantivamente entre las áreas rural y urbana; en la primera no se registraron mastectomías, mientras que en la segunda se estimó un 17.8 por ciento. Asimismo, la extirpación del abultamiento fue mucho mayor en el área urbana que en la rural (59.2 parte a 5.1 por ciento), de tal forma que la quimioterapia y los medicamentos fueron los tratamientos contra el cáncer mamario más frecuentemente observados en las mujeres residentes en el área rural (gráfica 67).

El uso de medicamentos fue el tratamiento más frecuentemente utilizado contra la enfermedad be-

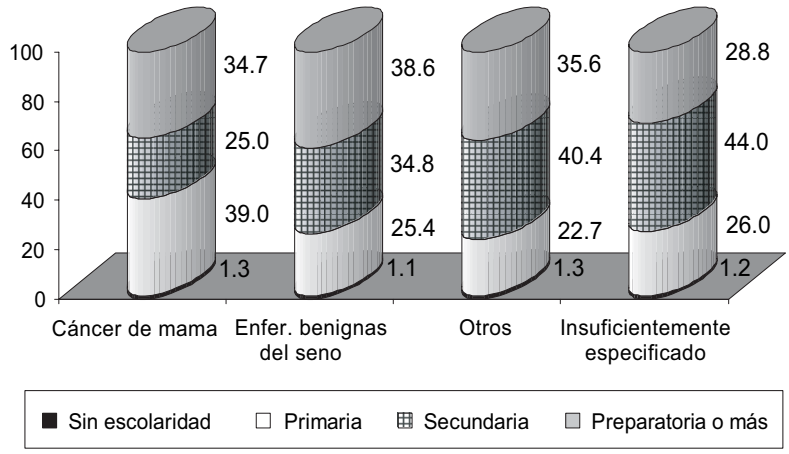
GRÁFICA 65

MUJERES CON ABULTAMIENTO EN LAS MAMAS, SEGÚN TIPO DE PROBLEMA Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



GRÁFICA 66

MUJERES CON ABULTAMIENTO EN LAS MAMAS, SEGÚN TIPO DE PROBLEMA Y ESCOLARIDAD

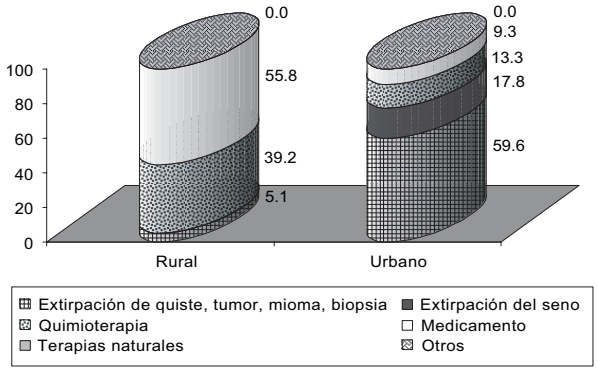


nigna de las mamas, tanto en el área rural, como en la urbana; no obstante, se observó una frecuencia más elevada de extirpaciones de tumores benignos en el área urbana que en la rural (32.2 frente a 11.2 por ciento) (gráfica 68).

De acuerdo al estrato socioeconómico, se observaron diferencias contrastantes en cuanto al tratamiento contra el Cama. La utilización de mastectomía fue más frecuente en las mujeres de muy bajos recursos (28.1 por ciento), en comparación con la frecuencia observada en las mujeres de altos recursos (4.6), situación similar en el caso de la quimioterapia, cuya frecuencia fue del 50.5 por ciento en las mujeres de muy bajos recursos comparado, con el

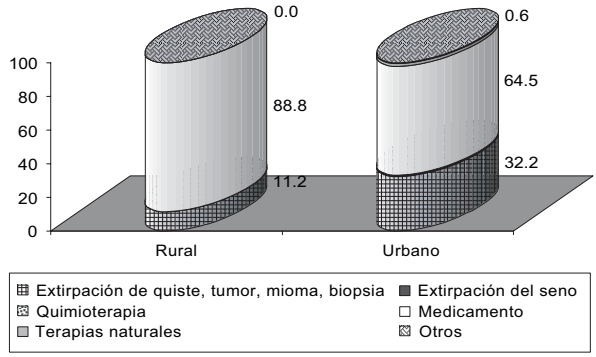
GRÁFICA 67

MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN TRATAMIENTO APLICADO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 68

MUJERES CON ENFERMEDADES BENIGNAS DE MAMA, SEGÚN TRATAMIENTO APLICADO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



11.3 en los de altos recursos. No obstante, la extirpación del tumor maligno fue el tratamiento más frecuente entre las mujeres de recursos bajos y medios (gráfica 69).

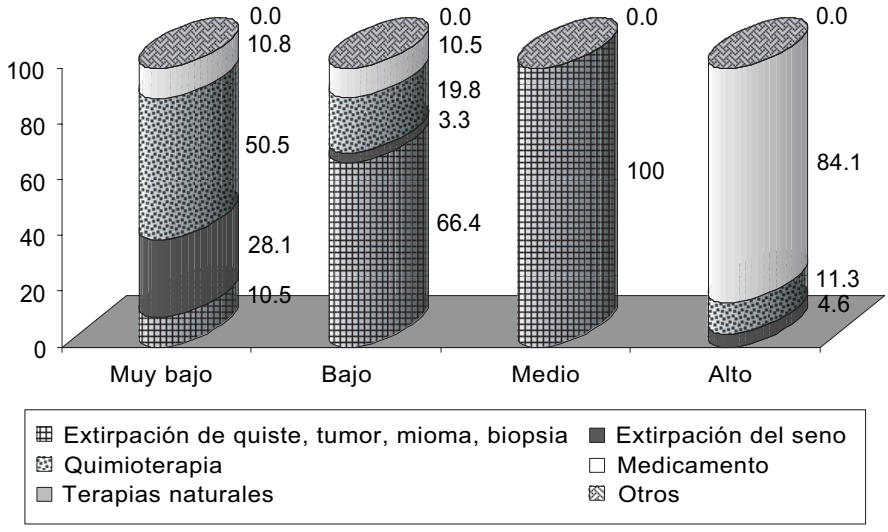
En contraste con la variabilidad de tratamientos utilizados contra el cáncer mamario, en el caso de la enfermedad benigna de las mamas se observó un patrón muy similar tanto de la extirpación del tumor benigno, como del uso de medicamentos en todos los estratos socioeconómicos (gráfica 70).

Las mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer mamario en el área rural se trataron principalmente en unidades de IMSS y de la SSA, mientras que en el área urbana el tratamiento se realizó no sólo en el IMSS, sino también en hospitales privados (gráfica 71).

Los lugares donde recibieron tratamiento las mujeres diagnosticadas con enfermedad benigna de mamas se distribuyeron porcentualmente de manera similar en el área rural y en la urbana. El ma-

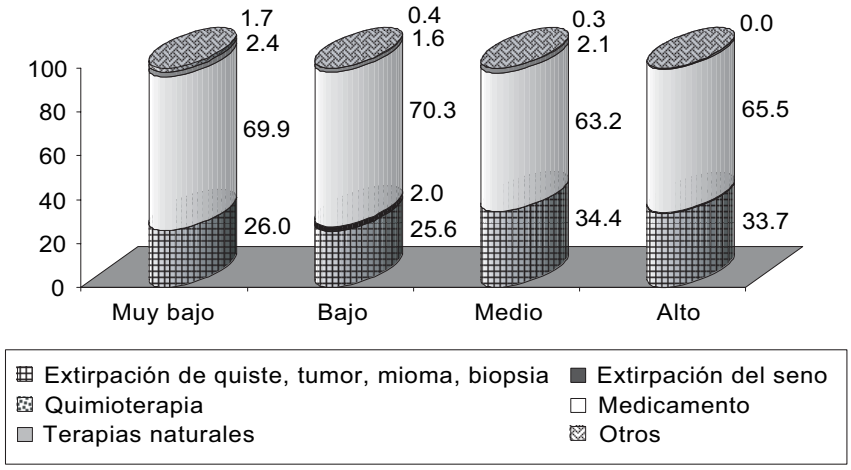
GRÁFICA 69

MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN TRATAMIENTO APLICADO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



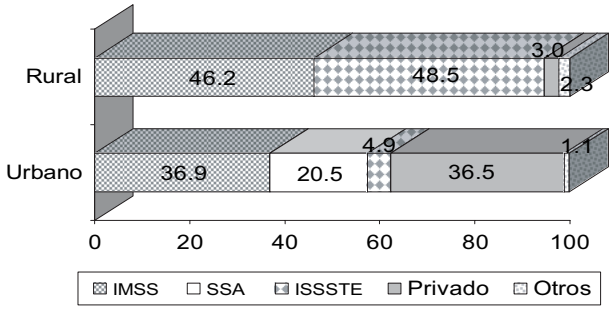
GRÁFICA 70

MUJERES CON ENFERMEDADES BENIGNAS DE MAMA, SEGÚN TRATAMIENTO APLICADO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



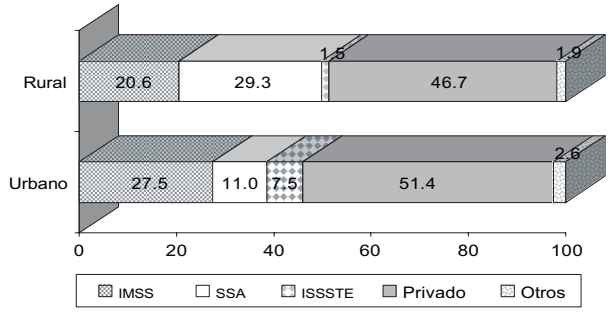
GRÁFICA 71

MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN LUGAR DONDE LES DIERON TRATAMIENTO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



GRÁFICA 72

MUJERES CON ENFERMEDADES BENIGNAS DE MAMA, SEGÚN LUGAR DONDE LES DIERON TRATAMIENTO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



yor porcentaje al respecto lo obtuvieron los hospitales privados (51.4 por ciento) en el ámbito urbano, contra 46.7 por ciento en el rural) (gráfica 72).

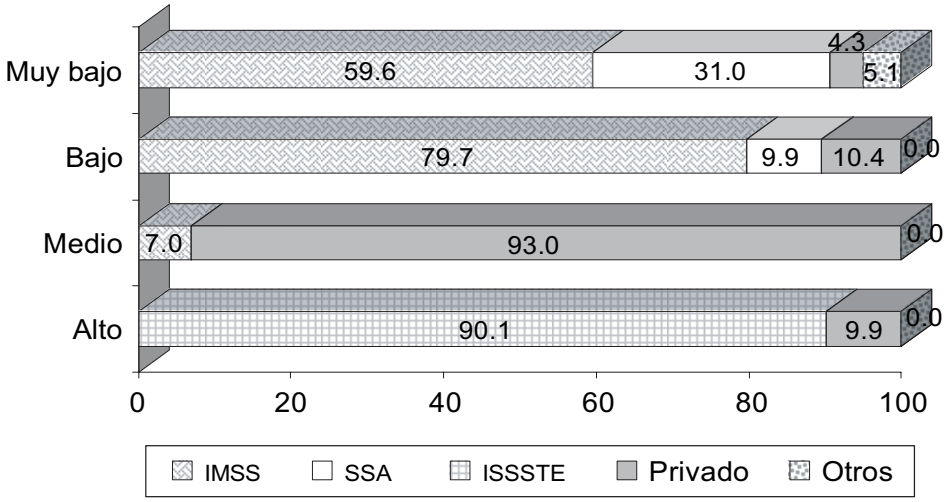
De acuerdo con los resultados de la Ensar, el IMSS es la institución donde el mayor porcentaje de mujeres de estrato socioeconómico muy bajo (59.6) y bajo (79.7) fueron tratadas contra el cáncer mamario, respectivamente; mientras que los hospitales privados captaron sobre todo a mujeres de estrato socioeconómico medio, y el ISSSTE a las de estrato socioeconómico alto (gráfica 73).

El tratamiento contra la enfermedad benigna de mamas fue más frecuentemente otorgado por el IMSS en las mujeres de más bajos recursos (41.6 por ciento) y por los hospitales privados en las mujeres de más altos recursos (70.3 por ciento) (gráfica 74).

Del total de mujeres con cáncer mamario tratadas, el 51.4 por ciento informó estar curada en la fecha de la entrevista, el 67.5 por ciento continuaba en observación y el 36.9 aún tenía tratamiento, en este punto cabe mencionar que estas categorías no son mutuamente excluyentes. La distribución de mu-

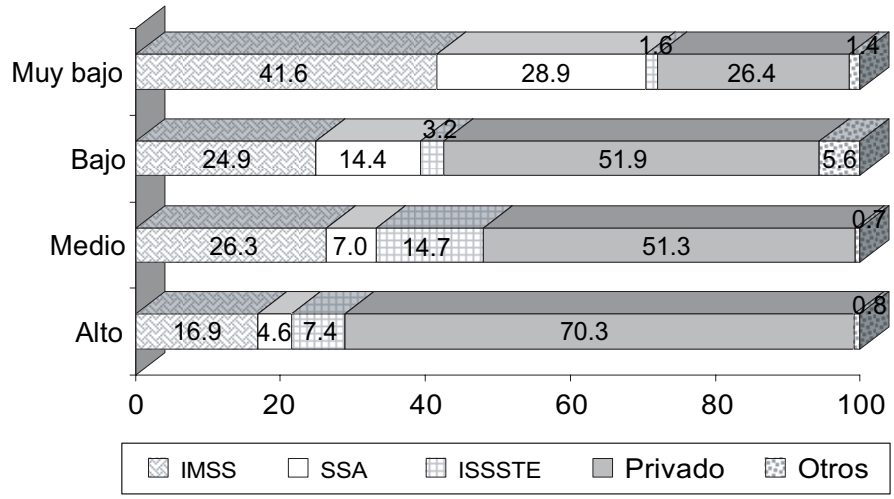
GRÁFICA 73

MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN LUGAR DONDE LES DIERON TRATAMIENTO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



GRÁFICA 74

MUJERES CON ENFERMEDADES BENIGNAS DE MAMA, SEGÚN LUGAR DONDE LES DIERON TRATAMIENTO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO

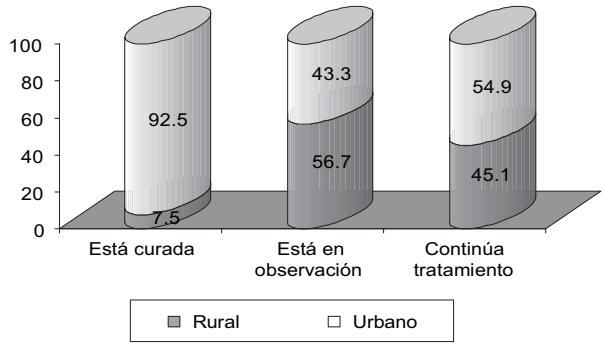


jeres que continuaban en observación o tratamiento fue similar en el área rural y urbana, a diferencia de las mujeres curadas, cuyo porcentaje fue mayor en el área urbana, comparada con la rural (92.5 frente a 7.5 por ciento) (gráfica 75).

En el caso del resultado del tratamiento contra la enfermedad benigna de mamas, las tres categorías antes mencionadas se distribuyeron similarmente en el área rural y en la urbana (gráfica 76).

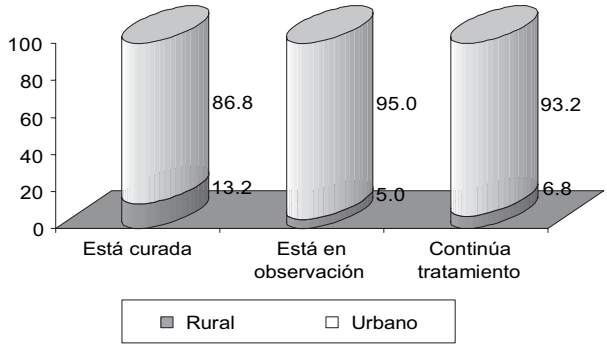
GRÁFICA 75

MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN SITUACIÓN ACTUAL DEL PADECIMIENTO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



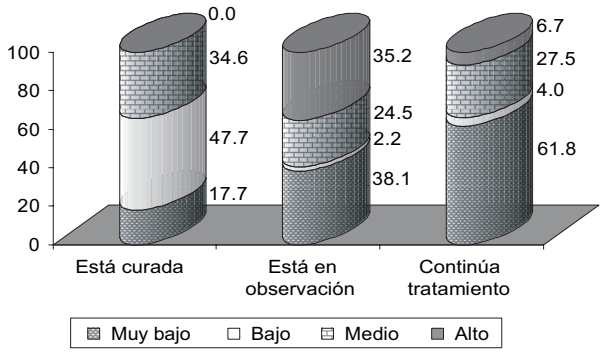
GRÁFICA 76

MUJERES CON ENFERMEDADES BENIGNAS DE MAMA, SEGÚN SITUACIÓN ACTUAL DEL PADECIMIENTO Y ÁMBITO DE RESIDENCIA



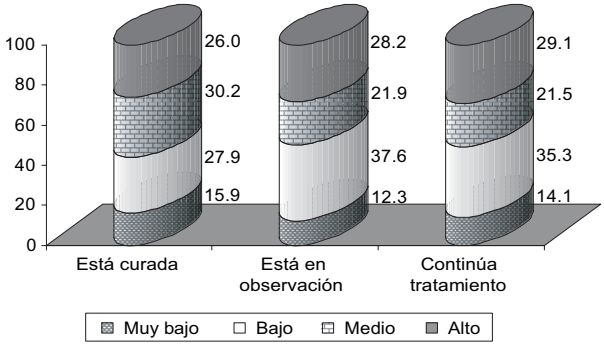
GRÁFICA 77

MUJERES CON CÁNCER DE MAMA, SEGÚN SITUACIÓN ACTUAL DEL PADECIMIENTO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



GRÁFICA 78

MUJERES CON ENFERMEDADES BENIGNAS DE MAMA, SEGÚN SITUACIÓN ACTUAL DEL PADECIMIENTO Y ESTRATO SOCIOECONÓMICO



Las mujeres que se curaron del cáncer mamario, correspondieron, sobre todo, al estrato socioeconómico bajo (47.7 por ciento); mientras que las que continúan en tratamiento, al estrato socioeconómico muy bajo (61.8) (gráfica 77).

La distribución del estrato socioeconómico, de acuerdo al resultado del tratamiento contra la enfermedad benigna de mamas, no presentó patrones contrastantes (gráfica 78).

Conclusiones

Los resultados de la encuesta muestran que, en México, el cáncer mamario no es un problema del estrato socioeconómico alto, como se describe en otros países del mundo. La distribución bimodal de cáncer mamario sugiere la existencia de dos entidades nosológicas diferentes que requerirían programas de prevención específicos.

La variabilidad entre el tipo de tratamientos contra el cáncer mamario, de acuerdo al estrato socioeconómico, evidencia la necesidad de revisar y estandarizar los criterios de tratamiento contra esta enfermedad, en las diferentes unidades hospitalarias, de acuerdo a los estadios del tumor.

También llama la atención que el ISSSTE atienda a la mayoría de las mujeres con cáncer mamario pertenecientes al estrato socioeconómico alto.

Fuentes

Conapo (1996). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995* (*Enaplaf 95*). México, Conapo.

Ferlay J., Bray F., Pisani P. y Parkin D.M. (2004). *Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World-wide*. IARC Cancer base núm. 5, version 2.0. Lyon, IARC Press.

Garrido, F., E.C. Lazcano, L. López y M. Hernández (1996). "Age of Natural Menopause among Women in Mexico City", *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 53, pp. 159-166.

Gold, E.B., J. Bromberg, S. Crawford, S. Samuels, G.A. Greendal, S.D. Harlow *et al.* (2001). "Factors Associated with Age at Natural Menopause in a Multiethnic Sample of Midlife Women", *American Journal of Epidemiology* 153, pp. 865-874.

Guerra-Infante, F., S. Flores, G. Arteaga-Troncoso, A. Zamora Ruiz, M. López-Hurtado y F.J. Ortiz-Ibarra (2003). "Factores de riesgo y secuelas reproductivas asociados a la infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres infértiles", *Salud pública de México* 45, supl. 5, pp. S672-S680.

Hull, M.G., C.M. Glazener, N.J. Nelly (1985). "Population Study of Causes, Treatment, and Outcome of Infertility", *British Medical Journal* 292, pp. 1693-1697.

Hunter, M.S., K.L.M. Liao (1994). "Intentions to Use Hormone Replacement Therapy in Community of 45 Years Old Women", *Maturitas* 20, pp. 13-23.

Hunter, C.P. (2000). "Epidemiology, Stage at Diagnosis, and Tumor Biology of Breast Carcinoma in Multiracial and Multiethnic Populations", *Cancer* 88, supl. 5, pp. 1193-1202.

INEGI (1997). *Encuesta Nacional Demográfica 1997 (Enadid 97*). México, INEGI.

Krieger, N., Ch. Quesenberr, T. Pen, R.P. Hor, S. Stewart, S. Brown *et al.* (1999). "Social Class, Race/Ethnicity, and Incidence of Breast, Cervix, Colon, Lung, and Prostate Cancer Among Asian, Black, Hispanic, and White residents of the San Francisco Bay Area, 1988-1992 (United States)", *Cancer Causes and Control* 10, pp. 525-537.

Lazcano, P.E., A.P. Nájera, E. Buiatt, P. Alonso de Ruiz y A.M. Hernández (1996). "Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. Diagnóstico situacional", *Cancerología* 42, pp. 123-140.

Lazcano, P.E., A.P. Nájera, E. Buiatti, P. Alonso de Ruiz, P.C. Kuri y A.M. Hernández (1997). "The Cervical Cancer Screening Program in Mexico: Problems with Access and Coverage", *Cancer Causes and Control* 8, pp. 698-704.

Lazcano, P.E., S. Moss, V.A. Cruz, P. Alonso de Ruiz, Q.S. Casares, L.C. Martínez *et al.* (1999). "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos", *Salud pública de México* 41, pp. 278-285.

Lindsay, D., A. Osborne, A. Nyboe (1994). "Female Infertility: Causes and Treatment", *Lancet* 343, pp. 890-894.

Lobo, R.A. (1994). *Treatment of the Postmenopausal Women: Basic and Clinical Aspects*. Raven Press.

López-Carrillo, L., J. Bravo-Alvarado, O. Poblano-Verástegui, D. Ortega Altamirano (1997). "Reproductive Determinants of Breast Cancer in Mexican Women", *Annals of the New York Academy of Sciences* 837, pp. 537-550.

Mandelblatt, J.S., K. Gold, A.S. O'Malley, K. Taylor, K. Cagney, J. Hopkins *et al.* (1999). "Breast and Cervix Cancer Screening Among Multiethnic Women: Role of Age, Health, and Source of Care", *Preventive Medicine* 28, pp. 418-25.

Meneses, G.F., P.E. Lazcano, G.M. Lino, A.M. Hernández, F.M. Lezana, P. Nájera *et al.* (1996). "Prevalencia de uso de la prueba de Papanicolaou en mujeres de 15 a 49 años en México", *Cancerología* 45, pp. 17-23.

Ortega-Cevallos, P., C. Morán, J. Blanco-Muñoz, E. Yunes-Díaz, M. Castañeda-Íniguez, y J. Salmerón (2006). "Reproductive and Lifestyle Factors Associated with Early Menopause in Mexican Women", *Salud pública de México* 48, pp. 300-307.

Parkin, D.M. (2001). "Global Cancer Statistics in the Year 2000", *Lancet Oncology* 2, pp. 533-543.

Parkin, D.M., F. Bray, J. Ferlay, y P. Pisani (2002). "Global Cancer Statistics, 2002", *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 55, pp. 74-108.

Rodríguez-Cuevas, S., C. Macías, D. Franceschi y S. Labastida (2001). "Breast Carcinoma Presents a Decade Earlier in Mexican Women than in Women in the United States or European", *Cancer* 91, núm. 4, pp. 863-868.

Rowe, P.J., F.H. Camhaire, T.B. Hargreave y H.J. Mellows (1993). *WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of Infertile Couple*. Ginebra, World Health Organization.

SSA (1989). *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud 1987 (Enfes 87)*. México, Dirección General de Planificación Familiar.

_____ (2001). *Encuesta Nacional de Salud, 2000 (Ensa 2000)*. México, SSA, Instituto Nacional de Salud Pública.

_____ (2002a). *Compendio de cáncer 2002*. México, Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas-Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud-Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades-Dirección General de Epidemiología.

_____ (2002b). *Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas*, 2ª ed. México, Dirección Ge-

neral de Información y Evaluación del Desempeño.

Seow, A., J. Huang, S.P. Tay (2000). "Effects of Social Support, Regular Physician and Health-related Attitudes on Cervical Cancer Screening in a Asian Population", *Cancer Causes and Control* 11, pp. 223-230.

Sievert, L.L., S.I. Hautaniemi (2003). "Age at Menopause in Puebla, Mexico", *Human Biology* 75, núm. 2, pp. 205-226.

Speroff, L., R.H. Glass, N.G. Kase (1994). "Assisted Reproduction", en *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*, 5ª ed., Baltimore, Williams and Wilkins, pp. 1014-1042.

Vite-Vargas, J.A., D.A. Ortiz-Núñez, I. Hernández-Marín, J.M. Tovar-Rodríguez y A.R. Ayala (2005). "Análisis epidemiológico de la infertilidad en una población mexicana", *Ginecología y obstetricia de México* 73, pp. 360-364.

World Health Organization (1996). *Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific Group*. Technical Report Series núm. 866. Ginebra, WHO.

CUESTIONARIOS

SSA **CRIM / UNAM**

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA 2003

CUESTIONARIO DE HOGAR

NÚM. DE CUESTIONARIO |_____|

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ |__|__|

MUNICIPIO O DELEGACIÓN:_____ |__|__|__|

LOCALIDAD O COLONIA:_____ |__|__|__|__|

DIRECCIÓN (Calle, camino, número exterior e interior): _____

_____

AGEB |___|___|___| - |___| MANZANA O ÁREA DE LISTADO |___|___|___| SEGMENTO |___|___| VIVIENDA |___|___| HOGAR |___|___|

VISITAS DEL ENTREVISTADOR	1	2	3	4	
FECHA	|___|___| |___|___| DÍA MES	|___|___| |___|___| DÍA MES	|___|___| |___|___| DÍA MES	|___|___| |___|___| DÍA MES	**2003**
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR					
CLAVE DEL ENTREVISTADOR	|___|___|___|	|___|___|___|	|___|___|___|	|___|___|___|	
HORA QUE COMENZÓ	|___|___:___|___|	|___|___:___|___|	|___|___:___|___|	|___|___:___|___|	
HORA QUE TERMINÓ	|___|___:___|___|	|___|___:___|___|	|___|___:___|___|	|___|___:___|___|	
DURACIÓN	|___|___|___|	|___|___|___|	|___|___|___|	|___|___|___|	MIN
RESULTADO*	|___|___|	|___|___|	|___|___|	|___|___|	

* Código de resultados

01 Entrevista completa
02 Entrevista incompleta (Anote en observaciones)
03 Entrevista aplazada
04 Nadie en casa
05 Se negó a dar información
06 Informante inadecuado
07 No es vivienda
08 Desocupada
09 De uso temporal
10 Otro (Anote en observaciones)

OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

	SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	CODIFICADO POR	GRABADO POR	
NOMBRE					
FECHA	|___|___| |___|___| DÍA MES	|___|___| |___|___| DÍA MES	|___|___| |___|___| DÍA MES	|___|___| |___|___| DÍA MES	**2003**

LOS DATOS QUE USTED PROPORCIONE SON ANÓNIMOS Y SE USARÁN SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICOS

NÚMERO DE RENGLÓN	PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA	
	IDENTIFICACIÓN	VERIFICACIÓN
	1	2
	Por favor, dígame el nombre de cada una de las personas que normalmente viven en este hogar, empezando por el jefe del hogar. No olvide incluir a los niños chiquitos y a los ancianos. **CIRCULE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA PERSONA QUE LE PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN, Y MARQUE CON UNA CRUZ FUERA DE LA COLUMNA A LAS MUJERES ELEGIBLES.** ↓	Entonces, ¿son: |____|____| personas las que forman este hogar? Sí .... 1 No ..... 2 ↓ VERIFIQUE Y CORRIJA LA LISTA

	NOMBRE
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	

"Buenos días (tardes). Mi nombre es_____. La *Universidad Nacional Autónoma de México* está realizando un estudio para la Secretaría de Salud, para conocer varios aspectos de la salud de la mujer. Por eso, queremos pedirle que nos permita hacerle unas preguntas sobre este tema.

LOS DATOS QUE USTED NOS PROPORCIONE SON ANÓNIMOS Y SE USARÁN SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICOS".

HOGAR: Unidad doméstica formada por una o más personas unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación, es decir, que comparten un mismo gasto para la comida.

i. ¿Todas las personas que habitan en esta vivienda comparten el mismo gasto para la comida?

Sí ..... 1 No 2

↓

PASE A LISTA DE PERSONAS

ii. Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para la comida, contando el de usted?

|____|

UTILICE **UN** CUESTIONARIO PARA CADA HOGAR

NÚMERO DE RENGLÓN	PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA				
	SEXO		EDAD	CONDICIÓN DE RESIDENCIA	PARENTESCO
	3		4	5	6
	¿(NOMBRE) es hombre o mujer?		¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)? MENOR DE UN AÑO ..... 00 97 AÑOS ó MÁS ..... 97 NR 99	¿(NOMBRE): LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE LA QUE CORRESPONDA vive en otro lugar, porque está trabajando, estudiando o por otras razones? ..... 1 vive en otro lugar, aunque por ahora está aquí? ..... 2 vive temporalmente aquí, porque no tiene otro lugar donde vivir? ..... 3 vive normalmente aquí? ..... 4 vive aquí, aunque por ahora está en otro lugar? ..... 5 NR 9	¿Qué es (NOMBRE) del(la) jefe(a) del hogar? ¿Qué parentesco tiene (NOMBRE) con (JEFE DEL HOGAR)? Esposo (a) o compañero ..... 02 Hijo (a) ..... 03 Padre o madre ..... 04 Abuelo (a) ..... 05 Hermano (a) ..... 06 Cuñado (a) ..... 07 Yerno o nuera ..... 08 Nieto (a) ..... 09 Sobrino (a) ..... 10 Primo (a) ..... 11 Suegro (a) ..... 12 Tío (a) ..... 13 Otro pariente (ESPECIFIQUE) ..... 14 Sirviente (a) ..... 15 No tiene parentesco 16
	↓		↓	↓	↓
	HOMBRE	MUJER	AÑOS	CÓDIGO	PARENTESCO
01	1	2	|____|____|	|____|	**0 1** JEFE DE HOGAR
02	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
03	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
04	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
05	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
06	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
07	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
08	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
09	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
10	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
11	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
12	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
13	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
14	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
15	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
16	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____
17	1	2	|____|____|	|____|	|____|____| _____

NÚMERO DE RENGLÓN	PARA TODAS LAS PERSONAS DE LA LISTA		
	PADRE EN HOGAR	**MADRE EN HOGAR**	**DERECHOHABIENCIA**
	7	8	9
	¿Vive el padre de (NOMBRE) en este hogar? "**SÍ**" → **¿Quién es el padre?** ANOTE EL NÚMERO DE RENGLÓN DEL PADRE "**NO**" ..... 88 ↓	¿Vive la madre de (NOMBRE) en este hogar? "**SÍ**" → **¿Quién es la madre?** ANOTE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA MADRE "**NO**"..... 88 ↓	Por alguno de sus familiares o por el trabajo que realiza, ¿(NOMBRE) tiene derecho a servicio médico: LEA TODAS LAS OPCIONES Y ANOTE LAS QUE CORRESPONDAN en el Seguro Social (IMSS)? ..... 1 en el ISSSTE?..... 2 proporcionado por instituciones públicas o paraestatales (como PEMEX, Marina, Ejército, etc.)? ..... 3 pagado por empresas privadas (como fábricas, bancos, etc.)? ..... 4 en otro tipo de institución?..... 5 ¿No tiene derecho a servicio médico?..... 6 No sabe ..... 8 NR ..... 9 →
	No. DE RENGLÓN	**No. DE RENGLÓN**	**CÓDIGO**
01	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
02	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
03	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
04	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
05	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
06	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
07	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
08	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
09	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
10	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
11	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
12	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
13	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
14	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
15	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
16	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|
17	|____|____|	|____|____|	|___| |___| |___|

NÚMERO DE RENGLÓN	PARA PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS							
	LENGUA INDÍGENA							
	10		11	12		13	14	
	¿(NOMBRE) **habla** alguna lengua indígena? "**NO**" ↓ PASE A 12 →		¿Qué lengua indígena habla (NOMBRE)? PASE A 14 →	¿(NOMBRE) **entiende** alguna lengua indígena, aunque no la hable? "**NO**" ↓ PASE A 15 →		¿Qué lengua indígena entiende (NOMBRE)? PASE A 15 →	¿(NOMBRE) habla español? →	
	SÍ	**NO**	**LENGUA INDÍGENA**	**SÍ**	**NO**	**LENGUA INDÍGENA**	**SÍ**	**NO**
01	1	2	_____	1	2	_____	1	2
02	1	2	_____	1	2	_____	1	2
03	1	2	_____	1	2	_____	1	2
04	1	2	_____	1	2	_____	1	2
05	1	2	_____	1	2	_____	1	2
06	1	2	_____	1	2	_____	1	2
07	1	2	_____	1	2	_____	1	2
08	1	2	_____	1	2	_____	1	2
09	1	2	_____	1	2	_____	1	2
10	1	2	_____	1	2	_____	1	2
11	1	2	_____	1	2	_____	1	2
12	1	2	_____	1	2	_____	1	2
13	1	2	_____	1	2	_____	1	2
14	1	2	_____	1	2	_____	1	2
15	1	2	_____	1	2	_____	1	2
16	1	2	_____	1	2	_____	1	2
17	1	2	_____	1	2	_____	1	2

NÚMERO DE RENGLÓN	PARA PERSONAS DE 5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS							
	PERTENENCIA ÉTNICA		ALFABETISMO		ASISTENCIA A LA ESCUELA			
	15		16		17		18	
	¿(NOMBRE) es náhuatl, maya, zapoteco, mixteco, o de otro grupo indígena? **¿ (NOMBRE) es (LENGUA INDÍGENA EN 11 ó 13) o de otro grupo indígena?** →		¿(NOMBRE) sabe leer y escribir un recado en español? →		¿Alguna vez (NOMBRE) fue a la escuela? "**NO**" ↓ PASE A 20 →		¿(NOMBRE) actualmente va a la escuela? →	
	SÍ	**NO**	**SÍ**	**NO**	**SÍ**	**NO**	**SÍ**	**NO**
01	1	2	1	2	1	2	1	2
02	1	2	1	2	1	2	1	2
03	1	2	1	2	1	2	1	2
04	1	2	1	2	1	2	1	2
05	1	2	1	2	1	2	1	2
06	1	2	1	2	1	2	1	2
07	1	2	1	2	1	2	1	2
08	1	2	1	2	1	2	1	2
09	1	2	1	2	1	2	1	2
10	1	2	1	2	1	2	1	2
11	1	2	1	2	1	2	1	2
12	1	2	1	2	1	2	1	2
13	1	2	1	2	1	2	1	2
14	1	2	1	2	1	2	1	2
15	1	2	1	2	1	2	1	2
16	1	2	1	2	1	2	1	2
17	1	2	1	2	1	2	1	2

NÚMERO DE RENGLÓN	5 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS		PARA PERSONAS DE 8 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS	
	GRADO DE ESCOLARIDAD		CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN
	19		20	21
	¿Cuál es el último año o grado que (NOMBRE) pasó (aprobó) en la escuela? **NIVEL:** Preescolar ..... 01 Primaria ..... 02 Secundaria ..... 03 Estudios sin secundaria: - Técnicos ..... 04 - Comerciales o secretariales ..... 05 Preparatoria ..... 06 Estudios con secundaria: - Técnicos ..... 07 - Comerciales o secretariales ..... 08 - Normal ..... 09 Profesional ..... 10 Normal con preparatoria ..... 11 Posgrado ..... 12 No sabe ..... 8 88 NR 9 99		¿La semana pasada (NOMBRE): LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA trabajó? ..... 1 no trabajó, pero sí tenía trabajo? ..... 2 PASE A 22 buscó trabajo? ..... 3 era estudiante? ..... 4 se dedicó a los quehaceres del hogar? ..... 5 está jubilado(a) o pensionado(a)? ..... 6 está incapacitado (a) permanentemente para trabajar? ..... 7 PASE A 23 ¿No trabajó? 8	Además de (CONDICIÓN EN 20), ¿La semana pasada (NOMBRE): LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA vendió algún producto (ropa, alimentos, etc.)? ..... 1 ayudó a trabajar en un negocio familiar? ..... 2 hizo algún producto para vender (alimentos, artesanías, ropa, etc.)? ..... 3 a cambio de un pago lavó, planchó o cocinó? ..... 4 ayudó a trabajar en las actividades agrícolas o en la cría de animales? ..... 5 ¿No trabajó? ..... 6 PASE A 23
	→		→	→

	GRADO	NIVEL	CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	VERIFICACIÓN
01	|___|	|___|___|	|____|	|____|
02	|___|	|___|___|	|____|	|____|
03	|___|	|___|___|	|____|	|____|
04	|___|	|___|___|	|____|	|____|
05	|___|	|___|___|	|____|	|____|
06	|___|	|___|___|	|____|	|____|
07	|___|	|___|___|	|____|	|____|
08	|___|	|___|___|	|____|	|____|
09	|___|	|___|___|	|____|	|____|
10	|___|	|___|___|	|____|	|____|
11	|___|	|___|___|	|____|	|____|
12	|___|	|___|___|	|____|	|____|
13	|___|	|___|___|	|____|	|____|
14	|___|	|___|___|	|____|	|____|
15	|___|	|___|___|	|____|	|____|
16	|___|	|___|___|	|____|	|____|
17	|___|	|___|___|	|____|	|____|

NÚMERO DE RENGLÓN	8 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS	
	POSICIÓN EN EL TRABAJO	**ESTADO CIVIL**	**CÓNYUGE EN EL HOGAR**
	22	23	24
	¿(NOMBRE) en su **trabajo principal** es: LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA obrero o empleado no agropecuario? .. .. 01 jornalero rural o peón de campo? .... 02 patrón, empleador o propietario de un negocio (de 1 a 5 trabajadores)? ..... 03 patrón, empleador o propietario de un negocio (de 6 y más trabajadores)? ..... 04 trabajador por su cuenta? ..... 05 trabajador familiar sin retribución? ... 06 trabajador **no** familiar sin retribución? 07 trabajador a destajo? ..... 08 otro?_____ ..... 09 (ESPECIFIQUE) No sabe ..... 98 NR 99	¿Actualmente (NOMBRE): LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA vive en unión libre? .....1 es separado(a)? .....2 es divorciado(a)? .....3 es viudo(a)? .....4 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA O A 25 es casado(a)? - sólo por lo civil .....5 - sólo por la iglesia ....6 - por lo civil y por la. iglesia .....7 . es soltero(a)? .....8 PASE A LA SIGUIENTE PERSONA O A 25	¿Vive el (la) esposo(a) o compañero(a) de (NOMBRE) en este hogar? "**SÍ**" → **¿Quién es el (la) esposo(a) o compañero(a) de (NOMBRE)?** ANOTE EL NÚMERO DE RENGLÓN DEL CÓNYUGE "**NO**" 88
	→	→	→

	POSICIÓN EN EL TRABAJO	**ESTADO CIVIL**	**No. DE RENGLÓN**
01	|____|____| _____	|____|	|___|___|
02	|____|____| _____	|____|	|___|___|
03	|____|____| _____	|____|	|___|___|
04	|____|____| _____	|____|	|___|___|
05	|____|____| _____	|____|	|___|___|
06	|____|____| _____	|____|	|___|___|
07	|____|____| _____	|____|	|___|___|
08	|____|____| _____	|____|	|___|___|
09	|____|____| _____	|____|	|___|___|
10	|____|____| _____	|____|	|___|___|
11	|____|____| _____	|____|	|___|___|
12	|____|____| _____	|____|	|___|___|
13	|____|____| _____	|____|	|___|___|
14	|____|____| _____	|____|	|___|___|
15	|____|____| _____	|____|	|___|___|
16	|____|____| _____	|____|	|___|___|
17	|____|____| _____	|____|	|___|___|

25. ¿Los ocupantes de esta vivienda disponen de agua entubada... **(LEA TODAS LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA)**	dentro de la vivienda?.....1 fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?.....2 de la llave pública?.....3 ¿No disponen de agua entubada?.....4	
26. ¿Disponen de drenaje en esta vivienda?	SÍ .....1 NO 2	→ 28
27. ¿Está conectado al drenaje de la calle, a la fosa séptica o a un pozo?	Conectado al drenaje de la calle.....1 Conectado a la fosa séptica o pozo.....2 Desagua al suelo, río o lago.....3 No sabe.....8 NR.....9	
28. ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?	Tierra .....1 Cemento o firme .....2 Madera, mosaico, alfombra u otros recubrimientos 3	
29. ¿Cuántos cuartos en total tiene esta vivienda, sin contar el baño, la cocina y los pasillos?	Número de cuartos .....|___|___|	
30. ¿Tiene esta vivienda un cuarto exclusivo para cocinar?	SÍ .....1 NO 2	
31. ¿Disponen de luz eléctrica en esta vivienda?	SÍ .....1 NO 2	
32. ¿Tiene este hogar... **(LEA TODAS LAS OPCIONES Y MARQUE TODAS LAS QUE SEAN AFIRMATIVAS)**	**SI** **NO** a) refrigerador? 1 2 b) lavadora de ropa? 1 2 c) calentador de agua? 1 2 d) horno de microondas? 1 2 e) televisión? 1 2 f) teléfono? 1 2 g) teléfono celular? 1 2 h) videocasetera? 1 2 i) computadora? 1 2	
33. Tomando en cuenta a todas las personas que viven en este hogar, ¿a cuánto ascienden sus ingresos mensuales?	Ingreso mensual .....$ |___|___|___|___|___|___|___| No sabe.....8 NR.....9	
34 ¿Alguna o algunas personas de este hogar reciben el apoyo de un programa social, como: **(CIRCULE TODAS LAS QUE MENCIONE)**	Progresa / Oportunidades? .....01 Procampo? .....02 Liconsa? .....03 ¿Otro? _____.....04 (ESPECIFIQUE) Ninguno.....96 No sabe.....98 NR.....99	

AGRADEZCA Y CONTINÚE CON LOS CUESTIONARIOS INDIVIDUALES

La salud reproductiva en México.
Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003,
se terminó de imprimir en abril de 2007. Composición tipográfica,
formación e impresión: Grupo Edición, S.A. de C.V., Xochicalco 619,
Col. Vértiz-Narvarte, Deleg. Benito Juárez, 03600 México, D.F.
Se tiraron 1 000 ejemplares en papel Couché de 135 gramos.
La corrección estuvo a cargo de Hugo Espinoza Rubio
y el cuidado de la edición de Víctor Manuel Martínez.