

TESIS DOCTORAL

**ANTICONCEPCIÓN Y FECUNDIDAD EN LA ARGENTINA:
PRÁCTICAS, OPINIONES Y POLÍTICAS**

AUTORA: ELSA MABEL LÓPEZ

DIRECTORA: DRA. ANNA CABRÉ I PLA

DOCTORAT EN DEMOGRAFIA
DEPARTAMENT DE GEOGRAFIA
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA
CENTRE D'ESTUDIS DEMOGRÀFICS

MARZO DE 2005

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de esta Tesis doctoral ha sido posible por el apoyo y la confianza que me brindaron muchas personas e instituciones. Espero corresponder a sus expectativas.

En primer lugar, quiero agradecer a Anna Cabré, mi directora de tesis y también directora del Centre d'Estudis Demogràfics de la Universitat Autònoma de Barcelona por su estímulo constante, su apoyo y su generosidad. La primera frase que me surge es la del refrán popular "el que a buen árbol se arrima, buena sombra lo cobija". Anna no sólo ha aportado la sombra para mi cobijo sino la savia nutricia disparadora de ideas y argumentos. Trabajar con Anna despierta el deseo de emular su claridad para expresarse y su lucidez para reflexionar, formular preguntas y cuestionar posibles respuestas; en síntesis, de la interacción de tantos años desearía haber captado algo de su capacidad para el pensamiento crítico y su gran experiencia en la formación académica.

Mis colegas y amigos del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires están en el segundo lugar de los agradecimientos personales. En Mario Margulis, Liliana Findling, Mónica Abramzón, Andrea Federico, María Arruñada, Alicia Masaútis, Carolina Peterlini y Marisa Ponce, entre los más cercanos, encuentro siempre interlocutores estimulantes y nuevas perspectivas para pensar los temas que nos preocupan. Los estudiantes de grado y de posgrado, así como los becarios y tesisistas también deben ser deudores de mi agradecimiento, por sus aportes de preguntas, dudas y miradas interdisciplinarias. Gracias también para María Cristina Cacopardo, de la Maestría en Demografía Social de la Universidad Nacional de Luján (Argentina) y Edith Alejandra Pantelides del Centro de Estudios de Población (CENEP) de Buenos Aires por crear ambientes propicios para el intercambio de ideas. A Noemí Bordoni, coordinadora ejecutiva de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires le agradezco su confianza y permanente estímulo.

A Axel Mundigo le agradezco su apoyo en la Organización Mundial de la Salud cuando me fue otorgado el financiamiento para llevar a cabo la Encuesta de Salud Reproductiva, a Brígida García, de El Colegio de México por sus valiosas sugerencias y a María Eugenia Zavala de Cosío de la Universidad de París X por sus comentarios sobre algunas etapas de mi trabajo.

En lo institucional, todo mi agradecimiento al Centre d'Estudis Demogràfics y al Departament de Geografia de la Universitat Autònoma de Barcelona por las facilidades

que me proporcionaron, su hospitalidad, eficiencia y calidez. En el Centre agradezco especialmente a Andreu Domingo, subdirector, Herminia Pujol, gerente, Soco Sánchez, encargada del Programa de Doctorado, Eulàlia Camps y Ruth Pastor. A Tere Menacho, Joan García y María Parnau un agradecimiento especial por el excelente nivel de su apoyo informático y su buena disposición. La ayuda del Centro de Visión por Computadora de la Universitat Autònoma de Barcelona fue también inestimable. En este agradecimiento no puede faltar el recuerdo emocionado para Àngels Torrents, la entrañable amiga que me introdujo en muchos de los atractivos de Barcelona y Catalunya. En el Departament de Geografia recibí variados y útiles consejos de Antoni Tulla y Àngels Pascual.

Doy las gracias a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y a sus decanos Juan Carlos Portantiero, Fortunato Mallimaci y Federico Schuster por el apoyo otorgado.

A Ale y Manu, mis hijos, les dedico este trabajo agradeciéndoles su cariño y la alegría contagiosa con la que van por la vida.

ÍNDICE

I.	Introducción	7
II.	Publicación N° 1: Tener menos hijos pero rápido	27
III.	Publicación N° 2: Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires	55
IV.	Publicación N° 3: Aspectos socioculturales de la reproducción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires: ¿más lejos del modelo y más cerca de América Latina?	81
V.	Publicación N° 4: Salud de las mujeres y vulnerabilidad: vida reproductiva y prácticas preventivas	105
VI.	Publicación N° 5: La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?	139
VII.	Publicación N° 6: Anticoncepción, patrones reproductivos y salud de las mujeres en la Argentina: precisiones, contrastes y problemas	175
VIII.	Publicación N° 7: La salud de las mujeres en la Argentina: procreación y desigualdad	207
IX.	Publicación N° 8: Fecundidad, anticoncepción y condiciones de vida: algo conocido y mucho por conocer	239
X.	Publicación N° 9: Anticoncepción y aborto	261
XI.	Conclusiones	273

ANEXOS

Anexo 1:	Reproducción, familia y género: decisiones en torno a la fecundidad y al trabajo	303
Anexo 2:	a) Cuestionario de la Encuesta de Salud Reproductiva	333
	b) Cuestionario de las mujeres de 15 a 49 años del Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)	359

INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones que guiaron los trabajos que se presentan en esta tesis doctoral fue conocer las razones que abonan la persistencia de una fecundidad elevada en la Argentina, un país que en el conjunto de su población comenzó el descenso de la fecundidad en la década de 1930. En los trabajos se intenta comprender los lazos entre las prácticas reproductivas de las mujeres, sus valores y sus condiciones de vida. En otras palabras: ¿puede pensarse que las mujeres tienen muchos hijos porque ven dificultado su acceso a la anticoncepción por la carencia de programas de salud pública? ¿O tienen muchos hijos porque provienen de hogares muy numerosos, en los cuales se reflejan el valor de una familia grande y de la maternidad como un atributo fundamental para la autoestima de las mujeres? Si esto último fuera así: ¿esta situación conduciría a la persistencia de una fecundidad alta o ésta se verá modificada en los tiempos por venir?

Podría pensarse que las diferencias de fecundidad se deben a los obstáculos que encuentran las mujeres más pobres para acceder a la anticoncepción o a la diversidad de significados que varones y mujeres de distintos estratos socioeconómicos asignan a las modalidades de formación de parejas, hijos y familias, así como a las normas que regulan las relaciones de género: el poder, la autonomía y la comunicación (García y de Oliveira, 1994; Mason 1995).

En la primera parte de esta introducción se hace una breve reseña de la evolución de la dinámica de la población de América Latina y Argentina en la segunda mitad del siglo XX, seguida de una descripción de los orígenes y la evolución de las políticas de población en la región. Se esboza luego el comportamiento de la anticoncepción y los servicios de salud para concluir este capítulo con la metodología usada en las tres investigaciones que sustentan los datos utilizados en las publicaciones.

La dinámica de la población en América Latina y Argentina

América Latina protagonizó en los últimos 30 años un descenso importante de sus niveles de crecimiento demográfico, atribuible fundamentalmente a la disminución de la fecundidad. Los factores determinantes que originaron ese descenso se han descrito en numerosas investigaciones, en las cuales se documenta el papel relevante de la práctica anticonceptiva en la caída de la fecundidad.

Una breve reseña de lo acontecido en América Latina indica que la tasa global de fecundidad, que expresa el promedio de hijos por mujer al final de la vida reproductiva,

pasó de 6 hijos en 1950 a 3.5 hijos en 1990 (Prada, 1992). Las caídas de la fecundidad ocurrieron en Brasil, México, Colombia, República Dominicana, Costa Rica, Panamá, Venezuela y, finalmente, en Perú y Ecuador, con descensos cercanos al 50% entre 1950 y 1990. La fecundidad bajó en todos los grupos de edad, especialmente en las mujeres mayores de 35 años. En Argentina, Cuba, Chile y Uruguay el descenso de la fecundidad ocurrió más tempranamente, en la primera mitad del siglo XX (Pantelides, 1989).

La caída de la fecundidad en América Latina fue el resultado de la combinación de varios factores, entre los cuales el uso de la anticoncepción fue el más importante, ya que los patrones de las uniones conyugales no experimentaron cambios muy notorios (Quilodrán, 1991). En ese cambio jugaron un rol esencial los sectores público y privado, dependiendo de los países y de las etapas cronológicas que se atravesaron: las actividades de difusión y provisión de métodos anticonceptivos recayeron en el sector privado en los años previos a 1974; a partir de esa fecha hubo países, como México, en los que el Estado tomó las riendas de las políticas de población, desde la definición de las metas de crecimiento hasta la puesta en marcha de los programas para dar cumplimiento a dichas metas. En contraste, en Brasil y Colombia el peso de la actividad en materia de anticoncepción estuvo a cargo del sector privado hasta épocas recientes.

La situación demográfica de la Argentina revela niveles moderados de crecimiento de la población si se los compara con otras naciones de América Latina. En 1991 la tasa de crecimiento anual fue del 1.5% y la tasa global de fecundidad alcanzó a 2.9 hijos en el total del país. Este indicador difiere en las distintas regiones del país: en la Ciudad de Buenos Aires fue de 1.86 hijos por mujer y en la provincia de Jujuy alcanzó niveles de alrededor de 5 hijos. También se comprueban grandes contrastes en el número de hijos tenidos por las mujeres de distintos estratos socioeconómicos y educacionales, que llegan a los 2 hijos entre las que concluyeron el nivel secundario y aquellas que no finalizaron el elemental: 2 hijos contra 4, respectivamente (López y Tamargo, 1995).

Las explicaciones de las diferencias encontradas en la fecundidad argentina no responden a una causa única sino a una serie de factores históricos, sociales, culturales y políticos, como se ha mostrado en varios estudios sobre otros países de América Latina (Berquó, 1989; Jelin, 1984; Raczynski y Serrano, 1986; García y de Oliveira, 1994). Los contrastes plantean un desafío al conocimiento sobre comportamientos reproductivos, representaciones simbólicas y calidad de los servicios de salud (Bruce, 1990; Cook, 1993; Freedman y Isaacs, 1993; Mundigo, 1993 y 1994).

En el proceso transitado por la sociedad argentina debe resaltarse el papel de la inmigración europea y la urbanización (Pantelides, 1986 y 1989).

El control de los nacimientos y la recurrencia al aborto se han practicado desde hace largo tiempo en los grupos sociales medios y altos y también en amplias capas de los sectores populares. Si no se partiera de estos supuestos resultaría difícil explicar el crecimiento demográfico relativamente bajo de la Argentina si se lo compara con el de otros países de América Latina.

Mientras las zonas de mayor desarrollo relativo de la Argentina iniciaban el descenso de la fecundidad, otras jurisdicciones (provincias) conservaron un tipo de comportamiento más tradicional, caracterizado por patrones reproductivos prolíficos. En esas regiones se siguieron patrones de fecundidad similares a los del período pretransicional de América Latina: edades tempranas a la primera unión y al primer nacimiento, uso escaso y errático de los métodos anticonceptivos, nacimientos numerosos con intervalos cortos entre sí y un amplio período entre el primero y el último nacimiento (Prada, 1992; López, 1994a y b y 1995).

Los estudios sobre las prácticas y representaciones ligadas a las decisiones reproductivas son muy escasos en la Argentina debido a que no se han realizado Encuestas de Fecundidad ni de Demografía y Salud en el país. En 1964 el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) llevó a cabo una Encuesta de Fecundidad en la Ciudad de Buenos Aires (de Janvry y Rothman, 1975) y sólo 30 años después, en 1994, se incluyeron algunas preguntas sobre fecundidad y anticoncepción en un Módulo Especial de Metas Sociales que se adicionó a la Encuesta Permanente de Hogares (cuyo objetivo principal es conocer los niveles del empleo en la Argentina). Más abajo, en el apartado Cuestiones metodológicas, se detallan algunas características del Módulo Especial de Metas Sociales.

Se cuenta con trabajos cualitativos que investigaron sobre aspectos sociales de la reproducción humana (Llovet y Ramos, 1986 y 1988; Balán y Ramos, 1989; Ramos, 1984) pero casi no existen los que profundicen sobre la magnitud del uso de anticonceptivos y sus conexiones con otras facetas de la vida de las mujeres (López y Tamargo, 1995).

En los últimos años se han ampliado las perspectivas sobre estos temas lográndose avanzar en la construcción de enfoques más comprensivos de estos fenómenos, en los cuales se intersectan cuestiones de alto contenido afectivo y emocional. En esta línea se ha contribuido al conocimiento de las conexiones entre patrones de nupcialidad y conyugalidad, tamaño de la familia, práctica de la anticoncepción y representaciones simbólicas.

Las políticas de población

En el análisis del descenso de la fecundidad y la expansión de la anticoncepción en América Latina no puede soslayarse la caída de la mortalidad. Ese descenso, junto a las altas y estables tasas de natalidad, llevaron el crecimiento natural de la población a niveles que la humanidad no había conocido hasta ese momento. Como ejemplo paradigmático baste decir que entre 1960 y 1970 las tasas de crecimiento de México llegaron al 3.5% anual, lo cual tuvo como consecuencia una duplicación de la población en 20 años. Este fenómeno, algo más atenuado, se estaba observando también en la mayoría de los países subdesarrollados desde la década de 1940, situación que comenzó a preocupar a algunos países desarrollados que, hasta ese momento, se manifestaban algo inquietos por el bajo crecimiento demográfico de sus países.

Luego de la II Guerra Mundial, y en diversos foros académicos, se empezaron a evaluar las consecuencias del crecimiento demográfico, atribuyéndole la mayor responsabilidad sobre el agotamiento de los recursos naturales del planeta, la contaminación ambiental y otras catástrofes ecológicas. Las preocupaciones excedieron el ámbito académico, asumieron preponderancia política y fueron debatidas por primera vez en un foro gubernamental, la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas en la ciudad de Bucarest en 1974. En Bucarest se enfrentaron variadas posiciones teóricas e ideológico-políticas: existía un Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) y un conjunto de países pobres, agrupados en lo que se llamó Tercer Mundo, a los cuales las posiciones y propuestas de los países desarrollados tendientes al control del crecimiento de la población en el mundo subdesarrollado parecieron más ligadas a asegurar su primacía que a mejorar los niveles de vida de los más pobres. Estas fueron las razones que llevaron a los países de América Latina reunidos en San José, Costa Rica, con anterioridad a la reunión de Bucarest, a elaborar una propuesta alternativa al Plan de Acción Mundial en Población (PAMP) formulado por los países desarrollados.

La Conferencia de Bucarest estuvo a punto de naufragar y sobrevivió porque se acordó reconocer que la población y su dinámica estaban indisolublemente ligadas al concepto de desarrollo. El PAMP, que fue el instrumento ético y jurídico emanado de la Conferencia de Bucarest, reconoció el derecho de las parejas y de los individuos, y ya no el de los padres, (como se había definido en la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán en 1968), "a decidir libre y responsablemente, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y de la información, educación y medios para implementar esa decisión".

A partir de Bucarest comenzaron a diseñarse y a ponerse en ejecución las políticas de población en América Latina. De los países que adoptaron una política de población explícita, en la cual los gobiernos manifiestan su deseo de modificar las tendencias demográficas (casi siempre con el objetivo del descenso de la fecundidad para bajar el ritmo de crecimiento), México es el que ha diseñado una política más consistente e integral, con objetivos y metas no sólo en el campo del crecimiento natural sino en el de la migración interna. En América Latina, los países que decidieron disminuir la velocidad de su crecimiento demográfico diseñaron políticas orientadas a las mujeres. Muchas veces estas intervenciones -estuvieran o no implementadas por el Estado- se realizaron sin el debido cuidado hacia el respeto de los derechos humanos de las personas y el consiguiente control sobre las modalidades con las que se obtenía el deseado descenso de la fecundidad.

La Conferencia Internacional de México de 1984, a 10 años de Bucarest, marcó nuevas facetas , con un reagrupamiento de los países. También esos 10 años habían marcado enormes transformaciones en el escenario político mundial y poco quedaba del NOEI; lo que marcaba los nuevos tiempos era el Nuevo Orden Internacional y los reaganomics, con énfasis en la libertad de los mercados y en las privatizaciones. En 1994 se realizó en El Cairo la tercera de las Conferencias gubernamentales mundiales, que también estuvo centrada en la reducción de las tasas de crecimiento a través del descenso de la fecundidad. Sin embargo, otros enfoques y la experiencia acumulada de 30 años aportaron nuevas perspectivas: la irrupción de los movimientos de mujeres en el campo de la población hizo posible la enunciación de conceptos referidos a la autonomía de las mujeres, que promueve el control sobre la vida reproductiva mediante la información adecuada y los servicios de salud apropiados y el aumento del poder de decisión en la vida social. El respeto y la dignidad se han incluido como parte esencial de la calidad de los servicios de salud reproductiva.

Una de las críticas importantes que se ha hecho a la formulación del PAMP y a otros documentos gubernamentales en el campo de la población es su amplio nivel de generalidad. Se les ha cuestionado no tomar en cuenta la situación específica de los sectores de población a quienes se dirigen las políticas -la gente más pobre y con menos poder-. Si esas personas viven en países con alto crecimiento demográfico, se convierten en población objetivo para la reducción de la fecundidad, independientemente de sus deseos y necesidades. Si, en cambio, como ha sucedido hasta muy recientemente en la Argentina, el crecimiento de la población es moderado, se ignoran o se obstaculizan sus deseos de información y acceso a los medios adecuados para limitar su descendencia. En ambos casos se afectan derechos humanos fundamentales que están protegidos por convenciones internacionales. El

campo de la población es donde se intersectan la filosofía y las grandes teorías sociales y políticas con la vida cotidiana de la gente, con sus valores y con sus facetas más íntimas: la sexualidad y la reproducción.

También los movimientos de mujeres aportaron críticas y propuestas a la discusión sobre población y políticas, sosteniendo la prioridad de los derechos individuales de las personas sobre el derecho de los estados y afirmando el derecho a ser sujetos de derecho. En esta línea se ha ido afianzando cierta orientación de las políticas de población en el campo reproductivo, tendiente al reconocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos de mujeres y varones mediante información y asistencia en las decisiones reproductivas (Freedman y Isaacs, 1993; Cook, 1993).

En la Argentina, el crecimiento moderado de la población tuvo consecuencias en el campo de las políticas y los derechos reproductivos. Como resultado de esas tendencias las políticas gubernamentales tendieron a obstaculizar las prácticas de regulación de la fecundidad, y aunque el acceso a la compra de métodos anticonceptivos nunca se prohibió, en la década de 1970 (primero con el gobierno constitucional de Isabel Martínez de Perón y después con la dictadura de Videla) se interrumpió toda actividad de asesoramiento y asistencia en anticoncepción en los servicios públicos de salud (Torrado, 1986), lo cual perjudicó a las mujeres más pobres, que son las que concurren a dichos servicios. Dicha interrupción marcó una ruptura con las actividades de asistencia en anticoncepción que se habían iniciado a fines de 1960 en los hospitales del sector público del Área Metropolitana de Buenos Aires. Para tomar estas medidas se esgrimieron variados argumentos: la “penetración imperialista”, aspectos religiosos o carencia de recursos financieros.

Las mujeres de sectores más acomodados, al poder afrontar los gastos que les demandaba la atención de su salud ginecológica, dispusieron de mejores posibilidades para obtener servicios de calidad, adecuados a sus necesidades y preferencias.

Las medidas coercitivas tomadas en la década de 1970 fueron derogadas en 1986, pese a lo cual durante muchos años posteriores a esa última fecha persistieron obstáculos, debidos principalmente a la ausencia de normativas claras de los Ministerios o Secretarías de Salud, lo que determinó que las decisiones sobre anticoncepción dependieran del arbitrio de los jefes de los servicios de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos (López, 1990). Hasta la década de 1990 existieron dificultades de orden político, legislativo y de recursos para conseguir esos servicios en Salud Pública (Birgin, 1991; Torrado, 1986, 1991 y 1993).

El Parlamento argentino promulgó en 2002 la Ley de Procreación Responsable. La ley puso en vigencia el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que habilita a los hospitales y centros de salud públicos a prescribir y

entregar en forma gratuita métodos anticonceptivos a las mujeres y varones que lo soliciten. La nueva ley establece que el suministro de métodos anticonceptivos será incluido en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico. Dicha ley, que se promulgó a pesar de una fuerte oposición de la Iglesia Católica, promueve un conjunto de medidas tendientes al logro de un mayor conocimiento en temas de salud sexual y reproductiva, aunque no modifica la penalización del aborto inducido.

Tanto en las políticas de población explícitas o implícitas en las cuales el descenso de la fecundidad primó sobre otra consideración, como en aquellos en que se postuló el crecimiento demográfico, se han desconocido y desconocen las opiniones, necesidades y preferencias de mujeres y varones pobres; en esos casos, ellas se han convertido en los "objetos" de las políticas explícitas o implícitas. En tal sentido, han sido pocos o casi inexistentes los modelos demográficos y de atención materno-infantil que hayan reconocido a las mujeres como miembros activos de la sociedad (Toro, 1989).

En los párrafos que siguen se harán algunas reflexiones sobre los métodos anticonceptivos y su papel en el control de la fecundidad.

La práctica anticonceptiva en América Latina y Argentina

La práctica anticonceptiva en América Latina comenzó a ser documentada durante la década de 1960, en la que se puso en ejecución el Programa de Encuestas Comparativas de Fecundidad en América Latina (PECFAL urbana y rural) del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). Los resultados de esos estudios permitieron conocer que en la región sólo el 13% de las mujeres casadas o unidas en edad de procrear usaba algún método anticonceptivo. De mediados de 1970 a 1980 diversas fuentes mencionan el crecimiento de un 36% a un 49% de uso en las mujeres de las características mencionadas. Las cifras estimadas para 1983 llegaron al 56% y las previstas para alrededor del año 2000 se sitúan cerca del 67%.

Existen notables diferencias en la práctica anticonceptiva de distintos países y dentro de éstos: la edad de las mujeres, el número de hijos tenidos, el nivel educacional y el lugar de residencia son factores claves para explicar los datos encontrados. Hay que subrayar que pese a la notable expansión de la cobertura en anticoncepción existe todavía un grado importante de demanda no atendida, que se desprende de la información de las mujeres que dijeron que no pensaban tener más hijos y, pese a ello, no usaron anticoncepción y se embarazaron. Otro de los hallazgos importantes fue la comprobación de la carencia de información sobre las características de los métodos y su adecuación a las necesidades y preferencias de las mujeres. En este sentido, una

información aportada por estudios recientes señala que un elevado porcentaje de usuarias de pastillas no debería utilizar este método por sus características de edad - mayores de 35 años- y de salud-hipertensas, diabéticas o con problemas cardiológicos o circulatorios.

En las décadas de 1980 y 1990 las Encuestas de Demografía y Salud encontraron que los países con muy bajas tasas de prevalencia en el uso de anticonceptivos eran Haití, Guatemala y Bolivia (del 10% al 34%). Un nivel intermedio se halló en México, Perú, Paraguay y Jamaica (del 40% al 55%), mientras que los niveles más elevados, superiores al 60%, se observaron en Panamá, Colombia, Costa Rica, Brasil y Puerto Rico.

La misma fuente de información señala que el rasgo más sobresaliente sobre el tipo de método utilizado fue el incremento de la esterilización femenina que se constituyó en el más utilizado en México, República Dominicana y El Salvador entre 1980 y 1990; en los dos últimos países la esterilización femenina concentra las tres cuartas partes de la práctica anticonceptiva.

La elevada prevalencia (o porcentaje) de las esterilizaciones femeninas, en algunos casos a edades muy tempranas o el notable crecimiento de los partos por cesárea en Brasil como paso previo a la esterilización, abonan este comentario. En torno a este tema, Carvalho y Rodríguez Wong (1990) mencionan que, en el Estado de Sao Paulo, la práctica de la esterilización femenina se acrecienta al aumentar el ingreso, mientras que los anticonceptivos orales son más frecuentes entre las mujeres de menores recursos. Informaciones de finales de la década de 1990 aportan que la esterilización femenina en Brasil atraviesa todos los estratos socioeconómicos de la sociedad.

La vasectomía o esterilización masculina tiene muy baja prevalencia de uso.

El uso de la píldora aumentó en Colombia, pero disminuyó en Costa Rica, Panamá, Puerto Rico y Trinidad y Tobago, a favor de la esterilización femenina. El dispositivo intrauterino mostró tendencia a aumentar, mientras que el preservativo tuvo una baja prevalencia de uso, que tal vez pueda modificarse a partir de las campañas de prevención del Sida. Los métodos tradicionales, como el ritmo y el retiro, con bajas condiciones de seguridad, contribuyen con alrededor de la mitad del total de la anticoncepción en Bolivia y Perú (Prada, 1992).

El aborto inducido también es utilizado en América Latina como método de regulación de la fecundidad. En todos los países de la región, salvo en Cuba, el aborto es ilegal y está penado por la ley. El acceso al aborto seguro depende de las condiciones económicas de las mujeres para pagarlo, de lo cual se concluye que las mujeres que toman la decisión de interrumpir un embarazo y no pueden afrontar el costo de una

intervención están expuestas a un riesgo muy elevado de morir o de sufrir secuelas invalidantes. Estas mujeres son las que nutren las estadísticas de mortalidad materna en América Latina. Los abortos captados como causa de muerte son sólo la punta del iceberg, ya que las cifras oficiales registran los casos que derivan en complicaciones que llevan a la muerte de la mujer pero nada dicen del total de abortos que se realizan y que no presentan complicaciones.

El número elevado de abortos en América Latina se explica, en gran medida, por la dificultad para acceder a una anticoncepción segura y eficaz. Las barreras socioculturales son un obstáculo a considerar en el tema de la salud reproductiva, tanto en lo que se refiere a las actividades de educación como a las de los servicios de salud.

La mortalidad materna, que es aquella que ocurre mientras la mujer está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, fue de 60 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para el total de América Latina en el período 1985-1990. Diversos estudios han documentado que las estadísticas sobre mortalidad materna adolecen de un elevado nivel de subestimación, debido a que con frecuencia las muertes se atribuyen a causas distintas al embarazo. En contraste, los países desarrollados muestran valores que no alcanzan a los 2 dígitos (Mora y Yunes, 1993).

El análisis de la mortalidad materna en América Latina muestra que sólo 7 de los 24 países tuvieron tasas inferiores a las 50 defunciones maternas en la década de 1990: Barbados, Belice, Cuba, Chile, Costa Rica, Nicaragua y Uruguay; otros 8 países registraron tasas superiores a 100: Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Bolivia, Haití y Paraguay, mientras que el resto se situó en la franja intermedia de ambos valores (Mora y Yunes, 1993; World Health Organization, 1991).

Del total de muertes maternas, el aborto inducido constituyó la primera causa de muerte en Argentina (35%), Bolivia (35%), Chile, Jamaica, Uruguay y Venezuela (25%) y Trinidad (54%) en las fechas mencionadas. Otras causas de la mortalidad materna fueron las hemorragias y las toxemias, ambas asociadas con la deficiente accesibilidad (física y sociocultural) a los servicios de salud. Lo anterior subraya la necesidad de plantear la reducción de la mortalidad materna como objetivo primordial en la agenda de salud de los países latinoamericanos y la asistencia en anticoncepción como factor clave para conseguir ese objetivo.

Se ha dicho que las tasas de mortalidad materna de las jurisdicciones pobres y no pobres pueden considerarse una aproximación a la mortalidad materna de las mujeres pobres y no pobres. Para ilustrarlo puede ejemplificarse con los datos de Formosa, la provincia más pobre de la Argentina, que registró una tasa de 177 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos en 2000 y los de Ciudad de Buenos Aires, la jurisdicción

de mayor desarrollo relativo del país, con 14 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos (Ministerio de Salud y Acción Social, 2002).

La anticoncepción y su contracara, el aborto inducido, dan testimonio de una clara situación de inequidad: mientras que las mujeres y parejas de los sectores sociales más favorecidos disponen de mayores posibilidades de conocimiento, elección y acceso a los métodos anticonceptivos y de atención médica segura ante la decisión de interrumpir un embarazo, el caso opuesto es materia corriente entre las mujeres pobres. Éstas se constituyen en la población en riesgo más evidente: son las que tienen más hijos a edades más tempranas y tardías, y partos y lactancias más próximas entre sí. Todo ello configura el cuadro de lo que la Organización Mundial de la Salud denomina población en riesgo reproductivo que incluye, además, a aquellas mujeres que no consideran oportuna la llegada de otro hijo y deciden abortar.

El manejo seguro y efectivo de la anticoncepción es un tema importante para la salud y los derechos de las personas. Aunque las mujeres encabezaron los movimientos en pro del control de los embarazos (Margaret Sanger y otras iniciadoras) y pese a que constituyen la mayoría de las usuarias de métodos anticonceptivos, su participación en la elección de los métodos modernos ha sido escasa. Muchas mujeres han expresado la existencia de dificultades vinculadas con la aplicación de algunos de esos métodos y también con los servicios de salud que los proveen. La falta de información sobre los métodos, sus efectos colaterales y contraindicaciones, además de la coerción que se ha ejercido en muchas ocasiones para la elección de un método determinado, han actuado en detrimento de la confianza que debería tener un usuario hacia los proveedores de los servicios de salud. El balance es negativo para la salud de las mujeres, porque se recurre a la automedicación o se refuerza el componente fatalista que dispara la conducta de riesgo.

¿Cómo se emiten los mensajes preventivos y cómo se reciben? ¿Cómo se transmiten las experiencias y creencias de maridos, esposas, madres, suegras, amigos, médicos, farmacéuticos, parteras? ¿En qué contexto se reciben? Una de las cuestiones poco visibles que es preciso incorporar al análisis de la sexualidad, la fecundidad y la anticoncepción es la distribución del poder entre varones y mujeres. Muchos programas de salud materno-infantil y de planificación familiar o procreación responsable han limitado la atención a las mujeres que viven en unión conyugal. Esta aproximación está asentada en un interés primordial, que es el descenso de la fecundidad, para arribar a las metas de crecimiento demográfico propuestas. Desde esta perspectiva, parecería accesorio atender a las necesidades y preferencias de mujeres y varones. Según Toro (1989), el resultado de esta postura es costoso, tanto en lo que concierne a los individuos como al conjunto social, porque el cumplimiento de metas de usuarios y

usuarias de los programas no permite un adecuado manejo de la elección de métodos, cuya consecuencia es el abandono de la práctica anticonceptiva, la falla del método, el embarazo inoportuno y la eventualidad de un aborto. Por ello, para mejorar los programas de salud reproductiva resulta imprescindible reforzar la capacidad de las mujeres para tomar sus propias decisiones, ya que resulta paradójico que la falta de libertad se contraponga con la mayor responsabilidad por los riesgos de la ausencia o la falla en la anticoncepción. Además de estas consideraciones, el enfoque de salud que se dirige sólo a las mujeres en uniones conyugales excluye de los programas a varones y mujeres adolescentes.

Se sabe que, aún cuando los anticonceptivos estén disponibles, el asumir riesgos es un comportamiento frecuente. Esta comprobación no es sólo aplicable a la práctica anticonceptiva sino que abarca a otras conductas vinculadas a la salud y a otras esferas de la vida social, como los accidentes viales o las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH Sida. Una explicación posible es que el riesgo se estima poco probable. En el campo de la salud reproductiva es esencial advertir que las actividades de asesoramiento se convierten en un aspecto clave en la prevención del embarazo no deseado y en la disminución del aborto inducido.

En referencia a los servicios de salud, el proceso de selección que deben realizar las mujeres para adoptar un método de regulación de la fecundidad tiene que cumplir con una serie de requisitos. La selección debería tomar en cuenta aspectos concretos de la vida de las mujeres: situación de salud, afectiva y sexual, paridez y entorno sociocultural y económico (Faúndes, Hardy y Pinotti, 1989). Consecuentemente, la metodología anticonceptiva no debe ser seleccionada de manera ajena a la persona y a las condiciones en la que será utilizada. La importancia otorgada a la discusión acerca de la correcta elección de un método ha mostrado que la evaluación de éste por los usuarios está basada en la seguridad y la efectividad. Lo irrefutable es que ningún método anticonceptivo puede cumplir los requisitos que demandan las mujeres en todas las circunstancias de su vida fértil. Parece existir acuerdo en intensificar los esfuerzos para desarrollar métodos altamente efectivos y reversibles, que tengan mínimas consecuencias colaterales y protejan contra las enfermedades infecciosas.

En el proceso de selección de los métodos se han mencionado cuatro características fundamentales:

1) seguridad, 2) eficacia, 3) aceptabilidad y 4) disponibilidad (Women's Perspectives, 1991).

1. La seguridad postula que los métodos no sean peligrosos ni provoquen efectos colaterales permanentes. El inyectable mensual, con altas dosis de estrógenos, que aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular o metabólica -un problema a largo

plazo que no es advertido por la usuaria, que lo prefiere porque la pérdida mensual es regular-, puede servir de ejemplo. Recientemente se ha desarrollado una inyección mensual con menor dosis de estrógenos. Al respecto puede mencionarse que en una investigación realizada en 1988 en el Conurbano de Buenos Aires por la Investigación sobre Pobreza en Argentina se encontró que las mujeres más pobres utilizaban menos la anticoncepción y acudían a un espectro de métodos anticonceptivos más reducido que el de sus congéneres no pobres y que la prevalencia en el uso de inyectables era notoriamente más elevada que en los grupos socioeconómicos más favorecidos. Estas mismas mujeres muestran los porcentajes más altos en la automedicación (López, 1990). En Brasil, Pinotti y Faúndes (1989) encontraron que las usuarias de Norplant con sangrado intermitente se sentían desanimadas ante las relaciones sexuales por miedo a enfermedades venéreas, al dolor, la infección o a un sentimiento de pudor. Un comentario similar ilustra sobre el caso de las fumadoras o hipertensas que utilizan anticonceptivos orales (Costa, Ramos, da Silva Freitas y Schuch, 1990)

Las infecciones del aparato reproductivo también tienen consecuencias sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos. Elias (1993) señala que las mujeres tienden a responsabilizar a los métodos por algunos síntomas, por ejemplo el flujo vaginal, que puede estar originado en una infección y no ser la consecuencia de un efecto colateral del método.

Para las mujeres que amamantan, algunos anticonceptivos deben prohibirse, y los que se prescriban deben especificar el tiempo apropiado de uso.

En conclusión, no debería olvidarse que los riesgos de cada uno de los métodos deben ser comparados con los riesgos y consecuencias de un embarazo no deseado o inoportuno, sea que se interrumpa o se lleve a término.

2. La eficacia de un método anticonceptivo se mide por la tasa de falla y el grado de satisfacción que provee a las mujeres y a los hombres, los efectos sobre la vida sexual, la libertad para usarlo, la eficacia para prevenir infecciones.

3. La aceptabilidad está dada por la aceptación y la continuidad con un método. La aceptabilidad depende de la disponibilidad: si sólo se ofrecen 1 ó 2 métodos, la elección no es real. La noción de aceptabilidad está vinculada con las metas cuantitativas que se han fijado la mayoría de los programas de reducción de la fecundidad y debe relacionarse necesariamente a los aspectos éticos que atraviesan el tema de la reproducción humana, incluyendo en estas consideraciones aquello que atañe a las nuevas tecnologías reproductivas de fecundidad asistida. En lo que hace a la faz ética de los programas de control de población hay que distinguir el control de la regulación de la fecundidad: debe recordarse el elevadísimo porcentaje de esterilizaciones quirúrgicas, de carácter irreversible que se han practicado en América Latina y que han convertido a este

método en el de mayor prevalencia en México, Panamá y la República Dominicana, entre otros países.

4. Por último, la disponibilidad de los métodos se relaciona con su distribución y con la accesibilidad de los servicios de salud reproductiva.

Para finalizar este punto se hará mención a la calidad de los servicios de salud. Según Bruce (1990), sólo un juicio de opinión puede dictaminar si la calidad de un servicio es buena o mala, satisfactoria o no. Existen diversas interpretaciones sobre la calidad: la primera pone el énfasis en el volumen de servicios ofrecidos según tipo de servicio y responde al modelo de programas que deben cumplir objetivos y metas. De esta forma, las investigaciones y estudios de evaluación cuantitativos brindan una imagen organizada y parcial de las modalidades de los servicios.

Una segunda perspectiva plantea tomar en cuenta los testimonios de usuarios y proveedores, porque de ellos surgirán los aportes más significativos. Bruce se manifiesta por "retomar el compromiso con el bienestar humano, que fue lo que motivó el trabajo en este campo en sus inicios". Para ello enumera lo que considera que son los seis elementos principales de la calidad de la atención : 1) la elección de métodos; 2) la información ofrecida; 3) la competencia técnica; 4) las relaciones interpersonales; 5) la continuidad y el seguimiento y 6) la constelación apropiada de servicios.

Los temas de los puntos 1, 2, 3 y 5 se han discutido más arriba, por lo cual la atención se dirigirá a las relaciones interpersonales y a la constelación de los servicios. Este último concepto alude a la posibilidad de integrar los servicios de anticoncepción en otros servicios: por ejemplo, los de la atención prenatal y el parto o aquellos que tratan las infecciones del aparato reproductivo y las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH Sida. El concepto de relaciones interpersonales adquiere una importancia primordial en la calidad de la atención, porque se refiere a nociones como el respeto, el deseo de privacidad y la comprensión que deben acompañar el trato hacia los temas sensibles de este área de atención de la salud. En la línea esbozada, Faúndes, Hardy y Pinotti (1989), proponen un programa de salud reproductiva integral, que debería contar, entre otros, con los siguientes aspectos:

1. Una educación sexual que no sólo se centre en la difusión de información sobre sexualidad y reproducción sino que tienda hacia la revisión y discusión de los roles de género, de manera de contribuir a la reducción de la discriminación femenina.
2. Educación e información desde la adolescencia sobre las infecciones de transmisión sexual.
3. Información y educación en anticoncepción.
4. Acceso a la inducción farmacológica de la menstruación (regulación menstrual).

5. Atención prenatal y del parto que incluya los aspectos médicos, psicológicos y sociales: adaptar las horas de atención de los servicios, ampliar los turnos de atención y crear hogares para las embarazadas a término que residan lejos del lugar del parto.
6. Apoyo social a la lactancia, sobre todo cuando las mujeres retornan a la actividad laboral.

Aspectos metodológicos y fuentes de información

A continuación se enunciarán las características metodológicas de las tres fuentes de información que sustentan los datos de los trabajos publicados.

A) Encuesta de Salud Reproductiva. Universidad de Buenos Aires y Organización Mundial de la Salud. Directora: Elsa López (1993)

La Encuesta de Salud Reproductiva es una de las fuentes con las que se ha trabajado en las publicaciones que se presentan. La misma tuvo como objetivo conocer aspectos ligados a la reproducción de las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires (municipios que rodean la Capital de la República), poniéndose énfasis especial en las opiniones sobre la constitución de las familias y las descendencias y el papel que juegan la anticoncepción y el aborto inducido. La investigación fue financiada por el Programa Especial para la Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con sede en el Instituto de Investigaciones “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

La investigación utilizó un enfoque cuantitativo. Para la población en estudio, el marco muestral quedó definido por todas las mujeres de 15 a 49 años pertenecientes a hogares de escasos recursos que residen habitualmente en el Conurbano de Buenos Aires. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 1993 y febrero de 1994. Se adjunta el Cuestionario en el Anexo 2a.

Se seleccionaron 10 partidos del Conurbano de Buenos Aires (CBA), cuyas fracciones y radios respondieran a la definición de estratos socioeconómicos bajos establecidos en el diseño de la investigación. Los estratos socioeconómicos bajos se definieron como aquellos con necesidades básicas insatisfechas (NBI), que en su mayoría dependen de indicadores de condiciones precarias de la vivienda, baja escolaridad del jefe del hogar y situación inestable del empleo. En cada fracción se seleccionaron dos radios censales y dentro de éstos las manzanas, en las cuales se efectuó un listado de la totalidad de las viviendas. En la última etapa se seleccionaron las

viviendas a contactar y se confeccionaron los listados definitivos, que se entregaron a las encuestadoras en el momento de la salida a terreno. Al interior de las viviendas se detectaron los hogares, definidos como el conjunto de personas que habitan en la misma vivienda y comparten un presupuesto común. Las viviendas asignadas no se reemplazaron en el caso de casas deshabitadas o ausencias reiteradas. Las encuestadoras fueron, en su casi totalidad, alumnas avanzadas de la Carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires.

Las principales variables que se incluyeron en este estudio fueron las siguientes:

1. Características sociodemográficas: edad, estado conyugal, nivel educacional, condición de migración, condición de actividad, ocupación, categoría ocupacional y rama de actividad.
2. Reproducción: hijos e hijas nacidos vivos, embarazo actual, pérdidas de embarazos - espontáneos o provocados-, exploración de actitudes y opiniones acerca del aborto inducido. Edad a la primera relación sexual, a la primera unión conyugal y al primer nacimiento. Tamaño deseado de familia, número de hijos de la madre de las encuestadas, opiniones con respecto a la mejor edad para comenzar y terminar de tener hijos, a los intervalos proto e intergenésico.
3. Regulación de la fecundidad: conocimiento, condición de uso, fuentes de obtención. Usuarías actuales: antigüedad en el uso, control médico y trastornos. No usuarias: razones de no uso. Opiniones del compañero vertidas por la entrevistada en relación con el uso de anticonceptivos. Percepción de la atención a la salud reproductiva.
4. Cobertura y aspectos de salud: condición de cobertura de salud, tipo de cobertura, exámenes ginecológicos, consultas sobre aspectos anticonceptivos, hábito tabáquico.
5. Cónyuge de la entrevistada o jefe del hogar (si no vive en unión): escolaridad, condición de migración, condición de actividad, ocupación, categoría ocupacional, rama de actividad.
6. Grupo doméstico: relación de parentesco, edad, sexo.

B) Módulo de Metas Sociales de la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Directora: Elsa López (1994)

El camino seguido para el monitoreo de las metas sociales establecidas por el Gobierno argentino en 1991 fue el diseño de un Módulo Especial que se adicionó a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC aprovechando su carácter permanente dentro del Sistema Estadístico Nacional. La EPH capta los niveles de ocupación y desocupación para conocer la situación de las personas y los hogares. Los datos relevados en la EPH son demográficos, habitacionales, de educación, empleo,

ocupación e ingreso. La EPH se realizaba (en la actualidad es una Encuesta continua) dos veces al año en 25 aglomerados urbanos, que representan al 70 por ciento de la población urbana del país y al 98 por ciento de la que reside en centros de más de 100.000 habitantes. La muestra es de aproximadamente 36.000 viviendas.

El Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales que se agregó a la EPH en mayo de 1994 se aplicó en 13 aglomerados urbanos y consistió en 5 cuestionarios (vivienda, salud de la mujer, salud de los niños de 0 a 5 años, educación y uso del tiempo de los niños de 6 a 14 años y estudio antropométrico de peso y estatura de los niños de 0 a 5 años).

El cuestionario a mujeres de 15 a 49 años (se adjunta en el Anexo 2b) que se usó como fuente de información de los artículos presentados indagó sobre afiliación a sistemas de salud, atención de la salud gineco-obstétrica, fecundidad, uso de métodos anticonceptivos e historia de embarazos, partos y lactancias de los últimos 3 años. Los resultados que se presentan se refieren a 4 aglomerados urbanos: el Gran Buenos Aires (la Capital Federal y el Conurbano Bonaerense), Salta (la capital de la provincia de Salta), Neuquén (la capital de la provincia del Neuquén) y Resistencia (la capital de la provincia del Chaco).

C) Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva. Universidad de Buenos Aires. Directores: Elsa López y Mario Margulis (1993-1995)

Los objetivos de este proyecto fueron: a) indagar acerca de las costumbres, creencias, valores y sentidos que se ligan a la formación de la familia, la maternidad, el número de hijos y la regulación de la fecundidad en mujeres de distintos estratos socioeconómicos urbanos; b) conocer las opiniones que sobre los temas mencionados más arriba expresan los/as médicos/as de los servicios de ginecología y obstetricia y los responsables de las instituciones que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La línea interpretativa de la que partió esta investigación es que las modalidades de las acciones y decisiones de las mujeres de distintos estratos socioeconómicos surgen de contenidos culturales de cada uno de estos estratos y muestran adaptaciones a las circunstancias históricas del momento en que se vive. Esto se pone de manifiesto en las decisiones sobre el cuidado de la salud reproductiva, el control de la fecundidad y las pautas de crianza de los hijos, que conservan influencias de las historias personales y familiares, sobre todo en aquellas mujeres de los estratos socioeconómicos más bajos. La investigación es de índole cualitativa y se orienta a la descripción e interpretación de aspectos culturales para la comprensión de la fecundidad, la anticoncepción y la salud reproductiva.

El instrumento de recolección de la información para los objetivos de a) fue la entrevista en profundidad, que se realizó a 15 mujeres en edad reproductiva (de 14 a 49 años) que tuvieran hijos y pertenecieran a distintos niveles socioeconómicos.

El nivel socioeconómico se definió por las condiciones de la vivienda, el lugar de residencia, el último nivel de enseñanza alcanzado y la ocupación.

Se seleccionó una muestra no probabilística, a partir de la técnica conocida como bola de nieve, entre mujeres residentes en la Capital Federal y el Conurbano de Buenos Aires. Las entrevistas a las mujeres fueron semiestructuradas, para lo cual se elaboraron guías de entrevistas que fueron probadas en una prueba piloto. Se incluyeron, entre otros, los siguientes aspectos:

- condiciones de vida y de vivienda,
- lugar de origen de la mujer y sus padres y motivos de la migración al Área Metropolitana de Buenos Aires, de ser el caso,
- historia reproductiva de la entrevistada, su madre y hermanas, de ser el caso,
- tamaño de familia deseado,
- calidad de las relaciones familiares,
- pautas de crianza de los hijos y percepción de las diferencias de las pautas seguidas por sus padres,
- expectativas de sus padres con respecto a ella y a sus hermanos,
- preferencias sobre el sexo de los hijos,
- significado de los hijos,
- pautas en la elección de las parejas y aspectos que ellas valoran en los hombres en general y en sus compañeros en particular,
- edad ideal para comenzar a formar una familia,
- importancia otorgada a la educación de los hijos,
- rol de la religión en la vida del grupo familiar,
- primeros conocimientos sobre sexualidad,
- primeras relaciones sexuales,
- vivencias respecto al cuerpo, embarazos y partos,
- conocimiento y uso de métodos de control de la fecundidad,
- opiniones acerca del aborto inducido,
- tipo de lecturas que realizan y qué otra información reciben,
- vivencias acerca de la calidad de la atención en los servicios de salud.

Para el cumplimiento de los objetivos b) se realizaron entrevistas a 10 médicos que trabajaban en servicios públicos y privados de ginecología y obstetricia. Se contactaron médicos de distintas edades que hubieran estudiado y ejercido la profesión en distintos momentos. Se entrevistó también a 7 responsables de instituciones que

trabajaban por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En las entrevistas a médicos los temas que guiaron las entrevistas incluyeron los siguientes aspectos:

- año de finalización de sus estudios profesionales y de los de su especialidad,
- aspectos institucionales vinculados con el desempeño de la profesión en el momento de graduarse,
- cambios ocurridos desde la época de su graduación hasta el presente en lo que se refiere a las formas de atención, las instituciones y las demandas de los pacientes,
- características de la atención que se brinda en los distintos ámbitos en que desarrolla su actividad profesional,
- rol de la prevención en relación con la salud reproductiva en Argentina,
- opiniones acerca del aborto inducido.

Las pautas para las responsables de instituciones que trabajan por los derechos de las mujeres fueron:

- objetivos de la institución y forma de implementación,
- cambios desde el inicio de la institución,
- quiénes son las usuarias de los servicios que prestan,
- logros y dificultades,
- opiniones del responsable sobre sexualidad, anticoncepción y aborto,
- difusión de las actividades,
- opiniones sobre los servicios de planificación familiar,
- relación de la institución y los servicios de salud,
- demandas que reciben.

Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Se elaboró una matriz cualitativa que incluyó los puntos esenciales para cubrir los objetivos y aquellos otros que fueron surgiendo de las entrevistas. Este proceso paralelo de codificación y análisis fue sugiriendo interpretaciones que hicieron necesaria la relectura permanente del material recogido y los textos teóricos.

Referencia bibliográfica

Balán, J. y S. Ramos. 1989. *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*. Buenos Aires, CEDES, Documento CEDES/29.

Berquó, E. 1989. "A familia no século XXI: um enfoque demográfico", en *Revista Brasileira do Estudos Populacionais*, 6(2).

Birgin, H. 1991. "Los derechos reproductivos en la Reforma Constitucional" en Susana Torrado (comp.) *Política y población en la Argentina: claves para el debate*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor y Honorable Senado de la Nación.

Bruce, J. 1990. *Elementos fundamentales de la calidad de la atención: un marco conceptual simple*. Documento de trabajo. The Population Council.

Carvalho, J.A. y L. Rodríguez Wong 1990. *La transición de la fecundidad en el Brasil. Causas y consecuencias*. Seminario sobre Transición de la fecundidad en América Latina. Buenos Aires, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y Centro de Estudios de Población (CENEP).

Cook, R. 1993. "International Human Rights and Women's Reproductive Health", en *Studies in Family Planning*, 24,2. March/April.

Costa, S., I. Ramos Martin, S. da Silva Freitas y C. Schuch Pinto. 1990. "La planificación familiar entre las mujeres de bajos ingresos: Río de Janeiro, 1984-1985". *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número Especial.

De Janvry, B. y A. M. Rothman. 1975. *Fecundidad en Buenos Aires, Informe sobre los resultados de la Encuesta de Fecundidad en el área de Capital y Gran Buenos Aires, 1964*. Santiago de Chile, CELADE.

Elias, C. 1993. *Enfermedades transmitidas sexualmente y la salud de las mujeres en países en vías de desarrollo*. Documento de Trabajo N. 27. México, The Population Council.

Faúndes, A.; E. Hardy y J. Pinotti. 1989. "Commentary on women's reproductive health: means or end?" *Int.J.of Gynecology & Obstetrics.Suppl.3*.

Freedman, L. y S. Isaacs. 1993. "Human Rights and Reproductive Choice", en *Studies in Family Planning*, Vol.24, Number 1.

García, B. y O. de Oliveira. 1994. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.

Jelin, E. 1984. *Familia y unidad doméstica. Mundo público y vida privada*. Buenos Aires, CEDES, Estudios CEDES.

López, E. y M. del C. Tamargo. 1995. "La salud de la mujer". En *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires, INDEC.

López, E. 1994a. "Notas para la discusión de aspectos de la salud reproductiva". En Ana Lía Kornblit (comp.), *Ciencias Sociales y Medicina. La salud en Latinoamérica*. Buenos Aires, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

1994b. "Anticoncepción en América Latina", en Dora Celton (comp.), *Problemas de población en América Latina*. Córdoba, Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.

1990. "Fecundidad, anticoncepción y pobreza en 2 áreas urbanas argentinas", ponencia presentada en el Seminario Investigaciones recientes an el área de la salud reproductiva y sus implicaciones en el diseño de políticas organizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Mimeo.

Llovet, J. J. y S. Ramos. 1986. "La institución médico hospitalaria y el control social de la reproducción: un estudio de los sectores populares de Buenos Aires". Buenos Aires, CEDES, (mimeo).

1988. *La práctica del aborto en las mujeres de sectores populares de Buenos Aires*. Buenos Aires, CEDES, Documento CEDES/4.

Mason, K. 1995. *Gender and Demographic Change: what do we know*. Liège, International Union for the Scientific Study of Population.

Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina. 2002. Estadísticas Vitales.

Mora, G. y J. Yunes. 1993. "Mortalidad materna: una tragedia ignorada", en Elsa Gómez Gómez (editora) *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud.

Pinotti, J. y A. Faúndes. 1989. "Unwanted Pregnancy: Challenges for Health Policy", en *Int.J.of Gynecology & Obstetrics.Suppl.3*.

Prada, E. 1992. "Planificación familiar en América Latina. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe". Santa Lucía. Mimeo.

Quilodrán, J. 1991. *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*. México, El Colegio de México.

Raczinski, D. y C. Serrano. 1986. *Vivir la pobreza. Testimonios de mujeres populares*. Santiago de Chile, Cieplan.

Ramos, S. 1984. *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Buenos Aires, Estudios CEDES, Vol.4 No.6.

Toro, O. 1989. "Commentary on Women-centered Reproductive Health Services", en *Int.J.of Gynecology & Obstetrics.Suppl.3*.

Torrado, S. 1986. "La cuestión poblacional argentina y las políticas de población", en Susana Torrado, Susana Novick y Silvia Olego de Campos (editoras) *Política, población y política de población. Argentina 1946-1986*. Buenos Aires, Cuadernos del CEUR N° 18.

1991. "Población y desarrollo: metas sociales y libertades individuales (Reflexiones sobre el caso argentino)" en Susana Torrado (comp.), *Política y población en la Argentina: claves para el debate*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor y Honorable Senado de la Nación.

1993. *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor y Centro de Estudios de la Mujer.

World Health Organization. 1991. *Maternal Mortality: A Global Factbook*. Geneva.

WHO Report of a Meeting. 1991. *Women's Perspectives on the Selection and Introduction of Fertility Regulation Technologies. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction and The International Women's Health Coalition*.

PUBLICACIÓN N° 1:

TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO

La fecundidad
en condiciones de pobreza:
una visión internacional

Cecilia Rabell Romero y María Eugenia Zavala de Cosío
(coordinadoras)



Instituto de Investigaciones Sociales
México, 2002

Diseño de portada: Cynthia Trigos Suzán
Ilustración de portada: Francisco Toledo, "Mujer con tortuga",
gouache, 1975, colección particular

Primera edición: 2002

LA FECUNDIDAD EN CONDICIONES DE POBREZA:
UNA VISIÓN INTERNACIONAL

© Cecilia Rabell Romero y María Eugenia Zavala de Cosío
© Instituto de Investigaciones Sociales,
Universidad Nacional Autónoma de México

Derechos exclusivos de edición reservados para todos los países de habla hispana.
Prohibida la reproducción parcial o total por cualquier medio
sin autorización escrita de los editores.

Coordinación editorial: Sara María Lara Flores
Cuidado de la edición: Marcela Pineda Camacho
Diseño de la edición: María Antonieta Figueroa
Formación de los textos: Guadalupe Hernández Cordero

ISBN: 968-36-9971-5
HECHO EN MÉXICO
PRINTED IN MEXICO

Índice

INTRODUCCIÓN	9-22
I. Las relaciones teóricas entre pobreza y fecundidad	
CONTEXTOS, INSTITUCIONES Y ACTORES SOCIALES: HACIA UN ENFOQUE MÚLTIPLE DE LAS RELACIONES ENTRE CONDICIONES DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS REPRODUCTIVOS	25-46
<i>Susana Lerner, André Quesnel</i>	
RELACIONES ENTRE POBREZA Y FECUNDIDAD EN LOS PAÍSES DEL SUR: BALANCE, METODOLOGÍA Y EJEMPLOS	47-94
<i>Bruno Schoumaker, Dominique Tabutin</i>	
II. Curso de vida, reproducción y pobreza	
TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO: CONEXIONES ENTRE REPRODUCCIÓN Y POBREZA EN EL CONÚRBANO DE BUENOS AIRES	97-118
<i>Elsa López</i>	
TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, CURSO DE VIDA Y POBREZA EN MÉXICO	119-167
<i>Rodolfo Tuñán</i>	
POBREZA, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS VARONES EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: EL CASO DEL BARRIO DE RANDOULÈNE NORTE (THIÈS, SENEGAL)	169-185
<i>Mbaye Diouf Ndiaye</i>	

III. La planificación familiar en contextos de pobreza

- LA POBREZA, LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA FECUNDIDAD FRENTE
A LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA INDIA.
UN ESTUDIO DE CASO 189-212
Devendra Kothari, S. Krishnaswamy
- POBREZA Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL MEXICO RURAL 213-229
José Gómez de León, Daniel Hernández
- CRISIS Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO. FECUNDIDAD Y PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN UNA ZONA RURAL DE COSTA DE MARFIL 231-266
Agnès Adjamagbo
- CORRELATIVOS SOCIOECONÓMICOS DE ESTERILIZACIÓN FEMENINA EN BRASIL 267-288
Ignez Helena Oliva Perpetuo, Simone Wajnman

IV. Fecundidad adolescente

- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN AMÉRICA LATINA:
EVIDENCIA, TEORÍAS E INTERVENCIONES 291-314
Fátima Juárez
- EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, LA POBREZA Y EL DEBATE
DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EUROPA Y LOS ESTADOS UNIDOS 315-341
Peter Selman

Tener menos hijos pero rápido. Conexiones entre reproducción y pobreza en el Conurbano de Buenos Aires

ELSA LÓPEZ*

1 - INTRODUCCIÓN

LA REDUCCIÓN TEMPRANA DE LA FECUNDIDAD ha sido el rasgo distintivo de la transición demográfica argentina; este proceso se ha vinculado con el uso de anticonceptivos tradicionales y con la influencia ejercida por la población de origen europeo mediante la transmisión de valores y comportamientos (De Janvry y Rothman, 1975; Pantelides, 1986 y 1989; López y Margulis, 1995). Desde 1930 hasta la actualidad, el número de hijos tenidos por las mujeres se ha situado alrededor de tres. En contraste, los cambios más relevantes de la fecundidad en casi toda América Latina ocurrieron a partir de los años setenta en un marco demográfico de acelerado crecimiento de la población que legitimó la intervención del Estado con la finalidad de reducirlo.

El crecimiento moderado de la población argentina tuvo consecuencias en el campo de las políticas y los derechos reproductivos. A finales de los setenta se prohibió toda actividad de asesoramiento y asistencia en anticoncepción (Torrado, 1986) y en la actualidad aún existen dificultades de orden político, legislativo y de recursos para conseguir esos servicios en el área de salud pública; se esgrimen variados argumentos: la "penetración imperialista", aspectos religiosos o carencia de recursos financieros. Sin embargo, el control de los nacimientos y la recurrencia al aborto se han practicado desde hace largo tiempo en los grupos sociales medios y altos y en amplias capas de los sectores populares. Si no se partiera de estos supuestos resultaría difícil explicar el crecimiento demográfico relativamente bajo de la Argentina.

En las regiones menos desarrolladas del país se han conservado patrones de fecundidad similares a los que caracterizan el período pretransicional en América Latina: edades tempranas a la primera unión y al primer nacimiento, uso escaso y errático de los métodos anticonceptivos, nacimientos numerosos con intervalos cortos entre sí y un

* Instituto Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

amplio periodo entre el primero y el último nacimiento (Prada, 1992; López, 1994; López, 1995a y 1995b y López, 1997).

Aun en años recientes es posible comprobar grandes diferencias en el número de hijos tenido por las mujeres de distintos estratos socioeconómicos. En 1991 la descendencia final fue de 2.9 hijos para el total del país, cifra en la que se diluyen los 4.4 hijos de las mujeres de la Provincia de Formosa y los 1.9 hijos tenidos por las de la Ciudad de Buenos Aires (Indec, 1995). Los contrastes entre fecundidad y educación muestran diferencias de dos hijos entre las que concluyeron el nivel secundario y las que no finalizaron el elemental (dos hijos contra cuatro, respectivamente) (López y Tamargo, 1995).

En la Argentina son muy escasos los estudios sobre las prácticas y representaciones ligadas a las decisiones reproductivas y no se dispone de Encuestas de Fecundidad ni de Demografía y Salud. Algunos trabajos cualitativos han indagado sobre estos temas, pero son casi inexistentes las investigaciones que profundicen sobre el uso de anticonceptivos y sus conexiones con otras facetas de la vida de las mujeres (López y Tamargo, 1995).

Las explicaciones de las diferencias encontradas en la fecundidad argentina no pueden atribuirse a una causa única sino a una serie de factores históricos, sociales, culturales y políticos, como se ha mostrado también en varios estudios realizados en América Latina (Berquó, 1989; Jelin, 1984; Raczynski y Serrano, 1986; García y De Oliveira, 1994; López y Margulis, 1995). Los contrastes plantean un desafío al conocimiento sobre comportamientos reproductivos, representaciones simbólicas y calidad de los servicios de salud (Bruce, 1990; Cook, 1993; Freedman e Isaacs, 1993; Mundigo, 1993 y Mundigo, 1994). Podría pensarse que las diferencias de fecundidad se deben a los obstáculos que encuentran las mujeres más pobres para tener acceso a la anticoncepción o a la diversidad de significados que varones y mujeres de distintos estratos socioeconómicos asignan a las modalidades de formación de parejas, hijos y familias, así como a las normas que regulan las relaciones de género: el poder, la autonomía y la comunicación (García y de Oliveira, 1994; Mason, 1995).

En los últimos años se han logrado ampliar las perspectivas sobre el campo de la reproducción humana, y se ha logrado avanzar en la construcción de enfoques más globales de estos fenómenos, en los cuales se intersectan cuestiones de alto contenido afectivo y emocional. En dicha línea se ha contribuido al conocimiento de las conexiones entre patrones de nupcialidad y conyugalidad, tamaño de la familia, práctica de la anticoncepción y representaciones simbólicas, entre otras. Las posturas de demógrafos y políticos también se han visto sacudidas por la irrupción de los movimientos de mujeres, que aportaron críticas y propuestas a la discusión sobre población y políticas; en ellos se sostiene la prioridad de los derechos individuales de las personas sobre el derecho de los estados y se afirma el derecho a ser sujetos de derecho. En esta línea se ha ido afianzando cierta orientación de las políticas de población en el campo reproductivo,

tendiente al reconocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos de mujeres y varones mediante información y asistencia en las decisiones reproductivas (Freedman e Isaacs, 1993; Cook, 1993). Constituye también el punto de partida de este trabajo, cuyo objetivo es conocer aspectos ligados a la reproducción de las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires (municipios que rodean la capital de la República); se hizo particular hincapié en las opiniones sobre la constitución de las familias y las descendencias y el papel que desempeña la anticoncepción en ese marco. Los datos provienen de la investigación "Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva" (Encuesta de Salud Reproductiva, ESR), financiada por el Programa Especial para Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, radicada en el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

II - LAS MUJERES DEL ESTUDIO

La ESR utilizó una muestra probabilística en 10 municipios del Conurbano de Buenos Aires, caracterizados por valores elevados de pobreza extrema, de acuerdo con el criterio de necesidades básicas insatisfechas, que utiliza preferentemente indicadores de las condiciones de la vivienda (NBI). Las 561 mujeres del estudio tienen de 15 a 49 años.

El estado conyugal de las encuestadas es el siguiente: 23%, solteras; 54%, casadas; 19%, unidas consensualmente; 4%, separadas o divorciadas y menos del 1%, viudas. El mayor porcentaje de unidas y casadas observado en la ESR en comparación con el del Censo de Población de 1991 indica que las uniones constituyen un fenómeno casi universal después de los 30 años. Las unidas son predominantemente jóvenes, lo cual señala que las uniones consensuales originales pasarían a legalizarse con posterioridad al nacimiento de los hijos, como se ha visto en otros trabajos (Quilodrán, 1991). El 91% de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber tenido una sola unión.

La educación alcanzada por las mujeres es baja y las más jóvenes se benefician de mayor escolaridad, lo cual resulta consistente con la ampliación de la educación registrada en las últimas décadas.

La indagación sobre origen migratorio distinguió entre Ciudad y Provincia de Buenos Aires, resto de provincias argentinas y otros países debido a que:

1. La Ciudad de Buenos Aires tiene descendencias finales inferiores al remplazo de las generaciones (1.8 hijos por mujer). La provincia de Buenos Aires y su Conurbano, en el cual residen las encuestadas, muestra valores cercanos a los 2.7 hijos por mujer en 1991.

2. En el resto de las provincias argentinas los indicadores se sitúan entre los tres y cinco hijos.
3. Los países de los cuales provienen algunas de las encuestadas son los que comparten fronteras con la Argentina, especialmente Paraguay y Bolivia. Ambos tienen niveles de fecundidad más elevados que los de la Argentina.

La mayoría de las mujeres nació en la capital, el Conurbano o el resto de la provincia de Buenos Aires; más de un tercio, en el resto de las provincias y una de cada diez, en otro país. Esta relación se invierte en las mujeres de 35 o más años: la mitad nació en el interior del país y sólo un tercio, en la capital o en el ámbito bonaerense. Al tomar en cuenta el tamaño de la localidad en la que vivieron cuando eran niñas, dos tercios de las menores de 35 años tuvieron una socialización netamente urbana, mientras que una cifra semejante define el origen rural o semiurbano de las mujeres de 35 años o más. En la procedencia migratoria y el lugar de residencia en la infancia se observan ciertos perfiles de generaciones de mujeres que, si bien se encuentran truncadas en las más jóvenes, permitirán ir señalando rasgos heterogéneos entre prácticas y representaciones reproductivas. La diversidad de itinerarios de maternidad y anticoncepción por generaciones parece más visible en la población de mujeres pobres, en la cual la transición de la fecundidad es un proceso más reciente y en curso, que en la de sus congéneres de sectores medios, cuya descendencia ha sido históricamente más estable, al igual que, al parecer, su práctica anticonceptiva.

En lo que respecta al trabajo extradoméstico, sólo una de cada tres mujeres forma parte de la fuerza de trabajo. La inserción en la actividad crece luego de los 30 años. Las separadas, divorciadas o viudas tienen mayores proporciones de activas, seguidas por las solteras y las casadas. Las mujeres en uniones consensuales son las que menos trabajan, probablemente debido a que son más jóvenes y están criando a sus hijos, lo cual tiende a prolongar su permanencia en el hogar. Las mujeres que no desarrollan una actividad económica en el mercado de trabajo se dedican a las tareas domésticas o, si cuentan con menos de 20 años, son estudiantes.

a) Los hogares de las mujeres

La jefatura del hogar es ejercida en 93% de los casos por varones, cifra esperable dada la relativa juventud de mujeres y parejas. La mitad de los jefes de hogar tiene de 30 a 44 años y una tercera parte es mayor de 45 años. Tres cuartas partes de los hogares son de tipo nuclear y el resto, extensos; los últimos tienen mayor predominancia de jefas mujeres y de varones de mayor edad que los jefes de hogares nucleares.

El tamaño medio de los hogares con jefes es de cinco personas y el de jefas, 4,3. Más de la mitad de los hogares tiene cinco personas o más. Los hogares de ocho a 12 personas constituyen 15% del total y los de uno a dos integrantes sólo llegan al 4%. El

TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO

73% de los hogares tiene niños menores de 12 años, contando los hogares con jefatura masculina con mayor número de niños.

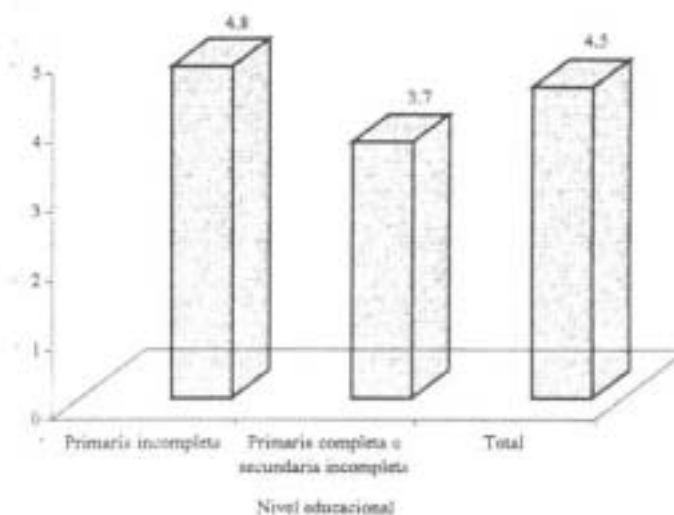
Entre los jefes jóvenes predominan los nacidos en la Ciudad de Buenos Aires o su Conurbano; se observa un aumento del porcentaje de inmigrantes a medida que avanza la edad (Findling y López, 1996).

b) La fecundidad y los patrones reproductivos

La descendencia de las encuestadas es alta desde las edades más jóvenes y llega a 4.5 hijos por mujer a partir de los 40 años. En las menores de 25 años, una de cada tres mujeres ya tiene dos hijos. El 35% de las mujeres con alguna unión tiene cinco o más hijos (véase cuadro 4).

Pese a tratarse de una población homogénea desde el punto de vista socioeconómico, el promedio de hijos nacidos vivos según escolaridad de las mujeres resalta las diferencias de más de un hijo según hayan finalizado o no la escuela primaria. El promedio de hijos de las mujeres de 45 a 49 años según la edad a la primera unión revela un número mayor en las que se unieron más jóvenes, que llega a los cinco hijos cuando se casaron antes de los 21 años y a 3.8 hijos cuando lo hicieron más tarde. El promedio es de 4.8 hijos para las que se quedaron con una escolaridad primaria incompleta y de 3.7 hijos para las que completaron sus estudios primarios o que entraron a secundaria (gráfica 1).

GRÁFICA 1
PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS DE LAS MUJERES DE 45 A 49 AÑOS
POR NIVEL DE EDUCACIÓN



FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

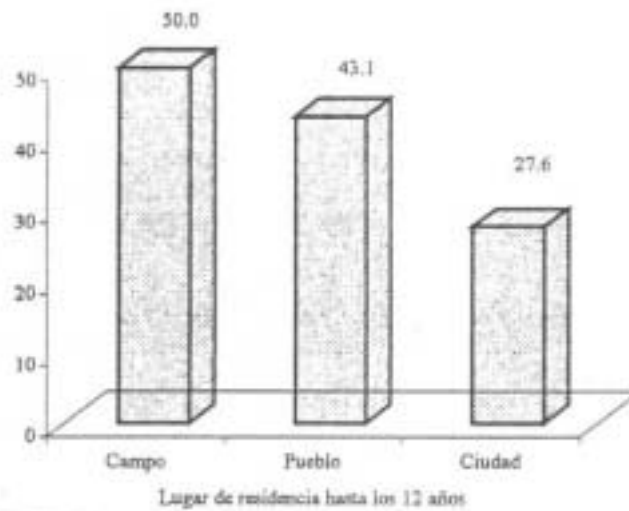
Las edades medianas a la primera relación sexual (17 años), a la primera unión (18 años) y al primer nacimiento (19 años) señalan calendarios muy precoces de inicio a la práctica sexual y a la formación de familias y descendencias. La distribución por generaciones pone de manifiesto un rejuvenecimiento de los tres indicadores (López, 1995a).

La información reseñada remite a ciertas preguntas y comentarios: ¿significa el rejuvenecimiento de la edad al inicio de las relaciones sexuales, de la unión y de la maternidad que podría aumentar la fecundidad? O, por lo contrario, ¿se orientará esa tendencia a compensarse con la mayor escolaridad de las más jóvenes? ¿Se materializará ello en una mayor predisposición hacia el uso de anticonceptivos? La mayor permisividad de la conducta sexual de las últimas décadas explica las prácticas más precoces; la cuestión que se plantea es si en las opciones de vida imaginadas por las más jóvenes cabrá la idea de reducir el tamaño de las familias; si la respuesta es afirmativa, ¿incluyen esos itinerarios futuros el calendario de los primeros nacimientos? No es sencillo predecir la trayectoria probable de las mujeres que aún deben recorrer un largo camino reproductivo. Si pertenecen a familias numerosas con predominio de padres migrantes del interior de la Argentina o de los países limítrofes, todo parece indicar que privan fuertes lazos entre representaciones y prácticas reproductivas y procesos socioculturales como el hecho migratorio.

Para ahondar en esta línea se consideró el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de 35 años o más por el lugar de residencia hasta los 12 años (gráfica 2).

GRÁFICA 2

PORCENTAJE DE MUJERES DE 35 A 49 AÑOS CON CINCO HIJOS Y MÁS POR LUGAR DE RESIDENCIA HASTA LOS 12 AÑOS



FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

Si bien el 39% de las mujeres tenía cinco o más hijos, se observaron nítidas diferencias según el lugar de socialización: 28% de las que vivieron en una ciudad, 43% que habitaron en un pueblo y el 50% de las oriundas del campo llegaron a esa descendencia.

Se interrogó a las encuestadas acerca del número de hijos tenidos por sus madres; revelaron que 39% de las de 35 a 49 años tenía cinco hijos o más, mientras que 74% de sus madres alcanzó esa descendencia. ¿Qué factores explican ese cambio? ¿Cuántos hijos tuvieron en la zona de origen las mujeres que no migraron? ¿Bajará o se mantendrá igual a la de sus madres la fecundidad de las mujeres más jóvenes? Éstas tienen la particularidad de no haber estado expuestas al hecho migratorio, aunque sí a las valoraciones positivas de las familias con muchos hijos.

c) Anticoncepción

Como se ha señalado, en la Argentina escasea el conocimiento sobre las relaciones entre anticoncepción y otros fenómenos de la reproducción humana. Los estudios probabilísticos sobre el Área Metropolitana de Buenos Aires se remontan a la década de los sesenta (De Janvry y Rothman, 1975); más tarde se encuentra alguna información fragmentaria en la Investigación sobre Pobreza en Argentina (López, 1990). Los datos más recientes permiten acercarse al conocimiento de la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edades fértiles, aunque no se sabe acerca de los métodos utilizados ni de otros aspectos relevantes para el conocimiento del tema (López y Tamargo, 1995).

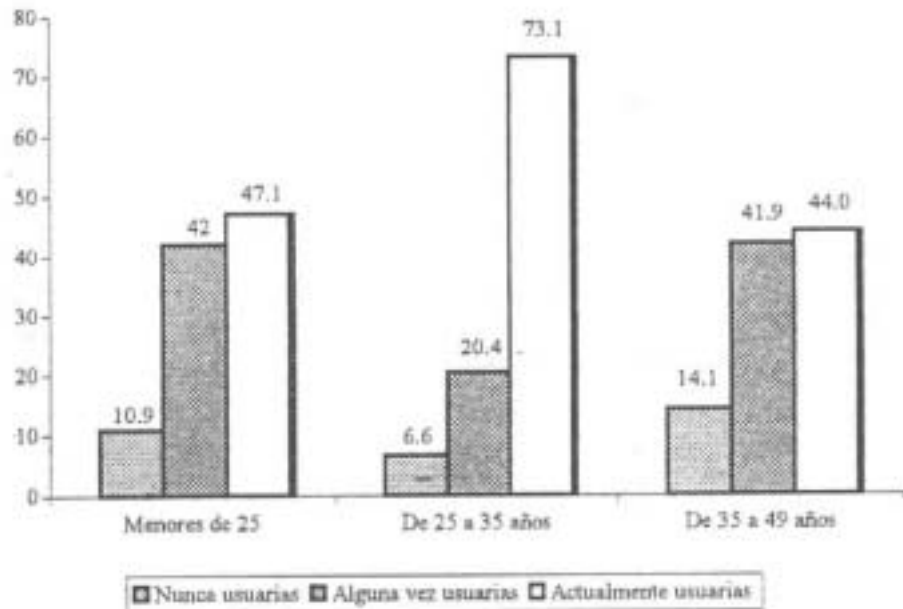
La información disponible de la ESR muestra que 54.9% de las mujeres en unión (legal o consensual) o que tienen relaciones sexuales usa actualmente algún método anticonceptivo, 34.4% lo usó alguna vez pero no en la actualidad y 10% no lo utilizó nunca. Es de destacar la similitud de las cifras encontradas en la ESR y en la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) un año más tarde: 53.3% de usuarias actuales (López y Tamargo, 1995).

Tres cuartas partes de las mujeres de 25 a 34 años está usando algún método; la prevalencia de las más jóvenes y las más grandes no alcanza 50% (véase gráfica 3). Inversamente, puede advertirse el peso relativo de las de 35 años o más que nunca usaron (una de cada siete mujeres). En cuanto a las que usaron alguna vez pero no en la actualidad puede suponerse que la entrada y salida de la práctica anticonceptiva obedece a diferentes razones: las menores de 25 años utilizarían la misma, especialmente para espaciar los nacimientos; en las mayores las causas podrían deberse a la ausencia de vida sexual o al inicio de la menopausia.

El uso actual crece con la escolaridad, aunque se corrobora la paradoja de una disminución del uso en las mujeres con estudios secundarios, lo cual podría atribuirse a su edad (son menores de 30 años) y a que están en el proceso de formación de sus familias.

GRÁFICA 3

PORCENTAJE DE MUJERES CON ALGUNA UNIÓN O RELACIONES SEXUALES POR EDAD Y CONDICIÓN DE USO DE ANTICONCEPTIVOS



FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

El uso actual según el número de hijos nacidos vivos revela una mayor intensidad en las mujeres con dos, tres o cuatro hijos y niveles más reducidos en las que aún no los tienen (quienes presumiblemente estarán intentando tenerlos) y las que tienen cinco o más (las de mayor edad).

El número de hijos al comenzar la práctica anticonceptiva señala que las mujeres jóvenes iniciaron el control de los nacimientos cuando tenían menos hijos que las mayores. Las mujeres de 35 años o más con menos hijos iniciaron el control antes que sus coetáneas con mayores descendencias.

¿Cuáles son los métodos más utilizados por las mujeres? El 63% prefiere los métodos más efectivos: pastillas, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones y esterilización femenina (36%, las pastillas; 13%, el DIU; 9%, las inyecciones y 5%, la oclusión tubárica). El preservativo es usado por 18% de las usuarias, mientras que 10% utiliza el retiro o *coitus interruptus* y el 7%, el ritmo (gráfica 4). Si se clasifica a los métodos de acuerdo con la persona que tiene la mayor responsabilidad del uso, se advierte que casi 30% corresponde a los varones. Un porcentaje muy elevado de usuarias actuales (81%) contestó que no tuvo inconvenientes en el uso de métodos anticonceptivos.

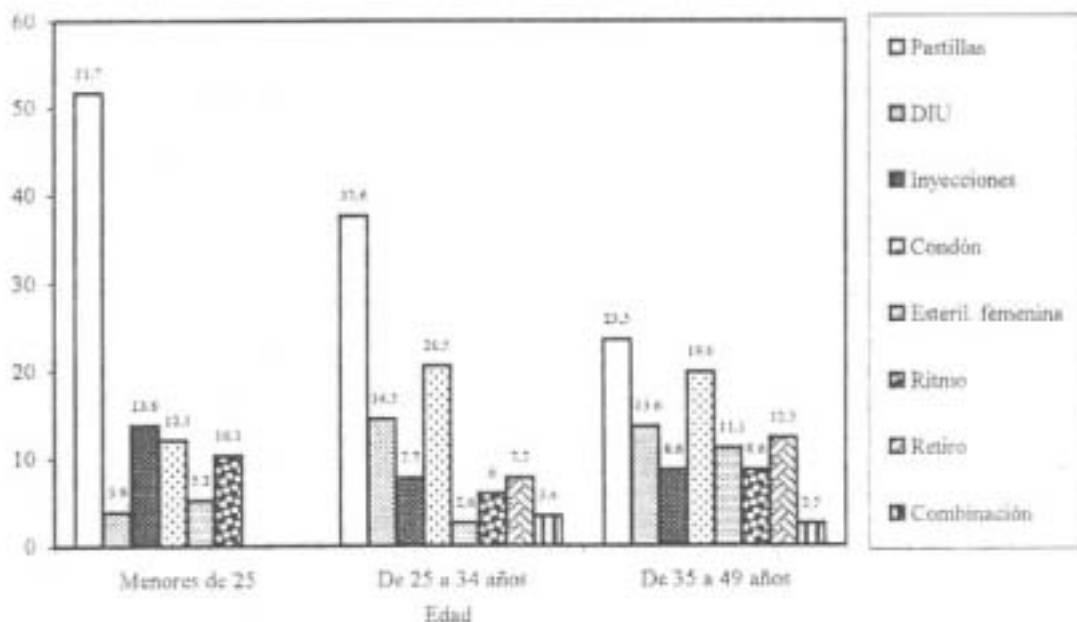
TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO

La preferencia de métodos según la edad señala que las pastillas ocupan el primer lugar en todas las edades y que la utilización del DIU se acrecienta notablemente con la edad. El uso del preservativo ocupa un lugar importante en la práctica sexual de todas las mujeres y es de destacar el crecimiento de la esterilización femenina a medida que avanza la edad, ya que en las de 35 años o más cuadruplica la frecuencia con la que se usa entre los 25 y los 34 años. Como en la Argentina dicha práctica requiere un trámite jurídico casi insuperable en los establecimientos públicos de salud, podría pensarse que ha obedecido a situaciones críticas de salud como cierto número de cesáreas previas, patologías cardiovasculares o circulatorias o diabetes.

Cuando el método actual son las pastillas, las inyecciones, el DIU o la esterilización femenina, las mujeres señalan que la mitad de las veces fue recomendado por un médico, lo cual significa que el resto no contó con ese asesoramiento, pese a ser métodos que requieren diagnóstico y seguimiento. Una segunda fuente de recomendaciones se refiere a los esposos y se vincula al condón y al retiro. Los familiares y amigos son declarados como fuentes para el uso de pastillas, inyecciones y DIU.

GRÁFICA 4

PORCENTAJE DE MUJERES CON ALGUNA UNIÓN O RELACIONES SEXUALES QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, POR EDAD Y MÉTODO UTILIZADO



FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

¿Cómo deben interpretarse estos datos? ¿Es positivo o no favorecer la desmedicalización de la anticoncepción? ¿Es adecuado que las pastillas e inyecciones sean recomendadas por amigos, familiares o "nadie"? ¿Es deseable que las mujeres y las parejas utilicen los métodos sobre la base de que los sienten más seguros y eficientes o, por lo contrario, hay criterios de eficacia y seguridad (un método que se ajuste a la edad, paridad, estado de salud y preferencia de la mujer y de su pareja) que un lego no está en condiciones de manejar? ¿Es mejor o peor que las mujeres se automediquen, habida cuenta de que no obtienen respuesta de los servicios de salud? Estas preguntas se dirigen a esclarecer el problema de cientos y miles de mujeres que tienen que recurrir a lo que conocen y a lo que pueden acceder (física, económica y culturalmente). En tal caso, y tomando en consideración el riesgo de un embarazo no oportuno o no planeado, la automedicación parece un riesgo menor, pero dichos problemas tendrían que ser formulados y contemplados por los encargados de los programas de salud de las mujeres.

III - LO IMAGINADO Y LO REAL: OPINIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE LA FAMILIA

¿Cuál sería el número ideal de hijos si no hubiera restricciones económicas? ¿Y cuál en la situación concreta de la vida de cada una de las mujeres? (cuadros 1 y 2).

Las opiniones revelaron que, en el caso ideal, sólo una de cuatro mujeres querría tener menos de tres hijos y 20% piensa que una familia debería tener cinco hijos o más. Estos valores muestran una altísima valoración de las familias numerosas. Al opinar sobre la situación concreta, la óptica se modifica y el peso de las que desean tener uno o dos hijos se acrecienta (50%); el resto disminuye. Las diferencias por edad se detallan a continuación:

a) hasta los 30 años la mayoría de las mujeres piensa que el número más apropiado de hijos es dos, tanto en situaciones ideales como concretas. En las primeras nunca se menciona la posibilidad de tener un solo hijo, mientras que esta paridad alcanza 12% de preferencia en las situaciones concretas. Si este porcentaje se suma al de las mujeres que hubieran preferido dos hijos se puede concluir que, en situaciones concretas, más de la mitad de las mujeres más jóvenes sitúa entre uno y dos hijos su descendencia, aunque idealmente 60% de ellas se manifiesta partidaria de tener dos o tres, y 33% considera que tener cuatro o más hijos es un buen número para el tamaño de una familia.

TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES POR EDAD Y NÚMERO DE HIJOS
QUE SE PREFIERE EN SITUACIÓN IDEAL

<i>Edad</i>	<i>Número de hijos en situación ideal</i>				
	<i>uno</i>	<i>dos</i>	<i>tres</i>	<i>cuatro</i>	<i>cinco o más</i>
<i>Total</i>	1.4	26.7	23.7	21.2	20.1
15-19	5.1	31.4	21.2	19.5	16.1
20-24	1.2	35.7	25.0	21.4	11.9
25-29		40.5	23.8	21.4	11.9
30-34		20.2	20.2	28.6	23.8
35-39		18.6	27.1	18.6	32.9
40-44		20.0	20.0	15.4	32.3
45-49	1.8	10.7	32.1	23.2	23.2

FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

CUADRO 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES POR EDAD Y NÚMERO DE HIJOS
QUE SE PREFIERE EN SITUACIONES CONCRETAS

<i>Edad</i>	<i>Número de hijos en situación concreta</i>				
	<i>uno</i>	<i>dos</i>	<i>tres</i>	<i>cuatro</i>	<i>cinco o más</i>
<i>Total</i>	8.2	38.3	19.4	17.6	11.2
15-19	12.7	50.0	16.1	9.3	2.5
20-24	11.9	44.0	25.0	10.7	2.4
25-29	11.9	40.5	15.5	22.6	6.0
30-34	7.1	35.7	17.9	20.2	11.6
35-39	1.4	30.0	25.7	21.4	12.9
40-44	1.5	35.4	16.9	16.9	19.9
45-49	5.4	19.6	21.4	30.4	16.0

FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

b) Una situación distinta aparece a partir de los 30 años, cuando el promedio de hijos ya tenidos por las encuestadas va de 3.3 hasta 4.5, de tal manera que las preferencias por un número más alto adquieren sentido. Así, la mitad de las mujeres prefiere idealmente cuatro o más hijos; considerando su situación concreta sólo un tercio de ellas elegiría esa descendencia.

Como las mujeres mayores ya tienen muchos hijos, la pregunta que surge se refiere a las jóvenes: ¿seguirán o no los patrones reproductivos de sus madres o parientas? ¿En qué medida y calendario? La respuesta excede el marco de las decisiones individuales, ya que sería necesaria la creación y ampliación de servicios de salud en anticoncepción, para observar luego si las tendencias esbozadas conducen a una demanda de asistencia, si esa demanda es respondida con servicios adecuados y si de estas acciones se desprenden modificaciones en los patrones reproductivos de las mujeres de bajos niveles socioeconómicos.

¿Cuál es el mejor intervalo entre la unión y el primer nacimiento? En las comparaciones entre lo ideal y lo vivido se advierten diferencias (cuadro 3). Más de la mitad de las mujeres prefiere, idealmente, una separación mayor a los dos años entre la unión y el primer nacimiento. Sin embargo, lo ocurrido en la realidad muestra otros ritmos: 10% de las madres tuvo su primer hijo antes de la unión y una de cada seis fue madre antes del año, lo que significa que la cuarta parte de ellas dio origen a un nacimiento antes de cumplir el primer año de la unión. De lo anterior parece desprenderse una tendencia hacia la declaración de temporalidad de uno a dos años después de la unión, independientemente de la experiencia de la maternidad. Ello estaría indicando una adhesión simbólica, que no se cumple en la práctica, a modelos de uniones y maternidades de sectores medios.

La mejor edad para comenzar a tener hijos puede dar pistas sobre los calendarios imaginados. Hay cierta disparidad entre la edad declarada como ideal para iniciar la maternidad y la práctica concreta de ésta. Más de la mitad de las mujeres que ya habían sido madres opinó favorablemente sobre las edades jóvenes para el inicio de la maternidad (un tercio se inclinó por los 20 o 21 años y 17%, por debajo de los 20 años); las diferencias de opinión entre las madres de distintas generaciones mostraron ser pequeñas. La edad de las mujeres al inicio de la maternidad muestra una realidad aún más acentuada: una cuarta parte de ellas tuvo a sus hijos antes de los 18 años; cerca de la mitad, antes de los 20 años y alrededor de los dos tercios, a los 20 o 21 años.

De lo expuesto puede concluirse que priva una práctica temprana de la maternidad y una preferencia ideal acorde, aunque marcada por un ligero retraso hacia los primeros años que siguen a los 20.

TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES CON ALGUNA UNIÓN POR INTERVALO IDEAL ENTRE LA UNIÓN Y EL NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO SEGÚN EL INTERVALO REAL ENTRE LA UNIÓN Y EL PRIMER NACIMIENTO

<i>Intervalo real</i>	<i>Intervalo ideal</i>					<i>Total</i>
	<i>Años</i>					
	<i>Menos de uno</i>	<i>1 a 1.99</i>	<i>2 a 2.99</i>	<i>3 a 4.99</i>	<i>cinco años o más</i>	
Primer nacimiento antes de la unión	14.6	36.6	29.3	9.8	9.8	10.1
Menos de un año	9.0	43.3	23.9	13.4	10.4	16.5
Un año	9.2	38.2	29.8	13.0	9.9	32.3
Dos años	11.7	35.1	28.6	11.7	13.0	19.0
Tres a cuatro años	—	26.5	46.9	20.4	6.1	12.1
Cinco años o más	2.5	32.5	27.5	15.0	22.5	9.9
Total	8.4	36.3	30.4	13.6	11.4	100.0

FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

La edad ideal de finalización de la maternidad está altamente concentrada en las edades que exceden los 35 años (el 66%); se advierte en las mujeres de 25 a 34 años una preferencia más acentuada por la opción de 30 a 34 años. La selección de edades avanzadas muestra el arraigo a periodos prolongados en la práctica reproductiva, característico de los grupos sociales con limitado control de la fecundidad. Se sabe que, en los grandes números, las mujeres mayores de 35 años contribuyen escasamente a la fecundidad argentina, por lo cual los valores encontrados resultan sugerentes, ya que revelan opiniones vinculadas a la importancia de la maternidad y a la fatalidad con la que se relaciona la vida sexual y sus consecuencias.

La adhesión ideal al intervalo deseable entre el primer y el segundo hijo se situó entre dos o tres años (dos tercios a tres cuartas partes de las mujeres apoyaron esa opción). A pesar de lo expresado, el análisis del primer intervalo intergenésico real revela que 43% de las mujeres ha tenido sus primeros hijos en intervalos menores a los dos años (el triple de lo expresado como ideal) y sólo un tercio de ellas, una separación de dos a tres años (menos de la mitad de lo ideal).

¿A qué pueden atribuirse las diferencias encontradas? ¿Se trata de una respuesta sobre el "deber ser", la opinión que ellas consideran que se espera que den, la que está en el contexto colectivo de la mayoría de la población? Para esbozar alguna explicación

se revisaron las respuestas de todas las mujeres por edad, independientemente de su condición de madres. Se encontró que tres de cada cuatro menores de 20 años opinaron en favor de intervalos intergenésicos que no excedieran de los dos años; las mujeres de más edad siguieron el patrón descrito antes.

Pensar acerca de las más jóvenes supone un desafío, porque intenta prever itinerarios futuros de la maternidad. ¿Es posible que las opiniones vertidas por las más jóvenes influyan sobre su práctica reproductiva? Si fuera así, ¿sería semejante esta propuesta a la de sus antecesoras, con una fecundidad alta y extendida, o se esperaría tener menos, en un calendario temprano pero más breve? ¿Cuál es el significado que se puede atribuir a una preferencia tan marcada por nacimientos tan próximos?

En los estratos socioeconómicos más favorecidos, los jóvenes dedican cada vez más años a la escolarización, lo cual retrasa la incorporación en la actividad económica y la formación de la familia. En contraste, y particularmente entre las mujeres jóvenes de los estratos más pobres, a menudo se identifica la entrada en la pubertad como sinónimo de incorporación a la edad adulta, estado que se adquiere de manera definitiva con la maternidad. Sin los beneficios de una escolaridad que las capacite para el exigente y excluyente mercado de trabajo, con pautas de prácticas sexuales muy tempranas, que se acompañan con escasos y erróneos conocimientos acerca de los procesos de la reproducción, con limitadas condiciones de acceso a servicios de salud que favorezcan una práctica exitosa de la anticoncepción así como con un entorno sociocultural que facilita las uniones conyugales y valoriza la maternidad temprana como una manera de adquirir el estatus de adulta, resultan comprensibles las respuestas observadas. Puede pensarse que estas jóvenes, transcurrido algún tiempo, tiendan a compartir las opiniones de sus congéneres algo mayores, al vivir la experiencia de su propia maternidad, a la vez que aumentan sus años y sus saberes, como se mostró al comienzo de dicho punto. Mientras tanto, están expresando sus motivaciones personales y los modelos socioculturales de su entorno familiar y social.

IV - LA AUTONOMÍA FEMENINA: ALGUNOS INDICIOS

En este trabajo se entiende por "autonomía" uno de los componentes de los sistemas de género, un aspecto del poder que se refiere a la libertad de las mujeres para actuar de acuerdo con su elección y no con la de los otros. La autonomía es una de las maneras de ganar poder (Mason, 1995).

Para acercarse al concepto de "autonomía femenina" se formularon un conjunto de frases con el fin de medir la opinión de las entrevistadas sobre los roles femeninos. Se detallan a continuación las opiniones respecto de las frases más significativas; asimismo, se relacionan estos resultados con la edad de las mujeres y la condición de uso de anticonceptivos.

Dos tercios de las entrevistadas concuerdan en que *"la mujer debe tener los hijos que le lleguen"*. Las menores de 25 años y las no usuarias de anticonceptivos son las que más se inclinan por demostrar su acuerdo. El acuerdo tan masivo muestra la propensión a tener familias numerosas y criterios fatalistas sobre la reproducción, fenómeno que se acentúa en las no usuarias de anticonceptivos que, como se vio antes, son las mujeres de más edad, con sus familias ya constituidas, y las menores, que están en camino de hacerlo.

Más de la mitad de las mujeres está de acuerdo con que *"la mayoría de las mujeres preferirían tener un trabajo bien pagado que ser amas de casa"* y un tercio se muestra en desacuerdo. Entre las más jóvenes y las nunca usuarias, que suelen ser las mismas, se observa una mayor aceptación.

La frase *"las mujeres deben decidir ellas mismas si quieren ser madres"* concita la opinión favorable de las tres cuartas partes de las mujeres; no se observan diferencias por edad; sin embargo, el acuerdo crece entre las nunca usuarias, que son mayoritariamente las más jóvenes (85%). Las que manifiestan su desacuerdo aumentan entre las mujeres mayores de 35 años y las actualmente usuarias (18 y 21%, respectivamente).

Dos tercios de las mujeres consideran que hay que *"tener los hijos que se tenga ganas"*. Las de más edad son las que se inclinan por esta opinión y las mujeres jóvenes y nunca usuarias son las que marcan su desacuerdo. El alto acuerdo con este ítem podría explicarse por su grado de ambigüedad, ya que las "ganas" son atributos personales y subjetivos.

Resulta interesante el ítem siguiente, *"no se es mujer si no se ha sido madre"*, porque es una afirmación cargada de valor, a diferencia de algunas de las citadas más arriba. Un 60% dice estar en desacuerdo con la frase y un tercio manifiesta acuerdo con ella. Las mujeres jóvenes son las que más expresan el desacuerdo; a medida que aumenta la edad también lo hace la respuesta favorable. La condición de uso parece no influir en el juicio sobre esta proposición.

El 80% de las mujeres encuestadas está en desacuerdo con *"las mujeres deben casarse pronto"*. Esta opinión es más acentuada entre las más jóvenes y las nunca usuarias. Al contrario, cuando aumenta la edad crece el acuerdo. Esto es importante porque constituye una toma de posición en un tema donde lo cultural y lo emocional ejercen una fuerte preponderancia y porque revela opiniones de las más jóvenes hacia una postergación de la edad al casamiento. Debe señalarse que los dichos pueden no corresponder con la práctica concreta, como lo muestra el rejuvenecimiento de la edad a la primera unión y la comparación entre las declaraciones y las experiencias de maternidad mencionadas en los puntos anteriores.

"Los anticonceptivos traen trastornos" motiva el acuerdo de algo más de la mitad de las mujeres, aceptación más acentuada entre las usuarias actuales y las alguna vez usuarias mayores de 35 años. Un 15% está en desacuerdo; se aprecia una elevada

proporción de mujeres que no contesta sobre dicho ítem (19%), entre las cuales predominan las más jóvenes y las nunca usuarias de anticonceptivos. Al respecto debe recordarse que cuando se les preguntó sobre desventajas del método actual, 81% contestó que no las tenía.

Ocho de cada 10 mujeres concuerdan con la frase "*las mujeres tienen derecho al goce sexual*". Las que tienen de 25 a 34 años son quienes más apoyan esta opción, lo cual es consistente ya que muchas de las más jóvenes no se han iniciado sexualmente y las mujeres mayores tienden a adoptar opiniones más conservadoras, como se ha documentado en otros aspectos de esta investigación (López y Masautis, 1994). Según condición de uso puede advertirse que, a medida que crece el uso de anticonceptivos, es mayor el grado de aceptación del goce sexual.

Los resultados de algunos ítems particularmente significativos de la autonomía femenina muestran un cambio interesante en las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires; asimismo, se advierten señales de independencia y reconocimiento del cuerpo y la sexualidad. El desacuerdo con frases que homologan la maternidad con la identidad femenina puede interpretarse en este sentido. En los datos comentados parece insinuarse cierta propensión a un cambio, evidenciado en las opiniones sobre la formación de las familias, la autonomía femenina y el uso de anticonceptivos. Esto se traduciría en una modificación de los proyectos de vida de las mujeres a mediano plazo, especialmente en las más jóvenes y las más instruidas. Tal tendencia también se manifestó al indagarse sobre mejor edad al inicio y a la finalización de la maternidad, cantidad de hijos, intervalos intergenésicos, aunque se observaron marcadas diferencias entre lo declarado como situaciones ideales y las prácticas concretas (López, 1995a).

Las entrevistadas dejaron entrever también aspectos ambivalentes relacionados con valores tradicionales y modernos en las relaciones de género: por una parte, lo tradicional se expresa en una aceptación natural de la subordinación femenina, en la cual las mujeres centran su rol principal en la maternidad y en un uso escaso y poco sistemático de los métodos anticonceptivos. Estas mujeres son particularmente las de más edad, las que han nacido en provincias o en otros países, principalmente limítrofes, las que tienen mayor número de hijos, las inactivas y las que convienen en tener los hijos que les lleguen.

Adicionalmente, hay un conjunto de mujeres que parece comenzar a romper con la concepción más tradicional y se acerca a patrones más ligados a los valores modernos: una aceptación más natural de la sexualidad, el deseo de un trabajo extradoméstico y cierto grado de cuestionamiento a la identificación entre la madre y la mujer (Findling y López, 1996). Estos cambios, por sí mismos, no aseguran una mejora en las condiciones de vida de las mujeres; para ello se requiere una ampliación de las oportunidades para tener acceso al trabajo, la educación, la salud y la participación política y ciudadana que posibilite a las mujeres desandar el camino de las desigualdades de género.

V - COMENTARIOS FINALES

En este trabajo se ha buscado conocer aspectos significativos de la salud reproductiva de las mujeres que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, principalmente los ligados a las opiniones sobre la constitución de las familias y las descendencias en relación con la práctica anticonceptiva y la autonomía.

En los párrafos que siguen se busca vincular algunas de las preguntas formuladas al principio de la investigación con los hallazgos encontrados; el objetivo es que dichas conclusiones sirvan de anclaje para formularse preguntas de mayor especificidad.

Uno de los primeros interrogantes que se plantearon fue la identificación de las razones que abonan la persistencia de una fecundidad elevada; el propósito es comprender los lazos entre las prácticas reproductivas de las mujeres, sus preferencias y condiciones de vida.

En otras palabras: ¿puede pensarse que las mujeres conciben muchos hijos sólo porque no tienen acceso a la anticoncepción por carencia de ese ítem en los programas de salud? ¿O tienen muchos hijos porque provienen de hogares muy numerosos, en los cuales se reflejan el valor de una familia grande y de la maternidad como atributo fundamental para la autoestima de las mujeres? Si lo anterior fuera cierto, ¿conduciría tal situación a la persistencia de una fecundidad alta o ésta se verá modificada en los tiempos por venir?

Uno de los hallazgos de la presente investigación, ligado a la dimensión generacional, mostró que las madres de las encuestadas tenían más descendencia que sus hijas, lo cual indica el inicio de la transición de la fecundidad en los estratos socioeconómicos más bajos de la sociedad argentina. Dicho proceso ya se ha completado en los sectores sociales más acomodados.

Las encuestadas mostraron descendencias elevadas, que se situaron entre los 3.5 y los 4.5 hijos. Sin embargo, la prevalencia en el uso de anticonceptivos las sitúa entre las poblaciones que ejercen un control sobre la reproducción, llegando a un porcentaje de uso actual de 75% entre las mujeres de 25 a 34 años.

Un rasgo distintivo de las mujeres encuestadas se refiere a la iniciación temprana de la vida sexual, conyugal y reproductiva; se aprecia un rejuvenecimiento al comparar a las distintas generaciones. ¿Podría interpretarse esto como una continuidad de las trayectorias reproductivas de sus madres? Algunos indicios presagian cambios: el mayor nivel educativo, el conocimiento más amplio y el uso más difundido de la anticoncepción, la incorporación de esta última, aunque restringida, a algunos servicios públicos de salud, las opiniones sobre la reducción del tamaño de la familia (si bien prevalece un tamaño ideal más elevado que el del entorno en el que viven, es notable la diferencia de las preferencias entre las encuestadas de distintas generaciones). De manera cautelosa podría pensarse que las mujeres que actualmente están comenzando las etapas de la

formación de sus familias tenderán a disminuir el tamaño de su descendencia cuando consideren cercano o cumplido ese tamaño, aunque conserven prácticas de iniciación temprana de la maternidad.

La práctica anticonceptiva parece constituirse en el factor clave del proceso de cambio en la reproducción de los estratos que padecen más carencias. De la información analizada surge un universo de significados, valores, opiniones y experiencia de maternidad que señalan un nitido contraste con los estratos socioeconómicos más altos. En este contexto, el papel de los servicios de salud adquiere una importancia primordial en la orientación y asistencia de las mujeres desde la adolescencia, no para inducir una modificación de sus valores sino para acompañar necesidades y preferencias en los diferentes tramos de la vida reproductiva y para educar sobre la prevención de aspectos de la salud.

Las diferentes opiniones sobre lo deseable en el campo de la reproducción, expresadas por las mujeres jóvenes y sin hijos y por las que ya han sido madres, lleva a la conclusión de que es necesario producir un cambio de horizontes; esta transformación tendrá que apuntar a los campos de la salud y de la educación en lo que hace a las políticas más concretas e inmediatas, pero deberá dirigirse a un espectro más amplio de acciones donde se contemplen aspectos de género, trabajo y equidad.

TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO

CUADRO 4

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES POR EDAD
(EN PORCENTAJE)

<i>Características</i>	<i>< de 25</i>	<i>25 a 34</i>	<i>35 o más</i>	<i>Total</i>
<i>Hijos nacidos vivos</i>				
Ninguno	17.4	3.2	1.6	5.3
Uno a dos	71.0	46.1	26.1	42.3
Tres	10.5	18.6	19.7	17.4
Cuatro a cinco	1.1	25.1	22.9	19.4
Seis o más	—	7.0	29.7	15.6
<i>Hijos de sus madres</i>				
Ninguno a tres	26.7	22.0	18.0	—
Cuatro a seis	39.2	29.7	25.7	—
Siete o más	34.1	48.3	56.3	—
<i>Condición de uso MAC</i>				
Nunca usuarias	10.9	6.6	14.1	10.7
Alguna vez usuarias	42.9	20.4	41.9	34.4
Usuarias actuales	47.1	73.1	44.0	54.9
<i>Uso actual y ním. de hijos</i>				
Ninguno	26.8	4.9	1.2	—
Uno	33.9	14.8	3.6	—
Dos	30.4	27.9	27.4	—
Tres	7.1	19.7	19.0	—
Cuatro o más	1.8	32.7	48.8	—
<i>Núm. de hijos al comenzar</i>				
Ninguno	66.1	47.5	45.2	—
Uno	19.6	23.8	20.2	—
Dos	14.3	18.0	19.1	—
Tres o más	—	10.7	15.5	—
<i>Método actual</i>				
Pastillas	51.7	37.6	23.5	36.3
DIU	6.9	14.5	13.6	12.5
Inyecciones	13.8	7.7	8.6	9.4
Condón	12.1	20.5	19.8	18.4
Esterilización fem.	—	2.6	11.1	4.7
Ritmo	5.2	6.0	8.6	6.6
Retiro	10.3	7.7	12.3	9.8
Otros	—	3.4	2.5	2.3

FUENTE: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1993.

BIBLIOGRAFÍA

- Berquó, E., 1989, "A familia no século XXI: um enfoque demográfico". *Revista Brasileira do Estudos Populacionais*, 6(2).
- Bruce, J., 1990, *Elementos fundamentales de la calidad de la atención: un marco conceptual simple*, Nueva York, Documento de trabajo, The Population Council.
- Cook, R., 1993, "International human rights and women's reproductive health", *Studies in Family Planning*, 24, 2: 73-86.
- Findling, L. y E. López, 1996, "Mujeres pobres del Conurbano Bonaerense: conexiones entre dinámica del hogar y práctica anticonceptiva", en *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, CENEP, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes) y AEPa, pp. 37-44.
- Freedman, L. y S. Isaacs, 1993, "Human rights and reproductive choice", *Studies in Family Planning* 24, 1:18-30.
- García, B. y O. de Oliveira, 1994, *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), 1995. *Situación y evolución social. Síntesis No. 3*, Buenos Aires, INDEC.
- Janvry, B. de y A. M. Rothman, 1975, *Fecundidad en Buenos Aires. Informe sobre los resultados de la Encuesta de Fecundidad en el área de Capital y Gran Buenos Aires, 1964*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (Celade).
- Jelin, E., 1984, *Familia y unidad doméstica. Mundo público y vida privada*, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Estudios CEDES.
- López, E., 1990, "Fecundidad, anticoncepción y pobreza en áreas urbanas de la República Argentina. Taller sobre investigaciones recientes en el área de la salud reproductiva y sus implicancias para el diseño de políticas", mimeo.
- López, E., 1994, "Anticoncepción en América Latina", en D. Celton (comp.), *Problemas de población en América Latina*, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, pp. 73-80.
- López, E., 1995a, "Fecundidad, práctica anticonceptiva y tamaño de la familia: un estudio en madres del Conurbano de Buenos Aires", en *1 Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, pp. 141-159.

- López, E., 1995b, "Fecundidad y anticoncepción en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes", en *II Jornadas Argentinas de Estudios de la Población (AEP)*, Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación, pp. 447-460.
- López, E. 1997. *Anticoncepción y aborto. Su papel y sentido en la vida reproductiva*, Buenos Aires, Instituto Gino Germani y Oficina de Publicaciones del CBC de la Universidad de Buenos Aires.
- López, E. y A. Masautis, 1994, "Aborto en el Conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes", en *Determinantes del aborto y factores asociados*, Santafé de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, pp. 16-30.
- López, E. y M. Margulis. 1995, "Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud", Informe final de investigación, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, inédito.
- López, E. y M. Tamargo, 1995, "La salud de la mujer", en Instituto Nacional de Estadística y Censos, *Infancia y condiciones de vida. Encuesta esencial para el monitoreo de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, pp. 163-197.
- Mason, K., 1995, *Gender and Demographic Change: What Do We Know*, Lieja, International Union for the Scientific Study of the Population.
- Mundigo, A., 1993, "Health and social aspects of induced abortion", en *Proceedings International Population Conference*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Montreal, pp. 203-208.
- Mundigo, A., 1994, "La interdisciplina en la salud reproductiva", V Encuentro de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicósomática, Buenos Aires, mimeo.
- Pantelides, E. A., 1986, "Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad en la Argentina", *Estudios Migratorios Latinoamericanos* 1 (3).
- Pantelides, E. A., 1989, "La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX", Buenos Aires, *Cuadernos del CENEP 41*, Centro de Estudios de Población (Cenep).
- Prada, E., 1992, "Planificación familiar en América Latina", Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, Santa Lucía, mimeo.
- Quilodrán, J., 1991, *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*, México, El Colegio de México.

- Raczynski, D. y C. Serrano, 1986, *Vivir la pobreza. Testimonios de mujeres populares*, Santiago, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica (Cieplan).
- Torrado, S., 1986, "La cuestión poblacional argentina y las políticas de población", en S. Torrado, S. Novick y S. Olego de Campos, "Política, población y política de población. Argentina 1946-1986", *Cuadernos del CEUR* núm. 18, Centro de Estudios Urbanos y Regionales (CEUR), Buenos Aires.

PUBLICACIÓN N° 2:

**LOS DICHOS Y LOS HECHOS: FORMACIÓN DE LA FAMILIA Y
ANTICONCEPCIÓN EN MUJERES POBRES DEL CONURBANO DE BUENOS
AIRES**

**REPRODUCCIÓN,
SALUD Y SEXUALIDAD
EN AMÉRICA LATINA**

**Edith Alejandra Pantelides
y Sarah Bott**
(editoras)



Editorial Biblos



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

613.88 Pantelides, Edith Alejandra
PAN Reproducción, salud y sexualidad en América Latina /
Edith Alejandra Pantelides y Sarah Bott - 1ª ed. -
Buenos Aires: Biblos-OMS, 2000
271 pp.; 23 x 16 cm

ISBN 950-786-252-8

Bott, Sarah II. Título - 1. Sexualidad-América Latina

Diseño de tapa: *Horacio Ossani*
Armado: *Ana María Souza*
Coordinación: *Mónica Urrestarazu*

© Organización Mundial de la Salud, 2000
1211 Ginebra 27 - Suiza
© Editorial Biblos, 1999
Pasaje José M. Giuffra 318, 1064 Buenos Aires
Hecho el depósito que dispone la Ley 11.723
Impreso en la Argentina

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede reproducirse, almacenarse o transmitirse en forma alguna, ni tampoco por medio alguno, sea éste eléctrico, químico, mecánico, óptico de grabación o de fotocopia, sin la previa autorización escrita por parte de la editorial.

Impreso en Gráfica Laf S.R.L.,
Loyola 1654, Buenos Aires,
República Argentina,
en junio de 2000.

Índice

Agradecimientos	9
Introducción, por <i>Edith Alejandra Pantelides</i>	11
Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires, por <i>Elsa López</i>	17
1. Introducción, 17 - 2. Las mujeres del estudio, 20 - 3. La fecundidad y los patrones reproductivos, 21 - 4. Anticoncepción, 23 - 5. Lo imaginado y lo real: opiniones sobre la formación de la familia, 26 - 6. La autonomía femenina: algunos indicios, 30 - 7. Conclusiones, 33	
Fecundidad y condiciones socioeconómicas: el caso del Paraguay rural, por <i>Ramón Fogel</i>	37
1. Introducción, 37 - 1.1. <i>La fecundidad en una sociedad rural</i> , 37 - 1.2. <i>Los objetivos del estudio y la metodología empleada</i> , 40 - 1.3. <i>Los factores socioe- conómicos de la fecundidad</i> , 41 - 2. Discusión de los resultados, 44 - 2.1. <i>La fecundidad según características socioeconómicas</i> , 44 - 2.2. <i>Las pautas de nupcialidad</i> , 48 - 2.3. <i>La conducta reproductiva</i> , 50 - 2.4. <i>Embarazo y resul- tado del parto</i> , 52 - 2.5. <i>Los rasgos básicos del comportamiento reproductivo detectados en observaciones cualitativas</i> , 53 - 3. Conclusiones, 55	
Los hombres mexicanos frente a la vasectomía, por <i>Martha Givaudan, Susan Pick y Carmen Fuertes</i>	59
1. Introducción, 59 - 2. Metodología, 62 - 3. Resultados y recomendacio- nes, 64 - Anexo metodológico, 69	
Anticoncepción y aborto en Cuba, por <i>Luis Álvarez Vázquez</i> y <i>María Teresa Martínez</i>	73
1. Introducción, 73 - 2. Resultados, 76 - 2.1. <i>La población estudiada</i> , 76 - 2.2. <i>Niveles y diferenciales de la anticoncepción</i> , 77 - 2.3. <i>Aborto o anticon- cepción en la planificación familiar</i> , 80 - 2.4. <i>Abandono de la anticoncepción</i> , 84 - 2.5. <i>El hombre y la regulación de la fecundidad</i> , 88 - 3. Discusión y con- clusiones, 94	
El aborto inducido en Colombia, por <i>Lucero Zamudio Cárdenas</i>	99
1. Introducción, 99 - 2. La dimensión del aborto inducido en Colombia, 101 - 2.1. <i>Magnitud</i> , 101 - 2.2. <i>Evolución y tendencias</i> , 104 - 3. Las po- blaciones de más alto riesgo, 107 - 4. La compleja ambigüedad de las con- ductas de prevención, 112 - 5. Las tensiones entre la normatividad, el de- sarrollo tecnológico y la dinámica social, 114 - 6. Conclusiones, 116	
Concepciones legas de salud y enfermedad: el sida según pobladores de un barrio pobre del Gran Buenos Aires, por <i>Edith Alejandra Pantelides</i> , <i>Mónica Gogna y Silvina Ramos</i>	117
1. Introducción, 117 - 2. Antecedentes, 119 - 3. La información sobre sida, 122 - 4. El contagio, 124 - 5. Los síntomas, 127 - 6. Percepción de riesgo y vulnerabilidad, 128 - 7. La prevención, 130 - 8. Las consecuencias, 132 - 9. ¿Qué impide una prevención eficaz?, 134	

Esterilización femenina y prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el sida, por <i>Wilza Vieira Villela y Regina Maria Barbosa</i>	137
1. Introducción, 137 - 2. El desarrollo del trabajo, 138 - 3. Los resultados, 139 - 3.1. <i>¿Quiénes son las mujeres esterilizadas?</i> , 139 - 3.2. <i>Esterilización, género y sexualidad</i> , 141 - 3.3. <i>El uso del condón y la prevención del VIH</i> , 146 - 4. Discusión, 149	
Modificación de concepciones y conductas de riesgo sexual en el imaginario y las costumbres, por <i>Graciela Sikos</i>	153
1. Introducción, 153 - 2. Características del estudio, 155 - 2.1. <i>Métodos</i> , 155 - 2.2. <i>Limitaciones del estudio</i> , 157 - 2.3. <i>El programa grupal</i> , 158 - 3. Fantasías sexuales, 160 - 4. Concepciones de riesgo y protección sexual, 162 - 4.1. <i>Tipos de concepciones de riesgo y protección sexual</i> , 163 - 5. Formas de protección contra los riesgos percibidos, 165 - 5.1. <i>Protección al otro y sentirse cuidados en situaciones de intercambio sexual</i> , 166 - 6. Concepciones de riesgo y fantasías sexuales, 166 - 7. Los cambios operados, 168 - 7.1. <i>Cambios objetivos</i> , 168 - 8. Resultados, 169 - 8.1. <i>Análisis de los cambios objetivos según ítems</i> , 170 - 8.2. <i>Los cambios autopercebidos</i> , 173 - 9. Análisis de casos con cambios positivos (grupo de estudio), 177 - 10. Conclusiones, 183 - 10.1. <i>Resultados</i> , 183 - 10.2. <i>Aspectos metodológicos</i> , 185 - 10.3. <i>Aplicabilidad de los resultados</i> , 186 - Anexo, 187	
Fortalezas y debilidades en la cultura de tres poblaciones guatemaltecas ante el peligro del sida, por <i>Alfredo Méndez-Domínguez</i>	189
1. El contexto de la investigación, 189 - 2. La conducta sexual y sus contextos ideológico y social, 193 - 3. Conocimientos sobre el sida y los factores de riesgo, 197 - 4. Creencias sobre la transmisión del sida, 199 - 5. Con la vista en el futuro, 202	
La salud reproductiva de las adolescentes frente al espejo: discursos y comportamientos de madres e hijas, por <i>Rosa N. Geldstein, Graciela Infesta Domínguez y Nena Delpino</i>	205
1. Introducción, 205 - 2. Acerca de los datos y de quienes los proporcionaron, 209 - 3. El cuidado de la salud reproductiva y el papel de la madre en las percepciones de las adolescentes, 210 - 4. La madre en el desempeño del rol precautorio: identificación de género y conflicto generacional, 216 - 5. El control materno y la transmisión de valores, 218 - 6. El control materno y la imposición de límites, 222 - 7. Conclusiones, 226	
Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires: su paso hacia la vida sexual adulta, por <i>Silvia Necchi, Marta Schufer y José M. Méndez Ribas</i>	229
1. Por qué y cómo se realizó el estudio, 229 - 2. Quiénes son los adolescentes estudiados, 234 - 3. El paso hacia la vida sexual adulta, 233 - 4. Prevenciones tomadas y consecuencias inesperadas, 239 - 5. Distintos tipos de adolescentes, 242 - 6. A modo de conclusión, 244	
Implicaciones para políticas y programas de salud, por <i>Sarah Bott</i>	247
1. Introducción, 247 - 2. Acceso desigual al cuidado de la salud, 248 - 3. Diversidad cultural y social, 249 - 4. Calidad de la atención y selección de métodos anticonceptivos, 250 - 5. Integración de los servicios de atención de enfermedades transmitidas sexualmente con los de planificación familiar, 251 - 6. Aborto clandestino e inseguro, 252 - 7. Percepción de riesgo y protección contra las ETS y el VIH, 253 - 8. La salud reproductiva y sexual de los jóvenes, 254 - 9. Impacto de estos estudios sobre las políticas y programas, 256	
Bibliografía	259

Agradecimientos

Las editoras agradecemos el apoyo y la confianza que en todo momento nos brindó Iqbal Shah de la Organización Mundial de la Salud. A los autores, por su paciencia para responder nuestras múltiples preguntas y pedidos de aclaraciones. También agradecemos a Hernán Manzelli, del Centro de Estudios de Población (CENEP) por su ayuda en el trabajo de edición de los textos y organización del material. A Mónica Urrestarazu, de Biblos, por su experta revisión. Y, por supuesto, al Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en la Investigación en Reproducción Humana, empresa conjunta del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Sin su aporte este libro no hubiera sido posible.

Los dichos y los hechos: formación de la familia y anticoncepción en mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires

Elsa López

1. Introducción

*E*n la transición demográfica argentina la baja de la fecundidad es de larga data y se asocia al uso de anticonceptivos tradicionales (De Janvry y Rothman, 1975; Pantelides, 1989). Desde que se consolidó el descenso en la década de 1930 y hasta la actualidad, el número de hijos tenidos por las mujeres ha oscilado alrededor de los tres hijos. En el tránsito de las altas descendencias a las más moderadas se han atribuido papeles importantes a la inmigración europea y a la transmisión de pautas culturales en las personas de sus descendientes (Pantelides, 1986 y 1989; López y Margulis, 1995). Las transformaciones se dieron especialmente en el ámbito de las decisiones individuales de las mujeres y las parejas, siendo éste uno de los rasgos que distingue, junto a la temporalidad más temprana, el cambio de la fecundidad argentina, puesto que en gran parte de los países de América latina los cambios más relevantes ocurrieron a partir de los 70, en un marco demográfico de acelerado crecimiento que legitimó la intervención del Estado para lograr el descenso.

El moderado crecimiento de la población argentina tuvo consecuencias en el campo de las políticas y los derechos reproductivos. Coincidentemente con el acceso masivo a la anticoncepción en muchos países de la región, en la Argentina se prohibió y, actualmente se dificulta, toda política o programa de salud tendiente a brindar asistencia en anticoncepción, aun aquélla de carácter preventivo (Torrado, 1986 y 1991). Pese a ello, el control de los nacimientos y los abortos forma parte de las tradiciones compartidas y de la práctica de los grupos sociales medios y altos desde hace muchas décadas, y se difunde también en amplias capas de los sectores popula-

res. Si no se partiera de estos supuestos resultaría difícil explicar el crecimiento moderado de la población del país.

Mientras esto ocurría en grupos numéricamente importantes de población, en los lugares menos desarrollados de la Argentina siguieron prevaleciendo los patrones pretransicionales vigentes en los países de América latina antes de 1970: edades tempranas en la primera unión y el primer nacimiento, uso escaso y errático de métodos anticonceptivos, nacimientos numerosos separados entre sí por cortos períodos y un intervalo muy amplio entre los primeros y los últimos nacimientos (Prada, 1992; López, 1994 y 1995a y b).

En la actualidad aún persisten grandes diferencias en el número de hijos tenidos por las mujeres de distintos estratos socioeconómicos y áreas del país. En 1991, por ejemplo, la descendencia final fue de 2,9 hijos para el total de la Argentina; de 4,4 en la Provincia de Formosa y de 1,9 en la Ciudad de Buenos Aires (INDEC, 1995). Los contrastes entre mujeres con diferentes características educacionales muestran una separación cercana a los dos hijos entre las que concluyeron el nivel secundario y aquellas que no finalizaron el elemental (dos hijos contra cuatro, respectivamente) (López y Tamargo, 1995).

En el marco del ejercicio de los derechos reproductivos, los marcados contrastes hallados en la fecundidad de la población argentina (más homogénea que otras de la región en características étnicas y lingüísticas) plantean un desafío a los conocimientos sobre comportamientos reproductivos, representaciones simbólicas y calidad de los servicios de salud (Bruce, 1990; Cook, 1993; Freedman e Isaacs, 1993; Mundigo, 1993 y 1994a). Podría plantearse que las diferencias en las descendencias responden a los obstáculos que encuentran las mujeres más pobres en el acceso a los servicios públicos de salud, que deberían ocuparse de y preocuparse por la salud de la reproducción de las mujeres. Otra de las explicaciones posibles es la diversidad de significaciones que los sectores sociales medios y populares asignan a la formación de las parejas, la constitución y el tamaño de las familias y las relaciones de género, en las que intervienen factores ligados a la autonomía y a la comunicación de las parejas (García y De Oliveira, 1994; Mason, 1995).

En los últimos años, el aporte de diversas disciplinas ha contribuido a ampliar las perspectivas de los estudios sobre la reproducción humana y a construir enfoques más comprensivos de estos fenómenos, en los cuales se intersectan cuestiones de elevado contenido afectivo y emocional como la sexualidad, el poder y el deseo de trascendencia. La literatura sociodemográfica y antropológica ha incursionado en las conexiones entre los patrones de conyugalidad,

el tamaño de la familia, la práctica de la anticoncepción y las representaciones simbólicas en torno de estas dimensiones (Jelin, 1984; Raczynski y Serrano, 1986; Valdés, 1988; Quilodrán, 1991; García y de Oliveira, 1994; Lerner y Quesnel, 1994; Lerner, Quesnel y Yanes, 1994; Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995; López y Margulis, 1995).

La formulación de hipótesis acerca de las diferencias encontradas en la fecundidad argentina no resulta sencilla. La carencia de estudios sobre las prácticas y las representaciones ligadas a las decisiones reproductivas sólo se ha revertido, de manera incipiente, en los últimos años. Dada esta limitación, podría pensarse en la existencia de un conjunto de factores para explicar tales diferencias: aspectos sociopolíticos, históricos, económicos, culturales y psicológicos, factores que han sido identificados también en muchas de las investigaciones sobre reproducción en América latina (Berquó, 1989; Carvalho y Rodríguez Wong, 1990; Salles y Tuirán, 1995). Las posturas de demógrafos y políticos también se han visto sacudidas por la irrupción de los movimientos de mujeres, que han traído a la discusión sobre población y políticas el tema de la prioridad de los derechos individuales de las personas sobre el derecho de los Estados, sosteniendo el derecho a ser sujetos de derecho. En esta línea se afianza la orientación de las políticas de población en el campo reproductivo, tendiente al reconocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos de mujeres y hombres mediante información y asistencia en las decisiones reproductivas (Freedman e Isaacs, 1993; Cook, 1993). Ése es también el punto de partida de este trabajo, cuyo objetivo es conocer aspectos ligados a la reproducción de las mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires (municipios que rodean la Capital de la República), poniéndose un énfasis especial en sus opiniones sobre la constitución de las familias y las descendencias y el papel que juega la anticoncepción en ese marco. En el estudio se interrogó sobre las conexiones entre expectativas, opiniones y prácticas reproductivas y sobre las características y opiniones acerca de la regulación de la fecundidad.¹

1. Este trabajo está basado en la investigación "Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva", financiada por el Programa Especial para Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud y con sede en el Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Para seleccionar a la población de la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR) se utilizó un diseño de muestra probabilístico y se recolectó la información mediante un cuestionario estructurado. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 1992 y enero de 1993.

2. Las mujeres del estudio

Las 561 mujeres de la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR) tienen entre 15 y 49 años y viven en zonas periféricas del Área Metropolitana de Buenos Aires, caracterizadas por indicadores de pobreza según el criterio de necesidades básicas insatisfechas (NBI).

El 23 por ciento de las mujeres son solteras, el 54 por ciento casadas, el 19 por ciento unidas, el 4 por ciento separadas o divorciadas y menos del 1 por ciento viudas. Se observa un mayor porcentaje de unidas y casadas que en el censo de 1991; las uniones legales o consensuales parecen constituir un fenómeno casi universal, salvo en las más jóvenes. Las mujeres convivientes son predominantemente jóvenes, lo cual sugiere que las uniones consensuales originales pasarían a legalizarse con posterioridad al nacimiento de los hijos, como se ha visto en otros trabajos (Quilodrán, 1991). El 91 por ciento de las mujeres alguna vez unidas manifestó haber tenido una sola unión, lo cual no deja de sorprender puesto que, por la precariedad de las condiciones de vida, podría esperarse una mayor inestabilidad de los vínculos.

La educación alcanzada por las mujeres es baja, aunque las más jóvenes cuentan con más años de escolaridad, lo cual resulta coincidente con la tendencia a la ampliación de la educación en las últimas décadas.

Más de la mitad de las mujeres nació en la Capital, el conurbano o el resto de la Provincia de Buenos Aires; más de un tercio, en el resto de las provincias y una de cada diez en otro país. Al controlar por edad se concluye que más de la mitad de las mujeres de 35 años o más nació en el interior del país y sólo un tercio en la Capital o en el ámbito bonaerense; el efecto contrario se verifica en las más jóvenes. Un comportamiento similar se observa en las extranjeras. En cuanto al tamaño de la localidad en la que vivieron cuando eran niñas, dos tercios de las menores de 35 años tuvieron una socialización netamente urbana, mientras que una cifra semejante define el origen rural o semiurbano de las mujeres de 35 años o más. En los dos hallazgos mencionados se observan ya ciertos perfiles de generaciones de mujeres que, si bien se encuentran truncados en las más jóvenes, permitirán ir señalando rasgos heterogéneos en sus prácticas y las representaciones reproductivas.

Sólo una de cada tres mujeres forma parte de la fuerza de trabajo. La inserción en la actividad se incrementa a partir de los 30 años. Entre las separadas, divorciadas o viudas hay proporciones mayores de activas, seguidas por las solteras y las casadas. Las mujeres en uniones consensuales son las que menos trabajan, probablemente

debido a que son más jóvenes y están criando a sus hijos, lo cual tiende a prolongar su permanencia en el hogar. Las mujeres que no desarrollan una actividad económica en el mercado de trabajo se dedican a las tareas domésticas o, si son menores de 20 años, al estudio.

Los hogares de las mujeres dan elementos para ubicar entornos y circunstancias. La jefatura del hogar es ejercida en el 93 por ciento de los casos por varones, cifra esperable dada la relativa juventud de mujeres y parejas. Tres cuartas partes de los hogares son de tipo nuclear y el resto extensos; los últimos tienen mayor predominancia de jefas mujeres y de jefes varones de mayor edad que los de hogares nucleares.

El tamaño-medio de los hogares con jefes es de cinco personas y el de aquellos con jefas de 4,3. Más de la mitad de los hogares tienen cinco personas o más. En un extremo, los hogares de ocho a doce personas constituyen el 15 por ciento del total y en el otro los de uno a dos integrantes sólo llegan al 4 por ciento. El 73 por ciento de los hogares tiene niños menores de 12 años; los hogares con jefatura masculina cuentan con mayor número de niños.

El nivel de instrucción de los jefes del hogar es notoriamente bajo y homogéneo: un tercio tiene estudios primarios incompletos y más de la mitad alcanzó a finalizar sólo los primarios.

Más de la mitad de los jefes varones nació en una provincia diferente a la de Buenos Aires y un 12 por ciento en otro país; el resto en el Área Metropolitana o en la Provincia de Buenos Aires. En cuanto a las jefas mujeres, un tercio proviene de otro país y el 42 por ciento de una provincia distinta a la de Buenos Aires, lo que muestra una sobrerrepresentación de migrantes limítrofes en los hogares con jefatura femenina. Entre los jefes jóvenes predominan los nacidos en la Ciudad de Buenos Aires o su conurbano, observándose un aumento del porcentaje de inmigrantes a medida que avanza la edad.

Los jefes de hogar, en su mayoría (90 por ciento), son económicamente activos y se encuentran ocupados.

3. La fecundidad y los patrones reproductivos

La descendencia de las encuestadas es alta desde las edades más jóvenes y llega a 4,5 hijos por mujer a partir de los 40 años. Una de cada tres mujeres ya tiene dos hijos antes de los 25. El 35 por ciento de las mujeres alguna vez unidas tiene cinco o más hijos.

Pese a tratarse de una población homogénea en sus características socioeconómicas, el promedio de hijos nacidos vivos, según escolaridad de las mujeres, marca diferencias de más de un hijo entre las que finalizaron la primaria y las que no lo hicieron. Como era esperable, el promedio de hijos al final del período reproductivo es más alto entre aquellas que se unieron más tempranamente: cinco hijos cuando lo hicieron antes de los 21 años contra 3,8 en las que eran mayores de esa edad.

Las edades medias a la primera relación sexual (17 años), a la primera unión (18 años) y al primer nacimiento (20 años) señalan calendarios muy precoces de inicio de formación de las familias y las descendencias. Un análisis por generaciones permite ver que se ha producido un rejuvenecimiento de los tres indicadores (López, 1995a).

Estos datos sugieren preguntas y comentarios: ¿el rejuvenecimiento de la edad al inicio de las relaciones sexuales, de la unión y de la maternidad tenderá a compensarse con la mayor escolaridad de la que se han beneficiado las más jóvenes, de manera que su descendencia final sea igual o menor que la de generaciones anteriores?, ¿ello se materializará en una mayor predisposición hacia el uso de anticonceptivos? La mayor permisividad de la conducta sexual de las últimas décadas explica las prácticas más precoces; la cuestión que se plantea es si estará en las alternativas de vida pensadas por las más jóvenes reducir el tamaño de sus familias y, si la respuesta fuera positiva, si esos itinerarios futuros incluyen el inicio del calendario de los nacimientos. No es sencillo predecir la trayectoria probable de las mujeres que aún deben recorrer un largo camino reproductivo. Si provienen de familias grandes, como se verá enseguida, ello daría sentido al valor asignado a los hogares numerosos y solidez a las interpretaciones que vinculan el comportamiento reproductivo con los procesos socioculturales, entre los cuales se encuentra el origen migratorio de las entrevistadas o de sus madres.

Para ahondar en esta línea se consideró el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de 35 años o más por el lugar de residencia hasta los 12 años. Si bien el 39 por ciento de las mujeres tenía cinco o más hijos, se observaron nítidas diferencias según el lugar de socialización: el 28 por ciento de las que vivieron en una ciudad, el 43 por ciento de las que habitaron en un pueblo y el 50 por ciento de las oriundas del campo llegaron a esa descendencia.

Interrogadas sobre las descendencias de sus madres se comprobó que fueron más elevadas que las de las propias encuestadas:

el 39 por ciento de éstas de 35 a 49 años tenía cinco hijos o más, mientras que el 74 por ciento de sus madres alcanzó esa descendencia. ¿Cuáles habrán sido los factores que tuvieron más influencia en el cambio de esa importante reducción de la fecundidad de madres a hijas? ¿Se avocinan modificaciones en la fecundidad en las mujeres de las generaciones más jóvenes? Éstas tienen la particularidad de no haber estado expuestas al hecho migratorio, aunque sí a las valoraciones positivas de las familias con muchos hijos.

4. Anticoncepción

En la Argentina se cuenta con escasísimo conocimiento sobre la prevalencia en el uso de anticonceptivos. Los estudios probabilísticos sobre el Área Metropolitana de Buenos Aires se remontan a la década del 60 (De Janvry y Rothman, 1975); más tarde se encuentra alguna información fragmentaria en la investigación sobre pobreza en la Argentina (López, 1990). Los datos más recientes permiten acercarse al conocimiento de la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edades fértiles (López y Tamargo, 1995), aunque no se cuenta con información de los métodos utilizados. En el campo de los estudios cualitativos, los trabajos de Llovet y Ramos (1986 y 1988) y Balán y Ramos (1989) constituyen un aporte significativo para el conocimiento del tema.

La cuestión reviste importancia por sus conexiones sociopolíticas con los ámbitos de salud y derechos reproductivos y ciudadanos (Cook, 1993). Esta importancia ha sido objeto de un amplio debate público a raíz de las últimas Conferencias Internacionales sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y de la Mujer en Pekín en 1995 y, en nuestro país, a propósito de la reforma constitucional.

La anticoncepción y su contracara, el aborto inducido, dan testimonio de una clara situación de inequidad en países como la Argentina, donde el aborto está penado por la ley y no se provee información y asistencia en anticoncepción a los sectores sociales sin acceso a la práctica médica privada. Mientras que las mujeres y las parejas más favorecidas disponen de mayores posibilidades en la elección de métodos anticonceptivos y frente a la decisión de interrumpir un embarazo, el caso opuesto es materia corriente entre las mujeres más carenciadas, que se constituyen en la población en riesgo más evidente: son las que tienen más hijos, las que los tienen

en edades más tempranas y más tardías, las que frecuentemente tienen partos y lactancias más próximas entre sí y las que mueren a consecuencia de abortos inseguros (López y Masautis, 1994; López, 1995a; Llovet y Ramos, 1988; Ministerio de Salud y Acción Social-OPS-OMS, 1989; WHO, 1991; Ramos y Viladrich, 1993).

Entre las mujeres alguna vez casadas o unidas o con relaciones sexuales, el 54,9 por ciento son usuarias actuales de anticonceptivos; el 34,4 por ciento son ex usuarias y el 10 por ciento son nunca usuarias. Es de hacer notar la similitud encontrada entre estas cifras del uso actual y las de las mujeres pobres (con necesidades básicas insatisfechas) del conurbano bonaerense (53,3 por ciento) (López y Tamargo, 1995).

Mientras las tres cuartas partes de las mujeres de 25 a 34 años está usando algún método, la prevalencia entre las más jóvenes y las de mayor edad no alcanza al 50 por ciento. Inversamente, el peso relativo del no uso entre las mayores de 35 y más años es destacable (una de cada siete mujeres). Entre las ex usuarias, por su parte, puede suponerse que la entrada y salida de la práctica anticonceptiva obedece a diferentes razones y depende de la edad de las mismas: entre las menores de 25 años obedecería principalmente al deseo de espaciar los nacimientos, en tanto en las mayores las causas del no uso actual pudieran deberse a la ausencia de vida sexual o al inicio de la menopausia.

El uso actual crece a medida que aumenta la escolaridad y se advierte la excepción de un menor uso entre las mujeres con estudios secundarios completos, lo cual podría atribuirse a la edad, ya que son menores de 30 años y están en el proceso de formación de sus familias. No se encontraron diferencias en el uso actual de anticonceptivos entre las mujeres económicamente activas y las que sólo desarrollan tareas domésticas.

El uso actual es más acentuado entre las mujeres con dos, tres o cuatro hijos y niveles más reducidos se observan en las mujeres sin hijos, que presumiblemente querrán tenerlos, y en las que tienen descendencias de cinco hijos o más, que son las de mayor edad.

Las mujeres más jóvenes comenzaron la práctica anticonceptiva con un número menor de hijos que el que tenían las mujeres mayores. En las mujeres de 35 años o más con paridades más bajas se manifiesta un inicio más temprano del control que en sus coetáneas con mayores descendencias.

¿Cuáles son los métodos más utilizados? El 63 por ciento prefiere los métodos más efectivos —pastillas (36 por ciento), dispositivo intrauterino (DIU) (13 por ciento), inyecciones (9 por ciento) y es-

terilización femenina (5 por ciento)—. El preservativo es adoptado por el 18 por ciento de las usuarias, mientras que el 10 por ciento utiliza el retiro o coito interrumpido y el 7 por ciento el ritmo. Si se clasifican los métodos de acuerdo con la persona sobre la que recae la mayor responsabilidad del uso, se advierte que casi el 30 por ciento corresponde a los hombres.

La preferencia de métodos muestra un perfil diferente de acuerdo con las edades de las usuarias: si bien las pastillas ocupan el primer lugar en todas las edades, la utilización del DIU se acrecienta notablemente a medida que la edad avanza. El uso del preservativo ocupa un lugar importante en la práctica sexual de todas las mujeres de esta población, y es de destacar el crecimiento de la esterilización femenina a medida que avanza la edad puesto que, sin la importancia que adquiere en Brasil, México, República Dominicana o Panamá, en las mayores de 35 años cuadruplica la frecuencia observada entre las mujeres de 25 a 34 años. Como en la Argentina la esterilización femenina es una práctica que requiere un trámite legal, sobre todo en los establecimientos públicos de salud, podría pensarse en situaciones críticas para la salud de las mujeres, como la existencia de cesáreas previas, patologías cardiovasculares o circulatorias o diabetes.

En líneas generales, las diferencias en los métodos utilizados según el número de hijos tenidos pueden identificarse con los patrones de uso por edad. Las mujeres sin hijos, que son en promedio las más jóvenes, se inclinan por las pastillas, el ritmo, las inyecciones, el retiro y otros tradicionales; el 70 por ciento de los métodos utilizados es efectivo si se usa correctamente.

Las mujeres con uno a cuatro hijos tienen un perfil común en el uso de pastillas y DIU pero se diferencian en la utilización del resto de los métodos: cuando tienen un hijo se asimilan a las más jóvenes y, al aumentar la descendencia, se asemejan a las mujeres de 25 a 34 años. Las mujeres con cinco hijos o más utilizan menos pastillas, más esterilización femenina y más retiro; a grandes rasgos, pertenecen al grupo de mayor edad.

Cuando el método actual son las pastillas, las inyecciones, el DIU o la esterilización femenina, la mitad de las mujeres menciona que fue recomendado por un médico; esto significa que el resto probablemente no contó con ese asesoramiento, lo cual dista de ser deseable, porque son métodos que requieren diagnóstico y seguimiento. Una segunda fuente de recomendaciones, el 14 por ciento, son los esposos, quienes recomiendan sobre todo el condón y el retiro. Los familiares y amigos son la tercera fuente en importancia y sue-

len recomendar el uso de pastillas, inyecciones y DIU. El resto de las mujeres declaran que nadie les recomendó el método usado.

¿Cómo deben interpretarse estos datos? ¿Es positivo favorecer la desmedicalización de la anticoncepción? ¿Es preocupante que las pastillas e inyecciones sean recomendadas por amigos, familiares o "nadie"? ¿Es deseable que las mujeres y las parejas utilicen los métodos basándose en explicaciones relativas a que los sienten más seguros? o, por el contrario, ¿existen criterios de eficacia y seguridad (un método que se adecue a la edad, paridez, estado de salud y preferencia de la mujer y de su pareja) que un lego no está en condiciones de manejar? ¿Es mejor o peor que las mujeres se automediquen, habida cuenta de que no obtienen respuesta de los servicios de salud reproductiva? Estas preguntas no se proponen obtener respuestas unívocas sino enfrentarse al problema que supone la práctica de cientos y miles de mujeres que tienen que recurrir a lo que conocen y a lo que pueden acceder (física, económica y culturalmente). En ese caso, y tomando en consideración el riesgo de un embarazo no planeado, la automedicación parece un riesgo menor, pero estos problemas tendrían que ser formulados y contemplados por los encargados de los programas de salud de las mujeres.

5. Lo imaginado y lo real: opiniones sobre la formación de la familia

El estudio incluyó varias preguntas sobre el proceso de constitución de las descendencias: el número de hijos que una familia desearía tener en una situación en la que no hubiera problemas económicos y en su situación concreta, las mejores edades para comenzar y terminar de tener hijos, el tiempo entre la unión y el primer nacimiento y entre uno y otro hijo.

Es interesante constatar las opiniones sobre el número ideal de hijos (si no hubiera restricciones económicas) y el número elegido puestas frente a la situación concreta de cada una de las mujeres. En el caso ideal, sólo una de cuatro mujeres querría tener menos de tres hijos y el 20 por ciento piensa que una familia debería tener cinco hijos o más. Estos valores muestran una altísima aceptación de las familias numerosas. Al opinar sobre la situación concreta, la óptica se modifica y el peso de las que desean tener uno o dos hijos se acrecienta al 50 por ciento.

Hasta los 30 años la mayoría de las mujeres piensa que el número más apropiado de hijos es dos, tanto en las situaciones ideales como en las concretas. En las situaciones ideales nunca se menciona la posibilidad de tener un solo hijo, posibilidad ésta que alcanza al 12 por ciento de las respuestas a situaciones concretas de las encuestadas. Si este porcentaje se suma al de las mujeres que hubieran preferido dos hijos se puede concluir que, en situaciones concretas, más de la mitad de las más jóvenes sitúa entre uno y dos hijos sus preferencias, aunque idealmente el 60 por ciento de ellas se manifiesta partidaria de tener dos o tres y un 33 por ciento considera que cuatro o más hijos es un buen número para el tamaño de una familia.

Una situación distinta aparece a partir de los 30 años, cuando el promedio de hijos ya tenidos por las encuestadas va de los 3,3 hasta los 4,5, de tal manera que las preferencias por un número más alto adquieren sentido. Así, la mitad de las mujeres prefiere idealmente cuatro o más hijos, mientras que según su situación concreta sólo un tercio elegiría esa descendencia.

Como las mujeres mayores ya tienen muchos hijos, la pregunta que emerge es si las jóvenes seguirán los patrones reproductivos de sus madres o parientas o si, por el contrario, tendrán una descendencia menor que aquéllas. La respuesta excede el marco de las decisiones individuales, dado que si se crearan y ampliaran los servicios de salud en anticoncepción, se podría observar luego si las tendencias esbozadas conducen a una demanda de asistencia y si de estas acciones se desprenden modificaciones en los patrones reproductivos de las mujeres de bajos niveles socioeconómicos.

¿Cuál es el mejor intervalo entre la unión y el primer nacimiento? En la comparación entre lo ideal y lo vivido nuevamente se advierten diferencias. Más de la mitad de las mujeres prefiere, idealmente, una separación que supere los dos años entre la unión y el primer nacimiento. Sin embargo, lo ocurrido en la realidad muestra otros ritmos: un 10 por ciento de las madres tuvo su primer hijo antes de la unión y una de cada seis fue madre antes del año, lo que significa que la cuarta parte de ellas dio origen a un nacimiento antes de cumplir el primer año de la unión, muchas veces producto de concepciones prenupciales.

Las opiniones sobre los plazos difieren de acuerdo con las experiencias de la primera maternidad, destacándose que muy pocas de las mujeres que tuvieron hijos antes de la unión o en el primer año prefirieron ese intervalo; la mitad se inclinó por períodos que superaran los dos años y algo menos por los de uno a dos. De mane-

ra consistente, las mujeres que fueron madres después de dos años del inicio de la unión prefirieron para comenzar la crianza de sus hijos el período que va de uno a tres años.

De lo anterior pareciera desprenderse una preferencia de uno a dos años después de la unión, independientemente de la propia experiencia. Ello estaría indicando una adhesión simbólica, que no se cumple en la práctica, a modelos de uniones y maternidades que se atribuyen a sectores medios.

La mejor edad para comenzar a tener hijos puede dar pistas de los calendarios previstos. Los datos expresan una gran disparidad entre la edad declarada como ideal para iniciar la maternidad y su práctica concreta. Más de la mitad de las mujeres opinó favorablemente sobre las edades jóvenes para el inicio de la maternidad (un tercio se inclinó por los 20 o 21 años y el 17 por ciento por debajo de los 20 años), y las diferencias de opinión entre las madres de distintas generaciones mostraron ser pequeñas.

La edad de las mujeres al inicio de la maternidad muestra una realidad aún más acentuada: una cuarta parte de ellas tuvo a sus hijos antes de los 18 años, cerca de la mitad antes de los 20 y alrededor de los dos tercios hasta los 21 años. De lo expuesto puede concluirse que existe una práctica temprana de la maternidad y una preferencia ideal acorde, aunque marcada por un retraso hacia los primeros años que siguen a los 20.

Las opiniones sobre la mejor edad para comenzar a tener hijos sin diferenciar a las que fueron madres y a las que no lo fueron también interesan, porque incluyen a las más jóvenes. La información permite concluir que existe un apoyo mayoritario a las edades jóvenes (el 15 por ciento mencionó los años anteriores a los 20 y la mitad los previos a los 22). En las mujeres menores de 25 años parecen insinuarse, sin embargo, preferencias por una postergación de la maternidad.

La edad ideal de finalización de la maternidad está altamente concentrada en las edades que exceden los 35 años (el 66 por ciento) advirtiéndose, en las mujeres en las edades centrales de la fecundidad, una preferencia más acentuada por una finalización más temprana. La elección de edades avanzadas muestra el arraigo a períodos prolongados en la práctica reproductiva, característico de los grupos sociales con limitado control de la fecundidad. Se sabe que, en los grandes números, las mujeres mayores de 35 años contribuyen escasamente a la fecundidad argentina (Ministerio de Salud y Acción Social, 1994), por lo cual los valores encontrados resultan sugerentes, pues revelan opiniones vincula-

das a la importancia de la maternidad y a su papel en la vida de las mujeres.

El intervalo ideal entre el primer y el segundo hijo se situó entre dos o tres años (70 por ciento de las mujeres apoyaron esa opción). A pesar de lo expresado, el análisis del primer intervalo intergenésico real revela que el 43 por ciento de las mujeres ha tenido sus primeros hijos en intervalos menores a los dos años (el triple de las que lo eligieron como ideal) y solamente un tercio de ellas una separación de dos a tres años (menos de la mitad de lo ideal).

¿Cómo pueden interpretarse estos hallazgos? ¿A qué pueden atribuirse las diferencias? ¿Se trata de una respuesta sobre el "deber ser", la opinión que ellas piensan que se espera que den, aquella que está en el contexto colectivo de la mayoría de la población? Para esbozar alguna explicación se revisaron las respuestas ideales de todas las mujeres por edad, independientemente de su condición de madres. Se encontró que tres de cada cuatro menores de 20 años opinaron en favor de intervalos intergenésicos que no excedieran de los dos años; las mujeres de mayor edad siguieron el patrón descrito antes.

Pensar acerca de las más jóvenes supone un desafío, porque intenta prever itinerarios futuros de la maternidad. ¿Es posible que las opiniones vertidas por las más jóvenes influyan sobre su práctica reproductiva? Si fuera así, ¿en qué sentido se daría esta influencia: asemejándose a la de las mujeres mayores, con una fecundidad alta y extendida en el tiempo, o tal vez teniendo menos hijos en un calendario temprano pero más breve? ¿Cuál es el significado que se puede atribuir a una preferencia tan marcada por nacimientos tan próximos?

Se sabe que la adolescencia es una etapa de la vida que está estrechamente ligada a transformaciones biológicas, psicosociales, sociales y culturales y que opera como transición entre la infancia y la edad adulta; esta última supone la asunción de compromisos y responsabilidades ligadas al status sexual, matrimonial, a los hijos y a la actividad económica (Pantelides y Cerrutti, 1992; Kornblit y Mendes Diz, 1994; Infesta Domínguez, 1994; Pantelides, Geldstein e Infesta Domínguez, 1995).

En los estratos socioeconómicos más favorecidos las jóvenes dedican, de manera creciente, un número importante de años a la escolarización, retrasando su incorporación a la actividad económica y a la formación de la familia. En contraste, entre las mujeres de los estratos más pobres, y particularmente las más jóvenes, a menudo se identifica la entrada a la pubertad con la incorporación a la

edad adulta. Sin los beneficios de una escolaridad que las capacite para el exigente y excluyente mercado de trabajo, con pautas de prácticas sexuales muy tempranas –la media de la edad de la primera relación sexual se sitúa en esta investigación a los 17 años– que se acompañan con escasos y erróneos conocimientos acerca de los procesos biológicos de la reproducción, con limitadas condiciones de acceso a servicios de salud que favorezcan una práctica exitosa de la anticoncepción y con un entorno sociocultural que facilita las uniones conyugales y la maternidad tempranas, resulta previsible encontrarse con las respuestas observadas. Puede pensarse que estas jóvenes, transcurrido algún tiempo, tiendan a compartir las opiniones de sus congéneres algo mayores, al vivir la experiencia de su propia maternidad, a la vez que aumentan sus años y sus saberes, como se mostró al comienzo de este punto. Mientras tanto, están expresando sus motivaciones personales y los modelos socioculturales de su entorno familiar y social.

6. La autonomía femenina: algunos indicios

En conexión con las opiniones sobre la formación y el calendario de la descendencia se tratará a continuación uno de los temas que interesaron en este trabajo, la autonomía femenina. Se entiende por *autonomía* uno de los componentes de los sistemas de género, un aspecto del poder que se refiere a la libertad de las mujeres para actuar de acuerdo con su elección y no con la de los otros. La autonomía es una de las maneras de ganar poder (Mason, 1995). Para acercarse al concepto de autonomía femenina se formularon un conjunto de frases con el fin de medir la opinión de las entrevistadas sobre los roles femeninos. Se detallan a continuación las opiniones con respecto a las frases más significativas, relacionando estos resultados con la edad de las mujeres y la condición de uso de anticonceptivos.

Dos tercios de las entrevistadas acuerdan con que “la mujer debe tener los hijos que le lleguen”. Las menores de 25 años y las no usuarias de anticonceptivos son las que más se inclinan por mostrar su acuerdo. Un acuerdo tan masivo es consistente con la adhesión a familias numerosas y a criterios fatalistas sobre la reproducción, fenómeno que se acentúa en las no usuarias de anticonceptivos que, como se vio anteriormente, son las mujeres de mayor edad, con sus familias ya constituidas, y las menores, que están en camino de hacerlo.

Más de la mitad de las mujeres está de acuerdo con que "la mayoría de las mujeres preferirían tener un trabajo bien pago que ser amas de casa" y un tercio se muestra en desacuerdo (el resto no se define). Entre las más jóvenes y las nunca usuarias, que suelen ser las mismas, se observa una mayor aceptación.

La frase "las mujeres deben decidir ellas mismas si quieren ser madres" suscita la opinión favorable de las tres cuartas partes de las mujeres, no observándose diferencias por edad; sin embargo, el acuerdo crece entre las nunca usuarias, que son mayoritariamente las más jóvenes (85 por ciento). Las que manifiestan su desacuerdo se concentran entre las mayores de 35 años y las actualmente usuarias (18 y 21 por ciento respectivamente).

Dos tercios de las mujeres consideran que hay que "tener los hijos que se tenga ganas". Las de más edad son las que se inclinan más por esta opinión, y las mujeres jóvenes y nunca usuarias son las que marcan su desacuerdo. El alto acuerdo con este ítem y su contradicción con la aprobación acerca de que se deben tener los hijos que lleguen podría explicarse por su grado de ambigüedad, ya que las "ganas" son atributos personales y subjetivos. Resulta interesante el ítem siguiente, "no se es mujer si no se ha sido madre", porque es una afirmación cargada de valor, a diferencia de algunas de las citadas antes. Un 60 por ciento dice estar en desacuerdo con la frase, y un tercio manifiesta acuerdo con ella. Las mujeres jóvenes son las que más expresan el desacuerdo; a medida que aumenta la edad también lo hace la respuesta favorable. La condición de uso parece no incidir en el juicio sobre esta proposición.

El 80 por ciento de las mujeres encuestadas está en desacuerdo con que "las mujeres deben casarse pronto". Esta opinión es más acentuada entre las más jóvenes y las nunca usuarias. Al contrario, cuando aumenta la edad crece el acuerdo. Esto es importante, porque constituye una toma de posición en un tema en el que lo cultural y lo emocional ejercen una fuerte preponderancia y porque revela opiniones de las más jóvenes hacia una postergación de la edad para el casamiento. Debe señalarse que los dichos pueden no corresponderse con la práctica concreta, como lo muestra el rejuvenecimiento de la edad para la primera unión y la comparación entre las declaraciones y las experiencias de maternidad mencionadas en los puntos anteriores.

"Los anticonceptivos traen trastornos" motiva el acuerdo de algo más de la mitad de las mujeres, aceptación más acentuada entre las usuarias actuales y las alguna vez usuarias mayores de 35 años. Un 15 por ciento está en desacuerdo, apreciándose una eleva-

da proporción de mujeres que no contestan sobre este ítem (19 por ciento), entre las cuales predominan las más jóvenes y las nunca usuarias de anticonceptivos. Al respecto debe recordarse que cuando se les preguntó sobre desventajas del método actual el 81 por ciento contestó que no las tenía.

Ocho de cada diez mujeres apoyan la frase "las mujeres tienen derecho al goce sexual". Las mujeres entre 25 y 34 años son las que más acuerdan, lo cual resulta consistente, porque entre las más jóvenes abundan las que no se han iniciado sexualmente, y las mujeres mayores tienden a adoptar opiniones más conservadoras, como se ha documentado en otros aspectos de esta investigación. A medida que crece el uso de anticonceptivos, es mayor el grado de aceptación del goce sexual.

Los resultados de algunos ítems particularmente significativos de la autonomía femenina muestran un cambio interesante en las mujeres pobres del conurbano de Buenos Aires, advirtiéndose señales de independencia y reconocimiento del cuerpo y la sexualidad. El desacuerdo con frases que homologan la maternidad con la identidad femenina puede interpretarse en este sentido. En los datos comentados parece insinuarse cierta propensión a un cambio, evidenciado en las opiniones sobre la formación de las familias, la autonomía femenina y el uso de anticonceptivos. Esto podría traducirse eventualmente en una modificación a mediano plazo de los proyectos de vida de las mujeres, especialmente en las más jóvenes y las más instruidas. Esta tendencia también se manifestó al indagarse sobre la mejor edad del inicio y la finalización de la maternidad, cantidad de hijos, intervalos intergenésicos, aunque se observaron marcadas diferencias entre lo declarado como situaciones ideales y las prácticas concretas (Findling y López, 1996).

Las encuestadas dejaron entrever también cierta ambivalencia en aspectos relacionados con valores tradicionales y modernos en las relaciones de género: por una parte, lo tradicional se expresa en una aceptación natural de la subordinación femenina, en la cual las mujeres centran su rol principal en la maternidad y en un uso escaso y poco sistemático de los métodos anticonceptivos. Estas mujeres son particularmente las de más edad, las que han nacido en provincias más alejadas del Área Metropolitana, la Provincia de Buenos Aires o en otros países, principalmente limítrofes, las que poseen mayor número de hijos, las inactivas y las que adhieren a tener los hijos que les lleguen.

Por otro lado, existe un conjunto de mujeres que parece comenzar a romper con la concepción tradicional, acercándose a pa-

trones más ligados a los valores modernos: una aceptación más natural de la sexualidad, el deseo de un trabajo extradoméstico y cierto grado de cuestionamiento a la identificación entre la madre y la mujer (Findling y López, 1996). Estos cambios, por sí mismos, no aseguran una mejora en las condiciones de vida de las mujeres; para ello se requiere una ampliación de las oportunidades para acceder al trabajo, la educación, la salud y la participación política y ciudadana, factores que permitirán ir desandando el camino de las desigualdades de género.

7. Conclusiones

En este trabajo se ha buscado conocer aspectos significativos de la salud reproductiva de las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, principalmente los ligados a las opiniones sobre la constitución de las familias y las descendencias con relación a la práctica anticonceptiva y a la noción de autonomía.

En los párrafos que siguen se intentará vincular algunas de las preguntas formuladas al principio de la investigación con los hallazgos encontrados. También se espera que estas conclusiones sirvan de anclaje para la formulación de otras preguntas, de mayor especificidad, a partir de los resultados obtenidos.

Una de las primeras cuestiones que se plantearon fue la identificación de las razones que abonan la persistencia de una fecundidad elevada apuntando a comprender los lazos entre las prácticas reproductivas de las mujeres, sus condiciones de vida y sus preferencias y circunstancias.

En otras palabras: ¿puede pensarse que las mujeres tienen muchos hijos sólo porque no tienen acceso a la asistencia en anticoncepción, debido a la falta de programas en el sector público?, ¿tienen muchos hijos porque provienen de hogares muy numerosos, en los cuales se refleja el valor de una familia grande y de la maternidad como un atributo fundamental para la autoestima? Si esto último fuera así, ¿esta situación conduciría a la persistencia de una fecundidad alta o ésta se verá modificada en los tiempos por venir? La diversidad de itinerarios de maternidad y anticoncepción por generaciones parece más visible en la población de mujeres pobres, en la cual la transición de la fecundidad es un proceso más reciente que en la de sus congéneres de sectores medios, cuya descendencia es más homogénea y, presumiblemente, también lo sea su práctica anticonceptiva.

Uno de los hallazgos de esta investigación, ligado a la dimensión generacional, mostró que las madres de las encuestadas, tanto de las jóvenes como de las mayores, tenían un número de hijos superior al de éstas, lo cual ubica en estas generaciones un proceso de inicio de transición de la fecundidad en los estratos socioeconómicos más bajos que ya se ha cumplido en los sectores más acomodados. Los patrones pretransicionales de las mujeres mayores se vinculan a un conjunto de factores: modelos reproductivos prolíficos, una trayectoria reproductiva anterior a la difusión masiva de métodos anticonceptivos, un origen migratorio desde zonas del país o del extranjero con altos niveles de fecundidad, una escolaridad deficiente.

Si bien las encuestadas mostraron descendencias elevadas para el contexto donde viven, la prevalencia en el uso de anticonceptivos las sitúa entre las poblaciones que ejercen control sobre la reproducción, llegando a un porcentaje de uso actual del 75 por ciento entre las mujeres de 25 a 34 años.

Un rasgo distintivo de las mujeres encuestadas es su iniciación temprana de la vida sexual, conyugal y reproductiva, apreciándose un rejuvenecimiento de estos aspectos al comparar a las distintas generaciones. ¿Significa esto que la fecundidad de las jóvenes seguirá la misma trayectoria que la de las mayores? Ésta es una pregunta difícil de contestar y habrá que observar la evolución del proceso reproductivo. Sin embargo, algunos indicios hacen pensar que se avecinan cambios: el mayor nivel educativo, el conocimiento más amplio y el uso más difundido de la anticoncepción, la incorporación de esta última, aunque restringida, a algunos servicios públicos de salud. También las opiniones sobre la reducción del tamaño de la familia pues, si bien prevalece un tamaño ideal más elevado que el del entorno en el que viven, es notoria la diferencia del número de hijos entre las encuestadas de distintas generaciones. De manera cautelosa podría pensarse que las mujeres que actualmente están comenzando las etapas de la formación de sus familias tenderán a ajustar el tamaño de éstas cuando lo consideren cercano al ideal, aunque conserven prácticas de iniciación temprana de la maternidad.

La práctica anticonceptiva parece constituirse en el factor clave del proceso de cambio en la reproducción de los estratos más carenciados. De la información analizada surge, sin duda, un universo de significados, valores, opiniones y experiencias de maternidad que marcan un nítido contraste con los de otros estratos socioeconómicos de la población argentina. En este contexto, el papel

de los servicios de salud adquiere una importancia primordial en la orientación y asistencia de las mujeres desde la adolescencia, no para inducir una modificación de sus valores sino para acompañar sus necesidades y preferencias en los diferentes tramos de la vida reproductiva y para educar sobre la prevención en aspectos de la salud.

Para responder completamente a la pregunta formulada anteriormente, sería necesario incluir las dimensiones relativas a los programas y a los servicios de salud reproductiva. En futuros estudios se debería observar si las tendencias expresadas empíricamente aumentan la demanda de anticoncepción, si esa demanda es atendida con servicios adecuados y si estas acciones se traducen en una disminución de los patrones reproductivos de las mujeres de bajos niveles socioeconómicos. Las diferentes opiniones sobre lo deseable en el campo de la reproducción, expresadas por las mujeres jóvenes y sin hijos y por las que ya han sido madres, lleva a la conclusión de que es necesario producir un cambio de horizontes en la vida de las más jóvenes; esta transformación tendrá que apuntar a los campos de la salud y de la educación en lo relativo a las políticas más concretas e inmediatas, pero deberá dirigirse a un espectro más amplio de acciones donde se contemplen aspectos de género, de trabajo y de equidad.

PUBLICACIÓN N° 3:

**ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA REPRODUCCIÓN EN MUJERES
POBRES DEL CONURBANO DE BUENOS AIRES: ¿MÁS LEJOS DEL MODELO Y
MÁS CERCA DE AMÉRICA LATINA?**

LA POBLACIÓN DE MÉXICO AL FINAL DEL SIGLO XX
(V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México)
Volumen I

Héctor Hiram Hernández Bringas
Catherine Menkes
coordinadores

SOCIEDAD MEXICANA DE DEMOGRAFÍA
CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Cuernavaca, Morelos

HB849

R45

Reunión Nacional de Investigación
Demográfica, 5, México, 1996:
Investigación Demográfica en México.
México: Sociedad Mexicana de Demografía, 1998.
4. v.
ISBN: 968-36-7190-X
ISBN: 968-36-6412-1 V.1

V.1 Hernández B. Héctor y Catherine
Menkes, coords: La población de México
al final del siglo XX

1. Demografía - México - Congresos

Catalogación en publicación: Martha A. Frías León

Ilustración de portada: Oleo sobre madera de Patricia Tuirán.
Fotografía de Carlos Alcázar
Diseño de portada: Javier Curiel

Primera edición 1998

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

D.R. © Sociedad Mexicana de Demografía
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D.F.

ISBN de la serie: 968-36-7190-X
ISBN: 968-36-6412-1

Impreso en México/Printed in Mexico

ÍNDICE

Presentación general. <i>Brigida García</i>	11
Abreviaturas	13

PRIMERA PARTE

ESTRUCTURA Y DINÁMICA DE LA POBLACIÓN, CAMBIOS RECIENTES EN LA FECUNDIDAD, LA MORTALIDAD Y LA MIGRACIÓN

Introducción. <i>Marta Mier y Terán y Virgilio Partida</i>	17
El efecto del descenso de la fecundidad en la estructura por edad de la población. <i>Alejandro Aguirre</i>	25
Características de la mortalidad en México: tendencias recientes y perspectivas. <i>Rosario Cárdenas y Patricia Fernández Ham</i>	45
Evaluación y ajuste de la mortalidad adulta: el caso especial de las edades avanzadas. México, 1960-1990. <i>Carlos O. Grushka</i>	67
El reemplazo generacional: el caso de Cuba. <i>Maira Mena Correa</i>	91

SEGUNDA PARTE

FECUNDIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA

Introducción. <i>Octavio Mojarro y Elena Zúñiga</i>	111
La tensión entre el enfoque de la salud reproductiva y la realidad que éste pretende abarcar: una discusión desde las ciencias sociales. <i>Vania Salles y Rodolfo Tujrán</i>	115
La vinculación entre la fecundidad y la práctica anticonceptiva al inicio de la década de los noventa. <i>Yolanda Palma Cabrera y Carlos Javier Echarri Cánovas</i>	129
Preferencias reproductivas y fecundidad: un estudio de seguimiento de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud. <i>Ricardo César Aparicio Jiménez, Claudia Mireya Contreras Sho e Yvón Angulo Reyes</i>	151
Determinantes de la operación cesárea en las áreas metropolitanas de México. <i>Rosario Cárdenas</i>	169

Algunas características y razones para adoptar la vasectomía sin bisturí. El caso de la Secretaría de Salud. <i>Patricia Castro Morales y Sergio Correu Azcona</i>	183
Formación de las descendencias y los determinantes próximos de la fecundidad. Generaciones femeninas 1927-1936 en dos regiones de México. <i>Marta Mier y Terán</i>	199
Aspectos socioculturales de la reproducción en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires: ¿más lejos del modelo y más cerca de América Latina? <i>Elsa López</i>	219
El índice <i>m</i> y un índice alternativo para calcular el control de la fecundidad. <i>Carlos Welti y Leonor Paz</i>	237
Lineamientos de investigación futura sobre mortalidad y morbilidad. Problemas de teoría y métodos. <i>Alberto Palloni</i>	253
Comentario al trabajo de Vania Salles y Rodolfo Tuirán. <i>Juan Guillermo Figueroa Perea</i>	267

TERCERA PARTE
SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Introducción. <i>Carolina Martínez Salgado y Mario Bronfman</i>	279
Gastos en salud en hogares de México: datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, 1989. <i>Rebeca Wong y Susan W. Parker</i>	283
Vínculos entre la desnutrición infantil y la condición social de la madre, la familia y la pobreza. <i>Elena Zuñiga Herrera y Adriana López Ramírez</i>	299
En los límites de la sociabilidad: las muertes por desnutrición en Chiapas, Oaxaca y Veracruz. <i>Teresita de Barbieri y René Jiménez Ornelas</i>	315
Estructura familiar y morbimortalidad infantil en México. <i>Carlos Javier Echarri Cánovas</i>	335
Efecto de los patrones reproductivos en la mortalidad neonatal en México. <i>Beatriz Zubieta García y Ricardo César Aparicio Jiménez</i>	365
Diferenciales socioeconómicos de la mortalidad infantil en México, 1992. <i>Alejandro Aguirre, José B. Morelos y Rodrigo Pimienta</i>	377

CUARTA PARTE
ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Introducción. <i>Roberto Ham Chandé</i>	391
Sistemas de soporte a la vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. <i>Hilda García</i>	399
El proceso de envejecimiento poblacional: su relación con el sistema de seguridad social. <i>Ma. Cristina Gomes da Conceição</i>	417

Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México. <i>Luis Miguel Gutiérrez Robledo</i>	481
El ingreso a la cuarta edad en México: una aproximación a su intensidad, calendario y consecuencias en el apoyo familiar y social a los mayores de 60 años. <i>Patricio Solís</i>	449
Morbilidad y utilización de servicios en la población de edad avanzada: análisis comparativo. <i>Rebeca Wong y María Elena Figueroa</i>	467
Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. <i>Verónica Z. Montes de Oca Zavala</i>	485

QUINTA PARTE
DEMOGRAFÍA HISTÓRICA

¿Fue el siglo XVI una catástrofe demográfica para México? Una respuesta basada en la demografía histórica no cuantitativa. <i>Robert McCaa</i>	503
El tifo de 1813 en la Puebla de los Ángeles: una ciudad tomada por las ratas. <i>Elsa Malvido y Miguel Ángel Cuenya</i>	517
Traectoria de vida familiar, raza y género en Antequera Colonial. <i>Cecilia Andrea Rabell</i>	537
La población de Baja California durante la segunda mitad del siglo XIX: un acercamiento a la historia demográfica del lejano norte de México. <i>Rodolfo Gutiérrez Montes</i>	557

ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA REPRODUCCIÓN EN MUJERES POBRES DEL CONURBANO DE BUENOS AIRES: ¿MÁS LEJOS DEL MODELO Y MÁS CERCA DE AMÉRICA LATINA?

ELSA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN

El singular comportamiento histórico de la fecundidad en la Argentina ha estado asociado al uso de métodos anticonceptivos tradicionales, mucho antes de la difusión de la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU), como se infiere de encuestas realizadas en el área metropolitana de Buenos Aires en 1964 y de otros estudios (De Janvry y Rothman, 1975; Pantelides, 1989; Rothman, 1970).

En este contexto, si bien la Argentina manifestó una conducta temprana de regulación de la fecundidad, los niveles reproductivos presentan importantes diferencias, tanto espaciales como sociales. En este sentido, la tasa global de fecundidad (TGF) en 1991, de 2.8 hijos por mujer al final del periodo reproductivo, encubre diversidades tan notorias como la de la Provincia de Jujuy, al noroeste de la República, donde adquiere un valor de 5.1 hijos y la de la Ciudad de Buenos Aires, con apenas el nivel de reemplazo de 2 hijos por mujer.

Con respecto a las diferencias de fecundidad en función de las características socioeconómicas, una investigación sobre pobreza urbana en el Conurbano de Buenos Aires reveló que la diferencia de hijos entre las madres de los hogares más pobres y las no pobres alcanzó a tres (alrededor de seis hijos en las primeras contra tres en las no pobres). Se definieron como hogares más pobres, aquellos con necesidades básicas insatisfechas y por debajo de la línea de pobreza. (López, 1990).

Durante los años setenta, el crecimiento moderado de la población, la influencia de la Iglesia Católica y las doctrinas geopolíticas vinculadas a la seguridad nacional desembocaron en una política de población que impuso medidas restrictivas al acceso para la anticoncepción, que afectaron principalmente a las mujeres de menores recursos. (Olego de Campos, 1986; Torrado, 1986 y 1991; Birgin, 1991). Si bien algunas de esas medidas fueron derogadas no existe, hasta la fecha, una legislación que ampare los derechos reproductivos ni tampoco programas o servicios de

salud reproductiva que vayan más allá de la asistencia del periodo prenatal. Se sigue afectando, veinte años después, a las mujeres de menos recursos económicos, que dependen de los servicios públicos de salud.

La peculiar dinámica demográfica de la Argentina determinó que la regulación de los nacimientos, incluyendo el aborto inducido, formara parte de la tradición oral compartida y de la práctica de los grupos sociales medios y altos desde hace muchas décadas, difundiéndose también en amplias capas de los sectores populares, principalmente en las regiones más urbanizadas e industrializadas. Sin la generalización de las prácticas en el control de los nacimientos no podría explicarse el crecimiento moderado de la población del país. En este proceso se ha atribuido un papel importante a la inmigración europea y a sus descendientes. (Pantelides, 1986; Margulis y López, 1995).

Mientras tanto, en los lugares menos desarrollados del país siguieron vigentes los patrones previos a la transición de la fecundidad, que guardan semejanza con los que prevalecían en otros países de América Latina alrededor de 1970: edades tempranas a la primera unión y al primer nacimiento, uso escaso y errático de métodos anticonceptivos, nacimientos numerosos con cortos periodos entre sí, un tiempo dilatado entre los primeros y los últimos nacimientos. (Prada, 1992; López, 1994a).

La inexistencia de estudios de fecundidad y anticoncepción en Argentina a nivel nacional o regional torna dificultosa la formulación de hipótesis acerca de las diferencias encontradas en los niveles de la fecundidad. Dada esta restricción, lo más prudente es pensar que existe una multiplicidad de factores que explican esas diferencias: aspectos políticos, sociales, psicológicos y culturales, que han sido mencionados también en las principales orientaciones de las investigaciones de los años recientes. (Berquó, 1989; García y de Oliveira, 1994; Jelin, 1984 y 1994; Raczinski y Serrano, 1986; Valdés, 1988; Margulis y López, *op. cit.*). En esta línea, la comprobación de la heterogeneidad reproductiva en una población más homogénea que otras de la región, en términos lingüísticos y étnicos, hace surgir interrogantes que exceden el análisis aislado del comportamiento reproductivo, para incluir la perspectiva sociocultural y la de los servicios de salud, en el marco del ejercicio de los derechos reproductivos (Freedman y Isaacs, 1993; López, 1994; Mundigo, 1993 y 1994).

En este trabajo se intenta aportar elementos para dar respuesta a diversos interrogantes: ¿cuáles son las razones que abonan la persistencia de una fecundidad elevada en mujeres que residen tan cerca de Buenos Aires, donde los niveles reproductivos alcanzan sólo el nivel de reemplazo? ¿Se debe a pautas muy arraigadas en lo que se refiere a la valoración de las familias grandes, se trata de la carencia de información y de la precariedad de los servicios que brindan orientación y asistencia en anticoncepción o a la combinación de ambas dimensiones? ¿Cómo se vinculan estos aspectos con otros más generales de las vidas de las mujeres, de su status generacional, conyugal, migratorio, laboral? (García y de Oliveira, *op. cit.*; Geldstein, 1994; Quilodrán, 1991). También puede pensarse que la persistencia de la crisis económica, al exacerbar el desamparo, desdibuja o no deja emerger las decisiones acerca de la descendencia reforzando, en cambio, las actitudes y conductas fatalis-

tas porque el horizonte temporal es el plazo inmediato ¿Cómo se piensa la evolución futura: se mantendrán los patrones vigentes o se avecinan transformaciones? ¿Cuáles son los factores de los cuales dependen estos cambios?

Este documento se dedicará a responder estas preguntas y está basado en la información de la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), financiada por el Programa Especial en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud.

Para ordenar la exposición se hará una breve descripción de la población en estudio, caracterizando sus principales atributos sociodemográficos. Se expondrá someramente el perfil de la práctica anticonceptiva y reproductiva de las mujeres con alguna unión, para examinar más detenidamente los aspectos personales y familiares más vinculados con el sentido de la vida reproductiva: desde el tamaño del hogar de origen de la entrevistada, hasta sus experiencias y opiniones en lo que respecta a la maternidad, sus plazos y sus etapas.

Finalmente se delinearán algunas conclusiones y recomendaciones, dejando planteadas algunas preguntas que surgen de los hallazgos de la investigación.

LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

El marco muestral quedó definido por todas las mujeres de escasos recursos comprendidas en el intervalo de edades de 15 a 49 años que residen habitualmente en los hogares particulares del Conurbano de Buenos Aires, mismas que se detectaron en las viviendas seleccionadas. Se seleccionaron 10 partidos del Conurbano de Buenos Aires (CBA) que respondieran a la definición de estratos socioeconómicos bajos establecidos en el diseño de la investigación. La selección de los indicadores se basó en los diferentes niveles críticos de privación encontrados en los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). El trabajo de campo se extendió desde mediados de noviembre de 1992 a mediados de enero de 1993.

EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES

De las 561 mujeres estudiadas, el 23% son solteras, el 54% casadas, el 19% unidas, el 4% separadas o divorciadas y menos del 1% viudas.

En la población en estudio la unión conyugal parece constituir un fenómeno casi universal, prevaleciendo la importancia relativa de las uniones de hecho en las más jóvenes para pasar, luego de los 30 años, a un fuerte predominio de las casadas. Los indicadores sugieren que las uniones consensuales originales pasarían a legalizarse con posterioridad al nacimiento de los hijos. (Quilodrán, *op. cit.*; López, *op. cit.*). En cuanto a la frecuencia de uniones, se advierte que el 91% de las mujeres que tuvieron alguna, manifestó haber tenido solamente ésa.

El nivel educacional de esta población se caracteriza por una importante proporción de mujeres en los segmentos más bajos (23% primaria incompleta, 41% pri-

maria completa, 27% secundaria incompleta y 9% secundaria completa y más); situación que se observa especialmente entre las mujeres de más edad.

El análisis del origen migratorio permite concluir que algo más de la mitad de las mujeres nació en la Capital Federal o en la Provincia de Buenos Aires, más de un tercio en el resto de las provincias y una de cada diez en otro país (especialmente Paraguay o Bolivia). Este comportamiento es diferencial por edad, asociándose ésta directamente con la proveniencia del interior del país. Alrededor de las dos terceras partes de las menores de 35 años tuvieron una socialización netamente urbana, mientras que una cifra semejante define el origen rural o semiurbano de las mujeres de 35 años y más.

Sólo algo más de una tercera parte del total de mujeres forma parte de la fuerza de trabajo; la inserción en la actividad se incrementa a partir de los 30 años. De las mujeres que trabajan, cerca de las dos terceras partes lo hace como obrera o empleada. Las que no desarrollan una actividad económica en el mercado de trabajo (el 53%) se concentran, preferentemente, en las tareas domésticas; el resto lo hace en el papel de estudiantes, que atañe casi exclusivamente a las menores de 20 años.

Las 561 encuestadas pertenecen a 471 hogares. La jefatura del hogar es ejercida, en el 93% de los casos, por varones. El tamaño medio de los hogares con jefes es 5 personas y el de jefas 4.3. Más de la mitad de los hogares tiene cinco personas y más. Más del 80% de los hogares alberga menores de 15 años y en un 18% de ellos hay cuatro y más menores.

En lo que se refiere al hacinamiento, cerca de una quinta parte de los hogares muestra esta característica.

Si se habla de las condiciones del habitat se constatan deficiencias en el suministro de la red cloacal, del gas natural y del pavimento. También es posible observar que una quinta parte de los hogares carece de alumbrado público.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA ANTICONCEPTIVA

Entre las mujeres en unión o con relaciones sexuales, el *uso actual* de métodos anticonceptivos es del 55%, las *ex-usuarias* constituyen el 35% y las que *nunca* lo han utilizado llegan al 10%.

La *condición de uso por edad* muestra que las tres cuartas partes de las mujeres de 25 a 34 años está usando algún método; la prevalencia de las más jóvenes y las más grandes no alcanza al 50% de cada grupo de edad.

En cuanto a la asociación entre *nivel de escolaridad* y *condición de uso* se advierte un crecimiento de la prevalencia en el uso actual a medida que aumenta la escolaridad.

En conexión con la *condición de actividad económica* y la *condición de uso*, la evidencia empírica muestra que no existen diferencias entre las mujeres que trabajan y las que no lo hacen.

El uso según el *número de hijos nacidos vivos* evidencia que las mujeres con dos, tres y cuatro hijos son las que lo usan más frecuentemente, que algo más de un tercio de las mujeres sin hijos muestra el uso actual más bajo y el nivel más alto de exu-

suarias y que las que tienen descendencias muy elevadas, de cinco hijos y más, se asocian con bajo uso actual y altos porcentajes de no uso o uso anterior.

El número de hijos al comenzar la práctica anticonceptiva señala que las menores de 25 años comenzaron a controlar la fecundidad cuando tenían menos hijos que las mujeres mayores.

Entre las usuarias actuales los métodos más efectivos son las pastillas, el dispositivo intrauterino (DIU), las inyecciones y esterilización femenina concentran el 63% de las preferencias: 36% las pastillas, 13% el DIU, 9% las inyecciones y 5% la oclusión tubárica (acceder a la esterilización es una práctica plagada de dificultades médicas y legales). El preservativo es usado por el 18% de las usuarias, mientras que el 10% de las mujeres declara usar el retiro o coitus interruptus como forma de regular la fecundidad; otro 7% usa el ritmo. Muy pocas usuarias utilizan una combinación de métodos, como los vaginales, el de Billings y hierbas.

Si se dividen los métodos de acuerdo a la persona sobre la cual recae la mayor responsabilidad del uso se advierte que casi el 30% depende de los hombres.

La preferencia de métodos de acuerdo a las edades de las usuarias muestra un perfil diferente: si bien las pastillas ocupan el primer lugar en todas las edades, la utilización del DIU se acrecienta notablemente a medida que la edad avanza. La prevalencia en el uso del preservativo ocupa un lugar importante en la práctica sexual de todas las mujeres y es de destacar el crecimiento de la esterilización femenina a medida que avanza la edad: en las mujeres mayores de 35 años cuadruplica la frecuencia observada entre las mujeres de 25 a 34 años.

OPORTUNIDAD DEL EMBARAZO DEL ÚLTIMO HIJO NACIDO VIVO

El 60% de las mujeres recordó no haber considerado oportuno el embarazo del último hijo nacido vivo o del actual. El porcentaje se acrecienta a medida que aumenta el número de hijos. Un hecho sugerente es que sólo el 40% de las mujeres que no querían embarazarse se estaban cuidando; el fracaso de las que lo intentaron es también un dato para reflexionar, porque prueba que el conocimiento acerca del uso y la efectividad de los métodos utilizados fue muy bajo, que las mujeres asumen una conducta de riesgo o que existe un conflicto latente entre el imperativo social de tener hijos y la preferencia o la oportunidad de no tenerlos. Es posible que estos tres aspectos estén muy relacionados entre sí y que se articulen para armar el cuadro mencionado (López, *Ibid.*).

En conclusión, entre la manifestación de no haber planeado un embarazo y el cuidado para lograrlo aparecen obstáculos que la mayoría de las mujeres no ha podido sortear; entre las que lo han intentado se aprecia un fracaso evidente. Ambas comprobaciones constituyen señalamientos inequívocos para quienes planifican, diseñan, ejecutan y evalúan programas de salud y educación sexual para las mujeres.

EL CONTEXTO DE LA FECUNDIDAD

Las mujeres con alguna unión muestran una fecundidad elevada: el 35% de ellas tiene cuatro y más hijos y la descendencia alcanzada a partir de los 40 años llega a los 4.5 hijos. Cuando se analiza el número medio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres según su escolaridad, resaltan las diferencias, en más de un hijo, entre las que finalizaron la primaria y las que no lo hicieron.

Al analizar las edades medianas a la primera relación sexual, la primera unión y el primer nacimiento por edad actual se perfila un rejuvenecimiento de los tres indicadores (cuadro 1). En lo que se refiere al perfil de las edades medianas por educación se evidencia un retraso de la edad a la primera unión y, sobre todo, al primer nacimiento, en las mujeres más escolarizadas (cuadro 2).

CUADRO 1

Edad mediana a la primera relación sexual, a la primera unión y al primer nacimiento por edad actual

<i>Edad actual</i>	<i>Edad mediana</i>		
	<i>A la primera relación</i>	<i>A la primera unión</i>	<i>Al primer hijo</i>
De 15 a 19	15.0	16.0	16.0
De 20 a 24	16.0	18.0	19.0
De 25 a 29	17.0	19.0	20.0
De 30 a 34	18.0	19.0	20.0
De 35 a 39	18.0	20.0	21.0
De 40 a 44	18.0	20.5	23.0
De 45 a 49	18.0	19.5	20.5

CUADRO 2

Edad mediana a la primera relación sexual, a la primera unión y al primer nacimiento por nivel educacional

<i>Nivel educacional</i>	<i>Edad mediana</i>		
	<i>A la primera relación</i>	<i>A la primera unión</i>	<i>Al primer hijo</i>
Sin instrucción o primaria incompleta	17.0	18.0	19.0
Primaria completa o secundaria incompleta	17.0	19.0	20.0
Secundaria completa y más	18.0	19.0	21.0

Esta comprobación propone algunas cuestiones: ¿el rejuvenecimiento de la edad podría compensarse, al pensar en la descendencia de las mujeres, con la mayor escolaridad de las mujeres más jóvenes? La liberalización de la conducta sexual de las últimas décadas podría explicar los hallazgos descritos, aunque ¿estará en el proyecto de vida de las más jóvenes reducir el tamaño de sus familias?

La pregunta que surge con respecto a la futura trayectoria de la fecundidad para las mujeres más jóvenes es si continuarán los modelos reproductivos de sus madres o si, por el contrario, la mayor asistencia escolar predispondrá a cambios hacia un tamaño menor de la descendencia. Las transformaciones que se advierten en la escolaridad de las cohortes menores de 30 años puede dar algunas pistas para seguir examinando este fenómeno en los próximos años, pero ya se manifiesta un aumento de la práctica anticonceptiva en las más educadas.

El patrón de uniones femeninas a edades muy jóvenes se ha descrito en gran cantidad de trabajos que tratan temas de fecundidad, nupcialidad y familia. (García y de Oliveira, *op. cit.*; Jelin, *op. cit.*; Pantelides, 1992; Quilodrán, *op. cit.*; Torrado, 1993). En general se ha asociado esta variable a condiciones de vida desfavorables, donde está disminuida la posibilidad de un proyecto de vida estimulante fuera del ámbito doméstico. En ausencia de práctica anticonceptiva, o con un manejo poco eficaz de la misma, las uniones conyugales tan tempranas desembocan en un elevado número de hijos, en intervalos entre nacimientos muy próximos entre sí y en un calendario de embarazos y maternidades muy prolongado, todos ellos fenómenos que se vinculan a situaciones deficitarias desde el punto de vista de la salud reproductiva y del bienestar de la mujer.

Es difícil predecir la trayectoria probable de las mujeres que aún deben recorrer un largo camino reproductivo; el análisis de las opiniones sobre los procesos de constitución de la familia y su tamaño pueden proporcionar algunas claves para la interpretación de este fenómeno.

NÚMERO DE HIJOS DE LA MADRE

Un factor importante en el entendimiento de la dimensión reproductiva es el ámbito simbólico de las significaciones y los valores en los cuales las personas desenvuelven su vida; en este sentido, los aspectos referidos a las familias de origen y a los escenarios socioespaciales y culturales en los que las mujeres vivieron al comienzo de su vida contribuyen a lograr un mayor acercamiento. La Encuesta de Salud Reproductiva (ESR) indagó sobre el número de hijos tenidos por las madres de las entrevistadas y sobre el tamaño del lugar donde las encuestadas residieron hasta los 12 años. Con esa información se realizó el análisis que sigue (cuadro 3).

Este cuadro expone información sobre todas las encuestadas y muestra datos reveladores: a medida que crece la edad aumenta el porcentaje de mujeres cuyas madres tuvieron un número muy elevado de hijos.

Si se toma en cuenta que la descendencia alcanzada por las mujeres del Conurbano de Buenos Aires, a la que pertenece la zona en estudio, fue de 2.7 hijos en 1991, adquiere importancia la comprobación de que sólo una cuarta parte, o aun

menos, de las madres de las encuestadas alcanzó ese nivel. También es llamativo que más de la mitad de las mujeres mayores de 35 años tenga madres con 7 y más hijos y que el porcentaje correspondiente a las menores de 25 años sea notablemente menor (56% contra 34%). Algunos de estos aspectos se revisan en los párrafos que siguen.

CUADRO 3

Distribución porcentual de las mujeres por edad y número de hijos de sus madres

Hijos de la madre	Edad actual de las mujeres		
	Menos de 25	De 25 a 34	De 35 a 49
De 0 a 3	26.7	22.0	18.0
De 4 a 6	39.2	29.7	25.7
7 y más	34.1	48.3	56.3

Base: 561.

El cuadro 4 muestra que el 39% de las mujeres de 35 a 49 años tenía 5 hijos y más, mientras que el 74% de sus madres había alcanzado esa descendencia (casi el doble), cifra ya esbozada en el cuadro 3. Las encuestadas de 35 a 49 años pertenecen a las generaciones que van desde 1942 a 1957. Las mayores tenían alrededor de 20 años al inicio de la difusión masiva de la píldora anticonceptiva, las más jóvenes es probable que hayan tenido más acceso a ella, aun de manera limitada.

Las madres de las encuestadas pueden pertenecer a generaciones desde principios de este siglo a 1942; suponiendo que sus madres hubieran tenido 28 o 30 años al nacer ellas, aproximadamente en 1952, pertenecerían a las generaciones adyacentes a 1922. Es evidente que la población con escasos recursos socioeconómicos no poseía, en las décadas del cuarenta o cincuenta (comienzo de su vida conyugal), ni el interés, ni los recursos cognitivos, ni el acceso a la asistencia en anticoncepción que hubieran podido desembocar en el control del número de nacimientos.

Puede delinear, de los hallazgos comentados, que las mujeres encuestadas provienen de familias más numerosas que las propias, lo cual permite concluir dos aspectos:

1. en los sectores de bajos recursos se produjo un descenso de la fecundidad intergeneracional, y

2. adquiere sentido el valor asignado a los hogares numerosos, lo que otorga solidez a las interpretaciones que vinculan el comportamiento reproductivo con los procesos socioculturales, entre los cuales se encuentra el origen migratorio de las entrevistadas (Margulis y López, *op. cit.*; Ramos, 1984).

Para ahondar en esta línea interpretativa se diseñó un tabulado que consideró el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de 35 años y más por el lugar de residencia hasta los 12 años (véase cuadro 5). Se recuerda que el 40% vivió en una ciudad, el 34% en un pueblo y el 25% en el campo.

CUADRO 4

Distribución porcentual de las mujeres de 35 a 49 años por número de hijos propios y número de hijos de sus madres

<i>Hijos de la madre</i>	<i>Hijos nacidos vivos de la mujer</i>						<i>Total</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5 y más</i>	
2	25.0	--	11.6	10.8	8.0	4.1	7.9
3	25.0	25.0	16.5	8.1	8.0	5.4	9.9
4	--	12.5	7.0	2.7	8.0	8.1	6.8
5	--	12.5	9.3	15.5	12.0	9.5	10.5
6	--	--	7.0	18.9	8.0	5.4	8.4
7	25.0	12.5	9.3	8.1	16.0	8.1	9.9
8	--	--	20.9	--	4.0	10.8	9.4
9 y más	25.0	37.5	18.6	35.1	32.0	47.3	35.6
Total	2.1	4.2	22.5	19.4	13.1	38.7	100.0

Base: 191.

CUADRO 5

Distribución porcentual de las mujeres de 35 a 49 años, por cantidad de hijos nacidos vivos y lugar de residencia hasta los 12 años

<i>Hijos nacidos vivos</i>	<i>Lugar</i>			<i>Total</i>
	<i>El campo</i>	<i>Un pueblo</i>	<i>Una ciudad</i>	
0	--	--	5.3	2.1
1	4.2	6.2	2.6	4.2
2	16.7	18.5	28.9	22.5
3	14.6	20.0	22.4	19.4
4	14.6	12.3	13.2	13.1
5	8.3	10.8	7.9	9.4
6	10.4	13.8	7.9	10.5
7	12.5	7.7	2.6	6.8
8 y más	18.8	10.8	9.2	12.0
Total	25.2	35.0	39.8	100.0

Base: 191.

Si bien el 39% de todas ellas tenía cinco y más hijos, se observaron nítidas diferencias según el lugar de socialización: el 28% de las que vivieron en una ciudad, el 43% que habitaron en un pueblo y el 50% de las oriundas del campo llegaron a esa descendencia.

Un interrogante a plantear es ¿qué factores influyeron en el cambio de la fecundidad de madres a hijas?, ¿se producirá otro cambio en la fecundidad, como parece delinearse, entre las encuestadas mayores y las más jóvenes, recordando que estas últimas, además de pertenecer a otras generaciones, no han estado expuestas al proceso migratorio?

NÚMERO DESEADO DE HIJOS: COMPARACIÓN ENTRE LAS SITUACIONES IDEALES Y REALES

Se preguntó a todas las mujeres sobre el número de hijos que una familia desearía tener de no existir restricciones económicas y sobre el número de hijos que desearía (o hubiera deseado) tener tomando en cuenta su situación concreta.

En resumen (véase cuadro 6 y 7) de no existir restricciones económicas, el 75% de las mujeres piensa que una familia debería tener tres hijos y más, 41% dice que cuatro y más niños sería lo deseable y el 20% manifiesta preferir un hogar con cinco y más hijos. Estos valores muestran una altísima aceptación de las familias numerosas. Se verifican diferencias por edad: el 60% de las más jóvenes piensa que un buen número de hijos está entre los dos o tres, mientras que la mitad de las más grandes opina que lo deseable son cuatro hijos.

CUADRO 6

Distribución porcentual de las mujeres por edad y número de hijos que se prefiere en situación ideal

Edad	Número de hijos en situación ideal*				
	1	2	3	4	5 y más
Total	1.4	26.7	25.7	21.2	20.1
De 15 a 19	5.1	31.4	21.2	19.5	16.1
De 20 a 24	1.2	35.7	25.0	21.4	11.9
De 25 a 29		40.5	23.8	21.4	11.9
De 30 a 34		20.2	20.2	28.6	29.8
De 35 a 39		18.6	27.1	18.6	32.9
De 40 a 44		20.0	20.0	15.4	32.3
De 45 a 49	1.8	10.7	32.1	23.2	23.2

*El valor faltante a 100 de la suma de las filas corresponde a las preferencias por 0 hijo o a la categoría No Responde.

CUADRO 7

Distribución porcentual de las mujeres por edad y número de hijos que se prefiere en situaciones concretas

Edad	Número de hijos en situación concreta*				
	1	2	3	4	5 y más
Total	8.2	38.5	19.4	17.6	11.2
De 15 a 19	12.7	50.0	16.1	9.3	2.5
De 20 a 24	11.9	44.0	25.0	10.7	2.4
De 25 a 29	11.9	40.5	15.5	22.6	6.0
De 30 a 34	7.1	35.7	17.9	20.2	11.6
De 35 a 39	1.4	30.0	25.7	21.4	12.9
De 40 a 44	1.5	55.4	16.9	16.9	19.9
De 45 a 49	5.4	19.6	21.4	30.4	16.0

* El valor faltante a 100 de la suma de las filas corresponde a las preferencias por 0 hijos o a la categoría No Responde.

Cuando se alude a la situación real, la óptica se modifica y el peso relativo de aquellas que desean tener uno o dos hijos se acrecienta 50%, disminuyendo el resto. Más de la mitad de las jóvenes sitúa sus preferencias entre uno y dos hijos. El 33% de las mujeres mayores dijo preferir cuatro y más hijos.

Para prever los escenarios futuros de la maternidad de las más jóvenes sería necesario incluir las dimensiones relativas a los programas de salud y los servicios de salud reproductiva. La idea es observar si las tendencias expresadas empíricamente conducen a una demanda de asistencia en anticoncepción, si esa demanda es respondida con servicios adecuados y si de estas acciones se desprenden modificaciones en los patrones reproductivos de las mujeres de bajos niveles socioeconómicos.

INTERVALO ENTRE LA UNIÓN Y EL PRIMER NACIMIENTO

Se advierten diferencias entre lo ideal y lo concreto (cuadro 8). En el plano de lo ideal, más de la mitad de las mujeres propone como deseable que entre la unión y el primer nacimiento exista una separación superior a los dos años; sólo un 8% se inclina por un lapso menor al año y algo más de un tercio por el que va de uno a dos; el modo de la distribución se concentra en este último intervalo (36.3%). Sin embargo, en el total de las madres, lo ocurrido en la realidad muestra otros ritmos: la cuarta parte de ellas dio origen a un nacimiento antes de cumplir el primer año de la unión.

CUADRO 8

Distribución porcentual de las mujeres con alguna unión, por intervalo ideal entre la unión y el nacimiento del primer hijo, según el intervalo real entre la unión y el primer nacimiento

Intervalo real	Intervalo ideal					Total
	Menos de 1 año	De 1 a 1.99 años	De 2 a 2.99 años	De 3 a 4.99 años	5 años y más	
Primer nacimiento antes de la unión	14.6	36.6	29.5	9.8	9.8	10.1
Menos de 1 año	9.0	43.5	25.9	15.4	10.4	16.5
1 año	9.2	38.2	29.8	15.0	9.9	32.3
2 años	11.7	35.1	28.6	11.7	13.0	19.0
3 a 4 años	--	26.5	46.9	20.4	6.1	12.1
5 años y más	2.5	32.5	27.5	15.0	22.5	9.9
Total	8.4	36.3	30.4	15.6	11.4	100.0

Base: 431.

En conclusión, parece delinear una tendencia hacia la elección de un lapso ideal para el primer nacimiento situado entre el año y los dos después de la unión, independientemente de la experiencia de maternidad. Este hallazgo resulta de interés por sus conexiones con la demanda, la oferta y el acceso a los servicios de anti-concepción, así como también a la calidad y disponibilidad de la información sobre el tema.

MEJOR EDAD PARA COMENZAR A TENER HIJOS

Existen diferencias importantes entre lo declarado como edad ideal para iniciarse en la maternidad y la práctica concreta de ésta (cuadro 9). Más de un tercio de las mujeres opinó que los 20 o 21 años era la edad más apropiada para comenzar a tener hijos, un 17% adicional situó la mejor edad por debajo de los 20 años; en consecuencia, más de la mitad opinó favorablemente de las edades jóvenes para el inicio de la maternidad.

El inicio de la maternidad muestra, en cambio, otra realidad: una cuarta parte de ellas tuvo a sus hijos antes de los 18 años, cerca de la mitad antes de los 20 y alrededor de los dos tercios hasta los 20 o 21 años.

De lo expuesto puede concluirse que existe una práctica temprana de la maternidad y una preferencia ideal acorde, aunque marcada por un ligero retraso hacia los primeros años que siguen a los 20.

CUADRO 9

Distribución porcentual de las mujeres por mejor edad al inicio de la maternidad, según la edad a la que tuvieron el primer hijo

Mejor edad	Edad al primer hijo						Total
	De 10 a 14	De 15 a 17	De 18 a 19	De 20 a 21	De 22 a 24	25 y más	
Menos de 14 años	—	1.1	1.1	—	—	1.2	0.7
De 15 a 19	12.5	26.4	27.6	15.5	7.9	8.6	17.1
De 20 a 21	62.5	36.5	39.1	48.0	30.5	25.9	56.2
De 22 a 24	—	18.7	11.5	12.0	45.4	18.5	20.0
De 25 a 29	25.0	13.2	17.2	20.0	10.5	37.0	19.5
30 y más	—	4.4	5.4	6.7	7.9	8.6	6.4
Total	1.9	21.7	20.7	17.9	18.1	19.5	100.0

Base: 420.

INTERVALO ENTRE EL PRIMERO Y EL SEGUNDO HIJO

El cuadro 10 muestra que el 43% de las mujeres ha experimentado un lapso menor a los dos años entre los dos primeros nacimientos (el triple de lo expresado como ideal) y solamente un tercio de ellas una separación de dos a tres años (menos de la mitad de lo ideal).

CUADRO 10

Distribución porcentual de las mujeres con hijos por intervalo entre el primero y el segundo nacimiento, y opinión sobre el tiempo entre un hijo y el siguiente

Mejor intervalo en años	Intervalo en años				Total
	Menos	De 2	De 4	6 y más	
Menos de 2	17.9	10.7	15.0	11.1	14.4
De 2 a 3	65.7	77.7	62.5	75.0	70.5
De 4 a 5	15.4	9.7	20.0	5.6	12.1
6 y más	3.0	1.9	2.5	8.3	3.2
Total	42.8	32.9	12.8	11.5	100.0

Base: 515.

CONCLUSIONES

Uno de los hallazgos de esta investigación, ligado a la dimensión generacional, mostró que las madres de las encuestadas, tanto de las jóvenes como de las mayores, tenían un número de hijos superior al de éstas. Esto puede interpretarse como el resultado de un conjunto de factores:

1. Modelos reproductivos prolíficos.
2. Una trayectoria reproductiva anterior a la difusión masiva de métodos anticonceptivos.
3. Un origen migratorio vinculado a las zonas del país con altos niveles de fecundidad.
4. Una escolaridad deficiente.

Las encuestadas también mostraron descendencias altas, que se situaron entre los 3.5 y los 4.5 hijos de los 35 a los 49 años. Sin embargo, la prevalencia en el uso de anticonceptivos las sitúa entre las poblaciones que ejercen un control sobre la reproducción, llegando a un porcentaje de uso actual del 75% entre las mujeres de 25 a 34 años.

Un rasgo distintivo de las mujeres encuestadas es el que se refiere a la iniciación temprana de la vida sexual, conyugal y reproductiva, apreciándose un rejuvenecimiento de estos aspectos al comparar a las distintas generaciones.

¿Significa esto que la fecundidad de las jóvenes seguirá el derrotero de las mayores? Esta es una pregunta difícil de contestar y habrá que observar la evolución del proceso reproductivo. Sin embargo, algunos indicios hacen pensar que se avencinan cambios: el mayor nivel educativo, el conocimiento más amplio y el uso más difundido de la anticoncepción, la incorporación de esta última, aunque restringida hacia algunos servicios públicos de salud, las opiniones sobre la reducción del tamaño de la familia (si bien prevalece un tamaño ideal más elevado que el del entorno en el que viven, es notoria la diferencia del número de hijos entre las encuestadas de distintas generaciones). De manera cautelosa podría pensarse que las mujeres que actualmente están comenzando las etapas de la formación de sus familias tenderán a disminuir el tamaño de su descendencia cuando consideren cercano ese tamaño, aunque conserven prácticas de iniciación temprana de la maternidad.

La práctica anticonceptiva parece constituirse en el factor clave del proceso de cambio en la reproducción de los estratos con mayores carencias. De la información analizada surge, sin duda, un universo de significados, valores, opiniones y experiencia de maternidad que marcan un nítido contraste con los valores hallados (en el caso de la descendencia) y explorados (cuando se trata de los valores) en otros estratos socioeconómicos de la población argentina.

En este contexto, el papel de los servicios de salud adquiere una importancia primordial en la orientación y asistencia de las mujeres desde la adolescencia, no para inducir una modificación de sus valores sino para acompañar las necesidades y preferencias en los diferentes tramos de la vida reproductiva y para educar sobre la prevención de aspectos de la salud.

Como las mujeres mayores ya tienen muchos hijos, la pregunta que surge es si las jóvenes seguirán los patrones reproductivos de sus madres o parientas o si, por el contrario, modificarán la intensidad y el espaciamiento de su fecundidad.

Para responder a esta pregunta sería necesario incluir las dimensiones relativas a los programas de salud y los servicios de salud reproductiva. La idea para enfatizar en futuros estudios sería observar si las tendencias expresadas empíricamente conducen a una demanda de asistencia en anticoncepción, si esa demanda es respondida con servicios adecuados y si de estas acciones se desprenden modificaciones en los patrones reproductivos de las mujeres de bajos niveles socioeconómicos.

Las diferentes opiniones sobre lo deseable en el campo de la reproducción, expresadas por las mujeres jóvenes y sin hijos y por las que ya han sido madres, lleva a la conclusión de que es necesario producir un cambio de horizontes en la vida de los más jóvenes; esta transformación tendrá que apuntar a los campos de la salud y de la educación en lo que hace a las políticas más concretas e inmediatas, pero deberá dirigirse a un espectro más amplio de acciones donde se contemplen aspectos de género, de trabajo y de equidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Balán, Jorge y Silvina Ramos (1989), *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*. Buenos Aires, CEDES, Documento CEDES núm. 29.
- Berquó, Elza (1989), "A familia no século XXI: um enfoque demográfico", *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, vol. 6, núm. 2.
- Birgin, Haydeé (1991), "Los derechos reproductivos en la Reforma Constitucional", en Susana Torrado (comp.), *Política y población en la Argentina: claves para el debate*. Buenos Aires, Ediciones de la Flor y Honorable Senado de la Nación.
- DeJanvry, Bárbara y Ana María Rothman (1975), *Fecundidad en Buenos Aires. Informe sobre los resultados de la Encuesta de Fecundidad en el área de Capital y Gran Buenos Aires, 1964*, Santiago de Chile, Celade.
- Freedman, Lynn y S. Isaacs (1993), "Human Rights and Reproductive Choice", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 1.
- García, Brígida y Oriandina de Oliveira (1994), *Trabajo femenino y vida familiar en México*, México, El Colegio de México.
- Geldstein, Rosa (1994), "Las nuevas familias en los sectores populares", en Catalina Wainerman (comp.), *Vivir en familia*, Buenos Aires, UNICEF/Losada.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (1990), *Investigación sobre pobreza urbana en la Argentina (IPA)*, Buenos Aires, INDEC.
- Jelin, Elizabeth (1984), *Familia y unidad doméstica. Mundo público y vida privada*, Buenos Aires, CEDES, Estudios CEDES.
- (1994), "La familia urbana en América Latina", en Dora Celton, (comp.), *Problemas de población en América Latina*, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.
- Kornblit, Ana Lía y Ana María Mendes Diz (1994), *Modelos sexuales en jóvenes y adultos*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

- López, Elsa (1990), "Fecundidad, anticoncepción y pobreza en áreas urbanas de la República Argentina", ponencia presentada en el *Taller sobre investigaciones recientes en el área de la salud reproductiva y sus implicaciones para el diseño de políticas*, organizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- (1993), "Fecundidad y anticoncepción en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes", ponencia presentada en las *II Jornadas Nacionales de Estudios de Población*, Honorable Senado de la Nación (en prensa).
- (1994a), "Notas para la discusión de aspectos de la salud reproductiva", en Ana Lía Kornbli (comp.), *Ciencias sociales y medicina. La salud en Latinoamérica*, Buenos Aires, Instituto de Investigaciones, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- (1994b), "Anticoncepción en América Latina", en Dora Celton, (comp.), *Problemas de población en América Latina*, Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.
- Margulis, Mario y Elsa López (1995), "Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva: anticoncepción y servicios de salud", *Informe final de investigación*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, inédito.
- Mundigo, Axel (1994), "La interdisciplina en la salud reproductiva", ponencia presentada en el *V Encuentro de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática*, Buenos Aires, (mimeo).
- (1993), "Health and Social Aspects of Induced Abortion", en *Proceedings International Population Conference*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Montreal.
- Olego de Campos, Silvia (1986), "Argentina (1946-1986): las políticas de población y la legislación nacional", en Susana Torrado, Susana Novick y Silvia Olego de Campos, *Política, población y políticas de población*, Buenos Aires (Cuadernos del CEUR, 18).
- Pantelides, Edith Alejandra (1989), *La fecundidad argentina desde mediados del Siglo XX*, Buenos Aires, CENEP (Cuadernos del CENEP, 41).
- (1986), "Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad en la Argentina", *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, Buenos Aires, vol. 1, núm. 3.
- y Marcela Cerrutti (1992), *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*, Buenos Aires, CENEP (Cuadernos del CENEP, 47).
- Prada, Elena (1992), "Planificación familiar en América Latina", ponencia presentada en la *Reunión de Expertos Gubernamentales sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe*, Santa Lucía.
- Quilodrán, Julieta (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*, México, El Colegio de México.
- Raczinski, Dagmar y Claudia Serrano (1986), *Vivir la pobreza. Testimonios de mujeres populares*, Santiago, CIEPLAN.
- Ramos, Silvia (1984), "Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular", Buenos Aires, *Estudios CEDES*, vol. 4, núm. 6.
- Rothman, Ana María (1970), *Evolución de la fecundidad en Argentina y Uruguay*, Instituto Torcuato Di Tella/CIS.
- Torrado, Susana (1986), "La cuestión poblacional argentina y las políticas de población", en Susana Torrado, Susana Novick y Silvia Olego de Campos, *Política, población y política de población, Argentina 1946-1986*, Buenos Aires (Cuadernos del CEUR, 18).

- Torrado, Susana (1991), "Población y desarrollo: metas sociales y libertades individuales (reflexiones sobre el caso argentino)", en Susana Torrado, (comp.), *Política y población en la Argentina: claves para el debate*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor y Honorable Senado de la Nación.
- (1993), *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor y Centro de Estudios de la Mujer.
- Valdés, Teresa (1985), *Venid, benditas de mi padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*, Santiago, Flacso.