

PUBLICACIÓN Nº 8:

**FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN Y CONDICIONES DE VIDA EN BUENOS
AIRES: ALGO CONOCIDO Y MUCHO POR CONOCER**

Hernán Otero y Guillermo Velázquez
compiladores

POBLACIONES ARGENTINAS
ESTUDIOS DE DEMOGRAFIA DIFERENCIAL

PROPIEP (IEHS-CIG)
Tandil, 1997

© Programa de Procesamiento de Información y Estudios de Población (PROPIEP)

Programa conjunto del
Instituto de Estudios Histórico Sociales "Prof. Juan Carlos Grosso" y del
Centro de Investigaciones Geográficas
Facultad de Ciencias Humanas - Universidad Nacional del Centro de la Provincia de
Buenos Aires
Pinto 399, 7000 Tandil
Telefax. (54) 293-4-5683

Fotografía de tapa:

Impreso en la Argentina
Primera edición, noviembre de 1997
500 ejemplares

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.
ISBN 950 - 658 - 050 - 2

Edición a cargo de Aníbal Minnucci.

FECUNDIDAD, ANTICONCEPCIÓN Y CONDICIONES DE VIDA EN BUENOS AIRES: ALGO CONOCIDO Y MUCHO POR CONOCER

Elsa López *

La sociedad argentina se rige por patrones reproductivos moderados y relativamente estables desde hace décadas. Existen, sin embargo, diferencias notables en las descendencias de los diversos estratos socioeconómicos, diferencias que expresan complejas circunstancias en el terreno de los aspectos materiales y simbólicos (López y Margulis, 1995).

Este artículo pretende añadir elementos para explicar los nexos existentes entre la fecundidad, la práctica anticonceptiva y las condiciones de vida de las mujeres. La información proviene de dos fuentes: el Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales de la Encuesta Permanente de Hogares (Módulo EPH) de mayo de 1994 y la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR) de 1993. La primera recolectó información sobre la población femenina de 15 a 49 años residente en el Gran Buenos Aires, que se tomará en consideración en este trabajo, y en otros 13 aglomerados urbanos del país, cubriendo temas de fecundidad y anticoncepción, aunque no indagó sobre otros determinantes próximos de la fecundidad; la segunda sólo enfoca a las mujeres más pobres del Conurbano Bonaerense, pero tiene la ventaja de haber preguntado sobre la edad de las mujeres a la primera unión y al nacimiento del primer hijo así como sobre los métodos anticonceptivos utilizados.

El análisis de los resultados de ambas encuestas permite obtener una visión panorámica de ciertos aspectos reproductivos de las habitantes del principal aglomerado urbano de la Argentina y profundizarlo en un grupo de mujeres que se distingue por un patrón reproductivo netamente diferente y más prolífico que el del conjunto de la población.

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

1. *Las mujeres en estudio*

Como dato de interés para la caracterización de la población en estudio se observa que alrededor del 60 por ciento de las mujeres del Gran Buenos Aires vive en unión conyugal (declarándose la mitad casada y el resto conviviente) mientras que algo más de la tercera parte es soltera. Dos tercios de las mujeres unidas tienen menos de 35 años, contra el 40 por ciento de las casadas (López y Tamargo, 1995). En contraste, la composición por estado conyugal de las mujeres pobres del Conurbano Bonaerense muestra que las tres cuartas partes viven en unión (54% casadas y 19% convivientes) y menos de la cuarta parte es soltera. Casi la mitad de las unidas consensualmente tiene menos de 25 años contra 14% de las casadas (López, 1995).

La edad y la escolaridad del Gran Buenos Aires se asocian inversamente: el doble de mujeres sin estudios primarios terminados (que incluye a las que nunca asistieron) en las generaciones de más edad y una mayor proporción de jóvenes con estudios secundarios completos, terciarios o universitarios. Los estudios universitarios alcanzan a cerca de una de cada cinco mujeres en el Gran Buenos Aires (López y Tamargo, 1995). Entre las pobres del Conurbano se comprueba que una quinta parte no terminó el nivel primario y una cuarta parte no finalizó el secundario. La franja más nutrida de mujeres, el 40%, sólo cuenta con educación primaria (López, 1995).

2. *La fecundidad y sus diferencias*

2.1. *Fecundidad y pobreza*

El cuadro 1 muestra la distribución de las mujeres del Gran Buenos Aires en edades reproductivas por número de hijos y condición de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI). Una de cada cinco mujeres pertenece a hogares pobres.

La fecundidad del Gran Buenos Aires por condición de NBI ilustra sobre dos modalidades divergentes de reproducción: el 42% de las mujeres de los hogares no pobres no ha sido madre, la mitad tiene entre 1 y 3 hijos y solamente el 8% ha tenido 4 o más. En contraste, entre las mujeres pobres, menos de un tercio no tiene hijos, menos de la mitad tiene entre 1 y 3 y el 25% ha sido madre de 4 o más. Las cifras expresan intensidades y calendarios diferentes de la procreación en ambos grupos, que puede ejemplificarse en el menor porcentaje de mujeres sin embarazos en las mujeres pobres, atribuible al menor uso de métodos anticonceptivos y, a la inversa, en el ejercicio del control que limita los nacimientos en las mujeres de los hogares no pobres. Las razones de las diferencias observadas pueden vincularse a factores de diverso orden: por una parte, a la preferencia por un número mayor de hijos y a familias más numerosas y, por la otra, a la falta de conocimiento y accesibilidad a los métodos anticonceptivos (López, 1995).

2.2. *Fecundidad y estado conyugal*

La fecundidad de las mujeres del Gran Buenos Aires varía según su estado conyugal.

El 92% de las solteras no tiene hijos y el 5% tiene uno. Más de la mitad de las mujeres casadas y el 33% de las unidas tiene 2 ó 3 hijos; el resto de estas últimas se polariza en un solo hijo (las más jóvenes) o en 5 o más (el 12%). Muchas mujeres que comienzan su vida conyugal sin vínculos legales tienden a contraerlos después del nacimiento de sus hijos. Es por eso que la comparación de la fecundidad de las mujeres casadas con la de las unidas resulta interesante. Como se ha visto, las mujeres en uniones consensuales son más jóvenes que las casadas, por lo cual es de esperar que tengan menos recursos materiales, menor cobertura de salud y mayor inestabilidad en los vínculos de pareja, aunque hayan alcanzado mejores niveles de escolaridad. Estas circunstancias se potencian con las de las primeras experiencias de la maternidad, que se asocian al aumento del riesgo para la sobrevivencia y la salud de los hijos. Por todo ello, la exploración de la fecundidad por situación conyugal resulta útil desde los puntos de vista de la salud pública y las políticas sociales.

Cuadro 1: Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por número de hijos nacidos vivos según condición de NBI. Gran Buenos Aires

HNV	NBI		
	Total	Con	Sin
Total	100.0	100.0	100.0
Ninguno	40.2	29.0	42.1
1	14.2	14.1	14.9
2	21.5	16.4	22.4
3	13.4	16.0	13.0
4	5.7	8.5	5.2
5 o más	5.0	16.0	2.4

Fuente: Infancia y condiciones de vida, Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, Indec, 1995.

Cuadro 2: Distribución porcentual de las mujeres de 15 a 49 años por número de hijos nacidos vivos según estado conyugal. Gran Buenos Aires.

H. nacidos vivos	Estado conyugal					
	Total	Soltera	Unida	Casada	Div/ sep	Viuda
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Ninguno	40.2	91.7	24.6	10.7	10.6	9.1
1 hijo	14.2	4.9	21.1	18.4	24.5	15.9
2 hijos	21.4	2.2	19.3	33.8	33.6	25.0
3 hijos	13.4	0.6	14.9	21.4	18.2	22.9
4 hijos	5.8	0.3	8.4	9.0	2.9	18.4
5 hijos ó +	5.0	0.3	11.7	6.7	6.2	8.7

Fuente: Infancia y condiciones de vida, Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, Indec, 1995.

2.3. Fecundidad y escolaridad

La asociación que existe entre la fecundidad y el nivel de escolaridad es un paso obligado en los estudios sobre el tema reproductivo. Si bien estas dimensiones no presentan un comportamiento unidireccional, como lo han mostrado algunos estudios realizados en países africanos, en América Latina la asociación inversa entre fecundidad y escolaridad de las madres ha sido suficientemente documentada.

El nivel de escolaridad de la mujer ilustra de manera contundente los aspectos ligados a la reproducción y al cuidado de la salud, porque es una característica individual muy relacionada con los aspectos preventivos. Si bien algunas clasificaciones socioeconómicas de los hogares (como las necesidades básicas insatisfechas o el ingreso monetario) aportan elementos sólidos para identificar grupos con mayor o menor protección social, la edad de las mujeres brinda buena información para la focalización de ese objetivo, ya que es altamente probable que la más joven de las mujeres de un hogar se beneficie de una escolaridad más extendida, lo cual ejerce un efecto positivo sobre la salud personal de ella misma y de su familia.

El número de hijos de las mujeres en las edades reproductivas más avanzadas, o descendencia final, guarda semejanza con la tasa global de fecundidad, que es el número medio de hijos por mujer al término del período fértil. Es conveniente aclarar que en la fecundidad del Gran Buenos Aires intervienen dos dinámicas demográficas diferentes: la de la Capital Federal, con una descendencia final cercana a los 2 hijos por mujer y la del Conurbano de Buenos Aires, con una de 2.7 hijos (Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991).

En el cuadro 3 lo que primero salta a la vista es la duplicación de la descendencia de las mujeres menos escolarizadas cuando se la compara con el total. Conviene reparar en algunas cifras:

- las diferencias entre las mujeres que no terminaron la primaria y las que la completaron nunca es menor a 0.5 y alcanza a 1 hijo en las de 35 años o más, y
- la descendencia de las mujeres que concluyeron o sobrepasaron el ciclo secundario no llega al nivel de reemplazo de las generaciones (2.1 hijos por mujer).

Cuadro 3: Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 44 años por edad y nivel de escolaridad. Gran Buenos Aires.				
Edad	Total	Nivel de escolaridad		
		Primaria incompleta	Primaria completa o sec. incomp.	Sec. completa o más
15-19	0.1	0.3	0.1	---
20-24	0.6	1.7	0.9	0.2
25-29	1.3	2.7	1.8	0.7
30-34	2.0	3.2	2.3	1.4
35-39	2.4	4.0	2.7	1.8
40-44	2.6	3.7	2.9	2.0

Fuente: Infancia y condiciones de vida, Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, Indec, 1995.

Cuando se cambia el prisma y se enfoca a las mujeres pobres del Conurbano también se encuentran diferencias en las descendencias alcanzadas por edad y escolaridad.

Edad	Nivel de escolaridad			
	Total	Primaria incompleta	Primaria completa o sec. incomp.	Sec. completa o más
15-19	0,9	2,0	0,8	---
20-24	1,7	2,0	1,6	1,5
25-29	2,4	2,5	2,5	2,3
30-34	3,3	4,0	3,4	3,5
35-39	4,1	5,2	3,9	---
40-44	4,4	4,7	3,7	---
45-49	4,5	4,8	3,7	---

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

Las diferencias entre las mujeres que finalizaron la primaria y las que no lo hicieron resultan evidentes. Si bien el número de hijos crece a medida que lo hace la edad, resulta interesante ver que las mujeres de 25 a 29 años, independientemente de su escolaridad, tienen una descendencia de dos hijos y medio. En las edades más avanzadas las diferencias se amplían llegando a ser de más de 1 hijo. Asimismo, se destaca la elevada fecundidad de las mujeres de 35 a 39 años (5.2 hijos las que no completaron la primaria y 3.9 hijos las que la completaron). Estas mujeres tenían de 23 a 27 años en 1980 y de 18 a 22 en 1975, momentos entre los cuales se ha descrito un aumento de la fecundidad (Pantelides, 1989).

La profundización del proceso de transición de la fecundidad en los sectores sociales más pobres dependerá de las mujeres más jóvenes: ¿continuarán éstas los modelos reproductivos de sus madres o, por el contrario, los cambios generacionales, la escolaridad y el acceso a la anticoncepción predispondrán hacia la disminución en el tamaño de la descendencia? Las transformaciones que se advierten en la escolaridad de las cohortes menores de 30 años y la evolución de los programas de salud de las mujeres podrán dar respuestas a estos interrogantes. Los párrafos que siguen dan algunas pistas (López, 1995).

2.4. Fecundidad, edad y escolaridad

Los datos revelan un ligero rejuvenecimiento de las edades a la primera relación sexual, la primera unión y el primer nacimiento: las generaciones mayores muestran alrededor de dos años de retraso con respecto a las más jóvenes. En lo que se refiere a las edades medianas por escolaridad se comprueba un retardo de la edad a la unión y, sobre todo, al

primer nacimiento, en las mujeres más escolarizadas, no observándose diferencias en las edades al inicio sexual en las que tienen la primaria completa o sin finalizar la secundaria.

Cuadro 5: 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 1era. relación</i>	<i>A la 1era. unión</i>	<i>Al 1er. hijo</i>
15 a 19	15.0	16.0	18.0
20 a 24	16.0	18.0	19.0
25 a 29	17.0	19.0	20.0
30 a 34	18.0	19.0	20.0
35 a 39	18.0	20.0	21.0
40 a 44	18.0	20.5	23.0
45 a 49	18.0	19.5	20.5

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

Cuadro 6: 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 1era. relación</i>	<i>A la 1era. unión</i>	<i>Al 1er. hijo</i>
Sin inst. o prim.incomp.	17.0	18.0	19.0
Prim.completa o sec.incomp.	17.0	19.0	20.0
Secundaria completa o más	18.0	19.0	21.0

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

Estos hallazgos proponen algunas reflexiones ya esbozadas más arriba: ¿el aumento de la escolaridad podrá compensar el rejuvenecimiento de la edad al inicio de las relaciones sexuales, la unión conyugal o el primer nacimiento o estas últimas características llevarán a un aumento de la fecundidad? ¿Influirá la mayor escolaridad en el aumento de la práctica anticonceptiva? ¿Estará en el proyecto de vida de las mujeres más jóvenes reducir el tamaño de sus familias o retrasar la llegada del primer hijo? La tendencia hacia una mayor liberalización de la conducta sexual de las últimas décadas podría explicar la modificación de los patrones de iniciación por edad, pero gran parte de las respuestas deberán buscarse en el grado de adhesión y la eficacia con la que se encare la práctica anticonceptiva (López, 1995).

2.5. Fecundidad y edad a la primera unión

El patrón de uniones femeninas en América Latina se ha estudiado con creciente interés desde hace varias décadas, encarándose en numerosos trabajos sobre fecundidad, nupcialidad, fuerza de trabajo femenina y familia. (García y de Oliveira, 1994; Jelin, 1994; Pantelides y Cerrutti, 1992; Quilodrán, 1991; Torrado, 1993). En general, la precocidad de las uniones se asocia a condiciones de vida desfavorables, donde la posibilidad de un proyecto de vida estimulante fuera del ámbito doméstico está disminuida. En ausencia de práctica anticonceptiva, o con un manejo poco eficaz de la misma, las uniones conyugales tempranas se traducen en muchos hijos, cortos intervalos entre nacimientos y calendarios prolongados de embarazos, maternidades y lactancias, fenómenos que expresan situaciones deficitarias desde el punto de vista de la salud reproductiva y del bienestar de la mujer (López, 1995).

El cuadro 7 muestra el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres que han tenido alguna unión por edad a la primera unión según la edad actual. Se observan valores superiores en la descendencia de las que se unieron más jóvenes y un número de hijos cercano al promedio en las que se casaron de los 19 a los 20 años.

Cuadro 7: Promedio de hijos nacidos vivos por edad actual y edad a la primera unión de las mujeres de 15 a 49 años con alguna unión.

Edad actual	Edad a la primera unión						
	Total	Hasta 16	17-18	19-20	21-22	23-24	25 ó +
15-19	0.9	0.9	0.3	—	—	—	—
20-24	1.7	2.3	1.8	1.4	0.9	—	—
25-29	2.4	3.1	3.2	2.3	1.9	1.0	1.3
30-34	3.3	4.0	3.9	3.2	2.9	2.0	2.3
35-39	4.1	5.4	5.7	3.3	4.0	1.9	2.3
40-44	4.4	5.6	4.3	4.4	4.6	2.5	4.0
45-49	4.4	4.2	5.2	4.8	3.9	3.8	3.4

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

2.6. Abortos y nacidos muertos

El Módulo de Metas Sociales de la EPH preguntó a las mujeres que tuvieron algún embarazo sobre la cantidad de embarazos perdidos. Como era de esperar, se comprobó que el porcentaje de pérdidas crece a medida que aumenta la edad de las mujeres. En el Gran Buenos Aires el porcentaje de mujeres en edades fértiles que experimentó la pérdida de algún embarazo alcanzó el 31% (dos tercios uno solo y el resto dos o más).

Con la finalidad de profundizar sobre el tema se calculó el número de embarazos, de pérdidas y de nacimientos en el Gran Buenos Aires. Los datos muestran que los nacidos vivos constituyen el 84% de todos los embarazos declarados por lo cual las pérdidas resultaron ser el 16% de todos los embarazos. Esta cifra es algo superior a la estimada por los tratados de obstetricia con respecto al porcentaje de embarazos que se pierden

espontáneamente (Schwarcz, 1990).

También la Encuesta de Salud Reproductiva del Conurbano Bonaerense intentó una aproximación a la magnitud de las pérdidas, abortos o nacidos muertos, con la dificultad que implica la interpretación de datos de confiabilidad restringida. El 29% de las mujeres manifestó haber tenido algún episodio; esta cifra constituye el 15.8% de los hijos nacidos vivos declarados por las mismas encuestadas. Dos tercios de las mujeres tuvieron un solo episodio, el 20% tuvo dos y el 14% tres o más.

La similitud de las cifras encontradas en ambos estudios entre sí y con los niveles de los abortos espontáneos lleva a pensar que las mujeres declararon las pérdidas que se produjeron en forma natural y no mencionaron los abortos inducidos (López y Tamargo, 1995). Esta situación se ha comprobado en numerosas investigaciones, dada la situación de ilegalidad y de sanción social que rodea la práctica del aborto.

En el Cuadro 8 se muestra el número de abortos, pérdidas y mortinatos por edad, estado conyugal, número de hijos y nivel de escolaridad declarado por las mujeres de la Encuesta de Salud Reproductiva. En la última columna se presenta el número de episodios por cada 100 mujeres.

Cuadro 8: Número de abortos, pérdidas y mortinatos por cada 100 mujeres según la edad, el estado conyugal, el número de hijos y el nivel de escolaridad				
<i>Edad</i>	<i>Total de mujeres (1)</i>	<i>Mujeres con abortos (2)</i>	<i>Número de abortos (3)</i>	<i>Abortos por 100 mujeres (3/1)</i>
Total	477	138	221	46.3
15-19	48	4	4	8.3
20-24	71	11	12	16.9
25-29	83	24	33	39.8
30-34	84	27	40	47.6
35-39	70	23	42	60.0
40-44	65	31	56	86.2
45-49	56	18	34	60.7
Estado conyugal				
Casadas	297	95	151	50.8
Unidas	108	28	42	38.9
Sep/div/viudas	23	12	24	104.0
Solteras	47	3	4	8.5
Número de hijos				
0	57	8	10	17.5
1	77	22	32	41.6
2	115	28	37	32.2
3	77	25	45	58.4
4	53	19	31	58.5
5 ó más	98	36	66	67.3
Escolaridad				
Primaria incompleta	125	48	73	58.4
Secundaria incompleta	308	79	134	43.5
Sec. completa o más	44	11	14	31.8

Fuente: Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 1983.

Se observa que a medida que aumenta la edad crece el número de abortos por mujer; a partir de los 30 años supera los 50 por cada 100 mujeres. La misma tendencia se comprueba al analizar el número de nacidos vivos; nótese que desde los 3 hijos la cantidad de abortos se acrecienta de manera notable. Este hallazgo otorga elementos para pensar que la maternidad temprana es un valor cultural muy apreciado entre las jóvenes más pobres, como se ha documentado al analizar la práctica conyugal y la maternidad precoz de las mujeres estudiadas.

Cuando se las clasifica por estado conyugal, las divorciadas y separadas muestran la cifra más alta de episodios, aunque el número de casos es muy exiguo como para sacar conclusiones. Las casadas registran 50 abortos por cada 100 mujeres, número que supera el de las unidas, que son más jóvenes y, por lo tanto, menos fecundas.

Finalmente, al examinar el efecto de la escolaridad se evidencia claramente que las mujeres menos instruidas tienen el nivel más elevado de abortos, tratándose nuevamente de las de mayor edad.

3. Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos

La carencia de conocimiento acerca de la práctica anticonceptiva en la Argentina se ha mencionado ya en varios trabajos. Los estudios probabilísticos sobre el Área Metropolitana de Buenos Aires se remontan a la década del 60 (de Janvry y Rothman, 1975); más recientemente se contó con información fragmentaria, referida a madres con hijos menores de 4 años (López, 1990) y sólo durante los últimos años se han conocido datos sobre la prevalencia en el uso de anticonceptivos en poblaciones carenciadas (López, 1995) y en poblaciones femeninas urbanas (López y Tamargo, 1995). En el campo de los estudios cualitativos, los trabajos de Llovet y Ramos (1986 y 1988) y Balán y Ramos (1989), entre otros, constituyen un aporte significativo para el conocimiento del tema.

La anticoncepción y su contracara, el aborto inducido, dan testimonio de una situación de aguda desigualdad: mientras las mujeres y las parejas de los sectores sociales más favorecidos cuentan con mayores opciones en la elección de métodos seguros y efectivos y cuando se enfrentan a la decisión de interrumpir un embarazo, las mujeres carenciadas disponen de menor cantidad de recursos, tanto materiales como simbólicos, para asumir esas situaciones. Las mujeres pobres son también, como se ha visto, las que tienen sus hijos más temprana y tardíamente con partos y lactancias más próximos entre sí (López, 1993 y 1994; Llovet y Ramos, 1988; WHO, 1991). Ese cuadro define lo que la Organización Mundial de la Salud denomina población en riesgo reproductivo que incluye, además, a aquellas mujeres que consideran inoportuna la llegada de otro hijo y deciden abortar.

A continuación se analizará la información existente sobre la práctica anticonceptiva en las dos encuestas disponibles. Para contar con información confiable y oportuna en la concreción de las Metas Sociales definidas por el gobierno se incluyeron en el Módulo de la EPH ciertas preguntas sobre el uso de métodos anticonceptivos; de ellas pueden utilizarse las referidas a la prevalencia en el uso.

El análisis se ha concentrado en las mujeres casadas, unidas de hecho o con relaciones sexuales y los resultados se muestran en el cuadro 9, destacándose una prevalencia de uso actual bastante extendida (un rango que va de los dos tercios a las tres cuartas partes de las

mujeres de los 20 a los 34 años). Es de hacer notar el uso más débil en las mujeres más jóvenes y las mayores. En éstas la explicación podría estar asociada a la disminución de la fertilidad, mientras que en las más jóvenes sería atribuible a factores de diversa índole: o a la motivación para comenzar a tener hijos o a la falta de información, tanto sobre la fisiología de la reproducción como de los métodos más eficaces, apropiados y seguros para la salud (López y Tamargo, 1995).

Cuadro 9: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por edad. Gran Buenos Aires, Capital Federal y Conurbano de Buenos Aires.

<i>Edad</i>	<i>GBA</i>	<i>CF</i>	<i>CBA</i>
Total	64,9	72,8	62,0
15-19	51,6	86,4	44,6
20-24	65,9	78,7	61,3
25-29	71,6	81,6	67,9
30-34	71,0	73,0	70,3
35-39	72,3	73,8	71,7
40-44	64,9	71,0	62,7
45-49	47,5	53,2	45,2

Fuente: Infancia y condiciones de vida, Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, Indec, 1995.

Si bien es usual concentrar el análisis en el conjunto del Gran Buenos Aires (la Capital Federal más el Conurbano de Buenos Aires) debido a criterios de confiabilidad estadística, en el cuadro 9 se desagregó la información con fines orientativos, para explorar el comportamiento tan diverso de la fecundidad y la anticoncepción en ambas jurisdicciones.

Los datos muestran una prevalencia de uso actual fuertemente diferenciada en las mujeres más jóvenes, que en el Conurbano llega a la mitad del valor de la Capital Federal (45% contra 86%). Ya se han mencionado algunas hipótesis para interpretar la fecundidad más alta y relacionarla con el menor uso de la anticoncepción; ellas pueden resumirse en el valor que se asigna a la constitución temprana de la familia y al tamaño más numeroso de ésta, en el desconocimiento de los métodos para prevenir el embarazo o en la dificultad para acceder a los servicios de salud ginecológica y en la insuficiencia o carencia de programas de salud que atiendan estos problemas (López, 1995). Otro trabajo (López y Tamargo, 1995) ha documentado que el Gran Buenos Aires es el área urbana con la mayor prevalencia en el uso de anticonceptivos de la Argentina.

Cuadro 10: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por condición de NBI del hogar. Gran Buenos Aires y Conurbano de Buenos Aires

	<i>Necesidades Básicas Insatisfechas</i>		
	<i>Total</i>	<i>Con</i>	<i>Sin</i>
Gran Buenos Aires	64,6	54,1	67,1
Conurbano de B.A.	62,0	53,3	65,0

Fuente: Infancia y condiciones de vida, Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, Indec, 1995.

Resulta interesante comparar las cifras sobre condición de uso de anticonceptivos en las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires con la otra fuente utilizada en este trabajo. Los datos señalan una gran coincidencia entre la prevalencia en el uso actual de anticonceptivos de las mujeres pobres por necesidades básicas insatisfechas del Conurbano Bonaerense entrevistadas por el Módulo de la EPH, 53.3% (López y Tamargo, 1995), y las encuestadas de la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR), 54.9% (López, 1995).

La condición de uso por edad de la ESR (cuadro 11) muestra que las tres cuartas partes de las mujeres de 25 a 34 años están usando algún método; la prevalencia de las más jóvenes y las más grandes no alcanza al 50% de cada grupo de edad. Es de destacar el no uso de las mayores de 35 años, pudiendo suponerse que las mujeres se incorporan o se retiran del uso debido a complejas razones, que dependen principalmente de la edad, como la ausencia de vida sexual o en el inicio de la menopausia y de la infertilidad. En las menores de 25 años el uso está más ligado al espaciamiento de los nacimientos.

Edad	Condición de uso			Total
	Nunca usuarias	Alguna vez usuarias	Actualmente usuarias	
Menores de 25	10.9	42.0	47.1	100.0
De 25 a 34 años	6.6	20.4	73.1	100.0
De 35 a 49 años	14.1	41.9	44.0	100.0
Total	10.7	34.4	54.9	100.0

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

¿Cómo influye el estado conyugal en el uso de métodos anticonceptivos? De acuerdo al cuadro 12, las casadas muestran ser las más dispuestas a la regulación de la fecundidad: son mayores que las unidas y solteras y es probable que ya tengan un número de hijos que ellas y sus parejas consideren adecuado. En cuanto al uso entre las mujeres unidas, la información disponible muestra una prevalencia cercana al 60% en el Gran Buenos Aires.

Usan	Estado conyugal					
	Total	Solteras	Unidas	Casadas	Div/sep	Viudas
GBA	64.7	58.6	58.1	70.3	51.9	26.8

Fuente: Infancia y condiciones de vida, Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, Indec, 1995.

Más arriba se habló de los nexos entre la prevención y el cuidado de la salud con la escolaridad de las mujeres, porque ambos aspectos se asocian positivamente. Si se compara con el NBI, que es una característica de los hogares compartida por cada uno de sus miembros, la escolaridad está más ligada a la edad y a las generaciones, observándose una ampliación de la escolarización en la gente más joven. En este sentido, el cuadro 13 marca la desigual distribución del uso, y tal vez del acceso a los métodos que controlan los embarazos. Es útil recordar que las mujeres con niveles inferiores a la primaria completa son, en general, las de mayor edad y las que tienen un número de hijos por encima del promedio como resultado de una constelación de causas que pueden estar o no conectadas entre sí: adhesión a familias más grandes, falta de práctica anticonceptiva o uso inadecuado de ésta. Las mujeres con escolaridad secundaria incompleta suelen ser, en cambio, más jóvenes, por lo cual están en la etapa de la formación de sus familias.

Cuadro 13: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por nivel de escolaridad. Gran Buenos Aires

Aglomerado	Nivel de escolaridad			
	Total	Primaria incompleta	Primaria completa o secundaria incompleta	Secundaria completa o más
GBA	64,9	51,1	60,5	71,7

Fuente: Infancia y condiciones de vida, Módulo para el Monitoreo de Metas Sociales, Indec, 1995.

Cuadro 14: Distribución porcentual de las mujeres con alguna unión o relaciones sexuales por nivel de escolaridad y condición de uso de anticonceptivos.

Nivel de escolaridad	Condición de uso			Total
	Nunca usuarias	Alguna vez usuarias	Actualmente usuarias	
Primaria incompleta	11,6	46,4	42,0	100,0
Primaria completa	10,6	33,2	56,3	100,0
Secundaria incompleta	7,6	26,7	65,7	100,0
Secundaria completa o más	15,4	28,8	55,8	100,0
Total	10,7	34,4	54,9	100,0

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

En las mujeres pobres de la Encuesta de Salud Reproductiva se advierte un crecimiento de la prevalencia en el uso actual a medida que aumenta la escolaridad. En las que completaron el ciclo secundario, que no llegan al 10%, la composición por edad (que determina que las mujeres menores de 30 años sean las que tienen más años de estudios) podría explicar el menor uso ya que estas mujeres están en el proceso de formación de sus familias y por lo tanto es probable que no hayan usado nunca los métodos.

Otro factor a tomar en cuenta para caracterizar a las mujeres según su práctica anticonceptiva es el trabajo extradoméstico ya que, principalmente en los sectores populares, la maternidad es el eje orientador de la identidad femenina, por lo cual se asume como una consecuencia natural de la vida en pareja (García y de Oliveira, 1994). La maternidad temprana, los bajos niveles de capacitación para el mercado de trabajo y una concepción del mundo que consagra la división sexual del trabajo constituyen obstáculos para la participación de las mujeres en el mundo del trabajo remunerado.

Para relacionar el aspecto laboral con la condición de uso se tomó la condición de actividad económica. La evidencia empírica muestra que no existen diferencias entre las mujeres que trabajan (38.8%) y las que desarrollan tareas domésticas (cuadro 15).

Cuadro 15: Distribución porcentual de las mujeres alguna vez unidas o solteras con relaciones sexuales por condición de uso de anticonceptivos y condición de actividad.

Condición de uso	Condición de actividad			Total
	Trabajo	Ama de casa	Resto	
Nunca	9.2	12.0	---	10.7
Alguna vez	35.7	33.5	37.5	34.4
Actualmente	55.1	54.6	62.5	54.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

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

Al analizar la condición de uso según el número de hijos nacidos vivos (cuadro 16) se pone en evidencia que:

- las mujeres con 2, 3 y 4 hijos son las que usan más frecuentemente (55%);
- algo más de un tercio de las mujeres sin hijos muestra el uso actual más bajo y el nivel más alto de ex-usuarias;
- las descendencias muy elevadas, de 5 hijos o más, se asocian con un uso actual escaso y altos niveles de no uso actual o de uso anterior. Estas mujeres forman una quinta parte de las que viven en unión o tienen prácticas sexuales y su patrón de uso de anticonceptivos se asemeja al de las mujeres con un solo hijo. Puede suponerse que estas últimas apelarán a la práctica de regular los nacimientos a medida que vayan completando el tamaño de familia que consideren apropiado, probablemente más pequeña que la de las mujeres de mayor edad.

Cuadro 16: Distribución porcentual de las mujeres con alguna unión o relaciones sexuales según condición de uso y número de hijos nacidos vivos.

Condición de uso	Número de hijos						Total
	0	1	2	3	4	5 ó más	
Nunca	10.5	11.7	10.4	14.5	---	12.4	10.5
Alguna vez	50.9	36.4	25.2	27.6	40.4	35.1	34.2
Actualmente	38.6	51.9	64.3	57.9	59.6	52.6	55.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

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

Usuarias actuales por edad, número de hijos y método

Cuadro 17: Distribución porcentual de las mujeres con alguna unión o relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por edad y método utilizado.

Método actual	Edad			Total
	Menos de 25 años	De 25 a 34 años	De 35 a 49 años	
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
Esteril.femenina	---	2.6	11.1	4.7
Ritmo	5.2	6.0	8.6	6.6
Retiro	10.3	7.7	12.3	9.8
Comb. de métodos	---	3.4	2.5	2.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

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

Entre las usuarias actuales (cuadro 17), los métodos más efectivos -pastillas, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones y esterilización femenina- concentran el 63% de las preferencias: 36% las pastillas, 13% el DIU, 9% las inyecciones y 5% la oclusión tubárica. 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; un 7% adicional usa el ritmo. El resto utiliza una combinación de métodos, como los métodos vaginales, el de Billings y yuyos (hierbas).

Si se dividen los métodos de acuerdo a la persona sobre la cual recae la mayor responsabilidad del uso se advierte que casi un tercio de las mujeres depende de la pareja masculina, cifra muy elevada si se la compara con los valores hallados en las Encuestas de Demografía y Salud en otros países de la región: Brasil, Colombia, México y Guatemala muestran porcentajes del 11 al 14% y sólo en Trinidad y Tobago se observa uno superior, el 33% (Prada, 1992). Es conveniente aclarar que el comentario anterior apunta a poner en contexto los hallazgos del Conurbano de Buenos Aires y no a comparar información de nivel nacional con la proveniente de este estudio.

¿Qué métodos prefieren las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires? ¿Se distinguen preferencias por edad?

1. Las menores de 25 años utilizan preferentemente las pastillas (la mitad), las inyecciones (14%), el condón (12%) y el retiro (10%); un 5% usa el ritmo.
2. Más de un tercio de las mujeres de 25 a 34 años utiliza pastillas para evitar los embarazos, el 21% recurre al preservativo, el 15% al DIU, el 8% al retiro, otro 8% a las inyecciones y un 6% al ritmo.
3. En las mujeres de 35 a 49 años prevalece el uso de las pastillas, 24%, del preservativo,

20%, del retiro, 12% y un 11% ha optado por la esterilización femenina.

En resumen, se observa un perfil de preferencias diferente por edad: 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, si bien con cifras muy inferiores a la de otros países latinoamericanos, 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. Es posible que los nacimientos numerosos provoquen situaciones de salud que faciliten la demanda de la oclusión tubárica, como las cesáreas reiteradas o la existencia de patologías cardiocirculatorias que no hagan aconsejable un embarazo adicional; de otra forma, esta operación está penada por la ley argentina, sobre todo en los servicios de salud públicos adonde concurren muchas de las mujeres encuestadas; es preciso señalar también que la tubectomía se practica sin mayores dificultades en el ámbito de la medicina privada.

¿Existen diferencias en los métodos utilizados según el número de hijos tenidos y la edad? Si fuera posible comparar los métodos usados por las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires (con una tasa global de fecundidad de 2) puede suponerse, por evidencias de la práctica ginecológica y obstétrica, que el uso de la pastilla esté más asociado a las jóvenes sin hijos y el del DIU a las mujeres que ya fueron madres; sin embargo, esta no es la situación de las mujeres del Conurbano, con niveles de fecundidad que duplican los de la capital de la República. Por ello, en líneas generales, puede decirse que se observan diferencias que, en ocasiones, pueden identificarse con los patrones de uso por edad:

- a) las mujeres sin hijos se inclinan por las pastillas, el ritmo, las inyecciones, el retiro y otros; el 70% de los métodos utilizados es efectivo, si se usa correctamente. De acuerdo al análisis por edad efectuado más arriba, estas mujeres serían las más jóvenes;
- b) las mujeres con cinco hijos o más se diferencian del resto porque utilizan menos pastillas, más esterilización femenina y más retiro; a grandes rasgos, pertenecen al grupo de mayor edad;
- c) las mujeres que tienen de uno a cuatro hijos muestran un perfil similar en el uso de pastillas y DIU, difiriendo en la utilización del resto de los métodos. Las que tienen un hijo se asemejan a las más jóvenes; el resto, a las mujeres de 25 a 34 años.

4. Comentarios finales

A través del trabajo se han hecho patentes las disparidades existentes en la descendencia de las mujeres y en su práctica anticonceptiva; ambas dimensiones expresan factores estrechamente ligados entre sí y emergentes de las condiciones de vida y del universo de significaciones en torno a la familia, la trascendencia, las relaciones de género y de poder dentro de la sociedad.

Los datos han otorgado relieve a cifras sobre regulación de los embarazos desconocidas hasta fechas recientes, que suman información a los diagnósticos sobre la heterogeneidad de la estructura social argentina y, en el ámbito de la reproducción humana, la persistencia de características pretransicionales en ciertos sectores sociales.

5. Referencias bibliográficas

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/29.

De Janvry, 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.

García, Brígida y Orlandina de Oliveira

- 1994 *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.

INDEC. *Censo Nacional de Población y Vivienda 1991*.

Jelin, Elizabeth

- 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.

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 implicancias para el diseño de políticas, organizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
- 1993 "Contraception and Abortion: their Role and Sense in Reproductive Life". Ponencia presentada en la Sesión 5, Health and Social Impacts of Induced Abortion, de la XXII Conferencia Internacional de Población, organizada por la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. UIECP. Montreal. Inédito.
- 1994 "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. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- 1995 "Fecundidad y anticoncepción en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes". *Actas de las II Jornadas Nacionales de Estudios de Población*. Honorable Senado de la Nación.

López, Elsa y Mario Margulis

- 1995 "Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud". Informe final de investigación. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Inédito.

López, Elsa y María del Carmen Tamargo

- 1995 "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida*, Buenos Aires, INDEC.

- Liovet, Juan José y Silvina 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.
- Pantelides, Edith Alejandra
 1989 *La fecundidad argentina desde mediados del Siglo XX*. Buenos Aires, CENEP, Cuadernos del CENEP 41.
- Pantelides, Edith Alejandra y Marcela Cerrutti
 1992 *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*. Buenos Aires, CENEP, Cuadernos del CENEP N° 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.
- Schwartz, Ricardo
 1992 *Obstetricia*. Buenos Aires, El Ateneo.
- Torrado, Susana
 1993 *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*. Buenos Aires, Ediciones de la Fior y Centro de Estudios de la Mujer.
- 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.

Indice

PRESENTACIÓN	9
FECUNDIDAD Y FAMILIA	
María Cristina Cacopardo y José Luis Moreno Cuando los hombres estaban ausentes: la familia del Interior de la Argentina decimonónica	13
Alejandra Pantelides Diferenciales de fecundidad en la transición demográfica	29
Victoria Mazzeo Diferenciales sociodemográficos de la fecundidad de las madres solteras en la ciudad de Buenos Aires	41
Elsa López Fecundidad, anticoncepción y condiciones de vida en Buenos Aires: algo conocido y mucho por conocer	59
MORTALIDAD	
Dora Estela Celton La mortalidad de crisis en Córdoba entre los siglos XVI y XVIII	79
Mario Boleda Evolución de la mortalidad argentina en el contexto regional: la situación del Noroeste argentino	95
Hernán Otero y Guillermo Velázquez Mortalidad diferencial en la provincia de Buenos Aires en la década del ochenta. Análisis territorial y factores socioeconómicos	123
MIGRACIONES	
Elba Kloster Diferenciales en la movilidad territorial de las mujeres en localidades neuquinas. Algunas consideraciones sobre la movilidad territorial de la población	149
Roberto Benencia Migrantes recientes a la Argentina: efectos sociales del multiculturalismo	159

PUBLICACIÓN N° 9:
ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

Psicología Social

COORDINADORES

J. Francisco Morales

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

Darío Páez

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

Ana Lía Kornblit

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Domingo Asún

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

AUTORES

Ana P. de Quiroga

Eva Muchnik

Domingo Asún S.

Pablo Tapia N.

Ricardo Zufiga

Jorge Gissi

Elena Zubieta

Darío Páez

Roberto Mendoza Pinto

Ana Lía Kornblit

Luis V. Ocejá

María Angélica González

J. Francisco Morales

Juan C. Castillo

Roberto Aceituno M.

José L. Saiz

Ana María Mendes Diz

Mónica Petracci

Héctor Berroeta Torres

Carolina Saavedra Inastroza

Miguel Moya

Rosa Rodríguez-Bailón

Silvia Ubillos

Jaime Barrientos

María Martina Casullo

Pilar Carrera

José Miguel Fernández Dols

Itziar Fernández

Flor-Sánchez

Orlando D'Adamo

Virginia García Beaudoux

E. Moyano

Mario Pecheny

Isabel Piper Shafir

Carmen Huici

Julio F. Villegas

José Miguel Salazar

Maru León

Ángel Rodríguez Kauth

Elsa López

Aldo Vera

Néstor Daniel Roselli

Carlos Martín Beristain

Prentice
Hall

Pearson
Educación

Argentina • Bolivia • Brasil • Colombia • Costa Rica • Chile •
Ecuador • Salvador • España • Guatemala • Honduras • México •
Nicaragua • Panamá • Paraguay • Perú • Puerto Rico •
República Dominicana • Uruguay • Venezuela

Amsterdam • Harlow • Londres • Menlo Park • Munich • Nueva Delhi •
Nueva Jersey • Nueva York • Ontario • París • Sidney • Singapur • Tokio •
Toronto • Zurich

Datos de catalogación bibliográfica

302 Psicología social / Ana de Quiruga...[et al.]; coordinado
PSI por José Francisco Morales y otros. - 1ª ed. - Buenos
Aires : Pearson Education, 2002.
624 p. : 19,5 x 25,5 cm.

ISBN 987-9460-67-7

I. Quiruga, Ana de II. Morales, José Francisco, coord.
1. Psicología Social

Gerente de División: Esteban Lo Presti
Editor: Darin Rubinstein
Arte de Tapa: Diego Linares
Armado de Interior: Gabriela Scul
Producción: Laura G. Lago / Cristian Rodríguez Tabares

Copyright © 2001 PEARSON EDUCATION S.A.
Av. Regimiento de Patricios 1959 (C1266AAF), Buenos Aires, Rep. Argentina

PRENTICE HALL Y PEARSON EDUCACIÓN son marcas de propiedad de PEARSON EDUCATION S.A.

ISBN: 987-9460-67-7

Primera Edición: Enero de 2002
Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723

Este libro no puede ser reproducido total ni parcialmente en ninguna forma, ni por ningún medio o procedimiento, sea reprográfico, fotocopia, microfilmación, mimeográfico o cualquier otro sistema mecánico, fotoquímico, electrónico, informático, magnético, electroóptico, etcétera. Cualquier reproducción sin el permiso previo por escrito de la editorial viola derechos reservados, es ilegal y constituye un delito.

Impreso en Brasil por RR Donnelley, en el mes de enero de 2002.
Rua Epitacaba 90 - Vila Arapuaí-
04257.170 São Paulo SP

Tabla de Contenidos

Prefacio	VII
Capítulo 1: Las relaciones entre el proceso social y la subjetividad hoy	1
Las relaciones entre el proceso social y la subjetividad hoy	1
Capítulo 2: Historia de la Psicología Social	15
La Psicología Social: aspectos históricos	15
Perfil histórico de la Psicología Social chilena: elementos para una lectura metaetnográfica	31
Capítulo 3: Teoría y metateoría	39
Las resonancias prácticas de la metateoría en Psicología Social	39
Capítulo 4: Cultura y valores	57
La identidad social y cultural de América Latina	57
Carácter nacional: de la personalidad cultural a la percepción del sí mismo	95
Los estudios transculturales sobre valores	111
Los valores de los jóvenes en relación al trabajo	117
El fenómeno de los "conocidos"	123
Capítulo 5: Racionalidad y cognición	127
Racionalidad, cognición y procesos psico-sociales	127
Capítulo 6: Atribución	139
Creencias en la justicia en el mundo: un estudio preliminar en relación a actitudes de intolerancia y discriminación	139

Capítulo 7: Estereotipos	145
Atribución de estereotipos: los indígenas mapuches que perciben los chilenos	145
Ser hombre, ser padre: un estudio sobre las representaciones sociales de la paternidad	153
Los estudios sobre masculinidad	159
El acoso sexual en el escenario laboral	167
Agresión sexual: un estudio de las consecuencias psicológicas y factores psico-sociales	173
 Capítulo 8: Relaciones de poder y procesos cognitivos	177
Relaciones de poder y procesos cognitivos	177
 Capítulo 9: Atracción	201
Relaciones interpersonales, atracción y amor	201
Riesgo suicida, soledad, aislamiento y apoyo social	223
 Capítulo 10: Emoción	235
Bases sociales de la emoción	235
 Capítulo 11: Cultura, conocimiento social y comunicación de emociones ...	265
Cultura, conocimiento social y comunicación de emociones	265
 Capítulo 12: Actitudes y conducta	287
Actitudes políticas	287
Actitudes, intención y comportamiento transgresor de tránsito en peatones, bajo la predicción de la Teoría del Comportamiento Planificado	309
Identidad, política y derechos humanos	311
Memorias para el futuro	321
 Capítulo 13: Comunicación intercultural	331
Comunicación Intercultural	331
 Capítulo 14: Influencia de las minorías	343
Dimensiones psico-sociales de las minorías activas	343
Los estudios sobre gays y lesbianas	351
 Capítulo 15: Grupos, representaciones sociales e identidad	359
Construcción de identidad supranacional en Chile y Venezuela	359
Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social	367
Nuevos desarrollos en identidad social	387

Capítulo 16: Psicología Social de la xenofobia y los xenófobos	397
Psicología de la xenofobia y los xenófobos	397
Capítulo 17: Psicología Social, salud, apoyo social y aspectos ambientales	405
Psicología Social, salud y bienestar	405
El concepto de apoyo social	413
Anticoncepción y aborto	417
Modelos preventivos en torno a la infección por HIV	423
Las campañas preventivas en torno al cólera y al SIDA	429
Percepción del riesgo en los jóvenes	433
Apropiación territorial del entorno de las viviendas de interés social: motivaciones y asociación con el clima del vecindario	439
Satisfacción residencial a tres niveles sistémicos distintos: vivienda, conjunto residencial y barrio	441
Meta-análisis sobre afectividad, apoyo social y estrés en Chile	443
Capítulo 18: Psicología Social y educación	455
Psicología Social y educación	455
La interacción socio-cognitiva entre pares en contextos de desarrollo y aprendizaje	467
Capítulo 19: Catástrofes, rumores y conducta colectiva	483
Catástrofes, rumores y conducta colectiva	483
Capítulo 20: La evaluación de programas	503
El psicólogo social en la evaluación social de programas	503
Bibliografía	525
Índice	591

Anticoncepción y aborto

Elsa López

INTRODUCCIÓN

Las conceptualizaciones sobre la salud de las mujeres, largamente identificadas con embarazos y partos, se han ido ampliando en los últimos tiempos con el fin de incorporar otros aspectos de la vida. Esto abarca la prevención y el tratamiento de la salud ginecológica y mamaria, las enfermedades degenerativas o infecciosas (incluyendo las de transmisión sexual), la menopausia y la posmenopausia así como también la vida sexual y reproductiva.

SITUACIÓN DE LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA

La situación de la salud de las mujeres en la Argentina es contradictoria. En relación con la esperanza de vida al nacimiento, este indicador muestra ventajas comparativas con respecto a varios países hispanoamericanos: 75,7 años en el quinquenio 1990-1995 (Valdés y Gomariz, 1995); sin embargo, la mortalidad materna sigue siendo extremadamente alta: 46 defunciones de mujeres por cada cien mil nacidos vivos en 1993 (INDEC - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina-, 1995), aunque se sabe que las cifras podrían ser más altas debido a que muchas muertes se registran con causas distintas al hecho reproductivo, pese a que pertenecen a él. En la mortalidad materna, la Argentina se ubica desfavorablemente con relación a Cuba, Uruguay, Costa Rica y Chile, y supera en alrededor de 10 veces la tasa de Canadá o los Estados Unidos -4 y 6,5 por cada cien mil nacidos vivos, respectivamente- (Valdés y Gomariz, 1995).

Las causas de las muertes maternas en la Argentina han cambiado en los últimos años. Hasta 1991 el aborto inducido constituyó la causa principal, llegando a concentrar la tercera parte de las muertes. Algo similar ocurría en Chile, Uruguay y algunas naciones del Caribe (Prada, 1992). A

partir de 1992, las causas más importantes de la mortalidad materna en la Argentina son las obstétricas directas: complicaciones del parto y del puerperio, excluyendo las hemorragias y toxemias (Ministerio de Salud y Acción Social, 1995).

Una situación que afecta gravemente la salud de las mujeres es la que ocurre cuando se produce un embarazo inoportuno y se toma la decisión de interrumpirlo. La práctica del aborto está penada por la ley y depende de las posibilidades de pagar la intervención, lo cual lleva, por un lado, a situaciones donde se lo practica con un riesgo muy reducido para la salud de las mujeres y, por otra parte, a otras donde sucede lo contrario. Los embarazos inoportunos tienen como una de sus principales causas la ausencia de uso de métodos anticonceptivos o su inadecuada utilización.

ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

La anticoncepción (y su contracara, el aborto inducido) dan testimonio de una situación de aguda desigualdad: mientras que las mujeres y las parejas de los sectores sociales más favorecidos cuentan con mayores opciones en la elección de métodos seguros y efectivos para controlar la fecundidad y enfrentar la decisión de interrumpir un embarazo, las mujeres carenciadas disponen de menor cantidad de recursos, tanto materiales como simbólicos, para asumir esas situaciones. Las mujeres pobres son, también, quienes tienen hijos más temprana y tardíamente, con partos y lactancias más próximos entre sí. Garantizar el acceso a la anticoncepción segura y efectiva y que servicios públicos de salud informen sobre ella y provean los métodos para hacerla efectiva es un paso esencial para mejorar las condiciones de salud de las mujeres y para ejercer efectivamente la ciudadanía.

En embarazos y nacimientos intervienen complejos procesos ligados a las relaciones entre hombres y mujeres, a las formas en que se expresa la sexualidad, se constituyen parejas y familias, se tejen parentescos y alianzas y se controla la propiedad. Familias, religiones y Estados se han encargado de regular y normalizar estos aspectos. El control sobre la capacidad reproductiva de los seres humanos sigue siendo un factor clave en las decisiones sobre las descendencias, habiéndose manifestado históricamente, de manera visible o encubierta, mediante la anticoncepción o el aborto. Las preferencias por un determinado número de hijos, los patrones de relacionamiento afectivo, sexual y conyugal y, en general, los aspectos ligados a la formación de la familia se hallan inmersos en una trama socio-cultural dinámica y modificable que se ve afectada, principalmente, por la etapa del ciclo de vida de la familia, las situaciones coyunturales del empleo, la relación de la pareja, las oportunidades educacionales y las políticas públicas.

Este capítulo tiene como finalidad mostrar una síntesis de la práctica anticonceptiva de las mujeres en algunas ciudades de la Argentina. Los datos provienen de un Módulo Especial de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 1994.

Como punto de partida es útil señalar las grandes diferencias en el número de hijos de las mujeres según el estrato socio-económico al que pertenecen y el lugar en el que viven (1,8 hijos en la Capital Federal y 4,4 hijos en el Chaco, de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991). Otro dato a considerar es la debilidad del conocimiento que existe en la Argentina sobre la regulación de la fecundidad. La importancia que reviste el conocimiento sobre el tema radica en

las conexiones socio-culturales, políticas y económicas que el mismo conlleva, tanto en el ámbito de la salud como en el de los 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 Beijing, en 1995, y, en nuestro país, a propósito de la Reforma Constitucional de 1994.

Finalmente, un tema a resaltar es la precariedad de los programas de anticoncepción en la Argentina. En la Ciudad de Buenos Aires existe, desde mediados de los años ochenta, un Programa de Procreación Responsable, aunque el mismo cuenta con recursos limitados. En las provincias del Chaco, Mendoza, La Pampa y Neuquén se han aprobado recientemente Leyes de Salud Reproductiva que prevén el asesoramiento y la provisión gratuita de métodos anticonceptivos en los servicios de salud pública, por lo cual aún resulta prematuro evaluar la cobertura y calidad de los servicios. En el ámbito nacional, el juego de poderes que se ejerce sobre el Poder Legislativo ha impedido la promulgación de la Ley de Salud Reproductiva, atribuyéndose esta demora a las presiones de la jerarquía católica.

LA PREVALENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

A la hora de hablar del uso de anticonceptivos, resulta interesante resaltar los bajos niveles de uso entre las mujeres más jóvenes y las de más edad. El no uso de las mayores podría deberse a la pérdida de la capacidad fértil e indicar en las más jóvenes diversas posibilidades: a) la motivación para comenzar a tener hijos; b) la falta de información sobre la fisiología de la reproducción y los métodos apropiados y seguros para evitarla y c) la carencia o insuficiencia de los servicios de salud que atiendan el asesoramiento y la asistencia en anticoncepción (véase Tabla 17.2).

TABLA 17.2: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS CON RELACIONES SEXUALES POR AGLOMERADO DE RESIDENCIA SEGÚN USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POR EDAD

Edad	Gran Bs. As.	Capital Federal	Córdoba	Salta	Neuquén	Resistencia
Total	64,9	72,8	62,0	57,1	61,4	40,4
15-19	51,6	86,4	44,6	35,3	34,8	22,0
20-24	65,9	78,7	61,3	59,7	66,2	47,3
25-29	71,6	81,6	67,9	63,5	64,7	54,1
30-34	71,0	73,0	70,3	62,2	68,3	53,6
35-39	72,3	73,8	71,7	63,1	71,7	43,4
40-44	64,9	71,0	62,7	61,0	62,3	34,8
45-49	47,5	53,2	45,2	34,3	45,7	16,5

Fuente: Módulo de Metas Sociales, Encuesta Permanente de Hogares, 1994.

La información del Gran Buenos Aires (GBA) se presenta desagregada en Capital Federal (CF) y Conurbano de Buenos Aires (CBA) para ilustrar diversos comportamientos en el uso de anticonceptivos y conectarlo con ciertos rasgos socio-culturales. Los datos muestran porcentajes de uso fuertemente diferenciados en las edades más jóvenes: en las menores de 20 años en el Conurbano llega a la mitad del uso en la Capital Federal (45% contra 86%) y es notablemente diverso de los 20 a los 29 años. Desde los 25 hasta los 39 años el uso es amplio: de dos tercios a tres cuartas partes de las mujeres.

En el resto de las ciudades se verifica el bajo uso de las mujeres más jóvenes, aún inferior al del Conurbano de Buenos Aires. La escasa práctica anticonceptiva de las mujeres de Resistencia -40%- convierte a esta ciudad en la de menor nivel de uso. La fecundidad expresa las prácticas sociales y éstas remiten al valor que se asigna en ciertos estratos socio-económicos a la formación temprana de la familia y al tamaño más numeroso de ésta; al desconocimiento de los métodos para prevenir embarazos; a la falta de accesibilidad cognitiva, económica o cultural a los servicios de salud ginecológica y a la insuficiencia o carencia de programas de salud que atiendan estos problemas (López y Findling, 1995; López, 1995). Todas estas causas deben estar interactuando en los altos niveles de la fecundidad y su precario control, sobre todo en Resistencia y Salta, constituyendo la carencia de programas de información y asistencia en este área una faceta de la situación de inequidad en la que viven muchas mujeres.

El análisis del uso de anticonceptivos por educación de las mujeres mostró una desigual distribución de su uso, lo que puede implicar un desigual acceso a ellos. Las que no completaron la escuela primaria son las de más edad, con un número mayor de hijos. Las mujeres con escuela secundaria incompleta suelen ser más jóvenes y están en la etapa de formación de sus familias (véase Tabla 17.3).

TABLA 17.3: PORCENTAJE DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS CON RELACIONES SEXUALES QUE USAN ACTUALMENTE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO POR NIVEL DE ESCOLARIDAD Y AGLOMERADO DE RESIDENCIA

NIVEL DE ESCOLARIDAD				
Aglomerado	Total	Primaria incompleta	Primaria completa o secundaria incompleta	Secundaria completa o más
Gran Bs. As.	64,9	51,1	60,5	71,7
Salta	57,1	40,3	56,1	66,2
Neuquén	61,4	51,8	59,4	66,6
Resistencia	40,4	32,1	39,8	45,1

Fuente: Módulo de Metas Sociales, Encuesta Permanente de Hogares, 1994.

La práctica anticonceptiva parece constituirse en el factor clave del proceso de cambio en la reproducción de los estratos más carenciados. 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.

CONCLUSIONES

En los párrafos que siguen presentaré las conclusiones de los estudios que componen, en forma de publicaciones, la tesis doctoral: la Encuesta de Salud Reproductiva, el Módulo Especial de Metas Sociales y la investigación Aspectos socioculturales de la salud reproductiva. En el Anexo 1 se incluye un artículo adicional para ampliar la perspectiva cualitativa.

A) La Encuesta de Salud Reproductiva

El estudio mostró niveles altos de fecundidad al final de la vida reproductiva de las mujeres encuestadas, de 3.5 a 4.5 hijos. La prevalencia (o porcentaje actual) en el uso de anticonceptivos sugiere valores compatibles con las poblaciones que controlan la reproducción: en el momento de la Encuesta, el uso entre las mujeres de 25 a 34 años casadas, unidas o con relaciones sexuales llegaba al 75%.

Entre las usuarias actuales de anticonceptivos, los métodos más efectivos (pastillas, dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones y esterilización femenina) concentran el 58% de las preferencias: 34% las pastillas, 12% el DIU, 8% las inyecciones y 4% la oclusión tubárica o esterilización femenina. El preservativo es usado por el 15% de las usuarias, mientras que el 8% declara usar el retiro o coitus interruptus y otro 8% usa el ritmo (cálculo de los días fértiles). El resto de usuarias, 13%, utiliza una combinación de métodos, como el condón y el retiro, el condón y el ritmo, los métodos vaginales y hierbas.

La preferencia de métodos según la edad de las usuarias es:

1. Las menores de 20 años utilizan pastillas -el 71%- y 1 de cada 5 el ritmo.
2. Las de 20 a 24 años usan pastillas -el 44%-, condón -el 13%-, ritmo -el 13%-, DIU -el 9%- y el 15% hierbas.
3. La mitad de las mujeres de 25 a 29 años utiliza pastillas, el 14% preservativo, el 9% inyecciones y otro 9% DIU.
4. En las mujeres de 30 a 34 años predomina el uso de preservativos y pastillas por partes iguales, con menciones del 22% para cada uno de esos métodos. El segundo lugar en las preferencias lo ocupa el DIU -17%-, seguido por el retiro -10%-.
5. Entre los 35 y 39 años usan pastillas -24%-, condón -20%-, inyecciones y DIU, con un porcentaje del 10% para cada uno de los métodos.
6. Finalmente, una cuarta parte de las usuarias de 40 a 44 años prefieren pastillas, 19% el DIU, 15% el condón y el resto el retiro, las inyecciones y la esterilización femenina.

En resumen, tres cuartas partes de las mujeres pobres de 25 a 39 años en unión conyugal o con relaciones sexuales del Conurbano de Buenos Aires estaban utilizando métodos anticonceptivos en el momento de la Encuesta (1993). El perfil de preferencia de los métodos utilizados es diferente por edad: aunque las pastillas ocupan siempre el primer lugar, la utilización del DIU parece acrecentarse a medida que avanzan las edades. El preservativo ocupa un lugar importante advirtiéndose, asimismo, un peso relativo no desdeñable de las inyecciones anticonceptivas. Las usuarias más jóvenes adhieren al uso de las píldoras y las que están terminando el ciclo reproductivo reparten su preferencia en una gama más amplia de posibilidades.

Cuando los métodos usados son las pastillas, las inyecciones, el DIU o la esterilización femenina, las mujeres mencionan que la mitad de los 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.

¿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 basándose en que los sienten más seguros y eficientes o, por el contrario, existen criterios de eficacia y seguridad (un método que se ajuste a la edad, paridez, estado de salud y preferencia de la mujer y 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 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 oportuno o no planeado, la automedicación parece un riesgo menor, pero estos problemas tendrían que ser tenidos en cuenta por los responsables de los Programas de Salud Pública.

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

¿Cuántos hijos quisiera tener si no tuviera restricciones económicas? ¿Y cuántos en su situación concreta? Las opiniones revelaron que idealmente sólo una de cuatro mujeres querría tener menos de 3 hijos y el 20% piensa que una familia debería tener 5 hijos o más. Estos datos sugieren una alta valoración de las familias

numerosas. Al opinar sobre la situación concreta la óptica se modifica y el peso de las que desean tener 1 ó 2 hijos se acrecienta -50%-, disminuyendo el resto.

Las diferencias por edad fueron:

a) hasta los 30 años, tanto en situaciones ideales como concretas, la mayoría de las mujeres opina que el número de hijos a tener es 2. En las situaciones ideales nunca se menciona la posibilidad de tener un solo hijo, mientras que esta paridad alcanza al 12% de preferencia en las situaciones concretas. Si a este porcentaje se le suma el de las que hubieran preferido 2 hijos se puede concluir que, en situaciones concretas, más de la mitad de las mujeres menores de 30 años dice que quisiera tener entre 1 y 2 hijos, aunque idealmente el 60% de ellas se haya manifestado partidaria de tener 2 ó 3 y un 33% considera que tener 4 o más hijos es un buen número para el tamaño de una familia.

Como las mujeres mayores ya tienen muchos hijos, la pregunta es si las jóvenes seguirán o no los patrones reproductivos de sus madres o parientas.

Las respuestas parecen ir más allá de las decisiones individuales porque está ligada a la creación y ampliación de servicios de salud pública 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 comparación entre lo ideal y lo vivido por las mujeres se advierten diferencias. Más de la mitad de ellas prefiere idealmente una separación mayor a los 2 años entre la unión y el primer nacimiento. Sin embargo, lo ocurrido en la realidad muestra otros ritmos: un 10% de las madres tuvo su primer hijo antes de la unión y una de cada seis antes del año, lo que significa que una cuarta parte de ellas fue madre antes de cumplir el primer año de la unión. De lo anterior parece desprenderse una preferencia a declarar un período protogenésico de uno a dos años después de la unión, independientemente de la experiencia de la maternidad. Ello estaría indicando una adhesión simbólica a modelos de maternidades de sectores medios que no se cumple en la práctica.

La mejor edad para comenzar a tener hijos puede dar pistas sobre los calendarios imaginados. Existe 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 ó 21 años y el 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 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.

La edad ideal de finalización de la maternidad está altamente concentrada en las edades que exceden los 35 años (el 66%) advirtiéndose, 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 períodos prolongados en la práctica reproductiva, característico de los grupos sociales con limitado control de la fecundidad. 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 asocia la vida sexual y sus consecuencias.

La adhesión ideal al intervalo deseable entre el primer y el segundo hijo se situó entre 2 ó 3 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 el 43% de las mujeres tuvo sus primeros hijos en intervalos menores a los 2 años (el triple de lo expresado como ideal) y solamente un tercio de ellas una separación de 2 a 3 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 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 de todas las mujeres por edad, independientemente de su condición de madres. Se encontró que 3 de cada 4 menores de 20 años opinaron a favor de intervalos intergenésicos que no excedieran de los 2 años; las mujeres más grandes siguieron el patrón descrito más arriba.

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, ¿esta propuesta sería semejante a la de sus antecesoras, con una fecundidad alta y extendida en el tiempo, o se esperaría tener menos hijos con un calendario temprano pero más apretado en el tiempo? ¿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, de manera creciente, un número importante de años a la escolarización, retrasando la

incorporación a la actividad económica y a la formación de la familia. En contraste, y particularmente entre las mujeres jóvenes de los estratos más pobres, a menudo se identifica la entrada a 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 de 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 y 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 este punto. Mientras tanto, están expresando sus motivaciones personales y los modelos socioculturales de su entorno familiar y social.

A continuación se señalarán algunos hallazgos referidos a la autonomía, entendiendo por ella 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 a su elección y no a 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. A continuación se detallan 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 demostrar su acuerdo. El acuerdo tan masivo muestra 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 más arriba, son las mujeres más grandes, 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 “la mayoría de las mujeres preferirían tener un trabajo bien pago 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 observándose 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 más 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 la frase 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 incidir 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 corresponderse 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" provoca 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, apreciándose una elevada proporción de mujeres que no contestan sobre este 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 el 81% contestó que no las tenían.

8 de cada 10 mujeres acuerdan con la frase "las mujeres tienen derecho al goce sexual". Las que tienen de 25 a 34 años son las que 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 algunas frases particularmente significativas 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 se traduciría eventualmente en una modificación de los proyectos de vida de las mujeres a mediano plazo, especialmente en las más jóvenes y las más instruidas. Esta tendencia también se manifestó al indagarse sobre la mejor edad al inicio y a la finalización de la maternidad, la cantidad de hijos, los intervalos intergenésicos, aunque se observaron marcadas diferencias entre lo declarado como situaciones ideales y las prácticas concretas (López, 1995a y b).

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 países limítrofes, las que poseen mayor número de hijos, las inactivas y las que opinan favorablemente sobre tener los hijos que les lleguen.

Adicionalmente, existe un conjunto de mujeres que parece comenzar a romper con la concepción más tradicional, acercándose 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 no aseguran por sí solos 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 que dé posibilidades a las mujeres para desandar el camino de las desigualdades de género.

En los párrafos que siguen se intenta responder a algunas de las preguntas formuladas al principio de la investigación, esperando que las conclusiones sirvan de anclaje para formularse preguntas de mayor especificidad.

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 preferencias y condiciones de vida.

En otras palabras: ¿puede pensarse que las mujeres tienen 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 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?

Un rasgo distintivo de las mujeres encuestadas es la iniciación temprana de la vida sexual, conyugal y reproductiva, apreciándose 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 más carenciados. De la información analizada surge un universo de significados, valores, opiniones y experiencia de maternidad que marcan un nítido contraste con los estratos socioeconómicos más altos (veáanse más abajo las conclusiones del estudio cualitativo Aspectos socioculturales de la salud reproductiva). En este contexto, el papel de los servicios de salud adquiere un 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, de trabajo y de equidad.

Opiniones favorables al aborto

En la consideración del aborto influyen, además de aspectos cognoscitivos y volitivos, aquellos que pertenecen al campo de lo afectivo y que adoptan un fuerte tono emocional. En este sentido, una de las limitaciones más visibles de este análisis es la fusión de distintos planos: se trabaja con la información que se expresa y no con lo que se siente; se interpreta lo que se dice y no lo que se practica. Se sabe de la dificultad para acceder a un tema tan sensible desde lo personal, lo social y lo legal. A pesar de ello, resulta útil observar los perfiles de opinión frente al aborto en mujeres que, cuando recurren a él, lo hacen en condiciones tan precarias que ponen en riesgo sus vidas. Es necesario resaltar que la inseguridad del aborto en la Argentina está ligada al costo económico de la intervención y no meramente a la ilegalidad del procedimiento, que se practica ampliamente; asimismo, se sabe que los riesgos son mínimos cuando el aborto se realiza en condiciones médicas adecuadas.

"Suponiendo que el aborto fuera legal, usted diría que una mujer puede hacer un aborto si..." (a continuación se leían, de una en una, una serie de frases y se le pedía a la encuestada que dijera si estaba de acuerdo o en desacuerdo con ellas). Las frases fueron:

1. El embarazo pone en peligro su vida.
2. El embarazo daña su salud.
3. La mujer fue violada.
4. El niño nacerá defectuoso.
5. La mujer es menor de edad.
6. La mujer no tiene pareja.
7. La familia no está en condiciones económicas de sostener a ese hijo.
8. La mujer no desea ese hijo.
9. La mujer considera que la familia ya está completa.

Los resultados encontrados pueden sintetizarse en los párrafos que siguen.

Opiniones favorables por edad

a) Se comprueba un acuerdo bastante homogéneo de las mujeres de distintas edades con respecto a situaciones en las cuales el embarazo pone en peligro la vida de la mujer o ha sido la consecuencia de una violación. Existe alrededor de un 65% de

aceptación del aborto en las situaciones citadas; en un estudio de Costa Rica se comprobó un grado de acuerdo diferente: mientras que el que concita el "peligro para la vida de la madre" alcanza al 58%, el que consigue la mujer violada fue sólo del 27% (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva, 1994). En contraste, en el Conurbano de Buenos Aires, si bien las más jóvenes son algo más renuentes a dar su aprobación cuando se corre el peligro de muerte, están sin embargo más dispuestas a hacerlo en el caso de la violación de una mujer. También puede comentarse que cerca de un tercio de las mujeres está en desacuerdo con el aborto en ambas situaciones. ¿Cuáles podrían ser las razones para explicar este desacuerdo? Puede pensarse que la posibilidad de perder la vida debido a un embarazo daría razones suficientes para justificar la interrupción del mismo, siempre que esta interrupción significara un riesgo mucho menor que el que se trata de evitar. En el caso de las mujeres pobres que viven en países donde el aborto es ilegal, se sabe que no es así. La mortalidad materna causada por abortos inducidos se concentra en los grupos de mujeres más pobres. De esta forma, un embarazo que pone en peligro la vida de una mujer puede ser percibido como un mal menor frente a las consecuencias de un aborto provocado que supone, además de la vida y la salud, otras situaciones fuertemente traumáticas como el dolor, la vergüenza, el ocultamiento y la culpa.

En lo que se refiere a la situación de daño a la salud, puede apreciarse una relación directa entre el acuerdo y la edad, en niveles de aceptación menores a las 2 situaciones precedentes y cercanas al 50%. Esto lleva a una reflexión adicional con respecto a la credibilidad de la frase "el embarazo daña su salud". Se sabe que las condiciones de atención de la salud materna han mejorado si se las compara con las que prevalecían años atrás, lo cual podría favorecer la idea de que los riesgos del embarazo y del parto han disminuido. Sin embargo, también se ha hecho evidente que aunque casi todos los partos son atendidos en instituciones de salud las mujeres pobres acuden de manera tardía e irregular a los controles médicos del embarazo. Al tomar en cuenta estas circunstancias, podría pensarse que las condiciones en que estas mujeres desenvuelven su vida no favorecen las opiniones y creencias que otorgan una mayor valoración al cuidado de la salud. Según Luker (1987), la gente que asume riesgos no conoce las probabilidades de enfermar y de morir y, aún conociéndolos, existen dificultades para asociar las consecuencias de la propia conducta con determinados peligros para la salud. En este punto es necesario resaltar la importancia de los aspectos de educación, promoción y prevención de la salud como ejes esenciales en la transformación de las condiciones de vida de todos los sectores sociales, con un énfasis especial en los más pobres.

b) El segundo comentario es que la situación "el niño nacerá defectuoso" es la bisagra que divide las opiniones de las más jóvenes con respecto a las mayores de 25 años. Si bien el grado de acuerdo general desciende hasta alrededor del 42%, las mujeres de 15 a 24 años manifestaron hasta aquí un acuerdo menor y, en general, las 35 años o más sostuvieron posturas más flexibles para el mismo. La relación se invierte en las situaciones menos ligadas a la salud y más comprometidas con situaciones socioculturales, como no desear el hijo, ser menor de edad o no tener pareja.

c) Otro hallazgo a destacar es que la situación "la mujer no desea ese hijo" encabeza el acuerdo en las frases que no son ni de salud ni de violencia. Esta situación está más vinculada a la autonomía femenina comprobándose que, en las más jóvenes, el acuerdo es más alto que en el resto y su nivel de aceptación, el 40%, es igual al logrado por "el niño nacerá defectuoso". Las razones económicas para justificar un aborto sólo concitan el acuerdo de entre una cuarta y una quinta parte de las mujeres.

d) Una comprobación que merece atención, porque puede ayudar a desterrar algunas consideraciones simplistas, es que "la mujer es menor de edad" no constituye motivo suficiente para aceptar que se realice un aborto. En otros trabajos surgidos de esta investigación (López, 1993a), se encontró que las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires se unen matrimonialmente (en forma legal o por cohabitación) a edades muy jóvenes: la mediana de la primera unión se sitúa a los 18 años y la del primer nacimiento a los 20; lo mismo sucede con el inicio de la vida sexual, con una edad mediana de 16.5 años.

e) Finalmente, un comentario para el hallazgo más inesperado. En el último lugar, con menos del 20% del acuerdo, está el ítem "la mujer no tiene pareja". Las más jóvenes y las más grandes se inclinan por una aceptación algo mayor.

El tema es importante, por las consecuencias personales y sociales que acarrea y por el tratamiento que debería dársele en programas de salud reproductiva, de educación y, en general, de aquellos proyectos sociales que se orienten al mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres. La importancia del tema atañe a esferas que exceden el campo de la salud reproductiva y se confunden con aspectos sociales y culturales que se han ido construyendo, como la relación entre los géneros, la distribución del poder dentro de las familias y de la sociedad, entre otros. Los aspectos mencionados se diferencian de acuerdo a variados momentos históricos y sociedades y a los estratos socioeconómicos diversos que constituyen la estructura social.

En el segmento de mujeres pobres que enfoca este trabajo, que una mujer no tenga pareja es la razón menos válida para interrumpir un embarazo. Hay varias preguntas que quedan sin contestar: ¿existe una familia que se hace cargo de la

madre y del hijo (si aquella es muy joven) en estos casos?; las encuestadas mayores (de 35 a 49 años) ¿piensan así por su experiencia personal, por las de sus hijas o por las de ambas?; ¿cómo funcionan las redes familiares en estos casos?; entre las adolescentes ¿los hijos son anotados y asumidos como propios o como hijos de sus madres?

Opiniones favorables por estado conyugal

Al utilizar la situación conyugal como variable independiente resalta la mayor aprobación otorgada al aborto por las mujeres unidas consensualmente, que en sus dos terceras partes, tienen menos de 35 años. Las casadas muestran las opiniones más conservadoras concentrándose, casi en forma exclusiva, a partir de los 25 años en adelante. Las solteras, que en su casi totalidad son menores de esa edad, muestran los valores porcentuales más altos en las frases "la mujer no desea el hijo", "la mujer considera que la familia está completa", "la mujer es menor de edad".

Opiniones favorables por nivel educacional

El perfil general de opiniones no presenta diferencias importantes con la descripción realizada. Sin embargo, las mujeres que no han completado su educación elemental se sitúan en el nivel más bajo del acuerdo con el aborto en casi todas las situaciones. En contraste, en la mayoría de las frases, las encuestadas con estudios secundarios completos aventajan al resto en las opiniones favorables. Más de la mitad de estas mujeres tiene menos de 25 años, mientras que el 60% de las que no finalizaron los estudios primarios son mayores de 35

Opiniones favorables por condición de uso de anticonceptivos

La distribución de la opinión favorable muestra un perfil diferente al observado en las dimensiones anteriores. Para comenzar, la condición de uso determina que sean las 3 situaciones vinculadas a la salud las que superen el acuerdo de los dos tercios de mujeres. En el análisis de la edad, la escolaridad y el estado conyugal esa proporción sólo se dio en las situaciones de violación o de peligro de la vida.

En segundo lugar, las respuestas favorables al aborto son visiblemente menores en las nunca usuarias, que en su mayoría tienen menos de 25 años.

Las usuarias actuales de métodos anticonceptivos muestran un comportamiento diverso: mientras superan a las alguna vez usuarias y a las nunca usuarias en los ítems

de violación y peligro de la vida, así como en "la mujer no desea ese hijo" y en "sin condiciones económicas", pasan a convertirse en las que menos aprueban el aborto si "la mujer es menor de edad", "la familia ya está completa" o "la mujer no tiene pareja". Puede agregarse que si se observan las opiniones por edad se comprueba que la distribución es muy similar y que el 80% de las usuarias actuales tiene más de 25 años.

Para finalizar esta descripción podría concluirse que los perfiles de aprobación del aborto siguen ciertos patrones:

1. En lo que respecta a la edad, las situaciones vinculadas a la salud y a la violencia son principalmente sostenidas por las mayores de 35 años, mientras que las menores de 25 encabezan el acuerdo, a un nivel mucho más bajo, de los aspectos más ligados a la autonomía y a la decisión de las mujeres.
2. Si se habla del nivel de educación resalta el menor apoyo a todas las situaciones de las mujeres con menor capacitación.
3. Al centrar la atención en el estatus matrimonial, las unidas proporcionan una mayor cantidad de respuestas favorables, seguidas por las casadas. El porcentaje de divorciadas, separadas y viudas se concentra en las mayores de 35 años y, en el resto de las edades, su comportamiento es errático.
4. Por último, si se examina la condición de uso de anticonceptivos, las que no los han utilizado expresan la menor proporción de aceptación, mientras que las que han usado alguna vez y lo hacen actualmente se manifiestan de manera alternativa, predominando el apoyo en algunas de las situaciones y el desacuerdo en otras.

B) El Módulo de Especial para el Monitoreo de las Metas Sociales de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

La intención de esta investigación fue mostrar diversas prácticas ligadas a la reproducción de las mujeres argentinas en diferentes contextos urbanos. Del análisis surgen diferencias referidas a la manera en la cual las mujeres ejercen la sexualidad, se unen conyugalmente y forman y limitan su descendencia. En términos generales puede decirse que las condiciones materiales de vida configuran el marco explicativo más amplio de las prácticas observadas. Sin embargo, el escaso uso de la anticoncepción en Resistencia atraviesa todos los niveles de escolaridad de las encuestadas y la práctica anticonceptiva más extendida en el Gran Buenos Aires aún en las mujeres pobres revela significaciones que exceden el encuadre socioeconómico y apuntan al papel jugado por hijos y familias dentro de diversas formas de organización familiar, social y productiva. En este enfoque juega un rol preponderante la disponibilidad de los servicios de salud que prestan asistencia en anticoncepción.

Salta y Resistencia son las capitales de dos provincias (Salta al noroeste y Resistencia al noreste de la República Argentina) que se distinguen por una alta fecundidad y bajos niveles socioeconómicos; Neuquén es la capital de la provincia sudoccidental del mismo nombre.

En Salta y Resistencia menos de la mitad de los habitantes tienen seguridad social para la salud (cobertura de salud), contra cerca de tres cuartos en el Gran Buenos Aires en tanto Neuquén se sitúa entre ambos valores (INDEC, 1994). El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 mostró que la disponibilidad de electricidad dentro de la vivienda mostró también enormes diferencias: mientras que el 7% de la población total del país no disponía de luz, en el Chaco el porcentaje alcanzó al 29%, en Salta al 22%, en Neuquén al 7% y en el Gran Buenos Aires no se registraron personas que vivieran en viviendas sin ese servicio (INDEC, 1994).

Un factor que influyó en la decisión de incluir a la ciudad de Neuquén en la comparación radica en las características del modelo de atención de la salud de ese aglomerado urbano, que se expresa en una fuerte presencia del primer nivel de atención de la salud (la unidad sanitaria) tanto en la ciudad de Neuquén como en el conjunto de la provincia (López y Tamargo, 1995).

El análisis del Módulo de Metas Sociales muestra facetas poco conocidas de la reproducción en la Argentina, especialmente las relativas al uso de las prácticas anticonceptivas y su vinculación con rasgos sociodemográficos como la edad, el estado conyugal, la paridez y las condiciones de vida de las mujeres. No fue posible conocer los tipos de métodos usados por las mujeres porque la formulación de la pregunta en el Cuestionario fue incorrecta y la ambigüedad de la respuesta cuestionaría su validez. Esta circunstancia constituye una de las limitaciones de la información del Módulo. Sin embargo, los datos sobre prevalencia en el uso de los métodos constituyen un aporte para el conocimiento de las desigualdades que existen en torno al uso de métodos y permiten avanzar en la formulación de hipótesis acerca de las razones de estas desigualdades. Para ello se ha tenido en cuenta:

- la gran disparidad en la constitución de las descendencias de las mujeres argentinas según su pertenencia a diversos estratos socioeconómicos y a su lugar de residencia;

- la carencia de información sobre prevalencia de uso de anticonceptivos en el país, por no haberse realizado ninguna de las encuestas mundiales o regionales que estudiaron estos fenómenos, y

- la precariedad de los programas de salud femenina dirigidos a promover la salud reproductiva en los aspectos de anticoncepción.

Las razones para elegir el Gran Buenos Aires, Neuquén, Resistencia y Salta

Con la elección de las 4 ciudades se ha buscado resaltar las diferencias en los niveles de fecundidad y del uso de anticoncepción así como explorar las prácticas conyugales y reproductivas en diversos conjuntos de mujeres, intentando reflexionar sobre las razones de las coincidencias o divergencias de los resultados obtenidos y sus consecuencias en el ámbito de la salud.

El Gran Buenos Aires (GBA) es el mayor aglomerado urbano del país y concentra casi un tercio de la población de la Argentina, 11 millones de personas. Está compuesto por la Ciudad de Buenos Aires, donde viven casi 3 millones de personas, y el Conurbano de Buenos Aires (CBA), con una población de 8 millones (INDEC, 1994). La dinámica sociodemográfica del GBA expresa diferentes niveles de bienestar, con mejores estándares habitacionales y de educación así como menores niveles de fecundidad en la Ciudad de Buenos Aires.

Podría decirse que en el GBA conviven dos grandes conjuntos de población con diversos rasgos socioculturales; en cada uno de ellos la dinámica de la fecundidad se corresponde con ciertas características socioeconómicas:

1. Una fecundidad elevada asociada a:

a) mayor incidencia de la pobreza, predominio de asalariados, cuentapropistas de bajos ingresos y desocupados, bajo nivel de escolaridad, familias numerosas;

b) residencia en barrios semiurbanizados del Conurbano, viviendas más precarias y alejadas de los centros residenciales o comerciales del medio urbano;

c) familias originadas en migraciones (recientes o relativamente antiguas) del interior del país o de los países limítrofes (Bolivia, Paraguay, Chile, Uruguay y Perú); este cualidad alude al origen migratorio de la familia, por lo cual no se excluye que muchos de sus miembros sean argentinos nativos (y no pueda extraerse el carácter migrante de la cédula censal) con un peso cultural importante de los migrantes originarios. Como las migraciones internas comenzaron a manifestarse masivamente a partir de 1930 y alcanzaron su máximo nivel en las décadas siguientes los migrantes han sido los padres o los abuelos de muchos de los habitantes.

2. Una fecundidad baja o moderada que se vincula con:

a) pertenencia a la clase media o medio-alta, situación ocupacional y de ingresos más desahogada, niveles educativos más elevados, familias más pequeñas;

b) residencia en la Ciudad de Buenos Aires o en zonas residenciales del Conurbano de Buenos Aires, ocupación de los territorios centrales de la ciudad y de muchas localidades suburbanas, mejores condiciones de las viviendas;

c) familias originadas en migraciones de origen europeo.

Estos conjuntos, organizados en torno a atributos opuestos, configuran el núcleo de grupos sociales que componen el grueso de la población del GBA. Si bien es cierto que podrían realizarse clasificaciones más sutiles y las dicotomías simplifican la realidad social, esta clasificación resulta útil, ya que lo que se busca es encontrar sentidos en las prácticas reproductivas ligadas a la fecundidad, la anticoncepción y el tamaño de la familia, rastreando su significación en el contexto de los procesos culturales, socioeconómicos e históricos en que estos hechos se producen y manifiestan. El trazado de dos grandes grupos configura, a grandes rasgos, alternativas culturales diferentes y en esos contextos cobran sentido los intentos de explicación de la reproducción humana (López y Margulis, 1995).

Las preferencias por un determinado número de hijos, los patrones de relaciones afectivas, sexuales y conyugales y los aspectos ligados a la formación de la familia se hallan inmersos en la trama del tejido sociocultural, trama que se modifica con el tiempo y depende principalmente del estadio del ciclo de vida de la familia, de las situaciones coyunturales del empleo, de la relación de la pareja, de las oportunidades educacionales y de las políticas (López y Margulis, 1995). También las tramas están en estrecha relación con la socialización de las cohortes o generaciones, proceso que afecta la orientación de los valores. Cada cohorte es socializada en condiciones históricas específicas por un conjunto de padres, pares e instituciones, todo lo cual desemboca en un mapa de preferencias u opciones.

Parecen surgir cuatro grandes modalidades o perfiles que corresponden a las ciudades en estudio, en el interior de las cuales es dable observar notables diferencias.

En el Gran Buenos Aires se observaron grandes contrastes en una población muy heterogénea: una se caracteriza por haber recorrido todas las etapas de la transición de la fecundidad y otra la está transitando. Estas subpoblaciones provienen de historias socioculturales y migratorias diversas y ocupan distintas posiciones en la estructura social.

Los rasgos que distinguen la dinámica del Gran Buenos Aires, que se acentúan en la Capital Federal, son el número menor de hijos y la mayor legalidad de las uniones, de la escolaridad y de la prevalencia en el uso actual de anticonceptivos.

El caso opuesto se encuentra en Resistencia, donde se pone de manifiesto un alto nivel de fecundidad, mayor frecuencia de uniones consensuales, baja escolarización y uso escaso de la anticoncepción.

La ciudad de Salta revela alta fecundidad, niveles de escolaridad menores a los de Resistencia, un uso algo mayor de anticonceptivos, menor peso de las uniones sin vínculos legales.

Por último, en Neuquén se manifiestan situaciones intermedias de fecundidad y uso de anticonceptivos insinuando el peso favorable de los servicios públicos de salud.

En conclusión, existen en la Argentina diversas realidades sociodemográficas y culturales diversas y necesidades de salud y derechos largamente postergados. La preponderancia de la población que reside en la región pampeana (también con grandes disparidades en sus niveles de vida), que por su volumen influye de manera decisiva en los indicadores sociodemográficos nacionales, no debe hacer perder de vista la multiplicidad de factores dinámicos que se traducen en aspectos tan centrales en la vida de la gente como el amor, la sexualidad y la procreación.

Mientras se diseñen y lleven a cabo las medidas que disminuyan la inequidad de género, de empleo y bienestar se impone tomar medidas a corto plazo para reducir las desigualdades más inaceptables. Esas medidas podrían dirigirse al perfil de población femenina que surge de este trabajo: las que no concurren a la consulta ginecológica y ponen en riesgo su vida porque no previenen el cáncer génito-mamario, las que realizan menos controles prenatales y lo hacen de manera tardía, las que son sometidas a operaciones quirúrgicas sin necesidad. Uno de los caminos para reducir la morbilidad materna, lograr mejores niveles de salud y equidad y ejercer de manera efectiva los derechos reproductivos reside en el aumento de la oferta y de la calidad de la atención ginecológica, del embarazo y del parto. Como se expuso en este trabajo, la frecuencia en la cual las mujeres realizaron consultas prenatales y partos dentro del sistema hospitalario es alta; sin embargo, los resultados dejan mucho que desear si se toman en cuenta las estadísticas de morbilidad materna y de mortalidad infantil. Existe en este punto un núcleo central, la calidad de la atención, que incluye también la asistencia en anticoncepción en los servicios de salud ginecológica y obstétrica. A ello se suma, en las mujeres de menores recursos, la provisión gratuita de los métodos más adecuados para la regulación de la fecundidad. En este enfoque juega un rol preponderante los servicios de salud gineco-obstétrica, no para imponer modelos de tamaño de familia sino para acompañar y dar respuestas a las necesidades diversas de los usuarios de salud, mujeres y varones, en lo que hace a las decisiones reproductivas.

Al analizar con más detalle el Área Metropolitana de Buenos Aires (publicación número 4 de la tesis) los resultados no dejan dudas con respecto a la inequidad social que sufren las mujeres con menores niveles de educación o aquellas cuyas familias no alcanzan a satisfacer las necesidades más elementales. Casi todos los indicadores resaltan nítidamente las diferencias que existen entre las mujeres pobres y las que no lo son, las que han asistido a la escuela en mayor y en menor medida, las casadas, las unidas y las solteras: el acceso a la cobertura de salud, los controles ginecológicos y

prenatales, la fecundidad más elevada y el menor uso de métodos anticonceptivos. Solo uno de los acontecimientos ligados a la salud reproductiva, el nacimiento por cesárea, señala un perjuicio para las mujeres mejor situadas en la estructura social. Al respecto, es interesante añadir que el estudio realizado en médicos tocoginecólogos (publicación número 5 de la tesis) concluyó que éstos temen los juicios por mala práctica médica después de los partos, lo cual los lleva a decidir, en las mujeres de clase media (que son las que tienen los recursos económicos y culturales para iniciar dichos juicios), apelar al recurso de la cesárea ante la mínima duda acerca del resultado del parto (López y Findling, 1998).

C) Aspectos socioculturales de la salud reproductiva

El análisis de las entrevistas en profundidad realizadas en sectores medios y populares de la Capital Federal y el Conurbano de Buenos Aires permite formular algunas observaciones. En forma sintética se enunciarán algunos de estos resultados que provienen de la aplicación de técnicas cualitativas, en las cuales se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres de los estratos socioeconómicos citados con el objeto de formular hipótesis acerca de los aspectos culturales que influyen en la práctica de la anticoncepción y en la salud reproductiva. Los resultados describen los problemas estudiados. Dicha descripción supone un comienzo de interpretación y de formulación de hipótesis. Se efectuaron 15 entrevistas a mujeres con hijos. El rango de edades de las entrevistadas fluctuó entre los 24 y los 46 años.

Perfil sociodemográfico de las entrevistadas

Si bien el tipo de ocupación, el nivel educacional y el lugar de residencia fueron los aspectos que se tomaron en cuenta para seleccionar a las mujeres, hay que resaltar la diferencia de ambos grupos de mujeres en lo que concierne a la ocupación. Todas las entrevistadas de estratos socioeconómicos medios tienen ocupación remunerada fuera del hogar y generalmente expresan satisfacción por su trabajo. También manifestaron contar con la ayuda de familiares o empleadas para el cuidado de los hijos. En esperado contraste, las mujeres de estratos socioeconómicos bajos, en los contados casos en los que desarrollan una tarea remunerada, trabajan en el servicio doméstico, aunque la mayoría sólo se dedica al cuidado del hogar. Esta información es coherente con los resultados obtenidos en el proyecto "Encuesta de Salud Reproductiva" citada más arriba, que encontró que sólo el 37% de las encuestadas participaba en la actividad económica.

La composición familiar del hogar de las entrevistadas evidenció una clara tendencia a formar parejas estables a edades más tempranas en las mujeres de estratos bajos (a partir de los 15 años y antes de los 22) y más altas en las de estratos medios (22 ó 23 años es la edad de las que se casaron más jóvenes, hasta los 27).

El número de hijos nacidos vivos establece una notable diferencia: el promedio de hijos tenidos por las mujeres de sectores populares es 4, contra 2 en los estratos medios.

El tiempo transcurrido desde la unión hasta el nacimiento del primer hijo en las mujeres de estratos bajos es corto. La mayoría de ellas ya tenía su primer hijo al año, el resto se unió embarazada o fue madre 2 años después de la unión.

En los estratos medios el intervalo intergenésico es más amplio. Todas las entrevistadas pensaban tener un número limitado de hijos; aún en los casos en que hubo cambio de planes (del momento adecuado para ello o del número), había planes previos. El aspecto de la planificación no se expresa, en cambio, en los relatos de las mujeres pobres.

Con respecto a la duración de las uniones, si bien es un hecho vinculado directamente a la edad de las entrevistadas, hay una inclinación a entablar relaciones estables y duraderas en ambos grupos. Aún aquellas mujeres que no han legalizado su unión piensan que es para siempre. Sólo pocas mujeres de estratos medios se han divorciado, situación que no apareció en las del estrato bajo, y han vuelto a formar parejas estables, excepto un caso en que aparece claramente otro proyecto de realización personal muy fuerte, como una carrera universitaria. De esta forma, la formación de una familia – uniones conyugales e hijos - aparece como un mandato social fuertemente enraizado.

Un aspecto importante para comprender ciertas prácticas (acciones y decisiones) y valores que surgen de los relatos es el origen migratorio de las entrevistadas o de sus familias. Los datos sugieren pautas culturales diferenciadas según la procedencia familiar: en las mujeres de estratos medios se ponen de relieve influencias de su origen migratorio familiar, en su mayoría europeo (italianos o españoles) que se traducen en una serie de estímulos hacia una alta valoración del trabajo y la educación como canales de ascenso económico y social y de realización personal. Otro elemento a considerar en estas mujeres es su pertenencia a familias con pocos hijos. En todas sus decisiones tiene un peso importante el tener un número "manejable" de hijos, social y económicamente.

En contraste con la visión anterior, las mujeres de estratos más bajos provienen generalmente de las provincias más pobres del país o de países cercanos (Bolivia, Paraguay, Perú) y de familias numerosas, y tanto ellas como sus compañeros siguen valorando de manera positiva la familia numerosa.

El significado de los hijos

Algunas mujeres de los estratos medios dicen valorar las familias numerosas aunque consideran que 3 hijos ya son muchos, lo cual da idea de la diferencia de lo que unas y otras personas estiman como numeroso. Al mismo tiempo, subrayan la importancia de otras aspiraciones y proyectos además de los de formar una familia. El tema de la situación económica es fundamental para mantener y aumentar el nivel de vida. Las mujeres de estratos medios ven restringidas sus posibilidades de maternidad por razones opuestas a las de las mujeres menos favorecidas: tienen mejor acceso a la información y obtención de anticonceptivos y cuentan con seguimiento médico pero, al mismo tiempo, ven reducidas sus posibilidades de ser madres debido al conflicto que entraña esa posibilidad con las alternativas de desarrollo personal y profesional, la situación económica y de la vivienda.

En contraposición, las mujeres de estratos sociales más bajos, aunque tengan muchos hijos, manifiestan su deseo de tener alguno más "cuando sus hijos crezcan un poco". En las entrevistas hechas a estas mujeres hay una permanente recurrencia a códigos de solidaridad al interior de la familia y no se manifiestan otras aspiraciones personales ni se mencionan como graves los problemas económicos. Aunque la falta de recursos es reconocida como un inconveniente para tener muchos hijos, porque "los chicos tienen que tener cosas", de manera ambivalente se expresa que "lo que se tiene, si se comparte, alcanza para todos" o "donde comen tres, comen cuatro, todo se reparte". También expresaron que el deseo de maternidad no resulta contradictorio con su realización personal en el plano social o económico. El horizonte de posibilidades de realización para una mujer de estratos socioeconómicos bajos pasa principalmente por la maternidad. Tener hijos significa ganar espacio social, aumentar la estima y consideración de que goza en su medio, aumentar su prestigio y su valor como persona, ser reconocida dentro y fuera de su familia. Una madre, y más si tiene una prole numerosa, goza de aprobación social en su medio. Ser madre implica un progreso en la consideración, respeto y prestigio dentro de la comunidad; parecería también que, a medida que los hijos crecen, aumenta asimismo el poder relativo de las mujeres dentro y fuera de la familia. No es lo mismo ser soltera o mujer sin hijos que madre de una prole numerosa con hijos adultos, en cuyo caso la situación de la mujer mejora: es una madre respetada, secundada y protegida por sus hijos y, por lo tanto, su futuro se presume más seguro y menos incierto. Las relaciones familiares suelen ser en muchas ocasiones conflictivas, pero también solidarias. Se puede contar con la familia y, sobre todo, con los hijos. Tener muchos hijos significa incrementar el caudal de relaciones, el mundo afectivo y la compañía, pues enriquece las posibilidades de

sociabilidad, interacción y pertenencia. Los hijos, y luego los nietos, configuran un nicho afectivo, una proyección hacia el futuro, la continuidad de la vida. Por ello, en un medio social con consumo de bienes limitado, seguridad económica inaccesible y escaso desarrollo profesional e intelectual, los hijos representan el acceso a una situación de mayor reconocimiento y prestigio social.

En ocasiones se interpreta que la ausencia de uso de anticonceptivos o su utilización deficiente se deben a la ignorancia de las mujeres: si tienen un número elevado de hijos es porque no saben cómo evitar los embarazos, por atolondramiento o por una conducta irracional. Muchas veces las mujeres responden que su último hijo no fue deseado, pese a lo cual no estaban usando anticonceptivos o éstos fallaron. Más allá del alcance de la palabra deseo, que tal vez pueda interpretarse como hijo programado y concebido deliberadamente, la contradicción entre lo expresado verbalmente y las prácticas anticonceptivas implica una ambivalencia. En cierto momento se desea dejar de tener hijos, o ampliar el período intergenésico. Sobre todo las madres de muchos hijos desean dejar de tenerlos, dada la carga y el esfuerzo que implican. Pero este deseo, pasajero o definitivo, se enfrenta con el mandato cultural hacia la maternidad y con el deseo y la valoración positiva de la maternidad en este contexto social.

En los medios populares un hijo más no es un drama, se le hace lugar. No requiere un cuarto propio, ahorros para educarlo o mandarlo a la universidad. Se lo recibe con naturalidad y hasta con cierta imprevisión. Se lo incorpora a la vida cotidiana, es recibido generalmente con alegría y cuidados por la madre, los parientes, amigos y vecinos, habituados a compartir lo que se tiene, apretados en viviendas incómodas, pasándose la ropa y los juguetes de hermano a hermano o entre familiares. Acostumbrados a vivir con poca intimidad, no es tan alto el impacto que pueda causar la llegada de un nuevo hijo.

El uso de anticonceptivos

El uso de anticonceptivos se ha ido generalizando en las mujeres de estratos populares, aunque los métodos se utilizan en un contexto cultural en el cual hay factores que favorecen una familia numerosa. Entre esos factores se encuentran las modalidades que asume el mandato social de maternidad, las limitaciones de realización laboral o profesional, la falta de dinero, las dificultades para el acceso a los servicios de salud, la carencia de políticas públicas que reduzcan la desigualdad social, mitiguen las carencias y pongan al alcance de las mujeres los adelantos científicos que se han alcanzado en anticoncepción.

Debe destacarse también la actitud de rechazo que se observa en los hombres de estratos bajos hacia el uso de métodos anticonceptivos y el consiguiente ocultamiento que deben hacer en muchas ocasiones las mujeres que los utilizan. En otros casos, los maridos no alientan estas iniciativas y éstas quedan libradas a las mujeres.

La mayoría de las mujeres pobres comenzaron a usar métodos anticonceptivos después de haber tenido el número de hijos que consideraban adecuado. La información de la que disponen las mujeres proviene de médicos de hospitales públicos y de asistentes sociales de Centros de Salud, a la cual se superpone la recibida por amigas, vecinas, hermanas u otros parientes. La creencia de que dar el pecho impide el embarazo está bastante extendida y conduce muchas veces a embarazos no esperados y al uso posterior de anticonceptivos.

Casi todas las entrevistadas tomaron o toman pastillas anticonceptivas, pocas han utilizado preservativos, inyecciones, el "método de los días" o el dispositivo intrauterino (DIU), observaciones que coinciden con los resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva mencionada más arriba. El diafragma y la ligadura de trompas son apenas citados. Para un par de entrevistadas la solución ideal sería la ligadura de trompas pero, como los médicos la desaconsejaron, han seguido esa opinión.

Las entrevistadas manifestaron desconfianza hacia la eficacia de los anticonceptivos: las píldoras provocan hinchazón o alteran los nervios, las inyecciones son demasiado fuertes y los preservativos, el coitus interruptus y el conteo de los días no les dan seguridades. El DIU era usado por una sola entrevistada; la mayoría lo considera efectivo pero peligroso y demasiado caro.

Las mujeres de sectores medios presentan diferencias entre sí en cuanto a su conocimiento y uso de anticonceptivos o en cuestiones de índole religiosa pero comparten conocimientos, accesibilidad y asesoramiento en la atención médica, poseen los recursos económicos para su compra y una actitud más cooperativa de sus cónyuges. Muchas mujeres consideran que existe una relación positiva entre el uso de anticonceptivos y el cuidado de la salud sexual y reproductiva y que ello influye de manera positiva en las relaciones de la pareja. También opinan que tener muchos hijos puede dañar su cuerpo y afectar su bienestar psíquico.

El método más utilizado por las entrevistadas de estratos medios es el DIU, que suele ser adoptado cuando ya no desean tener más hijos. En los primeros años de su vida sexual muchas mujeres utilizaron la píldora, aunque algunas dijeron que les ocasionaban efectos adversos en su salud. Hay que recordar que los anticonceptivos orales tenían dosis de hormonas más elevadas que los que se utilizan actualmente.

Las entrevistadas de sectores medios manifestaron que sus parejas no se han opuesto al empleo de anticonceptivos; al contrario, es frecuente su participación en la toma de decisiones en este campo.

En síntesis, en los sectores medios se ha asumido la consulta frecuente y la atención de la salud reproductiva en general y de la anticoncepción en particular como una práctica habitual y necesaria. Para ello las mujeres tienen acceso a los recursos económicos necesarios y cuentan con el apoyo de sus cónyuges, lo que se enmarca en una cultura que concibe las relaciones de pareja, la sexualidad, la realización laboral de las mujeres y los requerimientos, tiempo, espacio y dinero que supone un hijo.

En los sectores populares el uso de los anticonceptivos es más irregular y restringido. Existen mayores prejuicios y es frecuente encontrar carencias en la información. La consulta al médico es menos habitual y más dificultosa. El uso de anticonceptivos encuentra obstáculos internos y externos: por una parte, la valoración cultural de una familia numerosa y, por la otra, el rechazo por muchos maridos hacia la práctica anticonceptiva, a lo cual se agrega su costo monetario.

En muchos servicios de salud, a la falta de recursos económicos de las familias, se añaden aspectos ideológicos erráticos con respecto al suministro de información.

Aborto

El aborto es el resultado de una situación de crisis dolorosa que pone en tensión los sentimientos, valores y prácticas aceptadas individual y socialmente. La decisión se adopta en última instancia frente a un embarazo que la mujer o la pareja encuentran dificultoso llevar a término por problemas u obstáculos que pueden ser de orden económico, afectivo, psicológico o social.

El aborto es accesible para los distintos sectores sociales, aunque el acceso es desigual y redundante en condiciones más inseguras, dolorosas y peligrosas para las mujeres pobres. Sus congéneres de estratos medios tienen más recursos para acceder al conocimiento y la práctica de la anticoncepción, disfrutan de mayor instrucción y posibilidades de servicios de salud de mejor calidad. El aborto es, igualmente, una situación que entraña traumas, pero a ello se agrega, en las mujeres pobres, el dolor, las penurias y el riesgo de las formas brutales que suele asumir la práctica del aborto en un medio de escasos recursos económicos (Ramos y Viladrich, 1993).

Las declaraciones de mujeres de estratos socioeconómicos medios y bajos que han tenido abortos no difieren demasiado entre sí y reflejan confusión, poca disposición al tratamiento del tema, contradicción entre prácticas reales y valores y cierto eco de las discusiones televisivas sobre el aborto. Pese a ello, hablan con dramatismo de sus

experiencias y de ellas se extrae la situación que provoca la ilegalidad y la consiguiente clandestinidad del aborto, cuya práctica se desenvuelve en mujeres, familias y grupos sociales que valoran positivamente la maternidad.

Las evidencias mostradas por las estadísticas de egresos hospitalarios, con un porcentaje muy elevado de abortos no especificados, así como otros testimonios del personal de salud recogidos en otras investigaciones, que se asemejan a los relatados más arriba, dan indicios para suponer que el número de abortos en la Argentina debe ser alto, aunque resulta difícil establecer sus niveles.

Podría pensarse que el menor acceso a la anticoncepción aumentaría la proporción de abortos en las clases populares, pero a ello se opondría la mayor dificultad y riesgo que supone un aborto en este medio, una mayor tolerancia social y familiar hacia embarazos conflictivos o inoportunos por la juventud extrema de la madre, el abandono del cónyuge o padre de la criatura, dificultades económicas o demasiados hijos.

No hay en la cultura pautas claras sobre el aborto, así como tampoco orientaciones compartidas en el interior de los distintos grupos sociales. Podría tal vez afirmarse que hay valores internalizados de cada sector social, formas de la cultura que juegan de manera competente a pesar de las contradicciones. Se actúa en función de cada situación, de las situaciones complejas de cada encrucijada y cada toma de decisión. Se actúa pesando y balanceando, a veces de manera rápida y sin demasiada deliberación conciente, otras reflexionando y dudando, tomando en cuenta el peso contradictorio de las preferencias, deseos y de las presiones que emergen de las circunstancias externas. Las prácticas están influidas por los códigos inscriptos en la cultura, pero la cultura no expresa automáticamente las soluciones adoptadas, la juricidad no es igual a los comportamientos y los valores y normas proclamados no coinciden con las acciones observables.

Aunque algunas entrevistadas manifestaron total o parcialmente su aprobación al aborto, la mayoría expresó su rechazo en términos valorativos. Un par de entrevistadas decidieron abortar cuando solteras; hoy, ya casadas, dijeron que no volverían a pasar por la misma situación. Algunas justificaron el aborto en situaciones extremas: casos de violación o malformación o inviabilidad del feto (no para el síndrome de Down). En síntesis, no consideraron justificado hacer un aborto en situaciones normales de matrimonio, con pocos hijos y en un nivel socioeconómico similar al suyo.

Algunas mujeres basan su opinión en razones religiosas, otras le otorgan gran importancia a las vivencias originadas en sus embarazos, fundamentando su posición en la experiencia de sentir otra vida dentro de su cuerpo. Las dudas e indecisiones comienzan cuando se les pregunta acerca de un posible embarazo en sus hijas

adolescentes. Todas tienen amigas que han pasado por una situación de aborto y sus juicios en éstas y otras situaciones contienen conflicto, contradicciones y ambivalencias.

Médicos

Los médicos entrevistados destacaron los avances técnicos en anticoncepción y señalaron el aumento de la demanda de anticonceptivos y su evolución: los orales tienen menos hormonas, son mejor tolerados y disminuyen los efectos secundarios. El DIU ha mejorado debido al empleo de nuevos materiales y se tolera mejor.

Otro de los aspectos mencionados fue el crecimiento de las consultas de los adolescentes que piden anticonceptivos, sobre todo los orales: "muchas vienen con información y piden orales".

En la actualidad, y sobre todo en los jóvenes, la consulta sobre prevención del embarazo se une a la del Sida, por lo cual los médicos aconsejan el uso de preservativos. Con mucha frecuencia las jóvenes mencionan la resistencia de sus parejas a usarlos: "yo aconsejo el uso del preservativo, pero como la mayoría de las chicas dicen que el novio no quiere ponérselo, termino dándoles anticonceptivos orales y aconsejándoles que si no tienen pareja estable usen también el preservativo, aunque dudo que lo usen".

Los médicos coinciden en señalar la resistencia al DIU debido a que muchas mujeres piensan que puede traer cáncer. Como la mayoría de las mujeres ya tienen 3 ó 4 hijos y comienzan a tener dificultades con el uso de la pastilla, se aconseja el uso del DIU y, en caso de rechazo, se indican los preservativos.

Aunque muchas mujeres saben que corren el riesgo de quedar embarazadas es frecuente la creencia de que durante la lactancia desaparece o se reduce notablemente la posibilidad de embarazarse.

Los médicos señalaron también las diferencias entre los distintos sectores sociales en lo referente a la información y actitudes. "En la consulta privada sí preguntamos sobre la información que tienen las pacientes. Las más jóvenes piden anticonceptivos y, del resto, la mayoría viene a colocarse el DIU. El médico mira el estado del cuello del útero, hace una ecografía y la paciente accede fácilmente a su colocación. En cambio, en los hospitales públicos la colocación del DIU es incipiente, hay dificultades para comprarlo, desde que se hace la indicación suelen pasar 3 ó 4 meses hasta que lo compran y cuando vienen ya están embarazadas. El problema es la posibilidad concreta de las mujeres para colocarse un espiral y el dinero que esto requiere".

En los sectores populares todavía se utilizan inyecciones mensuales, con frecuencia automedicadas o aconsejadas por alguna amiga o pariente o, a veces, por la farmacia barrial. También se emplean pastillas mensuales. Estos medicamentos están contraindicados debido a su fuerte carga hormonal y a los trastornos que originan. Su uso coincide con carencia de controles ginecológicos y poca asistencia a los servicios de salud.

"Yo pensé que las inyecciones mensuales se habían terminado y no es así. En la maternidad estoy viendo más casos de pacientes que las usan o toman una pastilla mensual. Las compran en la farmacia o se las recomienda una amiga, y esto durante años, sin controlarse con un ginecólogo. Ahora vienen porque tuvieron problemas; si no, no hubieran venido. Por suerte les ha provocado problemas y solicitan la consulta, se hacen el Papanicolau y entonces se les dice que no tomen la pastilla mensual ni se coloquen el Perlutal (inyección mensual) porque produce irregularidades y metrorragias terribles. Son muchas las mujeres que se automedican. Los tocoginecólogos nunca indican estos medicamentos, pero puede haber médicos clínicos que la siguen indicando. Cuando yo me recibí ya no se usaba, así que para nosotros es mala palabra".

"Hay mujeres que siguen solicitando la ligadura de trompas cuando ya tienen un cierto número de hijos. La gran mayoría de las que piden esta intervención pertenece a los sectores populares, tienen muchos hijos, 3 ó 4 cesáreas, hipertensión o diabetes. La actitud del médico es no acceder frente al pedido de ligadura, decir la verdad: que se trata de una intervención que está prohibida por nuestra legislación y el médico corre el riesgo de perder la habilitación para ejercer".

"Para nuestra legislación no es suficiente el consentimiento de la mujer, ni el del marido. Tiene que haber una contraindicación médica, como por ejemplo que un nuevo embarazo ponga en peligro la vida. Son causas bien especificadas y se requiere autorización judicial. Como todo eso es muy complicado algunos médicos acceden a ligarles la trompa; yo no tendría que decirlo pero es la verdad. Se hacen en aquellos casos en los que hay riesgo o cesáreas previas, hipertensión o diabetes, RH negativo y en ocasiones un número elevado de hijos, cuando otros métodos que han usado, por ejemplo el espiral, no les resultó porque se han embarazado. En la atención privada son muy pocas las mujeres de clase media o alta que piden la ligadura".

"El método de los días ya casi ni se usa, algunas lo usan durante un tiempo, y uno se entera de esto cuando vienen porque están embarazadas."

Servicios de salud

La política sanitaria de la Argentina ha agudizado en las últimas décadas los problemas de inequidad en el acceso diferencial a los servicios de salud según nivel socioeconómico, problema que se observan también en la práctica anticonceptiva. En los estratos socioeconómicos más bajos ello se expresa en la escasa existencia de programas de prevención del embarazo. La omisión del Estado en relación a la implementación de una política de anticoncepción permite percibir su intencionalidad. Los actores sociales directamente interesados no lograron durante muchos años imponer sus intereses: las organizaciones de derechos sexuales y reproductivos sólo recientemente han comenzado a obtener resultados para poner en marcha campañas sobre información y provisión gratuita de métodos anticonceptivos. El discurso sobre dichos reproductivos tiene más aceptación en los medios de comunicación aunque su poder es débil todavía, mientras que la corporación médica ha evidenciado poco interés por este tema, expresándose sólo a nivel individual. Entre funcionarios del Estado, las ideas contrarias a la anticoncepción son escollos importantes para la implementación de políticas de salud en este ámbito.

El discurso estatal sobre la salud pública elaborado en los últimos tiempos la define como un sistema que promueve la libertad de elección en un marco de competencia que irá configurando el perfil del sector. De esta forma se intenta homologar la salud a cualquier otro mercado. Sin embargo, la salud no es homologable al mercado de bienes y servicios, no sólo desde el punto de vista ético sino desde otros criterios de análisis: la salud es un mercado no convencional, en el que no se cumplen las leyes de la oferta y la demanda típicas, porque están presentes un conjunto de actores corporativos que compiten entre sí y porque el consumidor tiene un conocimiento limitado de lo que consume y una baja capacidad de evaluación del resultado de lo que consume. En estas condiciones, la oferta determina el perfil de la demanda.

Los cambios surgidos a partir de la aplicación de ciertas propuestas privatizadoras afectaron el modelo de prestaciones médicas en todos los sectores. La seguridad social transita por un proceso de reducción y concentración (las obras sociales más deficitarias y pequeñas están dejando de existir) y el proceso de desregulación las obliga a un cambio sustancial. El sector privado, en su necesidad de adaptarse a las nuevas reglas de acreditación y categorización, sufre quiebras y fusiones y las propuestas privatizadoras continuarán su presión bajo el lema de la libertad de elección, mientras que el hospital público avanza hacia la privatización de áreas esenciales de la atención de la salud con tendencia al autofinanciamiento a través del arancelamiento y la contratación por convenios.

En este contexto se hace necesario un Estado que regule y controle el contenido y las actividades del sistema: prestadores públicos, privados y de la seguridad social. El sostenimiento de ese papel regulador del Estado es lo que garantiza una mayor accesibilidad y equidad. Adicionalmente, es esencial que el Estado se ocupe de los programas de prevención y que éstos incluyan la salud reproductiva, porque en el marco de la tendencia creciente hacia la privatización del sector salud, es el único responsable capaz de asumir dicha tarea.

Los resultados de la atención de embarazos y partos del estudio cualitativo muestran que todos los embarazos y partos de las mujeres de sectores medios se han atendido en establecimientos privados o de la seguridad social. Las mujeres señalaron como un aspecto positivo su confianza en el médico y, además, que el profesional que atendió el parto haya sido el mismo que siguió el embarazo.

Las mujeres de sectores populares atendieron sus embarazos y partos en hospitales públicos. También mencionan la confianza en el médico como un aspecto muy positivo y en general se muestran satisfechas con la atención recibida.

Más allá de las coincidencias surgen interrogantes acerca del significado de la palabra confianza y la definición de lo que se entiende por satisfacción y buena atención. La atención recibida por las mujeres populares es menos personalizada; ellas no aludieron a la coincidencia entre el profesional que atendió el parto y el que siguió el embarazo. Hay que tener en cuenta que la vida cotidiana de estas mujeres tiene grandes exigencias e incomodidades y que sus expectativas son menores dada la dureza de sus condiciones de vida.

La diferencia fundamental en el acceso a los servicios de salud no se refiere a la atención del embarazo y el parto sino a la atención ginecológica que incluye la asistencia en anticoncepción. Los sectores populares concurren a hospitales públicos en localidades de los suburbios de la Ciudad de Buenos Aires. Tales servicios están en muchos casos deficientemente equipados y carecen con frecuencia de aparatos modernos y otros elementos necesarios para una atención eficiente. Las mujeres deben trasladarse a lugares de difícil acceso en medios colectivos de transporte y esperar muchas horas para ser atendidas. Las declaraciones de las mujeres entrevistadas, que no enjuician la atención médica que reciben, deben interpretarse en un contexto de pocas expectativas de buen trato externo, en cierto acostumbramiento a incomodidades y esperas, a considerar con agradecimiento lo que reciben, en especial el trato personal amable.

Para concluir, lo expresado en los capítulos de la tesis, en la introducción y en las conclusiones que la acompañan ha intentado acercarse al problema de las diferencias en la fecundidad y en el uso de anticonceptivos de la población argentina.

Como se ha visto, el período analizado es anterior a la puesta en práctica de la recientemente aprobada Ley de Procreación Responsable. La tarea futura que se abre a los estudiosos de estos temas será seguir el curso de los cambios que puedan producirse tanto por la vigencia de la Ley como por las transformaciones en las prácticas de mujeres y varones y en sus valoraciones sobre el tamaño de la familia: todo un desafío.

Referencia bibliográfica

Caja Costarricense del Seguro Social. 1994. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. San José, Costa Rica.

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, CEDES y AEPA.

INDEC, 1994. *Censo Nacional de Población y Vivienda 1991*. Buenos Aires, INDEC.

López, E. 1995a. "Fecundidad, práctica anticonceptiva y tamaño de la familia: un estudio en madres del Conurbano de Buenos Aires", en *Primeras Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba y AEPA.

1995b. "Fecundidad y práctica anticonceptiva en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes", en *Segundas Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación.

López, E. y L. Findling. 1998. "La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?", en *Avances en la investigación social de salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios de Población (CENEP) y Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA).

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.

y M. Margulis. 1995. "Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud". Informe final de investigación. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Inédito.

Luker, K. 1984. *Taking Chances: Abortion and the Decision not to Contracept*. Berkeley, University of California Press.

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

Ramos, S. y A. Viladrich. 1993. *Abortos hospitalizados: entrada y salida de emergencia*. Buenos Aires, CEDES, Documento CEDES/88.

ANEXO 1:

**REPRODUCCIÓN, FAMILIA Y GÉNERO: DECISIONES EN TORNO A LA
FECUNDIDAD Y AL TRABAJO**

**SALUD Y POBLACIÓN.
CUESTIONES SOCIALES PENDIENTES**

ANA MARIA MENDES DIZ

LILIANA FINDLING

MÓNICA PETRACCI

ANDREA FEDERICO

COMPILADORAS

ESPACIO
EDITORIAL

ESPACIO
EDITORIAL
editoria-distribuidora
importadora-exportadora
Bolívar 547 - 3° P. of. 1
1066 Buenos Aires
Tel.: 331-1945

Diseño de tapa: Silvina de Vela
Corrección: Las Autoras
Coordinación y producción: Osvaldo Dubini

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema "multigraph", mimeógrafo, impreso por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

1ª edición, 1998
Impreso en Argentina - Printed in Argentina
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© 1998 Espacio Editorial

ISBN: 950-802-086-5

*REPRODUCCIÓN, FAMILIA Y GÉNERO: DECISIONES
EN TORNO A LA FECUNDIDAD Y AL TRABAJO*

*Elsa López y Liliana Findling**

Introducción¹

Las diferencias observadas en el número de hijos de las mujeres argentinas ha dado lugar a algunas hipótesis de trabajo; en muchas de ellas el origen migratorio europeo, la residencia urbana y los crecientes niveles de escolaridad han sido reconocidos como los atributos más relevantes en la explicación de la temprana transición de la fecundidad en la Argentina (Pantelides, 1986 y 1989; Torrado, 1993). Las razones de la persistencia de una fecundidad más alta en varias provincias y en la población de menores recursos ha sido menos explorada, aunque en los últimos años se ha acrecentado el número de trabajos que, a distintos niveles de agregación, plantean algunas de estas cuestiones (Pantelides, Geldstein e Infesta, 1995; López, 1995; López y Findling, 1995; López y Margulis, 1995). La búsqueda no resulta una tarea sencilla, por la magra información que existe en nuestro país sobre los aspectos vinculados con la formación de las familias y las descendencias, aspectos conocidos bajo la denominación de determinantes próximos de la fecundidad: la edad a la cual la gente comienza a practicar la sexualidad, se casa o se une y empieza a tener hijos o aquellos rasgos que influyen en las decisiones acerca del control sobre la reproducción, sea en el espaciamiento de los nacimientos o en la limitación de los mismos.

* Investigadoras del Instituto Gino Germani - Facultad de Ciencias Sociales - UBA

¹ Esta ponencia forma parte de un proyecto de investigación en curso financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA: «Conexiones de sentido en la salud reproductiva», dirigido por Mario Margulis y Elsa López con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani - 1995/1997.

En el contexto mundial de la fecundidad la Argentina se sitúa entre los países con niveles moderados, aunque es de señalar que ha experimentado cambios relativamente modestos desde la década de 1930, tanto en la elevación registrada a fines de los años 80 como en su posterior descenso (Pantelides, 1989). La caída vertiginosa de la fecundidad en los países occidentales que mantienen los sistemas familiares más consolidados de Europa como España, Italia y Portugal ha provocado diversas interpretaciones: si las mujeres cuentan con oportunidades equivalentes (de educación y empleo, fundamentalmente) a las de los hombres pero esas oportunidades se obstaculizan en lo que se refiere a la reproducción (maternidad y crianza de los hijos), se reducirá en forma notable el número de nacimientos (Chesnais, 1996). Si se enfoca el cambio de la fecundidad desde la perspectiva de género surgen nuevas interpretaciones. En este trabajo se entiende por género la noción que distingue las diferencias sociales de las diferencias biológicas entre los sexos, señalando que las relaciones de género se definen en la vinculación de las dos categorías de sexo, lo que implica que la información sobre las mujeres debe necesariamente contener información sobre los hombres para no excluir a la mitad de la humanidad (Bisilliat, 1992; Locoh y Tichit, 1996). En esta línea interpretativa McDonald (1997) encuentra que en algunos países europeos en los cuales se ha tendido a imponer más exitosamente el modelo de equidad entre hombres y mujeres (como los escandinavos, angloparlantes o Francia), la fecundidad no ha caído de forma tan rotunda como en los del sur de Europa en los que ha prevalecido, en cambio, el patrón familiar de la figura masculina como sostén económico del hogar y de la femenina como la de esposa y madre. En este esquema las mujeres sólo se incorporan a la actividad económica si el aporte masculino está ausente, a lo que se agrega la dificultad en los arreglos familiares e institucionales que hacen posible el desempeño simultáneo de roles familiares y laborales de las mujeres. McDonald concluye que el tema de la fecundidad descendente se liga con el rol de la familia, dependiendo que ésta se caracterice por la supremacía masculina o por la equidad de género. A estos rasgos se suman las políticas gubernamentales y la nueva agenda del liberalismo económico que se traduce en el retiro del Estado de las tareas que contribuyen a estimular el trabajo femenino, porque "cortar servicios y disminuir impuestos es

favorecer el modelo del proveedor masculino y los costos de la crianza de los niños, su educación y su cuidado constituyen una responsabilidad privada". En otras palabras, "si quiere tener niños, pague por ellos" (McDonald, 1997).

En los sectores pobres de las sociedades latinoamericanas las cosas ocurren de otra manera, lo que Cosío-Zavala (1997) ha llamado el "malthusianismo de la pobreza": o bien la reducción de la descendencia puede ser vista como una estrategia de supervivencia en los contextos de políticas de descenso de la fecundidad, que ponen a disposición de la población (especialmente de la más desfavorecida) los servicios y la provisión de anticoncepción o, como sucede en los sectores pobres de la Argentina, existe una oferta insuficiente de los servicios de salud anticonceptiva. En palabras de Vimard (1997), "si bien parece que las transiciones de la fecundidad se aceleran en período de dificultades, son las mutaciones anteriores en materia de instrucción, de salud y de relaciones sociales las que permiten la evolución: las crisis desatan o aceleran los cambios de las mentalidades de las personas que comparten contextos sociales, sanitarios y culturales, en los cuales la difusión de las ideas y las prácticas demográficas favorables a la reducción de la fecundidad y a la individuación de las relaciones interpersonales al interior de la familia juegan un papel creciente". Otro aspecto que merece destacarse en las transformaciones recientes es el de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Según de Oliveira (1995), esas relaciones, generalmente asimétricas, se manifiestan bajo diversos matices en situaciones en donde pueden predominar intermitentemente la aceptación, la imposición, la resistencia y la manipulación.

La baja de la fecundidad de las mujeres más pobres verificada en la Argentina en los últimos años parece sugerir, a pesar de las carencias en el sistema de salud que se han mencionado, que las modificaciones responden a procesos de cambio en el ámbito familiar donde están presentes tanto los factores estructurales como los simbólicos.

1. Objetivos y metodología

Este artículo prosigue la línea de investigación abordada en

trabajos anteriores, muchos de los cuales han sido desarrollados en el marco de subsidios de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (López y Findling, 1995; López y Margulis, 1995; Findling y Masseroni, 1995; Findling y López, 1996; López, 1997). En estos trabajos se caracterizaron diversos aspectos del fenómeno reproductivo en conexión con las condiciones materiales y simbólicas de vida.

En el presente trabajo se intenta avanzar en la comprensión de las formas en las cuales las mujeres de sectores carenciados han ido construyendo sus familias. Para ello se ha centrado la atención en tres dimensiones principales: la pareja actual y la de los padres de la mujer, el trabajo y la reproducción y los aspectos ligados a las decisiones anticonceptivas de la pareja².

El diseño utilizado fue de tipo cualitativo y comparativo; el instrumento de recolección consistió en una guía de pautas semiestructurada, orientada a captar las principales dimensiones estudiadas. Se entrevistó a 14 mujeres casadas o unidas que tuvieran, al menos, 3 hijos. Las entrevistas se grabaron y transcribieron en su totalidad³.

Las mujeres entrevistadas fueron seleccionadas de la población de la Encuesta de Salud Reproductiva (ESR) financiada por el Programa de Aspectos Sociales de la Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud en 1993 (López, 1997), por lo cual pertenecen al nivel socioeconómico más bajo del Conurbano Bonaerense. Esta ponencia presentará los resultados de las entrevistas en profundidad realizadas hasta mayo de 1997.

2. El perfil sociodemográfico

Las entrevistadas no son muy jóvenes: 9 mujeres son mayores de 40 años y 5 tienen entre 33 y 39 años (ver cuadro resumen al final del trabajo).

²Las autoras agradecen la valiosa ayuda de Andrea Federico, becaria de investigación de este Instituto, en el apoyo del procesamiento de la información.

³Graciela Biggiotti y Liliana Gimenez tuvieron a su cargo la realización de las entrevistas.

De acuerdo al índice construido sobre la precariedad habitacional de los hogares en los que residen las entrevistadas (Findling y López, 1996) se observa que dos tercios de ellas viven en condiciones de alta precariedad, advirtiéndose que el grueso corresponde a las de mayor edad. Este efecto se observó también en el análisis agregado de las mujeres de la ESR cuando los hogares contaban con 3 o más niños menores de 12 años (Findling y López, 1996). En esa situación está la mitad de las entrevistadas.

En relación al lugar de nacimiento, más de la mitad son oriundas del interior del país y entre ellas una porción importante se ha criado en el campo. El resto nació en el Gran Buenos Aires. Más de la mitad de las mujeres tiene estudios primarios completos o secundarios incompletos y el resto sólo primarios incompletos. No se registran grandes diferencias entre el lugar de nacimiento y el nivel de escolaridad.

En relación a los cambios en la conyugalidad y la fecundidad ocurridos entre 1993 y 1996 puede señalarse que, en la primera de esas fechas, 13 mujeres declararon estar casadas y una unida, mientras que en 1996 12 mujeres viven en pareja y dos mujeres que declararon estar casadas se han separado.

La paridez de las mujeres se sitúa entre las que tienen 5 hijos o más (6) -de las cuales una tiene 13 hijos, una 11 y otra 8- ó de 3 a 4 (8). En la fecundidad, se han producido algunos cambios. Cuatro mujeres (de 33, 35, 39 y 40 años) de las 14 entrevistadas han tenido más hijos entre 1993 y 1996. La mayor de ellas -Clara- tenía 10 y ahora tiene 13; la segunda -Marta- tenía 3 y ahora tiene 4 hijos; la tercera -Rosario- tuvo 11 hijos, de los cuales murieron 3; en el periodo citado nacieron 3 niños, de los cuales sobreviven 2. La cuarta -Ofelia- tenía 2 y ahora tiene 3 hijos.

El perfil de las entrevistadas, a pesar de tratarse de un número mucho menor, no difiere de manera importante en la composición por atributos sociodemográficos de las encuestadas de la ESR que tenían edades similares, lo cual muestra poca heterogeneidad entre ellas y trayectorias vitales parecidas. Como se verá en los relatos de

los hechos reproductivos y laborales, existe un gran número de circunstancias comunes en la vida de las mujeres.

3. Las imágenes sobre el tamaño de la familia conyugal y la familia de origen

La fecundidad de las madres de las mujeres entrevistadas es muy elevada, como ya se ha documentado en otros trabajos basados en la información de la ESR (López y Findling, 1995). Más de la mitad tiene 7 ó mas hijos, dato que concuerda con lo hallado en la Encuesta, y tres entrevistadas señalan que sus madres han tenido entre 10 y 14 hijos; la cuarta parte de 4 a 6 hijos y sólo una ha tenido 3 hijos.

¿Cuál es el significado de pertenecer y haberse criado en familias tan numerosas? La familia es uno de los principios que definen la cultura de cada sociedad y una institución muy resistente al cambio. Sin embargo, en los migrantes europeos que llegaron al Río de la Plata entre fines del siglo XIX y comienzos del XX, los procesos de aculturación, difusión y movilidad social ascendente constituyeron factores preponderantes en el descenso de la fecundidad en la Argentina y el Uruguay, así como en la baja registrada por las primeras o segundas generaciones de migrantes de origen italiano en los Estados Unidos, Suiza y Australia (Femminella y Quadagno, 1976; Hoffman-Nowotny, 1978; McDonald, 1996). Esta transformación en las pautas de constitución de las familias no se dio en los grupos de población más pobres que, coincidentemente, no tuvieron ascendientes próximos de origen europeo. Es en los años recientes que se ha podido evidenciar una baja de la fecundidad, cuando se comparan las descendencias de las entrevistadas y las de sus madres.

¿Cómo relatan las entrevistadas su crianza en una familia con muchos miembros y qué podemos concluir de los testimonios?

"somos diez, una familia tranquila, nos llevábamos todos bien, yo era la más pegada de mis hermanos varones, yo con mi familia nunca tuve ningún problema, eran casi todos de la misma edad, uno o dos años de diferencia, nos llevábamos bien" (Clara, 40 años, 9 hermanos, 13 hijos);

"es difícil, qué sé yo, éramos 15 hijos, viviendo en el campo, los que han ido creciendo tienen que salir a trabajar, o sea que no me terminé la escuela, mi papá se iba a trabajar lejos, venía cada tantos meses, esas cosas, estábamos siempre solos con mi mamá..."(Estela, 47 años, 14 hermanos, 4 hijos);

"somos siete, yo soy la más chica, la más mimada de mis hermanos, la más protegida, como se dice...¿no?, cuando me quise dar cuenta tenía dos o tres hermanos al lado mío y los demás ya estaban tomando vuelo, no estuve con todos juntos. Estábamos en Santiago, en el campo, y mis hermanos nos mandaban dinero" (Cristina, 41 años, 6 hermanos, 8 hijos);

"somos 7 hermanas mujeres, siempre vivimos todos juntos, las chicas mayores y mi papá trabajaban para ayudar en casa, lógico, porque papá sólo no podía. La que se iba casando se iba, bueno, y después así, éramos una familia grande" (Ofelia, 33 años, 6 hermanos, 3 hijos).

La pertenencia a una familia grande no es vivida en general como un problema, resaltándose el trabajo y el esfuerzo en conjunto para la subsistencia familiar. Especialmente en las áreas rurales predomina la migración temprana y la consiguiente ruptura familiar por razones laborales.

La mitad de las entrevistadas se casó entre los 15 y los 20 años (5 entre los 17 y los 20 años y 2 entre 15 y 17 años) y la otra mitad de los 21 a los 24 años.

Al analizar las respuestas sobre las transformaciones que produjeron el casamiento y el nacimiento de los hijos se advierte que implicaron cambios sumamente importantes y valiosos, destacando en sus expresiones la relevancia de formar una familia propia y subrayando las nuevas exigencias en la organización de las tareas domésticas. Se ha dicho que, en contraste con la mayoría de los hombres, muchas mujeres siguen pensando que los motivos para dejar sus hogares de origen deben asentarse en la creación de un nuevo hogar y nuevos lazos afectivos. También se ha visto que, a diferencia de las mujeres

más jóvenes, las mayores asignan más valor al matrimonio (Giddens, 1995). En las palabras de las entrevistadas:

"para mí fue una cosa muy grande; yo, por ejemplo, me casé y lo primero que quería hacer era tener hijos. Y no tenía que ser así, porque ahora pienso y le digo a mis hijas: está bien, lindo casarse, tener una persona al lado, pero no para tener hijos enseguida. Por lo menos al año y medio de casados" (Berta, 37 años, 5 hijos, primer hijo a los 18 años);

"te cambia la vida cuando tenés los hijos. Empieza la responsabilidad, te tenés que dedicar a ellos, a la casa, es como que se acorta el tiempo, aunque mi marido y yo siempre disfrutamos de los hijos, se llevan 5 años entre el primero y el segundo y 11 años entre el segundo y el tercero" (Valentina, 40 años, 3 hijos, primer hijo a los 16 años);

"el casamiento y la llegada de mis hijos significó un cambio tremendo, empezar cosas distintas. Porque estar sola es una cosa. Estar ayudando a mis padres es una cosa, y otra formar una familia y hacer algo para mí y mi familia propia" (Ofelia, 33 años, 3 hijos, primer hijo a los 23 años);

"y, son cambios... yo vivía con mis hermanos y desde que me junté tuve que aprender a atender una casa; mis hermanos se lavaban cada uno su ropa, cuando empecé a tener hijos tuve que encargarme yo de todo, saber hacer todo en la casa" (Rosario, 35 años, 11 hijos, de los cuales han muerto 3, primer hijo a los 22 años);

"mi idea no era casarme enseguida, quería primero tener todo, mi casa, yo cuando era soltera con mi padre nunca me faltó nada, yo me junté pero no me quería casar, mi marido se quiso casar por capricho, porque sus padres no me querían. Tampoco quise tener hijos enseguida, no me gustaban mucho los chicos" (Nancy, 47 años, 3 hijos, primer hijo a los 24 años).

4. Trabajo y organización familiar

4.1. Las trayectorias laborales

Si bien casi todas trabajaban antes de casarse (12), una fracción significativa abandonó dicho trabajo para dedicarse a la crianza de sus hijos. En la Encuesta de 1993 cerca de la mitad de las entrevistadas estaban ocupadas (4 trabajaban en servicios domésticos y 2 en talleres y/o fábricas como costureras y planchadoras); el resto se dedicaba a cuidar el hogar. Ninguna se declaró como desempleada.

En 1996 trabaja la mitad de las mujeres, aunque es interesante advertir que entre las que no trabajan ha aumentado el número de ellas que busca empleo.

Las trayectorias laborales de las entrevistadas pueden clasificarse en 3 tipos: a) trabajadoras permanentes: son las mujeres que siempre trabajaron y no han interrumpido su trabajo después del nacimiento de sus hijos; en este grupo se incluye a las que no trabajan actualmente pero trabajaron antes y actualmente buscan trabajo; b) nuevas trabajadoras: aquellas que abandonaron sus trabajos por la llegada de sus hijos y/o durante la crianza y hoy quieren insertarse en el mercado laboral por necesidades económicas y satisfacción personal; c) no trabajadoras: aquellas que nunca trabajaron o abandonaron sus trabajos por la llegada de sus hijos y/o durante la crianza y no piensan en trabajar fuera del hogar.

Las entrevistadas pertenecen mayoritariamente a los grupos de mujeres trabajadoras permanentes o nuevas trabajadoras, observándose que la categoría "nuevas trabajadoras" se hace más visible en las reentrevistas de 1996, ya que en 1993 existían sólo dos categorías, la a) y la c). ¿Qué factores habrán incidido en el aumento de la demanda laboral? En primer lugar, la situación económica del grupo familiar se ha deteriorado, los cónyuges han perdido el trabajo o el ingreso de los miembros del hogar no alcanza, circunstancias que influyen en la determinación de las mujeres de plantearse el ingreso o la vuelta a la actividad. Otro factor que las predispone a trabajar es la edad, ya que no son tan jóvenes y la mayoría de sus hijos ya asiste a la escuela o trabaja, posibilitando que las mujeres se organicen para

acceder a un trabajo remunerado. Como tercer factor puede mencionarse que las mujeres refieren, aunque de manera no central a su decisión de trabajar, el hecho de querer hacerlo como satisfacción personal.

4.2. Opiniones de las mujeres sobre el trabajo

El significado del trabajo se conecta con el deseo de mejorar el ingreso familiar. Muy pocas entrevistadas manifiestan además satisfacción con el trabajo que realizan pensándolo como una gratificación personal lo cual parece razonable, ya que desempeñan tareas de poca calificación. Sin embargo, algunas mujeres perciben el trabajo como una forma de modificar los hábitos de su vida cotidiana. Escuchémoslas:

"y ..., trabajo porque no me queda otra. Antes de casarme trabajaba con cama, era feo, acá no tenía ningún familiar ni nada, no tenía salida. Después de casarme, encontré gente muy buena, ya es como mi casa, yo organizo, me aguantan, porque yo tengo artrosis, y si tengo que trabajar en una casa nueva no lo haría, primero porque no toman gente y segundo por la edad" (Estela, 47 años, 4 hijos, primer hijo a los 24 años);

"ahora no trabajo porque tengo que llevar y traer al nene al colegio y no puedo pagar el micro, pero me anoté en una fábrica. Yo antes trabajaba, era revisadora de medias, ¡¡me encantaba!! Yo quiero trabajar, me despeja la cabeza, vos sabés cómo son los chicos, ellos quieren venir y tener todo ahí servido. Si me sale el trabajo pienso que me voy a organizar, trabajaré de 6 a 14 y tendré tiempo de hacer las cosas" (Valentina, 40 años, 3 hijos);

"yo nunca había trabajado, recién ahora empecé pero porque yo quise, porque mi marido nunca me dijo "trabajá", pero a mí me gustó siempre trabajar, independizarme; llegó un momento en que me sentí saturada de la casa. A mí me hubiese gustado otra clase de trabajo, yo trabajo por hora pero no me quejo, porque tengo personas que son muy consideradas. Me hubiera gustado hacer manualidades. Me trae una satisfacción grande porque para manejarme como yo quiero, con mi dinero, me puedo comprar revistas

de manualidades, aunque mi marido nunca me hizo faltar nada, pero es como que lo puedo disponer yo de mi dinero, yo tener mi plata, yo poder comprar una cosa para mis hijos" (Berta, 37 años, 5 hijos);

"yo salgo a trabajar ahora porque necesito, pero con las personas que estoy ya estoy acostumbrada, es gente mayor, son muchos años que estoy con ellos, conversamos mucho. Además, a la mañana en casa estoy sola, los chicos no están; entonces, salir a trabajar es también como despejarte un poco. Yo trabajo para que ellos estén bien, tengan lo que necesiten, pero no quiero dejarlos mucho tiempo solos; cuando vienen del colegio yo ya estoy en casa" (Ofelia, 33 años, 3 hijos);

"yo trabajo por necesidad...¿si me gusta? y..., otra cosa no puedo pretender, no tengo estudios. Sabés que no podés aspirar a otra cosa que no sea a trabajar por horas" (Nilda, 36 años, 3 hijos, primer hijo a los 25 años);

"yo soy costurera, trabajé en fábricas y para afuera y también trabajaba por horas, yo trabajé hasta hace poquito, sé que gracias al trabajo tengo todo lo que tengo en mi casa" (Elena, 47 años, 5 hijos, primer hijo a los 24 años);

"a mí me gusta lo que hago, trabajo junto con mis hijas. Mis patronos son buenos pero si uno tiene hijos chiquititos a la fuerza se tiene que quedar en su casa. Si ya tiene chicos grandes no, yo no me quedo en casa; yo le digo a mi marido, "me siento mal, enferma en casa, porque una vez que terminé de hacer las cosas, no sé qué hacer"; vió, solita, hasta que los chicos vuelvan del colegio, yo viví trabajando toda mi vida" (Carmen, 47 años, 5 hijos)

"estar en la casa te mata, la rutina, hacer todos los días lo mismo, los chicos, la comida, lavar, planchar...; en cambio, salir afuera e ir a trabajar, uno se renueva un poco, porque yo lo hice, yo empecé a trabajar y todo cambió en la familia y en mí misma, me sentía bien, además contribuía a traer unos pesos a la casa" (Marta, 39 años, 4 hijos).

4.3. Opiniones del cónyuge acerca del trabajo femenino

Al preguntar a las mujeres sobre lo que opinan sus maridos acerca del trabajo de sus mujeres la mayoría dice que, independientemente de que estén trabajando o no actualmente, ellos no están de acuerdo con el trabajo extra-doméstico. Los argumentos esgrimidos destacan la preferencia por la permanencia en el hogar, aunque reconocen que un trabajo adicional mejora el ingreso familiar. Al respecto dicen:

"la falta de trabajo nos hace mal a todos en la familia, lo tiene a mi marido todo el día nervioso, loco, discute mucho. Esto repercute en los chicos, pienso que sería una buena ayuda para él, para calmarle un poco los nervios. Ahora, para él sería más cómodo que yo estuviera en la casa, pero asimismo, lo que estamos pasando ahora que está bastante mala la cosa, sería una ayuda" (Marta, 39 años, 4 hijos, busca trabajo);

"mi marido no quiere que trabaje, quiere que le atienda a él y que atienda la casa. Cuando yo trabajaba se sentía bien, porque el gasto no era sólo de él" (Elena, 47 años, 5 hijos, busca trabajo);

"tanto a mí como a mi marido nos gustaría que yo esté más en casa, pero los chicos van a un colegio pago y él sólo no llega, con lo que yo trabajo, pago el colegio de ellos y les compro cosas" (Nilda, 36 años, 3 hijos);

"ahora no trabajo porque no hay; si consigo me voy. Lo hice cuando mi marido estaba sin trabajo, pero me enfermé y tuve que dejar. Nunca hablé este tema hoy con mi marido, pero pienso que a lo mejor se sentirá mal... no sé, que yo salga a trabajar; él es el que está acostumbrado a trabajar, prefiere trabajar afuera que quedarse a cuidar a los chicos" (Clara, 40 años, 13 hijos);

"a mi marido no le gustó nada que yo trabaje, decía que no quería; él decía: "yo voy a venir y voy a estar sólo acá en casa, yo quiero venir y encontrarte a vos acá con los chicos" y yo empecé a decirle si yo trabajo te doy una mano, vamos a poder salir adelante, es hasta que te acostumbres y así empezamos; después me dejó (trabajar)" (Carmen, 47 años, 5 hijos, primer hijo a los 24 años);

El tema del trabajo muestra una subordinación de género que se encubre a través de la opinión de sus maridos, ya que necesitan un cierto permiso para tomar la determinación de trabajar. A pesar de ello, aparecen actitudes muy extremas ó más liberales en relación a la concepción que tiene el marido frente al trabajo de estas mujeres:

"bueno, él no quiere que trabaje ¿no?, pero ve que me hace bien, él dice que me hace bien que yo salga, entonces acepta. No es que sea machista, él me dijo así: "no quiero que trabajes pero si vos querés, hacelo" (Ofelia, 33 años, 3 hijos, empleada doméstica);

"yo trabajé cuando era soltera, después que me casé ya no me dejó trabajar más mi marido. Ahora, cuando me veo apretada así, tengo ganas de salir a trabajar para ayudarlo a mi marido; con un sueldo solo no alcanza, pero él no me lo permite. Si él me dice no, es no. Si él me hubiera dicho que sí, si iría a trabajar para ayudarlo, pero él no quiere que deje a los chicos en casa. Dice que si él trabaja para qué voy a andar laburando yo. Ojo, a mí no me gusta andar tanto en la calle y no me gusta tampoco dejar a los chicos solos" (Cristina, 41 años, 8 hijos).

Estas ambigüedades también fueron detectadas por García y de Oliveira (1994) a propósito del cambio en la prácticas y representaciones de las mujeres populares en México: a pesar de su contribución en el mantenimiento económico del hogar, las mujeres siguen considerando a su cónyuges como los proveedores principales. Los escollos más citados para el trabajo de las mujeres se asientan en creencias y valores muy arraigados, como la que asigna a la mujer la responsabilidad casi exclusiva del cuidado de los niños más pequeños. En los grupos sociales carenciados esto se acompaña de la dificultad real de apoyos extrafamiliares, como la carencia de guarderías o jardines de niños que los cuiden mientras los adultos trabajan.

5. Uso de métodos anticonceptivos

5.1. Condición de uso

En 1993 la mitad de las reentrevistadas señaló que no usaba ningún método anticonceptivo. Del resto, tres señalaron que usaban condón y las demás optaban por el Diu, la inyección, el retiro o la pastilla. En 1996 las no usuarias se han reducido a 5, manteniéndose constante el número de no usuarias en 4 entrevistadas a lo largo del período. Entre las no usuarias de 1993 que en 1996 se decidieron por un método, el elegido ha sido el preservativo o condón. Asimismo, se incrementó levemente el uso de pastillas entre las que habían optado por el condón anteriormente, agregando que usan el condón en periodos de descanso de la pildora. Una entrevistada que usaba en 1993 el Diu lo abandonó, reemplazándolo por el condón y otra que usaba inyecciones es actualmente no usuaria.

5.2. Razones de uso

La práctica anticonceptiva de las entrevistadas muestra trayectorias cíclicas en su vida reproductiva. Las opiniones de los métodos aluden a diversos problemas de salud ocasionados por el uso de las pastillas, inyecciones o el Diu. A través de sus relatos se perfilan propósitos mucho más firmes que los tomados hasta el momento en relación a la necesidad de un uso adecuado y permanente:

"yo empecé a usar después de tener las primeras dos nenas, pero usé muy poco, porque las pastillas me hacían mal, un montón de una alergia ¿viste?, porque yo soy alérgica, me salían ronchas y no lo podía tomar, o sea que siempre usamos el método de que se cuidaba él (se refiere al condón), así fue como nos descuidamos con esta nena y nos vino como 10 años después; ahora se sigue cuidando él"
(Estela, 47 años, 4 hijos);

"yo del primero engordé tanto que me salieron várices y me decían que no podía tomar anticonceptivos porque dicen que revientan las várices, la sangre se te recorre por todos lados. Ahora uso profilácticos, no sé por qué no lo hacía, recién ahora me cuido

bien, bien como tiene que ser, con profilácticos. No sé por qué antes no lo hice. Incluso estoy buscando ahora que me ligen las trompas, pero en los hospitales está prohibido y no quieren los médicos, o que me pusieran un espiral que no me cobraran tanto" (Rosario, 35 años, 11 hijos):

"cuando me casé no usé nada y así quedé de la primera (nena), después tomé pastillas y me ponían mal. Con la segunda me hicieron cesárea y me dijeron que lo mejor era el DIU, porque no quería quedar embarazada enseguida. Pero tuve pérdidas y ahora qué sé yo que se puede usar ¿no?, porque pastillas yo no tomaría porque me caen mal, el Diu tampoco, así que por el momento se cuida él con preservativos" (Nilda, 36 años .3 hijos);

"yo no podía tomar inyecciones ni pastillas porque tenía un problema de chica con los oídos, tuve una operación y no puedo usar anticonceptivos por los problemas de los remedios que tomo para los oídos, con las inyecciones las veo y me desmayo. El Diu recién lo conocí cuando mi hija me contó lo que le dijeron en el colegio en la clase de educación sexual y entonces se cuida él, ¿como es que se dice?, termina afuera, sobre todo después del último (embarazo) que tuve placenta previa. Los chicos que tuvimos siempre fueron porque quisimos" (Berta, 37 años, 5 hijos);

"al principio no usamos nada; después queríamos tener más hijos pero no tan seguido y desde el principio siempre usé pastillas. Hace bastante que sigo con las mismas pastillas que tengo ahora. A mí no me gusta el preservativo" (Marta, 39 años, 4 hijos);

"desde que éramos novios siempre me cuidé con anticonceptivas; lo conversamos con la doctora y con mi marido, buscamos algo que nos haga bien a los dos. Si tomo mucho tiempo me caen mal al hígado. Al descansar, a veces usamos los preservativos, pero a mí me hace mal a la piel, siempre hay algo" (Ofelia, 33 años, 3 hijos).

5.3. Toma de decisiones y opinión del marido sobre los métodos anticonceptivos

En el proceso de toma de decisiones que acompaña la

disposición a regular los nacimientos, las usuarias siguen, al menos, tres patrones: a) decisiones tomadas por las mujeres: son las asumidas por aquellas que no quieren tener más hijos; sus maridos aceptan la decisión de encarar el uso sistemático de algún método aunque ellos deseen tener más hijos o aunque les implique el uso de profilácticos; b) decisiones comandadas por los hombres: las mujeres dicen que son sus maridos los que no quieren tener más hijos; ellas se pliegan a la decisión y asumen el uso más o menos permanente de un método; c) decisiones conjuntas: surgen de las conversaciones y opiniones coincidentes por parte de ambos cónyuges.

Puede advertirse que el patrón a) es mucho más frecuente que el resto. Dejemos que las entrevistadas se expresen:

"¿qué opina mi marido?, no se lo pregunté, pero yo soy la que no quiere tener. Creo que no debe querer, pero... yo soy la que dije que no. Ahora no hago uso porque ando con pérdidas y la bebé es chiquita, pero en algún momento le voy a decir a él que se cuide, no tengo que saber de qué forma, él sabrá, pienso que él debe saber" (Clara, 40 años, 13 hijos);

"yo tengo miedo de volver a quedar embarazada ¿viste?, entonces, por ahí viene el acuerdo, él vió que me hace mal las pastillas. Entonces se decidió que se va a cuidar él; si fuera por mi marido, él hubiese querido tener más hijos. A veces es como que se cansa del profiláctico, pero no sé, aguanta bastante bien, no hay mucho drama" (Estela, 47 años, 4 hijos);

"viste que los maridos nunca quieren usar profilácticos, ellos no se quieren cuidar nunca, yo soy una mujer que no hablo mucho, soy callada..., y bueno, ahora él fue el que me dijo de cuidarnos; yo buscaba para operarme o ponerme un espiral" (Rosario, 35 años, 11 hijos);

"mi marido quiere que yo tome pastillas anticonceptivas, pero yo le hice hacer una charla con el doctor que me atiende y él le dijo que yo no estoy apta para cosas así, me ponía demasiado nerviosa, me enloquecía, el corazón me afligía, entonces se tiene que cuidar

él con profilácticos. Mucho no le gusta pero, por el tema del Sida, yo quiero que los use" (Elena, 47 años, 5 hijos):

"para él era mejor el Diu, pero como (yo) tenía pérdidas ya no se puede. Mi esposo no quiere empezar de nuevo, así que está de acuerdo con cuidarse" (Nilda, 36 años, 3 hijos):

"la decisión de tomar pastillas es casi mía, no sé si es por comodidad de él o porque piensa que sé más de esto que él, él acepta que yo tome pastillas, pero pienso que a él le gustaría tener más hijos, pero yo no, ya estoy bastante viejita para esas cosas. Antes me insistía más, pero ahora no" (Marta, 39 años, 4 hijos):

"cuando descanso de las pastillas a él mucho tampoco le gusta el preservativo, pero por mí lo hace, digamos que muy muy no, pero bueno. Además, no queremos tener más hijos, uno por la situación económica y otra porque mis embarazos son complicados y este último fue peor, así que no. Ya dijimos, con la nena basta" (Ofelia, 33 años, 3 hijos):

"yo decidí el uso de pastillas con la doctora. Yo le dije a mi marido que si tuviera un chico ahora me muero, ya no tengo capacidad; él me entiende, yo sé que no se siente defraudado porque él a veces joroba, pero yo sé que él tampoco da más" (Valentina, 40 años, 3 hijos).

Lo vertido por las mujeres muestra que la decisión del uso de métodos recae principalmente sobre ellas. Como en las mujeres de menor nivel socioeconómico y mayor edad los malestares físicos y los efectos colaterales de los métodos modernos como la pildora y el Diu son más comunes, estas parejas han recurrido al uso del condón pese al desagrado que, según las mujeres, manifiestan los hombres por este método. El compromiso un poco más activo de los hombres de sectores populares en la adopción y continuidad en el uso de la anticoncepción es una línea de investigación que está siendo estudiada y que promete significativos aportes a los estudios de género.

5. Consideraciones finales

Aunque el número de casos es muy exiguo se ha buscado establecer, de manera tentativa, algunas regularidades. La edad al nacimiento del primer hijo no parece marcar diferencias entre las mujeres, ya que sólo una pequeña parte tuvo sus hijos antes de los 20 años. Tampoco se dibuja una línea divisoria según el tamaño de las familias de origen, porque casi todas ellas fueron muy numerosas. En relación a los posibles escenarios para sus hijos, las mujeres quisieran para ellos una vida mejor que la que ellas han vivido: mayor éxito y permanencia en el sistema educativo, una inserción temprana y estable en mercado laboral y una postergación de la edad al casamiento y de la práctica de la maternidad. Reconocen diferencias en las pautas de crianza entre ellas y sus hijos y opinan favorablemente de la mayor fluidez en el diálogo, especialmente en los temas vinculados a la sexualidad, la anticoncepción y la prevención del Sida. Estiman muy valioso el papel de la escuela como orientadora en la educación sexual y reproductiva. En cambio, pocas conocen y ninguna menciona espontáneamente algún servicio de salud cercano donde se ofrezca asistencia en anticoncepción. En el discurso de las mujeres está ausente el papel de los servicios de salud. Siguiendo esta línea, si bien se han observado trayectorias erráticas o de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres reentrevistadas, parecen insinuarse ciertos cambios en la práctica anticonceptiva. El control más constante sobre la reproducción parece estar relacionado con la edad de las mujeres incidiendo, además, el deterioro de las condiciones de vida. Por una parte, la edad determina que la descendencia alcanzada sea bastante alta, lo cual las predispone positivamente hacia la adopción de medidas que limiten el número de nacimientos. En segundo término, la falta de empleo de los cónyuges e hijos las vuelca hacia la demanda de trabajo.

Resulta difícil establecer fronteras nitidas entre socialización, paridez, educación y trabajo en una población bastante homogénea. Lo que pareciera emerger es una trama de circunstancias históricas y actuales que propician la alta fecundidad, en las cuales predominan las relaciones de género de corte patriarcal y asimétrico. El bajo nivel de educación formal y la inserción en la actividad económica, cuando existe, en ocupaciones de baja calificación, contribuyen a alimentar

las imágenes de la realización personal de las mujeres pobres dentro del ámbito de su familia y de sus redes familiares. El costo de oportunidad por tener un hijo más no parece constituir un problema tan evidente como el que, sin duda, se manifiesta en las mujeres con mejores condiciones de vida. Para retomar la tesis de McDonald (1997) mencionada al principio del artículo, podría pensarse que en las mujeres argentinas de mayores recursos, la falta de apoyos familiares -léase compartir con sus cónyuges las tareas que implica la crianza de los niños y las tareas domésticas del hogar-, el estímulo para aumentar el tamaño de la familia es escaso, porque existen deseos de realización personal que pueden verse postergados u obstaculizados ante la llegada de un hijo adicional. En las mujeres pobres las posibilidades de actividades gratificantes fuera del hogar son insuficientes, de manera que es en ese escenario en el que las mujeres se sienten más cómodas, y en ese contexto los hijos constituyen el núcleo más importante. Dicho esto, parecieran también insinuarse ciertos factores que contribuyen a modificar la situación de las mujeres y su descendencia: la ampliación del nivel de estudios, los saberes sociales acerca de la práctica reproductiva y una creciente comunicación entre los cónyuges (sobre todo en las generaciones más jóvenes) a propósito de los temas sexuales y reproductivos. Ante la ausencia de políticas de reducción de la fecundidad y la prescindencia del sector salud en la asistencia a la anticoncepción, el camino de la construcción de la descendencia de las familias más pobres de la Argentina aparece más ligado a los cambios que se producen en su interior, como consecuencia de las transformaciones mencionadas y del exterior, como las demandas de una creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo por la situación de crisis de empleo en los perceptores tradicionales del ingreso familiar. Lo anterior confluye para poner de relieve las preguntas ya señaladas en otros artículos elaborados por este equipo de investigación sobre las trayectorias futuras de la reproducción en los sectores carenciados: ¿seguirá bajando la fecundidad de las mujeres más pobres hasta los niveles del conjunto del Conurbano de Buenos Aires? ¿continuará sin atenderse la demanda potencial no satisfecha de asistencia en anticoncepción? ¿proseguirán las mujeres automedicándose al margen de la actividad preventiva y de diagnóstico

SALUD Y POBLACIÓN • CUESTIONES SOCIALES PENDIENTES

y tratamiento del sector salud?

Nombre	Edad	Núm. de hijos	Edad de los hijos	Estructura de la familia	Estructura del espacio	Lugar de nacimiento de la entrevistada	Lugar de nacimiento del esposo	¿Um MAC?	Trabajo actual
Bertha	37	3	19,18,16,10,7	Prim.comp.	Sec.comp.	Con. B.A.	Chaco	Resno/Bélgica	SI
Carmen	47	3	23,19,17,15,9	Prim.comp.	Prim.incomp.	Santa Fe	Cap.Fed.	Argentina	SI
Clara	40	13	17,16,15,13,12,10,9,8,4,3,2,1	3er. grado	Prim.comp.	Santa Fe	Tigre	No	Buena
Celdina	41	8	20,18,16,15,12,10,7,5	Prim.comp.	Prim.comp.	Sgo.del Estero	Corrientes	No	No
Elsa	47	5	23,15,13,9,4	1er. grado	Prim.comp.	Corrientes	Corrientes	Corrida	
Estela	47	4	23,21,16,6	Prim.incomp.	Prim.comp.	Chaco	Sgo.del Estero	Argentina	SI
Graciela	48	3	22,20,19	1er. grado	Prim.comp.	Cap. Fed.	Italia	No	SI
Mabel	47	3	27,26,24	Prim.incomp.	Prim.incomp.	Corrientes	Corrientes	No	No
Marta	39	4	15,13,9,3	prim.comp.	Prim.comp.	Cap. Fed.	Sgo.del Estero	Paraguay	Buena
Nancy	47	3	23,19,17	Sec.incomp.	Prim.incomp.	Tucumán	Tucumán	No	Buena
Nilda	36	3	11,9,7	Prim.incomp.	SI	Sgo.del Estero	SI	condición	SI
Oflia	33	3	10,5,3 meses	Sec.incomp.	Prim.comp.	Con. B.A.	Con. B.A.	Variable	SI
Rosario	35	11	13,12,11,10,9,8,7,5,2,1,6 meses	Prim.incomp.	Prim.comp.	Con. B.A.	Cap. Fed.	condición	No
Valentina	40	3	24,19,8	Prim.comp.	Prim.comp.	Misiones	Corrientes	Condición	No

Bibliografía

Bisilliat, Jeanne (1992) "Introduction", en Bisilliat, J.(dir.), *Relations de genre et développement, femmes et sociétés*, Paris, ORSTOM (Coll."Colloques et Séminaires").

Chesnais, Jean-Claude (1996) "Fertility, family and social policy in contemporary Western Europe", *Population and Development Review*, 22, no.4: 729-739.

Cosío-Zavala, María Eugenia (1997), "Singularidades y modalidades de las transiciones de la fecundidad en América Latina", en Benoit, D. y M. Pilon (eds), *Maestría de la fecundidad y planificación familiar*, Viémes. Journées Démographiques de l'ORSTOM (Paris, 28-30 septiembre 1994), Collection Colloques et Séminaires. Paris, Editions de l'ORSTOM.

Femminella, F.X y J.S.Quadagno (1976) *The Italian American Families in America, Patterns and Variations*, New York, Oxford, Amsterdam, Eisevier.

Findling, Liliana y Elsa López (1996) "Mujeres pobres del Conurbano Bonaerense. Conexiones entre dinámica del hogar y prácticas anticonceptivas", en *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, CENEP/OMS, CEDES y AEPA.

Findling, Liliana y Susana Masseroni (1996) "Significaciones socio-culturales acerca de la salud reproductiva" en Findling, L. y A.M. Mendes Diz (comp.) *La salud en debate. Una mirada desde las Ciencias Sociales*, Buenos Aires, Instituto Gino Germani y Ciclo Básico Común (UBA)

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

Giddens, Anthony (1995) *La transformación de la intimidad*.

Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas, Madrid, Cátedra, Colección Teorema (Serie Mayor).

Hoffman-Nowotny, Hans Joachim (1978) "Sociological and demographic aspects of the changing status of migrant women in Europe", en Niphuis-Nell, Mary *Demographic aspects of the changing status of women in Europe*, London, Martinus Nijhoff Social Sciences Division (NIDI no.7, Cap 9, pp. 117-135).

Locoh, Thérèse y Christine Tichit (1996) "Introduction", en T. Locoh, A. Labourie-Racapé y C. Tichit (edit), *Genre et développement: des pistes a suivre*, Paris, CEPED.

López, Elsa (1997) *La salud reproductiva en el Conurbano de Buenos Aires*, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, Ciclo Básico Común. En prensa.

y Liliana Findling (1995), "Valoraciones sobre la familia y la salud en mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires", *Jornadas de Aporte de la Universidad a los Estudios de la Mujer*, Buenos Aires, Ministerio de Cultura y Educación de la Nación y Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto.

y Mario Margulis (1995), "Aproximaciones de sentido a la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud". Informe final de investigación UBACYT.

McDonald, Peter (1997) "Gender equity, social institutions and the future of fertility". Ponencia presentada en el Seminario "Mujeres y familias" organizado por el CICRED y la UNESCO. París, 24 al 26 de febrero.

(1996) "Demographic life transitions: an alternative theoretical paradigm" *Health Transition Review*, Supplement 6: 385-382.

Oliveira, Orlandina de (1995), "Familia y relaciones de género en México". Ponencia presentada en el VIII Simposium Internacional "Humanismo: mujer, familia y sociedad". Mimeo.

Pantelides, Edith A. (1986) "Notas respecto a la posible influencia de la inmigración europea sobre la fecundidad en la Argentina", *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 1 (3).

, Rosa Geldstein y Graciela Infesta Domínguez (1995) *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*, Buenos Aires, CENEP, Cuaderno del CENEP No. 51.

Torrado, Susana (1993) *Procreación en la Argentina. Hechos e ideas*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor y Centro de estudios de la Mujer.

Vimard, Patrice (1997) *Transitions démographiques et familiales. Des théories de la modernisation aux modèles de crise*. Documents de Recherche No.3. Paris, ORSTOM.

índice

Prólogo	7
Reproducción, familia y género: decisiones en torno a la fecundidad y al trabajo Elsa López y Liliana Findling	11
Un estudio comparativo del comportamiento reproductivo de mujeres de alta y baja paridez María Cristina Ventura	34
Uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres pobres del Conurbano Bonaerense Andrea Federico	49
El estudio de la participación del varón en la salud reproductiva: notas para la discusión Graciela Infesta Domínguez y Hernán M. Manzelli	69
Legislaciones sobre aborto: un análisis comparado Mario Pecheny	87
Póliticas de población en la década de 1930-1940 en la Argentina. Un análisis preliminar Susana Novick	102
Mortalidad por suicidio en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características. Transformaciones en el período 1980-1995. Victoria Mazzeo	119
Utilización y gasto en servicios de salud según educación, clase social e ingreso, en el área metropolitana de Buenos Aires. Jorge Raúl Jorrat, Elida Marconi, Mercedes Méndez, Alonso e Inés Moreno.	133

SALUD Y POBLACIÓN • CUESTIONES SOCIALES PENDIENTES

La desregulación de las obras sociales: una mirada sobre la reforma desde los actores involucrados	151
Liliana Findling	
Nuevo perfil sindical, mercado y salud. El caso de la obra social de los trabajadores de las empresas de electricidad (O.S.T.E.E.)	168
Stella Maris Cabral	
La voz del estado y la voz del mercado. Diferencias y algunas semejanzas entre las campañas de promoción de la salud y promoción del consumo	183
Ricardo Martínez Mazzola	
Los modelos político-comunicativos del sida y el cólera en la Argentina 1991-1993	201
Mónica Petracci, Luis A. Quevedo y Ariana Vacchieri	
Identidades y complejo vih/sida	219
Graciela Biagini	
El hospital público y el complejo vih/sida	234
Marita Sánchez y Raquel Ayala Torales	
Percepciones de los jefes de guardia de un hospital metropolitano acerca de su trabajo	247
Ana Lía Kornblit	
La salud reproductiva en las representaciones y prácticas de los servicios públicos de salud	265
Susana Checa y Cristina Erban	
Los jóvenes y el riesgo	288
Ana María Mendes Diz	

SALUD Y POBLACIÓN • CUESTIONES SOCIALES PENDIENTES

- Jóvenes, instituciones y malestar personal acerca de la
producción social de problemas biopsicológicos en adolescentes
que reciben tratamiento hospitalario** 307
Daniel R. Padilla
- El suicidio juvenil en la Argentina** 326
Pablo D. Bonaldi

ANEXO 2A:

CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE SALUD REPRODUCTIVA



ENCUESTA DE SALUD REPRODUCTIVA

N° de encuesta

Partido

Fracción

Radio

N° de hogar

N° de vivienda

Encuestadora (nombre)			
Visitas de la encuestadora	Primera	Segunda	Tercera
Fecha (día y mes)			
Duración (minutos)			
Resultado vivienda*			
Resultado entrevista**			
Próxima visita			
Fecha			
Hora			

* Códigos Resultado Vivienda

1. Vivienda ocupada
2. Vivienda desocupada
3. Vivienda colectiva (espec.)
4. Dirección no ubicada
5. Otros casos (espec.)

** Códigos Resultado Entrevista

1. Completa
2. Ausente
3. Aplazada
4. Rechazo primario
5. Rechazo definitivo
6. Parcialmente completa
7. Otro (especif.)

CUESTIONARIO DEL HOGAR

Ahora le haré algunas preguntas sobre las personas que viven habitualmente en este hogar

PERSONA NUMERO	RESIDENTES HABITUALES Por favor, dígame los nombres de las personas que viven habitualmente en este hogar comenzando por el jefe/a	RELACION CON EN JEFE DEL HOGAR ¿Cuál es la relación de (Nombre) con el jefe/a del hogar?	SEXO ¿Es (Nombre) hombre o mujer?		EDAD ¿Cuántos años cumplidos tiene? (Nombre)
			H	M	EN AÑOS. SI ES MENOR DE UN AÑO ANOTAR LOS MESES Y ENCERRAR EN UN CIRCULO
01		Jefe / a	1	2	<input type="text"/>
02			1	2	<input type="text"/>
03			1	2	<input type="text"/>
04			1	2	<input type="text"/>
05			1	2	<input type="text"/>
06			1	2	<input type="text"/>
07			1	2	<input type="text"/>
08			1	2	<input type="text"/>
09			1	2	<input type="text"/>
10			1	2	<input type="text"/>
11			1	2	<input type="text"/>
12			1	2	<input type="text"/>
13			1	2	<input type="text"/>
14			1	2	<input type="text"/>

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

Respondente Persona N°

Sección I. Características sociodemográficas

1.1. ¿ En qué mes y año nació?

Mes Año.....

1.2. ¿ Cuántos años cumplidos tiene usted?

.....años

1.3. ¿ Fue usted a la escuela o está asistiendo actualmente a ella? (Espontánea/excluyente)

1. Fue

2. Asiste actualmente

3. No fue pase a (1.5)

1.4. ¿Cuál fue el último grado o año que Ud. aprobó? (Espontánea/excluyente: preguntar de qué nivel y consignar según categorías y último año alcanzado)

Grado o año

1. Primaria incompleta

2. Primaria completa

3. Secundaria incompleta

4. Secundaria completa

5. Terciaria incompleta

6. Terciaria completa

7. Universitaria

1.5. Durante la semana pasada, usted...(Guiada/excluyente)

1. trabajó

2. no trabajó por licencia, enfermedad o huelga pero tiene empleo pase a (1.7)

3. no trabajó por estar en seguro de paro o suspendida pase a (1.7)

4. buscó trabajo pase a (1.7)

5. es jubilada o pensionada y no trabaja pase a (1.11)

6. estudia y no trabaja pase a (1.11)

7. cuidó del hogar solamente pase a (1.11)

8. otra situación (especificar)

1.6. ¿ Cuántas horas trabajó la semana pasada? (Espontánea)

.....horas semanales

1.7. ¿Cuál es su ocupación principal y qué tareas realiza en su trabajo? (Abierta)

Nombre de la ocupación

Tareas que realiza

1.8. ¿A qué se dedica la empresa/negocio/establecimiento donde usted trabaja? (Abierta)

.....

1.9. En su trabajo, ¿usted es ... (Guiada/excluyente)

1. obrera o empleada?
2. trabajadora por cuenta propia?
3. patrona o empleadora? ¿Cuántas personas tiene empleadas?
4. trabajadora familiar sin pago?
5. Otros (especificar)

1.10. ¿ Realiza ese trabajo dentro o fuera de su casa? (Guiada/excluyente)

1. Dentro de su casa
2. Fuera de su casa

1.11. ¿ Dónde nació? (Espontánea/excluyente)

1. En el Area Metropolitana. Lugar
2. En otra localidad de la Prov. de Bs. As. ¿Cuál?
3. En otra provincia ¿Cuál?
4. En otro país. ¿Cuál?
5. No sabe/no contesta

1.12. ¿Dónde vivía hace 5 años? (Espontánea/excluyente)

1. En el Area Metropolitana. Lugar
2. En otra localidad de la Prov. de Bs. As. ¿Cuál?
3. En otra provincia ¿Cuál?
4. En otro país
5. No sabe/no contesta

1.13. Cuando usted era chica, digamos hasta los 12 años, ¿vivió la mayor parte del tiempo en el campo, en un pueblo pequeño o en una ciudad? (Guiada/excluyente)

1. En el campo
2. En un pueblo
3. En una ciudad
4. No sabe/no recuerda

1.14. ¿ Ha estado casada o unida alguna vez? (Espontánea/ excluyente)

1. Sí → pase a (1.16)
2. No

1.15. ¿Ha tenido relaciones sexuales?

1. Sí → pase a (1.16)
2. No → pase (2.11)

1.16. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo la primera relación sexual?
..... años

Sección II. Fecundidad y opiniones acerca de la reproducción

Ahora quisiera preguntarle por los hijos e hijas que ha tenido durante toda su vida.

2.1. ¿ Ha tenido algún hijo o hija nacido vivo? (Espontánea/excluyente)

1. Sí
2. No → pase a (2.3)

2.2. ¿ Cuántos hijos e hijas nacidos vivos ha tenido en toda su vida? (Registrar número)

1. Hijos
2. Hijas
3. Total de hijos nacidos vivos.....

2.3. ¿ Ha tenido alguna vez un hijo o una hija nacido vivo que después murió, aunque haya vivido poco tiempo? (Espontánea/excluyente)

1. Sí
2. No → pase a (2.5)
3. No ha tenido hijos → pase a (2.6)
4. No sabe/no contesta → pase a (2.5)

2.4. ¿ Cuántos de sus hijos han muerto? (Registrar número)

- Número → pase a (2.5)
- No sabe / no contesta → pase (2.5)

2.5. Ahora quisiera que me dijera, comenzando por el mayor, el nombre de todos sus hijos nacidos vivos (aunque después hayan muerto) y el mes y año en el que nacieron) (Guiada/registrar según orden)

NOMBRE	MES	AÑO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

2.6 Está Ud. embarazada actualmente?(Espontánea/excluyente)

- | | | | | |
|----|---------|---|-------------------------|---------------|
| 1. | Sí | → | PASE A | (2.7) |
| 2. | No | | SI HA TENIDO HIJOS → | pase a (2.7) |
| | | | SI NO HA TENIDO HIJOS → | pase a (2.10) |
| 3. | No sabe | | SI HA TENIDO HIJOS → | pase a (2.7) |
| | | | SI NO HA TENIDO HIJOS → | pase a (2.10) |

2.7. PARA LAS MUJERES ACTUALMENTE EMBARAZADAS Y PARA TODAS LAS MUJERES QUE HAN TENIDO HIJOS NACIDOS VIVOS.

Encuestadora: vea las respuestas a la pregunta 2.5, y pregunte por el último hijo nacido vivo o por el embarazo actual. Cuando usted quedó embarazada del último hijo (del actual embarazo), ¿quería quedar en ese momento, quería esperar o no quería quedar de ninguna manera? (Guiada/excluyente)

1. Quería quedar
2. Quería esperar
3. No quería quedar
4. Otros (especificar).....
5. No sabe/no contesta

2.8. Cuando usted quedó embarazada del último hijo ¿se cuidaba? (Espontánea/excluyente)

1. Sí
2. No → pase a (2.10)
3. No sabe/no contesta → pase a (2.10)

2.9. ¿Cómo se cuidaba? (Abierta)

2.10. ¿Alguna vez ha tenido una pérdida o un aborto o un bebé que ha nacido muerto? (Espontánea/excluyente)

1. Sí ¿Cuántos? → pase a (2.11)
2. No → pase a (2.11)
3. No sabe/no contesta → pase a (2.11)

2.11. En una situación ideal donde no hubiera problemas económicos ¿cuál le parece que sería el número de hijos que una familia desearía tener? (Registrar número)

..... Número No sabe ()

2.12. Y usted, teniendo en cuenta su situación concreta ¿cuántos hijos desearía tener/haber tenido en total? ¿cuántos varones y cuántas niñas? (Registrar número)

..... varones
 niñas
 total No sabe ()

2.13. ¿Cuál es la mejor edad de la mujer para comenzar a tener hijos? ¿Y para terminar de tenerlos?
¿Por qué?

2.13.a. Para comenzar años

¿Por qué? (Espontánea / puede ser múltiple)

1. Madura, centrada, responsable
2. Dejó de ser adolescente / pasó la adolescencia / es más adulta
3. Está más capacitada / sabe más
4. Disfrutar antes
5. Otros (especificar).....
6. No sabe / No contesta

2.13.b. Para terminar..... años

¿Por qué?

1. Por motivos de salud / riesgos
2. Por motivos de edad / grande / edad avanzada
3. Por motivos de salud del niño
4. Otros (especificar).....
5. No sabe / no contesta

2.14. ¿Cuánto tiempo le parece que debería pasar entre el nacimiento de un hijo y el siguiente?
(Registrar en años y meses)

.....
No sabe ()

2.15. ¿Y cuánto tiempo sería bueno que pasara entre la unión de una pareja y el nacimiento de un hijo?
Registrar en años y meses

.....

2.16. ¿Cuáles le parece a usted que serían las razones por las que una mujer desearía no tener más hijos?
(Espontánea / puede ser múltiple)

1. Económicas
2. De salud
3. De edad
4. Está sola
5. Tiene muchos
6. Prefiere tenerlos bien
7. Mucho trabajo
8. No quiere
9. Problemas conyugales
10. Problemas familiares
11. Otros (especificar).....
12. No sabe / no contesta

2.17. ¿Cuántos hijos tuvo su mamá en toda su vida? (Registrar número)

..... hijos

No sabe ()

2.18 PARA LAS MUJERES QUE TIENEN HIJOS Y TRABAJAN (VER PREG. 1.5. CATEGORIAS 1,2, 3 Y 4 DE SECCION I y preg. 2.1. a 2.4.DE SECCION II): Con quién deja habitualmente a su/s hijo/s cuando trabaja? (espontánea/puede ser múltiple)

1. Con mi esposo/compañero
2. Con mi madre/suegra
3. Con mi/s hijo/s
4. Con otros familiares
5. Con vecinos
6. Trabajo en mi casa
7. Con una empleada
8. Lo llevo a mi trabajo
9. Lo mando a guardería
10. Sus hijos son grandes
11. Otros (especificar).....
12. No sabe/no contesta

CONFIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS EN LA SECCION II

B () R () M ()

Presencia de otras personas en este momento

1. Ninguna persona
2. Niños menores de 10 años
3. Esposo/compañero
4. Otros hombres
5. Otras personas

Sección III. Salud reproductiva y servicios de salud

3.1. Me gustaría ahora hacerle algunas preguntas referidas a los cuidados de la salud de las mujeres.
¿Alguna vez se ha hecho un Papanicolau?, el examen de control para el cáncer de cuello del útero.
(Espontánea/excluyente)

1. Sí → pase a (3.3)
2. No
3. NS/NR

3.2. ¿Por qué? (Abierta)

.....
..... No sabe ()

PASE A → (3.4)

3.3. ¿En qué mes y año le hicieron el último Papanicolau? (Registrar)

Mes Año No sabe ()

3.4. Con respecto a la última vez que consultó por un problema de salud propio de las mujeres (pérdidas, atrasos, dolores, quistes, embarazo, post-parto)... ¿adónde fue a atenderse?
(Espontánea / puede ser múltiple) (Especificar el nombre del lugar).

1. Hospital
2. Centro de Salud o salita
3. Clínica privada
4. Médico particular / consultorio
5. Otros (especificar)
6. No consulta → pase a (3.9)
7. No sabe / no contesta → pase a (3.9)

3.5.1. ¿Cuánto tiempo hace que hizo esa última consulta? (Registrar tiempo)

..... en meses y años

3.5.2. ¿Cuánto tiempo tuvo que viajar en esa oportunidad? (Registrar tiempo)

..... en minutos y horas

3.5.3. ¿Por qué problemas consultó esa vez? ¿Qué tuvo? (Abierta)

.....
.....
.....

3.5.4. ¿La atendieron en la guardia o en el servicio de ginecología o de obstetricia?
(Espontánea / puede ser múltiple)

1. En la guardia
2. En el Servicio de Ginecología
3. En el Servicio de Obstetricia
4. En otro servicio ¿Cuál?
5. No sabe / No contesta

3.5.5. ¿Tuvo que sacar turno? (Espontánea / excluyente)

1. Sí
2. No
3. No sabe / No contesta

3.5.6. ¿Tuvo que pagar? (Espontánea / excluyente)

1. Sí
2. No
3. No sabe / No contesta

3.5.7. ¿La vio un/a médico/a o una enfermera? (Espontánea / puede ser múltiple)

1. Un/a médico/a
2. Una enfermera
3. No sabe / No contesta

3.5.8. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que la atendieran? (Espontánea / excluyente)

1. No tuvo que esperar
2. Hasta media hora
3. Entre media y una hora
4. Entre una y dos horas
5. Entre dos y tres horas
6. Más de tres horas
7. No sabe / No contesta

3.5.9. Mientras la estaban atendiendo ¿había otras personas aparte de usted y del médico (o la enfermera) en el consultorio? (Espontánea / excluyente)

1. Sí
2. No
3. No sabe / No contesta

3.5.10. ¿Cuánto tiempo le dedicó el médico / la enfermera a esa consulta? (Registrar tiempo)

.....en minutos y.....horas

3.5.11. ¿Le pudo contar al médico / a la enfermera todo lo que le pasaba? (Abierta)

.....
.....
.....

3.5.12. ¿Qué consejos o indicaciones le dio? (Abierta)

.....
.....
.....

3.5.13. ¿Le recetó medicamentos? (Espontánea / Excluyente)

1. Sí
2. No → pase a (3.5.15)
3. No sabe / no contesta → pase a (3.5.15)

3.5.14. ¿Los compró, se los dieron o no los compró ni se los dieron? (Guiada / puede ser múltiple)

1. Los compró
2. Se los dieron
3. No los compró ni se los dieron
4. Otra situación (especificar).....
5. No sabe / no contesta

3.5.15. ¿Le indicaron análisis, radiografías u otros estudios? (Guiada / puede ser múltiple)

1. Sí, análisis
2. Sí, radiografías
3. Sí, otros estudios ¿Cuáles?
4. No le indicaron ninguno → pase a (3.6.)
5. No sabe / no contesta

3.5.16. ¿Se hizo esos estudios? (Guiada / excluyente)

	SI	No
1- Análisis		
2- Radiografías		
3- Otros estudios

3.6. Usted diría que este lugar es muy bueno, bueno, regular, malo ó muy malo? (Guiada/excluyente)

- | | |
|--------------|--|
| 1. Muy bueno | 4. Malo |
| 2. Bueno. | 5. Muy malo |
| 3. Regular | 6. No sabe/no contesta → pase a (3.9.) |

3.7. ¿ Qué es lo mejor que tiene ese lugar? (Abierta)

.....

.....

.....

3.8. ¿ Y qué cosas no le gustan de ese lugar? (Abierta)

.....

.....

.....

3.9. ¿Usted tiene actualmente alguna cobertura de salud, por ejemplo obra social o sistema de prepago? (Espontánea/puede ser múltiple para el sí)

1. Sí¿Qué tipo?

 1.1. Obra Social
 1.2. Prepago
 1.3. Otras (especificar)
 1.4. NS/NR

2. No → puse a (5.11)

3. No sabe/no contesta → puse a (3.11)

3.10. ¿La usa? (Espontánea/excluyente)

1. Sí
 2. No
 3. No sabe/no contesta

3.11. ¿Conoce Ud. algún servicio de salud especializado de Pfanificación Familiar? (Espontánea/excluyente/abierto para la opinión)

1. Sí ¿Cuál?

 2. No
 3. No sabe/no contesta

3.12. ¿Usted fuma? (Espontánea/excluyente)

1. Sí ¿Cuántos cigarrillos por día? -
 2. No
 3. No sabe/no contesta

3.13. Le voy a leer una serie de oraciones. Dígame, por favor, si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de las frases

	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	NS
1. Una mujer debe tener los hijos que le lleguen				
2. La mayoría de las mujeres preferirían tener un trabajo bien pago que ser amas de casa.				
3. Las mujeres deben tener los hijos que puedan criar bien.				
4. Las mujeres deberían decidir ellas mismas si quieren ser madres.				
5. Las mujeres tienen que tener los hijos que tengan ganas.				
6. Una mujer no es verdaderamente mujer si al menos no ha tenido un hijo.				
7. Las mujeres deben casarse tan pronto como sea posible.				
8. Los anticonceptivos traen muchos trastornos.				
9. Las mujeres tienen el derecho de disfrutar de las relaciones sexuales sin el temor al embarazo.				

3.15. Una mujer con muchos hijos vuelve a quedar embarazada y está preocupada porque su esposo/compañero no tiene un empleo estable y hace changas. ¿Qué piensa Ud. que le dirían (Guiada/abierta)

la madre No sabe ()
el esposo/compañero No sabe ()
una amiga No sabe ()
un médico No sabe ()
Ud.? No sabe ()

3.16. ¿Cuáles serían las razones que llevan a algunas mujeres a hacerse un aborto? (Abierta)

.....
.....

No sabe ()

CONFIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS EN LA SECCION III

B O R O M O

Presencia de otras personas en este momento

1. Ninguna persona
2. Niños menores de 10 años
3. Esposo/compañero
4. Otros hombres
5. Otras personas

Sección IV. Conocimiento, uso y opiniones de métodos anticonceptivos

4.1. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre los métodos que pueden usarse para no tener hijos o para retrasar un embarazo.

¿De cuáles métodos ha oído hablar? (MARQUE CON UNA CRUZ EL/LOS METODOS QUE LA ENTREVISTADA MENCIONA ESPONTANEAMENTE).

4.2. ¿Ha oído nombrar a...? (LEER LOS QUE NO MENCIONO EN 4.1. Y MARCAR CON UNA CRUZ LOS QUE CONOCE Y LOS QUE NO CONOCE).

4.3. Ha usado alguna vez algunos de los métodos mencionados? (MARQUE CON UNA CRUZ LOS QUE HA USADO Y LOS QUE NO HA USADO)

METODOS	4.1	4.2		4.3	
	HA OÍDO HABLAR ALGUNA VEZ DE... (Espontánea/múltiple)	CONOCE UD. (Guiada)		HA USADO ALGUNA VEZ (Esp./mult.)	
		SI	NO	SI	NO
Píldora o pastilla anticonceptiva					
DIU, espiral o T de cobre					
Inyección anticonceptiva					
Métodos vaginales: espumas, jalcas, cremas o diafragmas					
Condón o preservativo					
Esterilización femenina					
Vasectomía u operación masculina					
Método de Billings o abstinencia periódica					
Ritmo o calendario					
Retiro					
Yuyos u otros métodos tradicionales					
Otro método ¿cuál?					

PARA LAS NUNCA USUARIAS → pase a (4.4)

PARA LAS ALGUNA VEZ USUARIAS → pase a (4.6)

4.4. PARA LAS QUE NUNCA USARON NINGUN METODO

¿Alguna vez usted usó algo para tratar de evitar o postergar un embarazo? (Espontánea/excluyente)

1. Si → corrija 4.3 y → pase a (4.6)

2. No → pase a (4.5)

3. No sabe/no contesta → pase a (4.5)

4.5. PARA LAS NUNCA USUARIAS

¿Cuál es la principal razón por la cual nunca ha usado? (Espontánea/excluyente)

1. Desea embarazo
2. No le gusta
3. Miedo a efectos colaterales
4. Por el costo (no tiene dinero para comprar)
5. Falta conocimiento de método
6. Le queda lejos para conseguir
7. Razones religiosas
8. El esposo/compañero se opone
9. Posparto o amamantando
10. Sus relaciones sexuales
11. Edad avanzada
12. No quedo embarazada
13. Otras razones (especifique).....
14. No sabe/no contesta



pase a 4.15

4.6. ¿Qué método usó por primera vez para evitar quedar embarazada?(Espontánea/excluyente)

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. Píldora | 7. Vasectomía |
| 2. Diu | 8. Billings |
| 3. Inyecciones | 9. Ritmo |
| 4. Métodos vaginales | 10. Retiro |
| 5. Condón | 11. Yuyos |
| 6. Esterilización femenina | 12. Otros (especifique)..... |
| | 13. No sabe / no contesta |

4.7. ¿Quién le dijo de ese método? (Espontánea/puede ser múltiple)

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Médico:
1.1.Hospital público
1.2.Centro de Salud/ Salta
1.3.Obra Social
1.4.Privado o prepago | 6. Amigos |
| 2. Enfermera | 7. Familiares |
| 3. Partera | 8. Nadie |
| 4. Farmacéutico | 9. Otros (especificar)..... |
| 5. Esposo | 10. No sabe / no contesta |

4.8. ¿ Cuántos hijos tenía cuando empezó a usar este método? (Registrar)

1. Número de hijos.....
2. No tenía hijos
3. No sabe/no contesta

4.9. ¿Está haciendo algo actualmente o usando algún método para evitar quedar embarazada? (Espontánea/excluyente)

1. Sí
2. No → pase a 4.14
3. No sabe/no contesta → pase a 4.14

4.10. ¿Qué está usando? (Espontánea/múltiple hasta 2)

- | | |
|----------------------------|------------------------------------|
| 1. Píldora | 7. Vasectomía |
| 2. Dia | 8. Billings |
| 3. Inyecciones | 9. Ritmo |
| 4. Métodos vaginales | 10. Retiro |
| 5. Condón | 11. Yuyos |
| 6. Esterilización femenina | 12. Otro método (especificar)..... |
| | 13. No sabe/no contesta |

4.11. ¿Quién le comentó de este método? (Espontánea/puede ser múltiple)

1. Médico.
 - 1.1. Hospital Público
 - 1.2. Centro de Salud/Salita
 - 1.3. Obra Social
 - 1.4. Privado o prepago
2. Enfermera
3. Partera
4. Farmacéutico
5. Esposo
6. Amigos
7. Familiares
8. Nadie
9. Otros (especificar)
10. NS/NC

4.12. ¿Cuáles son las ventajas de este método (método actual)? (Espontánea/puede ser múltiple)

1. Es más fácil conseguirlo
2. Es el más barato
3. Deseaba un método permanente
4. Preferencia del esposo/compañero
5. Es el método más efectivo
6. Otra razón (especificar)
7. No sabe/no contesta

4.13. ¿ Ha tenido algún problema con el método actual?(Excluyente)

- 1. Sí ¿Cuál o cuáles? → pase a (4.18)
- 2. No → pase a (4.17)
- 3. No sabe/no contesta → pase a (4.17)

4.14. PARA LAS ALGUNA VEZ USUARIAS

¿Cuál es la principal razón por la cual no está usando actualmente ningún método?
(Espontánea / excluyente)

- 1. Desea embarazo
 - 2. No le gusta
 - 3. Miedo a efectos colaterales
 - 4. Tuvo efectos colaterales
 - 5. No tiene dinero para comprar
 - 6. Falta conocimiento de método
 - 7. Le queda lejos para conseguir
 - 8. Razones religiosas
 - 9. El esposo/compañero se opone
 - 10. Posparto o amamantando
 - 11. Sin relaciones sexuales
 - 12. Edad avanzada
 - 13. No queda embarazada
 - 14. Otras (especificar)
 - 15. No sabe
- } → pase a (4.15)

4.15. PARA LAS NUNCA USUARIAS Y LAS ALGUNA VEZ USUARIAS.

¿ Piensa usar un método para postergar o evitar embarazos en el futuro?(Excluyente)

- 1. Sí → pase a (4.17)
- 2. No
- 3. No sabe/no contesta

4.16. ¿Cuál es la razón principal por la cual no piensa usar ningún método?(Espontánea/excluyente)

- 1. Desea embarazo
 - 2. No le gusta
 - 3. Miedo a efectos colaterales
 - 4. Tuvo efectos colaterales
 - 5. No tiene dinero para comprar
 - 6. Falta conocimiento de método
 - 7. Le queda lejos para conseguir
 - 8. Razones religiosas
 - 9. El esposo/compañero se opone
 - 10. Posparto o amamantando
 - 11. Sin relaciones sexuales
 - 12. Edad avanzada
 - 13. No queda embarazada
 - 14. Otras (especificar)
 - 15. No sabe
- } → pase a (4.18)

4.17. ¿Piensa usted pedirle consejo a alguien ? (Espontánea/ excluyente)

1. Sí, a quién?

2. No

3. No sabe/no contesta

4.18. Según su opinión ¿ por qué algunas mujeres que no quieren quedar embarazadas no se cuidan? (Abierta)

.....

LAS MUJERES SIN RELACIONES SEXUALES PASAN A 4.21.; EL RESTO DE LAS MUJERES (consultar sección I, pregunta 1.15.) PASAN A 4.19.

4.19. ¿ Qué opinión tiene (tenía) su esposo/compañero sobre los métodos anticonceptivos? ¿Por qué? ¿Quién debe usarlos? (Abierta)

.....

4.20. Usted ¿está de acuerdo o no con esa opinión? ¿Por qué?(Abierta)

.....

4.21. Ahora le voy a leer una serie de frases y usted me va a decir si está de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas.

Suponiendo que el aborto fuera legal, usted diría que una mujer puede hacer un aborto si...(Guinda)

	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	NS
1. El embarazo pone en peligro su vida.				
2. El embarazo daña su salud.				
3. La mujer fue violada.				
4. El niño nacerá defectuoso.				
5. La mujer es menor de edad.				
6. La mujer no tiene pareja.				
7. La familia no está en condiciones económicas de sostener a ese hijo.				
8. La mujer no desea ese hijo.				
9. La mujer considera que la familia ya está completa.				

CONFIABILIDAD DE LAS RESPUESTAS EN LA SECCION IV

B () R () M ()

Presencia de otras personas en este momento

1. Ninguna persona
2. Niños menores de 10 años
3. Esposo/compañero
4. Otros hombres
5. Otras personas

Sección V. Estado conyugal

5.1. Actualmente, ¿está casada o unida o es usted separada, divorciada, viuda o soltera?(Excluyente)

- | | | | |
|---------------|---|--------|-------|
| 1. Casada | → | pase a | (5.2) |
| 2. Unida | → | pase a | (5.2) |
| 3. Separada | → | pase a | (5.3) |
| 4. Divorciada | → | pase a | (5.3) |
| 5. Viuda | → | pase a | (5.3) |
| 6. Soltera | → | pase a | (6.1) |

5.2. ¿Está su esposo/compañero viviendo con usted o vive en otra parte?(Excluyente)

1. Vive con ella
2. Vive en otra parte

5.3. ¿Cuántas veces se casó o unió?(Espontánea/excluyente)

1. Una vez
2. Dos veces
3. Más de dos veces

5.4. ¿Cuántos años tenía cuando se casó o unió por primera vez?

Edad

CONFIABILIDAD DE LA SECCIÓN V

B () R () M ()

Presencia de otras personas:

1. Niños menores de 10 años
2. Esposo/compañero
3. Otros hombres
4. Otras personas

Sección VI. Características sociodemográficas del esposo/compañero/jefe o jefa del hogar

6.1. ¿Asistió su esposo/compañero/jefe o jefa del hogar alguna vez a la escuela?(Espontánea/excluyente)

1. Sí
2. No → pase a (6.3)
3. No sabe

6.2. ¿Cuál fue el último grado o año que él o ella aprobó?(Espontánea/excluyente)

Grado o año

1. Primaria incompleta.....
2. Primaria completa.....
3. Secundaria incompleta.....
4. Secundaria completa.....
5. Terciaria incompleta.....
6. Terciaria completa.....
7. Universitaria.....
8. Otro (especificar).....
9. No sabe.....

6.3. Durante la semana pasada, su esposo/compañero/jefe o jefa del hogar...(Guiada)

1. Trabajó
2. No trabajó por licencia, enfermedad o huelga pero tiene empleo → pase a (6.4)
3. No trabajó por estar en seguro de paro o suspendido → pase a (6.4)
4. Buscó trabajo → pase a (6.4)
5. Es jubilado o pensionado y no trabaja → pase a (6.7)
6. Estudia y no trabaja → pase a (6.7)
7. Otra situación laboral (especificar)..... → pase a (6.7)
8. No sabe → pase a (6.7)

6.4. ¿Cuál es la ocupación de su esposo/compañero/jefe o jefa del hogar y qué tareas realiza en su trabajo?(Espontánea)

1. Nombre de la ocupación..... No sabe
2. Tareas que realiza..... No sabe

6.5. ¿A qué se dedica la empresa/negocio/establecimiento donde él/ella trabaja?

..... No sabe.....

6.6. En su trabajo, ¿él es...(Guiada)

1. Obrero o empleado?
2. Trabajador por cuenta propia?
3. Patrón o empleador? ¿Cuántas personas tiene empleadas?.....
4. Trabajador familiar sin pago?
5. No sabe

6.7. ¿Dónde nació su esposo/compañero/jefe o jefa del hogar?(Espontánea/excluyente)

1. En el Area Metropolitana. Lugar
2. En otra localidad de la Prov. de Bs.As. ¿Cuál?
3. En otra provincia. ¿Cuál?
4. En otro país. ¿Cuál?
5. No sabe

6.8. ¿Dónde vivía hace 5 años?(Espontánea/excluyente)

1. En el Area Metropolitana. Lugar
2. En otra localidad de la Prov. de Bs.As. ¿Cuál?
3. En otra provincia. ¿Cuál?
4. En otro país. ¿Cuál?
5. No sabe

Sección VII. Características de la vivienda

7.1. Nivel de vivienda: encuestador, ¿cuál de las siguientes descripciones muestra mejor las características de la vivienda?

1. Villa miseria: casa precaria de lata/madera
2. Villa miseria: casa de material en parte o totalmente
3. Habitación/es en un inquilinato o conventillo
4. Casa precaria de lata/madera
5. Casa de material semiterminada
6. Casa de material terminada
7. Departamento en edificio modesto. Entrada y lugares comunes deteriorados
8. Otros (especificar)

7.2. ¿Es usted...? (Golada y excluyente)

1. Propietario de la vivienda y terreno
2. Propietario del terreno solamente
3. Propietario de la vivienda solamente
4. Inquilino o arrendatario
5. Ocupante en relación de dependencia
6. Le ceden la vivienda
7. Es ocupante de hecho
8. Otros (especificar)
9. No sabe/so contesta

7.3. ¿Cuántas personas viven en este hogar?

.....

7.4. ¿Cuántos cuartos tiene este hogar excluyendo cocina y baño?

.....

7.5. ¿Tiene este hogar instalación de baño con descargue de agua en el inodoro?

1. No
2. Sí
 - 7.5.1. ¿Es de uso exclusivo?
 1. Sí
 2. No

7.6. ¿Tiene frente a su vivienda...

	SI	NO
1. Electricidad		
2. Pavimento		
3. Agua corriente		
4. Red cloacal		
5. Alumbrado público		
6. Gas natural		
7. Recolección periódica de residuos		

ANEXO 2B:

**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)**

ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES
Módulo para el monitoreo de metas sociales

ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL

IDENTIFICACION

Sex		N° en estado				Viv. Hog.	O.	Año												

AUTORRESPONDENTE

AFILIACION

1 ¿Esté afiliada a algún sistema de atención de la salud como obra social, mutual o prepago?

Si 1 No 2 *passa a preg. 4*

2 ¿A cuántos?

Sólo a uno 1
A más de uno 2

3 ¿Es...
(En caso de más de uno, registre la que más utilice)

...una obra social (afiliación obligatoria) 1
...una mutual o prepago (afiliación voluntaria) 2
...otro sistema (especificar) 3

ATENCION GINECOLOGICA

4 Durante el último año, ¿consultó en algún médico ginecólogo?

Si 1 No 2 *passa a preg. 6*

5 ¿A qué distancia de su domicilio estaba o está el lugar donde hizo la consulta?

A menos de 10 cuadras 1
Entre 10 y 20 cuadras 2
A más de 20 cuadras 3 } *passa a preg. 7*

6 ¿A qué distancia de su domicilio estaba o está el lugar donde podría haber consultado?

A menos de 10 cuadras 1
Entre 10 y 20 cuadras 2
A más de 20 cuadras 3

Mujeres de 15 a 49 años

Componente

Entrevista realizada Si 1

No 0

Ausencia 1
Rechazo 2
Otro 3

FECUNDIDAD

7 ¿Está embarazada?

Si 1 No 2

8 ¿Estuvo embarazada anteriormente aunque lo haya perdido?

Si 1 No 2 *passa a preg. 43*

9 ¿Cuántos embarazos tuvo anteriormente?
(Incluidos los embarazos perdidos)

10 De esos embarazos ¿cuántos hijos nacidos con vida tuvo? (incluya a los fallecidos después de nacer con vida)

hijos Ninguno 56 *passa a preg. 14*

11 ¿Cuántos de esos hijos...
(Considere el total declarado en la preg. 10)

1 ...viven actualmente en este hogar?

2 ...viven en otro hogar?

3 ...han fallecido?

14 ¿Perdió algún embarazo?

Si 1 No 2

Cuántos

passa a preg. 15

El Embarazo: Otra Asistencia

	Nombre:	Nombre:	Nombre:
27 ¿Recibió leche en polvo durante el embarazo?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
28 ¿Percebió Ud. o su esposo la asignación prenatal?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N/S <input type="checkbox"/> 3	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N/S <input type="checkbox"/> 3	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 N/S <input type="checkbox"/> 3

El parto

29 ¿Fue...	...por cesárea? <input type="checkbox"/> 1 ...con fórceps? <input type="checkbox"/> 2 ...normal <input type="checkbox"/> 3	...por cesárea? <input type="checkbox"/> 1 ...con fórceps? <input type="checkbox"/> 2 ...normal <input type="checkbox"/> 3	...por cesárea? <input type="checkbox"/> 1 ...con fórceps? <input type="checkbox"/> 2 ...normal <input type="checkbox"/> 3
30 ¿Quién la asistió en el momento del nacimiento?	Un médico <input type="checkbox"/> 1 Una partera <input type="checkbox"/> 2 Una enfermera <input type="checkbox"/> 3 Una comadrona o matrona <input type="checkbox"/> 4 Otra persona <input type="checkbox"/> 5	Un médico <input type="checkbox"/> 1 Una partera <input type="checkbox"/> 2 Una enfermera <input type="checkbox"/> 3 Una comadrona o matrona <input type="checkbox"/> 4 Otra persona <input type="checkbox"/> 5	Un médico <input type="checkbox"/> 1 Una partera <input type="checkbox"/> 2 Una enfermera <input type="checkbox"/> 3 Una comadrona o matrona <input type="checkbox"/> 4 Otra persona <input type="checkbox"/> 5
31 ¿Dónde la atendieron?	Hospital Público <input type="checkbox"/> 1 Unidad Sanitaria o "Salita" <input type="checkbox"/> 2 Establecimiento privado <input type="checkbox"/> 3 Su casa u otra casa <input type="checkbox"/> 4 Otro lugar (especificar) <input type="checkbox"/> 5	Hospital Público <input type="checkbox"/> 1 Unidad Sanitaria o "Salita" <input type="checkbox"/> 2 Establecimiento privado <input type="checkbox"/> 3 Su casa u otra casa <input type="checkbox"/> 4 Otro lugar (especificar) <input type="checkbox"/> 5	Hospital Público <input type="checkbox"/> 1 Unidad Sanitaria o "Salita" <input type="checkbox"/> 2 Establecimiento privado <input type="checkbox"/> 3 Su casa u otra casa <input type="checkbox"/> 4 Otro lugar (especificar) <input type="checkbox"/> 5
32 ¿Pagó Ud. el parto? (o algún otro componente del hogar)	Si, en forma total <input type="checkbox"/> 1 <small>pasar a preg. 34</small> Si, en forma parcial <input type="checkbox"/> 2 No pagó <input type="checkbox"/> 3	Si, en forma total <input type="checkbox"/> 1 <small>pasar a preg. 34</small> Si, en forma parcial <input type="checkbox"/> 2 No pagó <input type="checkbox"/> 3	Si, en forma total <input type="checkbox"/> 1 <small>pasar a preg. 34</small> Si, en forma parcial <input type="checkbox"/> 2 No pagó <input type="checkbox"/> 3
33 ¿Quién se hizo cargo del pago, total o parcialmente?	(Alternativas no excluyentes) Otra Social <input type="checkbox"/> 1 Mutual o prepago <input type="checkbox"/> 2 Hospital Público o "Salita" <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 5	(Alternativas no excluyentes) Otra Social <input type="checkbox"/> 1 Mutual o prepago <input type="checkbox"/> 2 Hospital Público o "Salita" <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 5	(Alternativas no excluyentes) Otra Social <input type="checkbox"/> 1 Mutual o prepago <input type="checkbox"/> 2 Hospital Público o "Salita" <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 5
34 ¿Cuántos días permaneció internada?	1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internada	1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internada	1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internada

Observaciones 1: Indique si alguno de los hijos declarados en el bloque es:

- mellizo 1 especificar cuales.....
- trillizo 2 especificar cuales.....
- otros 3 especificar cuales.....

Observaciones 2:

El niño

Nombre:			Nombre:			Nombre:		
35 ¿Cuántos días permaneció el niño en el establecimiento donde nació?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> días <input type="checkbox"/> 2 no estuvo internado
36 ¿Cuál fue el peso justo del niño al nacer?	<input type="text"/> kilos, <input type="text"/> gramos							
37 ¿Le da pecho?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Falleció <input type="checkbox"/> 3 } <i>passa a preg. 40</i>
38 ¿Agregó otros alimentos? (líquidos o sólidos)	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>
39 ¿A partir de qué mes agregó otros alimentos? (líquidos o sólidos)	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes } <i>passa a preg. 43</i> <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes } <i>passa a preg. 43</i>
40 ¿Le dio pecho?	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>	Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 43</i>
41 ¿Cuántos meses le dió?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="text"/> meses <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes
42 ¿A partir de qué mes agregó o reemplazó por otros alimentos? (líquidos o sólidos)	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes	<input type="checkbox"/> 1 del <input type="text"/> mes <input type="checkbox"/> 2 menos de un mes

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

<p>43 ¿Se cuida para no quedar embarazada?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 <i>passa a preg. 45</i> No <input type="checkbox"/> 2 <i>passa a preg. 44</i> No tiene <input type="checkbox"/> 3 <i>relac. sexuales</i></p>	<p>44 ¿Se ha cuidado alguna vez?</p> <p>Si <input type="checkbox"/> 1 <i>passa a preg. 45</i> No <input type="checkbox"/> 2 <i>finaliza la entrevista</i> Nunca tuvo <input type="checkbox"/> 3 <i>relac. sexuales</i></p>																																							
<p>45 ¿Cómo se cuida o se cuidó? (Alternativas no excluyentes)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1 Ritmo o control del período menstrual</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2 Pastillas o píldoras anticonceptivas</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3 Preservativo o condón</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4 Espiral o dispositivo intrauterino (DIU)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>5 Diafragma</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>6 Otro método (especificar)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table> <p>..... <i>passa a pregunta 46</i></p>		SI	NO	1 Ritmo o control del período menstrual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	2 Pastillas o píldoras anticonceptivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	3 Preservativo o condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	4 Espiral o dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	5 Diafragma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	6 Otro método (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<p>46 ¿Quién se lo indicó o recomendó? (Alternativas no excluyentes)</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>1 Nadie</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>2 Médico, enfermera, obstetra o partera Je un Hospital Público o "Salta"</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3 Médico, enfermera, obstetra o partera de otro lugar</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4 Farmacéutico</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>6 Otro (especificar)</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table> <p>..... <i>Finaliza la entrevista</i></p>		SI	NO	1 Nadie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	2 Médico, enfermera, obstetra o partera Je un Hospital Público o "Salta"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	3 Médico, enfermera, obstetra o partera de otro lugar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	4 Farmacéutico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	6 Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	SI	NO																																						
1 Ritmo o control del período menstrual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
2 Pastillas o píldoras anticonceptivas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
3 Preservativo o condón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
4 Espiral o dispositivo intrauterino (DIU)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
5 Diafragma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
6 Otro método (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
	SI	NO																																						
1 Nadie	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
2 Médico, enfermera, obstetra o partera Je un Hospital Público o "Salta"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
3 Médico, enfermera, obstetra o partera de otro lugar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
4 Farmacéutico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						
6 Otro (especificar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																						