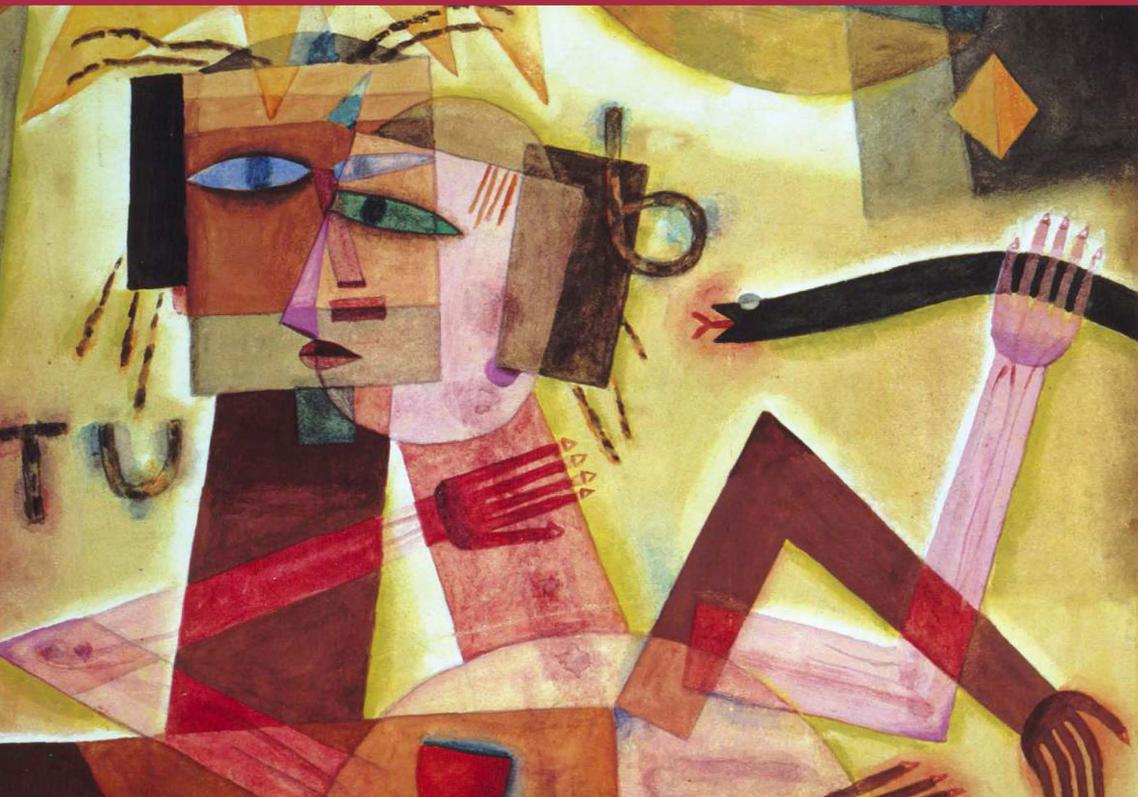


Notas 87

de población



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Comisión Económica para América Latina y el Caribe • CEPAL
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía • CELADE

Alicia Bárcena

Secretaría Ejecutiva

Laura López

Secretaría de la Comisión

Dirk Jaspers_Faijer

Director, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
(CELADE) - División de Población de la CEPAL

Diane Frishman

Oficial a cargo, División de Documentos y Publicaciones

La revista *Notas de población* es una publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, cuyo propósito principal es la difusión de investigaciones y estudios de población sobre América Latina y el Caribe, aun cuando recibe con particular interés artículos de especialistas de fuera de la región y, en algunos casos, contribuciones que se refieren a otras regiones del mundo. Se publica dos veces al año, con una orientación interdisciplinaria, por lo que acoge tanto artículos sobre demografía propiamente tal como otros que aborden las relaciones entre las tendencias demográficas y los fenómenos económicos, sociales y biológicos. Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad de los autores, sin que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, sea necesariamente partícipe de ellas.

Comité editorial:

Ciro Martínez Gómez, Coordinador

Magda Ruiz, Editora especial

Juan Chackiel, Fabiana del Popolo, Dirk Jaspers_Faijer, Jorge Martínez, Timothy Miller

Jorge Rodríguez, Paulo Saad, Susana Schkolnik, Miguel Villa, Orly Winer

Secretaria: Liliana Cuevas

Redacción y administración: Casilla 179-D, Santiago, Chile. E-mail: liliana.cuevas@cepal.org
Ventas: publications@cepal.org. Precio del ejemplar: 12 dólares. Suscripción anual: 20 dólares.

Notas de población

Año XXXV • N°87 • Santiago de Chile



NACIONES UNIDAS

C E P A L

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL

Este número contó con el apoyo financiero parcial del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Diseño de portada: Alejandro Vicuña

Ilustración de portada: “Tú y yo”, Xul Solar, 1923. Derechos reservados Fundación Klub-Museo Xul Solar.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 0303-1829 ISSN versión electrónica 1681-0333

ISBN 978-92-1-323263-7

LC/G.2405-P

Nº de venta S.09.II.G.08

Copyright © Naciones Unidas 2009

Todos los derechos reservados. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Sumario

Políticas de población, programas gubernamentales y fecundidad: una comparación entre el Brasil y México <i>Ernesto F. L. Amaral y Joseph E. Potter</i>	7
Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes <i>Roberto Castro e Irene Casique</i>	35
Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo de sus propios relatos <i>Julieta Quilodrán y Fátima Juárez</i>	63
Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina <i>Silvia Mario y Edith Alejandra Pantelides</i>	95
Hogar y familia indígenas en Bolivia, Chile y Panamá: Algunos hallazgos y su aporte a la recolección de la información censal <i>Ana María Oyarce y Fabiana Del Popolo</i>	121

Políticas de población, programas gubernamentales y fecundidad: una comparación entre el Brasil y México

Ernesto F. L. Amaral¹ y Joseph E. Potter²

Resumen

El gobierno mexicano puso en práctica programas de planificación familiar desde los años setenta, en contraposición al gobierno brasileño que no ha implementado políticas de población. En este artículo se estima la influencia de dichas políticas en las tendencias de fecundidad de mujeres de diferentes segmentos sociales, con modelos estadísticos que incorporan variables municipales e individuales. Se analizaron estados pobres y ricos, tanto del Brasil como de México, usando datos de censos, estadísticas del registro civil y encuestas de salud y demografía. Las diferencias de fecundidad por grupo socioeconómico son más acentuadas en los estados brasileños que en los mexicanos. Los estados brasileños más pobres también presentan diferencias marcadas, pero en menor grado que los estados mexicanos pobres porque en estos, un alto porcentaje de partos ocurre en los hogares, debido a lo cual se limita la accesibilidad de las mujeres a los programas de planificación familiar. Se concluye que las políticas de planificación familiar disminuyen las diferencias de fecundidad entre mujeres de distintos niveles socioeconómicos. Más aún, estas políticas serían más eficaces si las mujeres de estados mexicanos pobres también tuvieran fácil acceso a hospitales y clínicas públicos. La gran cobertura del parto en hospitales en el Brasil parece contrarrestar la ausencia de programas gubernamentales de gran alcance, sobre todo en los estados más pobres.

¹ Doctor en Sociología de la Universidad de Texas en Austin y posdoctorando en el Centro de Desarrollo y Planificación Regional (CEDEPLAR) de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG).

² Profesor titular del Departamento de Sociología e investigador del Centro de Investigación Demográfica de la Universidad de Texas en Austin.

Abstract

The Government of Mexico implemented family planning programmes beginning in the 1970s, unlike the Brazilian Government, which has implemented no population policies. This article estimates the impact of those policies on trends in fertility among women in various segments of society, using statistical models which incorporate municipal and individual variables. Both rich and poor states were considered in both Brazil and Mexico, using census data, information from civil registries, and health and demographic surveys. Differences in fertility by socio-economic group are sharper in the Brazilian states than in the Mexican ones. The poorest Brazilian states also show marked differences, but to a lesser degree than poor Mexican states because the latter show high percentages of home births, and as a result women have limited access to family planning programmes. The study concludes that family planning policies reduce the differences in fertility among women of different socio-economic groups. Furthermore, those policies would be more effective if women in the poor Mexican states also had easy access to public hospitals and clinics. The high coverage of hospital births in Brazil appears to counteract the absence of large-scale state programmes, particularly in the poorest states.

Résumé

Le gouvernement mexicain met en œuvre de programmes de planification familiale depuis les années 70, alors que le gouvernement brésilien n'a appliqué aucune politique en matière de population. L'objet de cet article est d'estimer l'influence de ces politiques sur les tendances de fécondité des femmes de différents segments sociaux, avec des modèles statistiques basés sur des variables municipales et individuelles. L'analyse a concerné des états pauvres et riches du Brésil et du Mexique, sur la base de données censitaires, de statistiques de l'état civil et d'enquêtes de santé et de démographie. Les différences de fécondité par groupe socio-économique sont plus accentuées dans les états brésiliens que dans les états mexicains analysés. Les états brésiliens les plus pauvres présentent également de fortes différences, bien que à un degré moindre, que les états mexicains pauvres car, dans ces derniers, un pourcentage élevé d'accouchements se fait à domicile, ce qui limite l'accessibilité des femmes aux programmes de planification familiale. L'étude conclut que les politiques de planification familiale atténuent les différences de fécondité entre les femmes appartenant à différents niveaux socio-économiques. Ces politiques seraient encore plus efficaces si les femmes des états mexicains pauvres avaient un accès facile aux cliniques et aux hôpitaux publics. Au Brésil, la grande couverture hospitalière pour les accouchements au Brésil semble compenser l'absence de programmes gouvernementaux de grande envergure, en particulier dans les états les plus pauvres.

I. Introducción

El estímulo de los programas gubernamentales destinados a la planificación familiar y el debate sobre el tema se produjo de manera diferente en el Brasil y México, aunque en ambos países se registró una acentuada disminución de la fecundidad en las últimas décadas. El gobierno mexicano implementó políticas de población orientadas al control de la fecundidad desde los años setenta, mientras que el gobierno brasileño no aplicó políticas de planificación familiar significativas en el país. En estos últimos años, los encargados de formular políticas públicas han afirmado que la falta de programas de planificación familiar en el Brasil es la principal causa de las diferencias de fecundidad entre mujeres de distintos niveles socioeconómicos. En este estudio se estima la influencia de los programas gubernamentales en las tendencias de fecundidad de los diferentes segmentos sociales usando modelos estadísticos que incorporan variables municipales e individuales.

Se analizaron las diferencias de fecundidad en estados del Brasil (Piauí, Pernambuco, Espírito Santo y Rio Grande do Sul) y México (Guerrero, Veracruz, Tamaulipas y Nuevo León). Los datos utilizados fueron los censos demográficos del Brasil y México de 2000, las estadísticas del registro civil de ambos países de 2000, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Brasil de 1996 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de México de 1997.

En la próxima sección del artículo se aborda el desarrollo del debate y la implementación de la planificación familiar en el Brasil y México, mediante una breve revisión histórica de las líneas generales de los programas gubernamentales de control de fecundidad en esos países. El enfoque teórico y las hipótesis del presente artículo se exponen en la sección siguiente. A continuación se da una explicación sobre la elección de los estados analizados y se hace una evaluación de la demanda de hijos por grupos socioeconómicos. Seguidamente, se presentan los datos censales de ambos países para analizar más pormenorizadamente la demografía y el nivel de vida de los estados seleccionados. Se explican además los modelos de regresión formulados y estimados en este estudio. Posteriormente, se analizan los resultados estadísticos de estos modelos y, por último, se hace una breve reflexión con el objeto de unificar las ideas y los resultados examinados a lo largo del texto.

II. Líneas generales de la planificación familiar en el Brasil y México

En el Brasil y México hubo una disminución sustancial de las tasas de fecundidad durante las últimas tres décadas, aunque sus gobiernos siguieron diferentes trayectorias en cuanto al estímulo de la planificación familiar. Desde fines de la

década de 1970, el gobierno mexicano ha implementado una política tendiente a reducir la tasa de crecimiento demográfico y promover la planificación familiar en áreas urbanas y rurales, mientras que en el Brasil el gobierno tuvo un papel mucho menos relevante en el suministro de métodos de anticoncepción, lo que aumentó su obtención en el sector privado.

En 1973, el gobierno mexicano lanzó una política tendiente a reducir la tasa de crecimiento demográfico. Cuatro años más tarde comenzó a aplicarse una política dirigida a la planificación familiar en las áreas rurales del país. El principal problema planteado por el gobierno eran las altas tasas de fecundidad y el escaso uso de métodos anticonceptivos en las áreas rurales (Alba y Potter, 1986). Se fijaron metas mensuales para los hospitales y clínicas en cuanto a la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y la esterilización femenina. A partir de la apertura del sistema político mexicano, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, se reorientaron los programas de planificación familiar mexicanos. La conferencia de El Cairo estuvo marcada por las propuestas de organizaciones feministas, que recibieron el apoyo de la mayor parte de la comunidad demográfica (Potter y Tuirán Gutiérrez, 2004), cuyo principal objetivo era la implementación de políticas públicas tendientes a proteger la salud y los derechos reproductivos de las mujeres. El número de instituciones con un interés activo en la planificación familiar y en la condición de la mujer creció vertiginosamente. Las críticas de las que fue objeto el gobierno, provenientes de la iglesia católica, el Partido Acción Nacional, los grupos feministas y varias otras organizaciones, dieron mayor visibilidad a las políticas demográficas aplicadas en México. Por otra parte, el contexto actual es bastante diferente al de algunas décadas atrás, ya que ha habido una disminución considerable de la fecundidad y un aumento del uso de métodos anticonceptivos. Gracias a estos factores cambió el enfoque de los programas gubernamentales, que actualmente no tienen por objeto solo la introducción del control de la natalidad, sino que también se hace hincapié en promover cambios en el calendario de la fecundidad, garantizar la libre elección de métodos anticonceptivos y aumentar la calidad de los servicios disponibles.

En el Brasil, el período comprendido entre 1964 y 1985 estuvo marcado por el gobierno militar, que se caracterizó por la supresión del debate público, la promoción de la industrialización y la búsqueda de una integración nacional. En el área de la salud, ese período estuvo signado por la sistematización de un régimen que aumentó considerablemente el número de hospitales privados y por el financiamiento público de los servicios hospitalarios, sobre la base del sistema de previsión social. Así pues, la demanda de anticoncepción y regulación de nacimientos se caracterizó por la elevada participación del sector médico privado, con financiamiento público, en los llamados hospitales con convenio.

El proceso de adopción del uso de anticonceptivos en esas primeras etapas de disminución de la fecundidad en el Brasil contrasta con el registrado en México. En el Brasil, la mayoría de los servicios que contribuyeron a la reducción de la fecundidad fueron promovidos por médicos, hospitales y farmacias privadas. Además, las regulaciones del gobierno brasileño tendían a restringir el uso de métodos anticonceptivos, en lugar de promoverlo. A partir de los años ochenta, el Brasil comenzó a experimentar el retorno gradual de las elecciones democráticas municipales, estatales y nacionales. Durante ese proceso, aumentó el número de organizaciones que participaban en los debates sobre planificación familiar, población y salud de la mujer. En 1986, el gobierno federal instituyó el Programa de Atención Integral de Salud de la Mujer (PAISM) con el objeto de brindar atención de salud a la mujer en edad reproductiva, incluido el suministro de diferentes métodos anticonceptivos financiados por centros de salud públicos, y se aplicaron algunas políticas tendientes a desvincular los partos por cesárea a la práctica de la esterilización. Por último, en agosto de 1997 se aprobó la ley de planificación familiar con el propósito de legalizar y regular el uso de la esterilización en los hospitales públicos y garantizar el acceso a otros métodos anticonceptivos. Sin embargo, la práctica de la esterilización femenina junto con el parto por cesárea continúa imperando en el país y no ha habido un aumento significativo del acceso a la esterilización al margen del parto por cesárea en hospitales públicos brasileños (Berquó y Cavenaghi, 2003). En Carvalho y Brito (2005) se lleva a cabo una discusión pormenorizada acerca de la reducción de la fecundidad en el Brasil y los debates ideológicos que ocurrieron en este período, así como de la necesidad de implantación de programas de planificación familiar en el país.

III. Enfoque teórico e hipótesis

La idea central de esta investigación es que las mujeres tienen más hijos no deseados si carecen de un acceso igualitario a servicios de planificación familiar. En este estudio se consideran el Brasil y México porque en esos países hubo experiencias heterogéneas en cuanto a los programas gubernamentales de prestación de servicios de anticoncepción, por lo que se podría esperar una mayor incidencia de la fecundidad no deseada en el Brasil. Para testear esta hipótesis, usamos datos de los censos demográficos de 2000 de estos países, dado que son muy similares y tienen información a nivel individual y de hogares. Sin embargo, debido a que los datos censales no tienen información sobre el número deseado de hijos de las mujeres, estos datos se complementan con información de encuestas demográficas en ambos países. Ello permite conocer las preferencias de fecundidad en diferentes grupos sociales y, posteriormente, discernir hasta

qué punto las diferencias de fecundidad entre estos mismos grupos reflejan preferencias de fecundidad. En la medida que las diferencias de fecundidad excedan las diferencias en las preferencias, suponemos que estamos en presencia de una fecundidad no deseada.

Para definir grupos sociales, utilizamos información sobre la escolaridad de las mujeres en diferentes edades. La información sobre educación se utiliza como medida del nivel socioeconómico, en virtud de los problemas con los datos de ingresos. En nuestro caso sería muy difícil separar los efectos de los ingresos individuales y de hogares en las preferencias de fecundidad. El problema de utilizar una variable de ingresos se debe también a que las personas que trabajan tienen menos propensión a tener hijos y viceversa³.

Si la preferencia respecto de la fecundidad y número ideal de hijos no difiere significativamente entre las mujeres de baja y alta escolaridad, las diferencias de fecundidad entre los grupos de escolaridad se explicarían por la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos para las mujeres con menor escolaridad. Es decir, las diferencias de fecundidad estarían indicando que las políticas gubernamentales de planificación familiar no se están ejecutando o no están llegando al público que no posee medios económicos para tener acceso a métodos anticonceptivos.

La variable dependiente que se utiliza en los modelos de regresión está dada por información sobre hijos nacidos vivos en el último año, como una forma de estimar las tasas de fecundidad. Solamente se estima esta regresión en tres subgrupos de mujeres, en los que es probable que una fracción importante de los hijos no sean deseados. Para definir estos grupos se usa la edad y la paridad, o sea el número de hijos que la mujer tenía. El primer subgrupo corresponde a mujeres de entre 15 y 19 años, el segundo a mujeres de entre 20 a 29 años con tres o más hijos, y el tercero a mujeres de entre 30 y 49 años con tres o más hijos.

Los datos censales, tanto en el Brasil como en México, están disponibles a nivel de estados y municipios. Como se verá más adelante, se han escogido cuatro estados de cada país para el análisis. Para controlar el nivel de desarrollo dentro de cada municipio, se construye una variable basada en la proporción de hogares con cierta infraestructura y bienes de consumo que creemos representa el nivel de vida y de infraestructura del municipio, que podría estar relacionado con el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos. También cabe suponer que los niveles de fecundidad de la población indígena son mayores en el caso mexicano. Esa variación se estima solamente para los estados mexicanos, ya que la población indígena es mucho menor en el caso brasileño.

³ La información sobre los ingresos de la mujer, o incluso la información sobre si la mujer ejerce alguna actividad remunerada fuera de su casa, es endógena cuando se trata de la estimación de niveles de fecundidad. Además, los datos de ingresos se refieren a niveles socioeconómicos actuales, mientras que los años de escolaridad son una medida robusta que se acumula con el tiempo.

Una forma de medir la disponibilidad de servicios de salud que presta el gobierno es la inclusión de datos sobre el lugar de nacimiento. Los datos del registro civil de 2000 de ambos países permiten determinar la proporción de partos atendidos en hospitales, hogares y otros lugares. Más específicamente, la proporción de partos atendidos en hospitales públicos sería una forma de medir los servicios gubernamentales prestados en los municipios de los estados estudiados. En el caso de los datos del Brasil, no hay información por tipo de hospital en que se llevó a cabo el parto. No incluimos esta información en los modelos estimados, pero la tomamos en cuenta al interpretar los resultados.

IV. Selección de los estados analizados

Los estados cuyos datos se analizarán en ambos países se seleccionaron sobre la base de la información demográfica y el índice de desarrollo humano (IDH) de 2000 correspondiente a los 32 estados de México y los 27 estados del Brasil, incluido el Distrito Federal en ambos casos. Se seleccionaron en cada país dos estados con un nivel de vida relativamente alto y dos de los estados más pobres. El cuadro 1 indica que los estados mexicanos con peor clasificación en el IDH del país son Oaxaca (trigésima primera posición) y Chiapas (trigésima segunda posición). No obstante, la inclusión de esos estados sesgaría el estudio porque la población indígena es muy numerosa en esas regiones: un 35,3% de la población de Oaxaca y un 26,1% de la de Chiapas. Los dos siguientes estados mexicanos peor posicionados en el IDH de 2000 fueron Veracruz (vigésimonovena posición) y Guerrero (trigésima posición). La proporción de población indígena en esos estados no es tan alta como en Oaxaca y Chiapas: un 14,2% en Guerrero y un 9,5% en Veracruz. Por esta razón, esos estados mexicanos fueron seleccionados para el análisis, en tanto áreas con población en malas condiciones socioeconómicas.

El siguiente paso fue seleccionar los estados con mejores condiciones socioeconómicas. Según se indica en el cuadro 1, el Distrito Federal posee la mejor posición en el IDH de México. Sin embargo, la inclusión del Distrito Federal en el análisis supone incluir también al estado de México, ya que la ciudad de México y sus alrededores forman parte de esa región. La población del Distrito Federal en 2005, según el cuadro 1, era de 8,7 millones de habitantes y la del estado de México era de 14 millones. Esa área muestra una gran heterogeneidad, ya que el IDH del Distrito Federal es el primero del país y el correspondiente al estado de México es el decimosexto del país. Además, la tasa de fecundidad total en 2004 fue inferior a dos hijos por mujer solo en el Distrito Federal, lo que indica que esa región tiene características específicas que escapan al ámbito de la presente investigación. Teniendo en cuenta estos factores, se seleccionó el estado de Nuevo

León, que posee el segundo mejor IDH de México, para formar parte de este análisis. El otro estado con mejores condiciones socioeconómicas de la población, Tamaulipas, no siguió el criterio estricto de posicionamiento en el IDH, sino que se seleccionó por tener una serie de características similares a Nuevo León, como una baja proporción de indígenas (0,8% en ambos casos), una fecundidad en el nivel de reemplazo (2,1 en Nuevo León y 2,2 en Tamaulipas), una tasa de mortalidad infantil equiparable a la de Nuevo León (14,7 por 1.000 en Nuevo León y 17,0 por 1.000 en Tamaulipas) y por ser geográficamente colindante con Nuevo León, en el nordeste mexicano.

Los estados brasileños fueron seleccionados según criterios semejantes a los adoptados para el caso de México, a partir del análisis de los datos del cuadro 2. La región más pobre del Brasil es el nordeste, lo que llevó a escoger dos estados en esa región: Pernambuco (decimonovena posición en el IDH) y Piauí (vigésimoquinta posición). Piauí muestra una tasa de fecundidad total (2,4) próxima a la que registra Pernambuco (2,1). Además, el estado de Piauí cuenta con una población total semejante a la de Guerrero en México, y la de Pernambuco se asemeja a la de Veracruz.

La selección de los estados brasileños con mejores índices socioeconómicos se realizó intentando equipararlos a Nuevo León y Tamaulipas en México. El Distrito Federal, ubicado en primer lugar en el IDH brasileño, posee una configuración muy peculiar, ya que los microdatos censales no incluyen información de las ciudades satélite. De tal forma, la inclusión de variables de comunidad en el modelo de regresión no sería posible para esa región. Además, los diferenciales de fecundidad del Distrito Federal, así como los de São Paulo (ubicado en el tercer puesto del IDH), pueden estar influenciados por las altas tasas de inmigración proveniente del nordeste brasileño. Lo ideal sería realizar el estudio de un área que tuviese mejores condiciones socioeconómicas y cuya población al mismo tiempo presentase una mayor homogeneidad. Ello se observa en el estado de Rio Grande do Sul, que ocupa la cuarta posición en el IDH brasileño y que tuvo altas tasas de inmigración alemana e italiana, principalmente a fines del siglo XIX, lo que ocasionó la formación de una población peculiar, comparada con la del resto del país. El segundo estado con mejores condiciones socioeconómicas se determinó tomando en consideración que el estado de Tamaulipas en México posee el decimosegundo mejor IDH de su país. Además, se intentó escoger un estado del sudeste brasileño que tuviera una mayor concentración de industrias y de riquezas. Además de los motivos ya señalados para no incluir a São Paulo en el análisis, se observó también que la población de ese estado (40,4 millones de habitantes), de Minas Gerais (19,2 millones) y de Río de Janeiro (15,4 millones) es mucho más numerosa que la población de Tamaulipas (3,0 millones). De tal forma, el estado de Espírito Santo, con 3,4 millones de habitantes, fue también escogido para formar parte del análisis de la presente investigación.

Cuadro 1
MÉXICO: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA E ÍNDICE DE
DESARROLLO HUMANO, POR ESTADOS

Estados de la federación	Población total, 2005 ^a	Población indígena, 2005 (en porcentajes) ^b	Tasa bruta de natalidad, 2004 (por 1 000)	Tasa bruta de mortalidad, 2004 (por 1 000)	Tasa de fecundidad total, 2004	Tasa de mortalidad infantil, 2004 (por 1 000)	Esperanza de vida al nacer, 2004	Índice de desarrollo humano (IDH), 2000	Posición en el IDH
México	103 263 388	6,7	19,7	4,7	2,3	19,7	74,5	0,791	—
Aguascalientes	1 065 416	0,3	22,1	4,1	2,5	16,3	75,1	0,820	5
Baja California	2 844 469	1,4	19,7	3,7	2,2	15,5	75,6	0,822	4
Baja California Sur	512 170	1,6	19,1	3,9	2,2	16,8	75,2	0,817	9
Campeche	754 730	13,3	19,6	4,5	2,2	21,1	74,4	0,815	10
Coahuila	2 495 200	0,3	20,0	4,4	2,3	15,5	74,9	0,828	3
Colima	567 996	0,6	18,6	4,9	2,1	17,0	75,0	0,806	11
Chiapas	4 293 459	26,1	23,0	4,4	2,6	26,3	73,1	0,693	32
Chihuahua	3 241 444	3,4	19,9	4,3	2,4	17,0	75,2	0,819	7
Distrito Federal	8 720 916	1,5	15,2	5,2	1,7	14,4	75,4	0,871	1
Durango	1 509 117	2,1	20,8	4,8	2,5	19,2	74,4	0,790	15
Guanajuato	4 893 812	0,2	21,5	4,7	2,4	19,7	74,5	0,761	24
Guerrero	3 115 202	14,2	22,5	5,4	2,7	25,4	73,0	0,719	30
Hidalgo	2 345 514	15,5	19,9	5,0	2,3	22,3	74,2	0,748	28
Jalisco	6 752 113	0,7	19,9	4,9	2,2	17,3	75,0	0,801	14
México	14 007 495	2,6	19,5	4,1	2,1	17,3	74,6	0,789	16
Michoacán	3 966 073	3,3	20,2	5,3	2,3	20,8	74,4	0,749	27
Morelos	1 612 899	1,8	18,7	5,0	2,2	18,1	75,1	0,789	17
Nayarit	949 684	5,0	19,1	5,2	2,3	19,7	75,0	0,767	20
Nuevo León	4 199 292	0,8	18,6	4,4	2,1	14,7	75,2	0,842	2
Oaxaca	3 506 821	35,3	20,5	5,5	2,4	25,6	73,6	0,706	31
Puebla	5 383 133	11,7	21,5	5,1	2,4	21,8	73,6	0,758	25
Querétaro	1 598 139	1,7	20,3	4,2	2,2	19,0	74,5	0,802	13
Quintana Roo	1 135 309	19,3	21,0	3,0	2,2	18,0	75,2	0,820	6
San Luis Potosí	2 410 414	11,1	21,0	5,1	2,5	21,3	74,5	0,767	21
Sinaloa	2 608 442	1,3	18,9	4,7	2,3	18,9	74,9	0,783	18
Sonora	2 394 861	2,5	19,7	4,5	2,3	16,9	74,9	0,818	8
Tabasco	1 989 969	3,0	20,2	4,3	2,2	21,8	74,1	0,766	22
Tamaulipas	3 024 238	0,8	19,3	4,6	2,2	17,0	74,8	0,803	12
Tlaxcala	1 068 207	2,5	21,0	4,7	2,3	19,1	74,7	0,763	23
Veracruz	7 110 214	9,5	19,0	5,5	2,2	22,6	73,6	0,744	29
Yucatán	1 818 948	33,5	18,4	5,3	2,1	20,6	74,4	0,771	19
Zacatecas	1 367 692	0,3	20,7	5,3	2,4	21,1	74,7	0,754	26

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), "II Censo de población y vivienda 2005", México, D.F., 2005; Consejo Nacional de Población (CONAPO)/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)/El Colegio de México (COLMEX), "Conciliación demográfica 2006", México, D.F. [en línea] <http://www.conapo.gob.mx>, 22 de septiembre de 2006; Consejo Nacional de Población (CONAPO), "Indicadores demográficos básicos, 1990–2030", México, D.F. [en línea] <http://www.conapo.gob.mx>, 22 de septiembre del 2006; e "Índices de desarrollo humano, 2000", México, D.F.

^a Población al 17 de octubre de 2005.

^b Población de 5 años y más que hablaba una lengua indígena en 2005.

Cuadro 2
BRASIL: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA E ÍNDICE DE
DESARROLLO HUMANO, POR ESTADOS

Estados de la federación	Población total, 2005 ^a	Población indígena, 2000 (en porcentajes)	Tasa bruta de natalidad, 2004 (por 1 000)	Tasa bruta de mortalidad, 2004 (por 1 000)	Tasa de fecundidad total, 2004	Tasa de mortalidad infantil, 2004 (por 1 000)	Esperanza de vida al nacer, 2004	Índice de desarrollo humano (IDH), 2000	Posición en el IDH
Brasil	184 184 264	0,4	20,6	6,3	2,3	26,6	71,7	0,766	—
Acre	669 736	1,4	27,1	5,2	3,0	33,6	70,5	0,697	21
Alagoas	3 015 912	0,3	26,2	7,6	2,9	55,7	65,5	0,649	26
Amapá	594 587	1,0	30,3	5,2	3,2	26,2	69,4	0,753	12
Amazonas	3 232 330	4,0	24,7	4,7	2,6	28,5	70,7	0,713	16
Bahia	13 815 334	0,5	21,3	6,2	2,3	36,7	71,2	0,688	22
Ceará	8 097 276	0,2	20,9	6,7	2,3	33,2	69,2	0,700	20
Distrito Federal	2 333 108	0,3	19,2	4,3	1,9	18,4	74,6	0,844	1
Espírito Santo	3 408 365	0,4	18,2	5,9	2,0	20,7	72,9	0,765	11
Goías	5 619 917	0,3	18,6	5,5	2,0	21,3	72,5	0,776	8
Maranhão	6 103 327	0,5	24,3	7,0	2,6	43,6	66,4	0,636	27
Mato Grosso	2 803 274	1,2	20,1	5,1	2,2	22,2	72,3	0,773	9
Mato Grosso do Sul	2 264 468	2,6	18,9	5,7	2,1	19,6	72,9	0,778	7
Minas Gerais	19 237 450	0,3	17,5	6,0	2,0	22,5	73,8	0,773	10
Pará	6 970 586	0,6	23,3	5,0	2,5	26,7	71,1	0,723	15
Paraná	3 595 886	0,3	19,5	7,7	2,1	42,3	67,9	0,661	24
Paraná	10 261 856	0,3	16,5	5,8	1,9	20,7	73,2	0,787	6
Pernambuco	8 413 593	0,4	19,2	7,7	2,1	42,7	67,1	0,705	19
Piauí	3 006 885	0,1	22,6	6,7	2,4	31,6	67,8	0,656	25
Rio de Janeiro	15 383 407	0,2	16,6	7,4	2,0	21,7	72,1	0,807	5
Rio Grande do Norte	3 003 087	0,1	20,0	6,8	2,2	38,8	69,4	0,705	18
Rio Grande do Sul	10 845 087	0,4	14,8	6,6	1,8	14,7	74,2	0,814	4
Rondônia	1 534 594	0,8	21,6	5,2	2,3	25,9	70,3	0,735	14
Roraima	391 317	8,7	30,9	5,2	3,4	20,7	69,0	0,746	13
Santa Catarina	5 866 568	0,3	15,9	5,3	1,9	17,7	74,5	0,822	2
São Paulo	40 442 795	0,2	16,4	6,2	1,9	17,0	73,4	0,820	3
Sergipe	1 967 791	0,4	23,1	6,2	2,5	37,5	69,9	0,682	23
Tocantins	1 305 728	0,9	22,4	5,7	2,4	29,9	70,4	0,710	17

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), "Estimativas de população residente em 01/07/2005", Río de Janeiro, 2005; "Censo Demográfico 2000: microdados", Río de Janeiro, 2000; "Índice de desenvolvimento humano municipal, 1991 e 2000 do Atlas do desenvolvimento humano no Brasil", Río de Janeiro, 2000; Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "População e desenvolvimento: sistematização das medidas e indicadores sociodemográficos oriundos da projeção da população por sexo e idade, por método demográfico, das grandes regiões e unidades da federação para o período 1991/2030. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980/2050 - Revisão 2004", Proyecto (BRA/02/P02).

^a Estimaciones de la población residente al 1º de julio de 2005 realizadas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

V. La demanda de hijos

Antes de estimar los efectos de variables individuales y municipales en las diferencias de fecundidad con los datos censales de 2000, se analiza la información disponible en encuestas sobre la demanda de hijos en el Brasil y México para verificar si hay diferencias por grupos socioeconómicos. De esta forma, es posible verificar la

preferencia de fecundidad y número ideal de hijos en estos países en diferentes grupos de escolaridad. Esta demanda fue analizada con datos de la ENADID de México de 1997 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del Brasil de 1996. Estas diferencias se verificaron solamente en las regiones de menor nivel socioeconómico porque se pensó que allí podrían ser mayores. Como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud es significativa solo para las grandes regiones brasileñas, se utiliza el nordeste para el análisis porque allí se encuentran los estados de Piauí y Pernambuco. En el caso de la ENADID, los datos se refieren a Guerrero y Veracruz en conjunto. Los datos seleccionados fueron: i) preferencia de fecundidad según paridez y grupos de escolaridad (véase el cuadro 3) y ii) número ideal de hijos según edad y escolaridad (véase el cuadro 5). En el cuadro 3, la paridez es el resultado de la suma de la paridez actual más una unidad si la mujer estaba embarazada al momento de la entrevista.

Cuadro 3
NORDESTE DEL BRASIL Y ESTADOS DE GUERRERO Y VERACRUZ (MÉXICO):
PARIDEZ, PREFERENCIA DE FECUNDIDAD Y TRAMOS DE ESCOLARIDAD^a
(En porcentajes de mujeres)

Preferencia de fecundidad	Nordeste (Brasil)				Guerrero y Veracruz (México)			
	0 a 2 años de estudio	3 a 6 años de estudio	7 a 9 años de estudio	10 y más años de estudio	0 a 2 años de estudio	3 a 6 años de estudio	7 a 9 años de estudio	10 y más años de estudio
Paridez 1								
No quiere más hijos	41,9	36,8	41,5	39,4	13,2	22,3	18,0	31,3
Esterilizada	4,6	1,9	3,4	2,5	9,6	1,1	0,5	2,3
Otras ^b	53,5	61,3	55,1	58,1	77,2	76,6	81,5	66,4
Total de mujeres (n)	113	271	146	159	54	241	231	219
Paridez 2								
No quiere más hijos	36,3	40,3	26,1	33,9	44,4	33,5	32,8	38,4
Esterilizada	34,9	37,0	57,7	50,3	18,2	32,9	29,5	36,6
Otras ^b	28,8	22,7	16,2	15,8	37,4	33,6	37,7	25,0
Total de mujeres (n)	135	292	95	203	57	341	231	233
Paridez 3								
No quiere más hijos	40,4	27,3	25,0	17,1	53,3	35,4	40,4	30,5
Esterilizada	49,3	66,5	70,8	78,4	30,9	45,9	53,8	64,8
Otras ^b	10,3	6,2	4,2	4,5	15,8	18,7	5,8	4,7
Total de mujeres (n)	141	281	87	124	61	370	122	113
Paridez 4 o más hijos								
No quiere más hijos	39,3	32,0	23,8	25,1	47,6	39,5	24,9	22,1
Esterilizada	51,5	60,7	65,6	71,8	41,3	52,0	71,0	74,0
Otras ^b	9,2	7,3	10,6	3,1	11,1	8,5	4,1	3,9
Total de mujeres (n)	621	378	57	74	300	528	95	45

Fuente: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), "Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996", Rio de Janeiro, 1997; Instituto Nacional de Estatística, Geografia e Informática (INEGI), "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997", México, D.F.

^a La paridez resulta de la suma de la paridez actual más una unidad si la mujer estaba embarazada al momento de la entrevista.

^b En el caso de los datos del Brasil, la categoría "otras" se refiere a las mujeres que desean tener otro hijo, que están indecisas o que declararon ser infértiles. En el caso de los datos de México, se refiere a las mujeres que desean tener otro hijo o que están indecisas.

Además, se utilizaron las estadísticas del Registro Civil de Brasil de 2000 y las estadísticas vitales de la Dirección General de Estadística del Instituto Nacional de Estadística, Geografía y Informática (INEGI) de México de 2000 para conocer el porcentaje de partos atendidos en hospitales, hogares y otros lugares de los estados analizados (véase el cuadro 4). La frecuencia, el total y los porcentajes de la variable sobre el lugar de parto fueron recopilados directamente de las estadísticas del registro civil de ambos países.

Cuadro 4
**ESTADOS SELECCIONADOS DEL BRASIL Y MÉXICO:
ESTADÍSTICAS DE LUGAR DEL PARTO, 2000**
(En porcentajes)

Lugar del parto	Piauí	Pernambuco	Espírito Santo	Rio Grande do Sul	Guerrero	Veracruz	Tamaulipas	Nuevo León
Hospitales	91,28	96,87	97,78	98,77	35,64	57,74	94,17	97,66
Hospitales públicos	—	—	—	—	24,08	45,17	78,84	70,27
Hospitales privados	—	—	—	—	11,56	12,58	15,32	27,39
Hogar	8,52	2,83	0,88	1,00	53,70	34,08	3,49	0,92
Otro lugar	0,20	0,30	1,34	0,23	0,03	0,23	0,07	0,06
Lugar no especificado	0,00	0,00	0,00	0,00	10,63	7,94	2,27	1,35
Total de partos (n)	30 343	109 217	51 972	154 591	158 399	199 117	72 878	93 722

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), "Estatísticas do registro civil brasileiro, 2000", Río de Janeiro, 2000; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), "Estadísticas vitales", Dirección General de Estadística, 2000.

En el cuadro 3 se distingue a las mujeres que ya no quieren tener más hijos y no están esterilizadas, las que ya están esterilizadas, y las otras, que sí quieren tener más hijos o están indecisas. Como la posibilidad de que la mujer esté esterilizada o no quiera tener más hijos es mayor cuanto mayor es la paridez, es interesante analizar las proporciones en mujeres con paridez igual a tres y a cuatro o más. Se observa que la proporción de mujeres esterilizadas crece cuanto mayor es la escolaridad, pero la proporción de mujeres que quieren más hijos es relativamente baja cuando ya tienen tres o más hijos, y varía poco según escolaridad, sobre todo en el Brasil. Por otra parte, el porcentaje de esterilización es mayor en el Brasil que en México, en todos los grupos de escolaridad. Además, los porcentajes conjuntos de mujeres esterilizadas y que no quieren tener más hijos son mayores en el Brasil que en México, principalmente en los dos grupos de menor escolaridad. La mayor proporción de esterilización en el Brasil puede estar indicando que en México las mujeres utilizan otras formas de anticoncepción, como el DIU, o que tienden a tener el parto en su hogar, lo que hace más difícil el acceso a la esterilización.

En el cuadro 4 se muestran las estadísticas sobre el lugar de atención del parto en los ocho estados. El porcentaje de partos atendidos en hospitales de Guerrero (35,6%) y Veracruz (57,7%) es muy inferior al de los demás estados analizados. El bajo número de partos atendidos en hospitales de los estados más pobres mexicanos

puede ser una explicación del bajo porcentaje de esterilización realizado en esas regiones. Esa baja esterilización se evidencia en el cuadro 3, del que surge que solo el 30,9% de las mujeres de Guerrero y Veracruz con paridez igual a tres y una escolaridad de entre cero y dos años de estudio están esterilizadas.

En el cuadro 5 se ilustra la distribución de mujeres por número ideal de hijos, según la edad y escolaridad. Se ve que la fecundidad deseada de las mujeres mexicanas es mayor que la de las mujeres brasileñas. En el caso de las mujeres de 20 a 29 años, el 13,4% de las brasileñas con cero a dos años de estudio no desea tener hijos, mientras que solo el 2,8% de las mexicanas en el mismo tramo de escolaridad no desea tenerlos. Por otra parte, en ese mismo tramo de escolaridad, el 16,2% de las brasileñas desea tener cuatro hijos o más, mientras que el 31,5% de las mexicanas desea esa cantidad de hijos. Estos datos son un posible indicio de que la fecundidad en México es mayor que en el Brasil, justamente porque la demanda de un mayor número de hijos es evidente entre las mexicanas, pero también podrían reflejar una mayor incidencia de partos que no fueron deseados.

Cuadro 5
NORDESTE DEL BRASIL Y ESTADOS DE GUERRERO Y VERACRUZ (MÉXICO):
GRUPOS ETARIOS, NÚMERO IDEAL DE HIJOS Y TRAMOS DE ESCOLARIDAD
(En porcentajes de mujeres)

Número ideal de hijos	Nordeste (Brasil)				Guerrero y Veracruz (México)			
	0 a 2 años de estudio	3 a 6 años de estudio	7 a 9 años de estudio	10 y más años de estudio	0 a 2 años de estudio	3 a 6 años de estudio	7 a 9 años de estudio	10 y más años de estudio
Mujeres de 15 a 19 años								
Ningún hijo	12,2	3,9	2,7	1,5	12,8	3,3	1,3	1,1
1 hijo	15,3	15,4	9,7	14,3	13,2	10,3	7,7	12,7
2 hijos	48,1	58,9	61,4	58,7	43,3	46,7	59,2	63,8
3 hijos	13,8	15,4	15,6	21,2	18,3	19,6	21,2	13,2
4 hijos o más	10,7	6,5	10,7	4,4	12,3	20,2	10,7	9,1
Total de mujeres (n)	163	509	254	96	56	353	373	282
Mujeres de 20 a 29 años								
Ningún hijo	13,4	7,4	8,5	5,1	2,8	2,2	1,7	3,2
1 hijo	14,4	16,0	15,1	14,7	1,9	4,7	9,3	12,6
2 hijos	41,2	48,5	54,0	57,7	38,1	41,6	57,2	60,1
3 hijos	14,8	19,3	17,6	15,5	25,7	29,1	24,8	18,3
4 hijos o más	16,2	8,9	4,9	7,0	31,5	22,5	7,0	5,8
Total de mujeres (n)	291	592	292	385	144	645	478	474
Mujeres de 30 a 49 años								
Ningún hijo	18,6	13,3	11,9	9,1	3,8	3,2	2,2	3,1
1 hijo	9,1	10,1	12,6	9,7	7,9	4,0	11,2	7,4
2 hijos	34,3	36,1	33,2	41,4	22,7	31,2	44,5	43,6
3 hijos	15,8	17,4	24,4	22,6	18,8	31,1	28,2	31,1
4 hijos o más	22,2	23,1	18,0	17,2	46,9	30,5	13,9	14,9
Total de mujeres (n)	745	691	201	505	347	901	331	445

Fuente: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), "Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996", Río de Janeiro, 1997; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), "Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997", México, D.F.

A los efectos de este estudio, lo más importante de los cuadros 3 y 5 es la magnitud de las diferencias en la fecundidad deseada según los grupos de edad. En general, los cuadros muestran una situación parecida entre los dos países, con poca variabilidad en el deseo de tener otro hijo o en el número ideal de hijos según la escolaridad. Quizás la diferencia más importante entre los dos países es la proporción de mujeres con un solo hijo que no quieren tener otro. Este fenómeno es bastante más pronunciado en el Brasil que en México, y en el caso del Brasil no varía según el nivel de escolaridad. Lo más importante que se puede observar en el cuadro 3 es que muy pocas mujeres con tres o más hijos quieren tener otro, y que esta proporción no varía mucho según el nivel de escolaridad. De ahí que si observamos grandes diferencias en la fecundidad de estas mujeres según la educación, es de suponer que la mayoría de esas diferencias se deben al nacimiento de hijos que no fueron deseados.

VI. Características de la población en los ocho estados seleccionados

Como último paso, previo a la estimación de modelos estadísticos de diferencias de fecundidad por nivel socioeconómico, examinamos las características de la población en los ocho estados con los datos provenientes del Censo General de Población y Vivienda de México de 2000 y el Censo Demográfico de Brasil de 2000, para ver como se comparan los niveles de vida y educación en estas entidades federativas.

El censo mexicano se realizó durante un período de dos semanas, entre los días 7 y 18 de febrero de 2000. La fecha de referencia del censo es el 14 de febrero de 2000. El cuestionario se aplicó a una persona por hogar, que tuviese 15 años o más, y que pudiese dar información sobre todos los residentes. Se elaboraron cuestionarios básicos y detallados. El cuestionario básico se aplicó a toda la población y el cuestionario detallado se aplicó a una muestra probabilística de 2,2 millones de hogares. Esta muestra permite estimar indicadores para toda la población, con el uso de una variable de ponderación disponible en la base de datos. Dicha muestra permite la estimación de la mayoría de los indicadores a nivel de municipios. Las estadísticas también pueden generarse para cada una de las localidades con 50.000 habitantes o más. El diseño de la muestra fue diferente para cada municipio, de acuerdo con el tamaño y tipo de área (urbana o rural).

El censo brasileño se recopiló entre los días 1º de agosto y 30 de noviembre de 2000 y abarcó 215.811 sectores censales, que son las unidades territoriales más pequeñas. La fecha de referencia es el 1º de agosto de 2000. Dicho censo también tuvo dos cuestionarios diferentes. El cuestionario básico se aplicó en hogares

que no fueron seleccionados en la muestra y se recopiló información general de individuos y hogares de toda la población. El cuestionario detallado se aplicó en un número seleccionado de hogares. Este cuestionario tiene la misma información que el cuestionario básico, pero agrega variables más detalladas de individuos y hogares, relacionadas con la religión, la raza, la discapacidad, la migración, la educación, la fecundidad, el estado civil, la actividad económica y el ingreso. El cuestionario detallado se aplicó en un 10% de los hogares de municipios con población superior a 15.000 habitantes y en un 20% de los hogares de los demás municipios. En todo el territorio brasileño se seleccionó un total de 5.304.711 hogares para responder el cuestionario detallado, lo que equivale a una fracción muestral del 11,7%. En dichos hogares se contabilizó un total de 20.274.412 personas. La estimación de indicadores con la muestra puede ampliarse a fin de abarcar la población con el uso de pesos individuales y de hogares.

Los datos seleccionados para examinar la demografía y el nivel de vida fueron: i) proporción de mujeres con un hijo nacido vivo en el último año; ii) proporción de mujeres con un hijo nacido vivo en el último año por grupo etario; iii) porcentaje de mujeres por grupo etario; iv) promedio de edad de las mujeres; v) porcentaje de mujeres por grupos de escolaridad; vi) promedio de escolaridad de las mujeres; vii) proporción de población indígena femenina y viii) proporción de hogares con acceso a electricidad, televisión y refrigerador. Todas las frecuencias presentadas en el cuadro 6 fueron elaboradas tomando en consideración el peso muestral de los individuos en cada uno de los censos. Las frecuencias de variables municipales utilizaron el peso del hogar de los censos.

Cuadro 6
ESTADOS SELECCIONADOS DEL BRASIL Y MÉXICO: ESTADÍSTICAS
DESCRIPTIVAS DE VARIABLES INDIVIDUALES Y MUNICIPALES, 2000

Variables	Plaui	Pernambuco	Espírito Santo	Rio Grande do Sul	Guerrero	Veracruz	Tamaulipas	Nuevo León
Variables individuales								
Total de observaciones (n)	101 532	246 769	102 686	325 722	79 899	202 187	57 632	84 506
Suma de los pesos	735 391	2 142 523	870 511	2 774 143	722 470	1 779 847	713 733	1 014 116
Mujeres con un hijo nacido vivo en el último año								
Promedio	0,08	0,07	0,06	0,06	0,12	0,09	0,09	0,09
Desviación estándar	0,25	0,26	0,24	0,24	0,31	0,27	0,32	0,31
Mujeres de 15 a 19 años con un hijo nacido vivo en el último año								
Promedio	0,08	0,07	0,07	0,06	0,09	0,07	0,07	0,06
Desviación estándar	0,25	0,26	0,25	0,24	0,26	0,24	0,28	0,26
Mujeres de 20 a 29 años con un hijo nacido vivo en el último año								
Promedio	0,13	0,12	0,11	0,10	0,20	0,15	0,15	0,14
Desviación estándar	0,32	0,33	0,32	0,31	0,38	0,33	0,40	0,38
Mujeres de 30 a 49 años con un hijo nacido vivo en el último año								
Promedio	0,03	0,04	0,03	0,04	0,08	0,05	0,05	0,05
Desviación estándar	0,17	0,19	0,17	0,19	0,25	0,21	0,24	0,25
Mujeres por grupo etario (en porcentajes)								
15 a 19 años	23,00	20,22	18,61	16,99	23,42	19,61	18,34	17,69
20 a 29 años	33,21	33,33	32,05	28,94	34,74	33,67	35,76	35,83
30 a 49 años	43,79	46,44	49,35	54,07	41,84	46,72	45,90	46,48
Edad en años								
Promedio	28,76	29,39	30,02	31,04	28,36	29,46	29,30	29,46
Desviación estándar	9,23	9,99	9,92	10,11	9,22	9,15	10,50	10,32
Mujeres por grupo de escolaridad (en porcentajes)								
0 a 2 años de escolaridad	25,72	20,26	10,80	5,89	19,21	17,26	5,79	3,54
3 a 6 años de escolaridad	35,59	32,67	32,75	34,38	33,16	33,78	29,33	23,00
7 a 9 años de escolaridad	18,05	18,79	23,11	24,55	21,73	22,41	28,61	31,75
10 años y más de escolaridad	20,63	28,28	33,35	35,17	25,89	26,55	36,27	41,71
Años de escolaridad								
Promedio	5,50	6,41	7,24	7,79	7,03	7,20	8,83	9,52
Desviación estándar	3,67	4,28	3,91	3,87	4,35	4,21	4,45	4,14
Indígena								
Promedio	—	—	—	—	0,12	0,07	0,01	0,01
Desviación estándar	—	—	—	—	0,30	0,24	0,08	0,07
Variables municipales								
Total de municipios (n)	221	185	77	467	76	210	43	51
Promedio de hogares con electricidad								
Promedio	0,60	0,92	0,97	0,95	0,83	0,85	0,86	0,94
Desviación estándar	0,21	0,08	0,02	0,06	0,18	0,15	0,10	0,06
Promedio de hogares con televisión								
Promedio	0,45	0,76	0,86	0,87	0,56	0,65	0,75	0,87
Desviación estándar	0,19	0,11	0,07	0,10	0,23	0,21	0,15	0,14
Promedio de hogares con refrigerador								
Promedio	0,39	0,54	0,86	0,91	0,39	0,35	0,59	0,81
Desviación estándar	0,17	0,15	0,08	0,08	0,21	0,22	0,21	0,18
Factor de infraestructura (electricidad, televisión, refrigerador)								
Promedio	-1,30	0,10	0,63	0,66	-0,72	-0,39	0,06	0,62
Desviación estándar	0,87	0,49	0,29	0,42	1,00	0,90	0,67	0,58

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), "Censo Demográfico 2000: microdatos", Río de Janeiro, 2000; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), "XII Censo General de Población y Vivienda 2000", México, D.F., 2000.

La proporción de mujeres por grupos de escolaridad presenta una distribución semejante entre los estados pobres del Brasil y México. Hay una considerable proporción de mujeres que tienen entre cero y dos años de escolaridad en Piauí, Pernambuco, Guerrero y Veracruz. El grupo de escolaridad con mayor concentración de mujeres es aquel de entre tres y seis años. En cuanto a los estados más ricos, la distribución de mujeres por grupos de escolaridad también es semejante al comparar Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Nuevo León y Tamaulipas. La proporción de mujeres con cero a dos años de escolaridad es muy baja, ya que llega a solo un 3,5% en Nuevo León. La mayor proporción de mujeres se encuentra en el grupo de 10 años y más de escolaridad.

El promedio de hogares con electricidad, televisión y refrigerador también revela tendencias específicas en los estados pobres y ricos. En el caso de Piauí, Pernambuco, Guerrero y Veracruz, el promedio de hogares con refrigerador es el más bajo, en comparación con las cifras correspondientes a electricidad y televisión y con los otros estados. Los promedios de esos cuatro estados están prácticamente en un mismo nivel, excepto en el caso de Piauí donde son más bajos. En el caso de los estados más ricos (Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Nuevo León y Tamaulipas) el promedio de hogares con electricidad, televisión y refrigerador es mayor que el de los estados más pobres. Tamaulipas presenta promedios inferiores al compararlo con los otros tres estados más ricos, pero esos promedios son superiores a los de los estados más pobres.

VII. El modelo de regresión

A. Formulación del modelo

Sobre la base del análisis de los datos de la ENADID, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud y los censos, se seleccionó una serie de variables para la formulación del modelo de regresión logístico. La pregunta censal sobre la fecha del último hijo nacido vivo para mujeres de entre 15 y 49 años se utilizó para determinar si la mujer había tenido un hijo nacido vivo durante los 12 meses anteriores a la fecha de referencia del censo. Esa información generó una variable dependiente dicotómica. El censo mexicano posee información sobre mes y año de nacimiento del último hijo. Entonces, en el caso de las mujeres con hijos nacidos entre febrero y diciembre de 1999 y el de aquellas con hijos nacidos en 2000 (aun los casos con valores ausentes —*missing cases*— para el mes de nacimiento) la variable recibió el valor 1 y en los demás casos recibió el valor 0. En el censo brasileño, esa variable recibió el valor 1 cuando la edad del último hijo nacido vivo fue menor que un año y el valor 0 en los otros casos.

La edad se usó como variable independiente continua y cuadrática. Los modelos se generaron por separado para mujeres de 15 a 19 años, 20 a 29 años y 30 a 49 años.

La variable independiente escolaridad se dividió en las siguientes categorías: 0 a 2 años de estudio, 3 a 6 años de estudio, 7 a 9 años de estudio y 10 y más años de estudio. La idea principal era comparar mujeres con bajos niveles de escolaridad (0 a 2 años de estudio) con aquellas cuyo nivel de educación era significativo (7 a 9 años de estudio). Este último grupo se refiere a la escuela secundaria en México (7 a 9 años de estudio) y final de la enseñanza básica (7 a 8 años de estudio) y comienzo de la enseñanza secundaria (9 años de estudio) en Brasil. Se advierte que los sistemas de educación en el Brasil y México son diferentes. En México, el sistema educacional está organizado de la siguiente manera: i) la escuela primaria incluye a los individuos que tienen de 1 a 6 años de escolaridad; ii) la escuela secundaria se refiere a los individuos que tienen de 7 a 9 años de escolaridad; iii) la escuela preparatoria o bachillerato incluye a las que tienen de 10 a 12 años de escolaridad y iv) el nivel universitario corresponde a los individuos que tienen 13 años y más de escolaridad. En el Brasil, el sistema educacional se divide de la siguiente manera: i) la primera fase de la enseñanza básica engloba a los individuos que tienen de 1 a 4 años de escolaridad; ii) la segunda fase de la enseñanza básica incluye a los que tienen de 5 a 8 años de escolaridad; iii) la enseñanza secundaria se refiere a los que tienen de 9 a 11 años de escolaridad y iv) el nivel universitario incluye a los que tienen 12 años de escolaridad o más.

Otra variable independiente utilizada es la condición indígena de la mujer. Esa variable no fue utilizada en los estados brasileños. En México, la información sobre grupo étnico se transformó en una variable dicotómica, de manera que los individuos que forman parte de un grupo étnico recibieron el valor 1, mientras que se atribuyó el valor 0 en los demás casos. Esa variable se introdujo para controlar la tendencia de alta fecundidad de los grupos indígenas mexicanos en comparación con los demás grupos.

Algunas variables dicotómicas se seleccionaron a nivel de hogar: existencia de electricidad, posesión de televisión y refrigerador. Esos bancos de datos por hogar se transformaron en bancos de datos por municipio, mediante el cálculo del promedio de las variables seleccionadas, utilizando la variable peso del hogar. Cada uno de los estados examinados generó una base de datos por municipio. El número de observaciones en cada una de esas bases de datos fue 221 en Piauí, 185 en Pernambuco, 77 en Espírito Santo, 467 en Rio Grande do Sul, 76 en Guerrero, 210 en Veracruz, 43 en Tamaulipas y 51 en Nuevo León. Cabe señalar que este número de observaciones corresponde al total de municipios en cada estado. Esas bases de datos municipales por estado se incorporaron a una única base de datos. Mediante un análisis factorial, se creó una nueva variable de síntesis, usando información sobre posesión de electricidad, televisión y refrigerador, que fue utilizada como

variable independiente en los modelos de regresión. Esa variable fue denominada “factor de infraestructura” y, además de ser incluida en los modelos de regresión, también se presenta en el cuadro 6 con otras variables descriptivas.

Las bases con variables individuales y municipales se unieron usando el identificador del municipio. A continuación se estimaron los modelos para cada uno de los estados por separado (véanse los cuadros 7, 8 y 9), con el objeto de determinar las peculiaridades de cada una de las áreas, ya que en el Brasil no se promovieron programas de planificación familiar y las políticas aplicadas en México pueden haber tenido repercusiones diferentes según los estados.

Todos los procedimientos descritos se llevaron a cabo con el programa computacional Stata 9. Para testear el peso de los diferentes municipios en la fecundidad de los estados estudiados, primero se utilizó el comando “xtlogit”. No obstante, esas varianzas municipales no constituyen una explicación significativa de la varianza del modelo. Este test de varianza de los diferentes niveles del modelo de regresión (individual y municipal) también fue realizado con el uso del programa computacional HLM 5, lo que indicó que no hay necesidad de estimar modelos jerárquicos. Por consiguiente, se utilizó el modelo logístico convencional (“logit”). Los resultados presentados a continuación se obtuvieron con modelos logísticos para los tres grupos de edad seleccionados (15 a 19 años, 20 a 29 años y 30 a 49 años), utilizando la opción *cluster*, que estima errores estándar corregidos por municipios.

Como se señaló anteriormente, la variable sobre condición indígena se incluyó solamente en los estados mexicanos. Además, el grupo de 7 a 9 años de escolaridad se utilizó como categoría de referencia para los dos países. Los modelos de los cuadros 7, 8 y 9 para cada estado pueden especificarse en la siguiente ecuación:

$$Pr(Y=1|B) = P$$

$$\begin{aligned} \log[P/(1-P)] = & \beta_0 + \beta_1(\text{factor}) + \beta_2(\text{edad}) + \beta_3(\text{edad al cuadrado}) \\ & + \beta_4(\text{escolaridad } 0-2) + \beta_5(\text{escolaridad } 3-6) + \beta_6(\text{escolaridad } 10+) \\ & + \beta_7(\text{indígena}) + U_i \end{aligned}$$

Para estimar mejor los efectos de la esterilización (que quedaron demostrados con los datos de la demanda de hijos de la ENADID y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud), así como la falta de programas de planificación gubernamentales para mujeres que ya alcanzaron el número ideal de hijos, los modelos relativos a mujeres de 20 a 29 años de edad y de 30 a 49 años incluyen solo aquellas con por lo menos tres hijos nacidos vivos. Más específicamente, la información sobre el total de hijos nacidos vivos fue recodificada. A las mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 12 meses se les sustrajo una unidad del

total de hijos nacidos vivos, debido a que las mujeres que tuvieron el último hijo en ese lapso habían quedado embarazadas cuando todavía tenían un hijo menos. De tal forma, es preciso sustraer ese último hijo del total de hijos que tuvieron para considerar sus preferencias de fecundidad antes de su embarazo. Después de esa operación, solo las mujeres con paridez igual o superior a tres hijos nacidos vivos fueron incluidas en las estimaciones de los modelos de esos dos grupos etarios.

Las regresiones se estimaron utilizando el peso de los individuos que toma en consideración el diseño de la muestra censal para cada uno de los países. Se utilizó la opción “pweight” del programa computacional Stata 9. Cabe señalar que para la elaboración de la variable municipal que utilizó el análisis factorial y la información referida a la posesión de electricidad, televisión y refrigerador, se utilizó la variable peso del hogar con la opción “aweight”.

B. Resultados del modelo

Una vez analizadas las estadísticas descriptivas, los modelos de regresión logística elaborados para tres grupos de edad (15 a 19 años, 20 a 29 años y 30 a 49 años) en cada uno de los estados permiten una mejor comprensión de las diferencias de fecundidad por grupos de escolaridad. En el cuadro 7 se ilustran los coeficientes estimados para el grupo de mujeres de entre 15 y 19 años. Lo que más interesa son las diferencias en la fecundidad según el nivel de escolaridad en los diferentes estados. Como se toma a las jóvenes con siete a nueve años de educación completa como grupo de referencia, el tamaño de los coeficientes de los otros grupos indica el grado en que la fecundidad es mayor o menor que en este grupo de referencia. Por ejemplo, las estimaciones para el grupo de escolaridad de cero a dos años revelan que en Piauí es 4,33 veces más probable que esas mujeres (exponencial de 1,465) hayan tenido un hijo nacido vivo en los últimos 12 meses que las mujeres con entre siete y nueve años de escolaridad. Al observar los coeficientes de los otros grupos de escolaridad en los diferentes estados, se puede apreciar que las diferencias de fecundidad en los grupos de menor educación son sustancialmente mayores en el Brasil que en México, y que en ambos países estas diferencias son mayores en los estados más pobres que en los más ricos. Por otra parte, la diferencia entre el grupo con 10 o más años de educación y el grupo con siete a nueve años de educación completa es sustancialmente mayor en México que en el Brasil. Finalmente, el factor de infraestructura en el municipio no tiene un rol importante, o por lo menos consistente, como determinante de la fecundidad adolescente en estos estados. Lo mismo se puede decir sobre la condición de indígena en los estados mexicanos.

Cuadro 7
**ESTADOS SELECCIONADOS DEL BRASIL Y MÉXICO: COEFICIENTES
 Y ERRORES ESTÁNDAR ESTIMADOS POR MODELO LOGÍSTICO
 PARA LA VARIABLE DEPENDIENTE “HIJO NACIDO VIVO EN LOS
 ÚLTIMOS 12 MESES” DE LAS MUJERES DE 15 A 19 AÑOS, 2000^a**

VARIABLES	Piauí	Pernambuco	Espírito Santo	Río Grande do Sul	Guerrero	Veracruz	Tamaulipas	Nuevo León
Intercepto	-48,358*** (6,229)	-39,748*** (3,317)	-46,603*** (7,982)	-46,011*** (3,389)	-37,568*** (6,067)	-44,041*** (4,706)	-47,028*** (7,073)	-64,392*** (4,480)
Factor de infraestructura en el municipio	-0,016 (0,019)	0,124** (0,043)	-0,086 (0,118)	0,091 (0,080)	0,113* (0,049)	-0,046 (0,045)	0,132 (0,076)	-0,191* (0,081)
Edad	4,791*** (0,711)	3,830*** (0,390)	4,628*** (0,921)	4,586*** (0,397)	3,508*** (0,691)	4,307*** (0,551)	4,693*** (0,813)	6,661*** (0,527)
Edad al cuadrado	-0,126*** (0,020)	-0,098*** (0,011)	-0,120*** (0,026)	-0,120*** (0,012)	-0,085*** (0,020)	-0,110*** (0,016)	-0,122*** (0,023)	-0,177*** (0,016)
0 a 2 años de estudio	1,465*** (0,079)	1,164*** (0,053)	0,825*** (0,127)	0,647*** (0,103)	0,788*** (0,125)	0,864*** (0,083)	0,501* (0,216)	0,256 (0,482)
3 a 6 años de estudio	1,083*** (0,075)	0,927*** (0,049)	0,855*** (0,083)	0,895*** (0,042)	0,545*** (0,078)	0,626*** (0,065)	0,564*** (0,096)	0,503** (0,147)
7 a 9 años de estudio ^b	ref.							
10 años y más de estudio	-0,626*** (0,107)	-0,716*** (0,113)	-1,222*** (0,098)	-1,224*** (0,061)	-1,552*** (0,153)	-1,542*** (0,115)	-1,491*** (0,097)	-1,636*** (0,222)
Indígena ^c	—	—	—	—	0,209* (0,100)	-0,131 (0,104)	0,147 (0,525)	-0,969** (0,349)
Número de observaciones	23 835	51 498	19 399	55 333	19 582	42 385	10 910	14 979
Municipios (<i>clusters</i>)	221	185	77	467	76	210	43	51

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), “Censo Demográfico 2000: microdatos”, Río de Janeiro, 2000; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), “XII Censo General de Población y Vivienda 2000”, México, D.F., 2000.

^a Los errores estándar fueron ajustados según los *clusters* por municipio.

^b El tramo de años de estudio de siete a nueve años es la categoría de referencia.

^c La variable que indica si la persona es indígena no fue incluida en los modelos de los estados brasileños.

* Al 95% de significancia; ** Al 99% de significancia; *** Al 99,9% de significancia.

En los grupos de edad de 20 a 29 años y de 30 a 49 años la fecundidad que analizamos es únicamente la de mujeres que ya han tenido tres o más hijos, ya que la gran mayoría de ellas no quieren tener otro y una proporción importante puede estar esterilizada. En estas circunstancias, se espera que la mayoría de las diferencias entre los grupos sociales se deba a la fecundidad no deseada, que a su vez puede estar relacionada con el acceso a los métodos de anticoncepción, incluida la esterilización femenina y masculina. En el cuadro 8 se presentan los resultados para el grupo de edad de 20 a 29 años. En siete de los ocho estados, hay una mayor fecundidad entre las personas con menos de tres años de educación, y una diferencia positiva y menor entre las que tienen de tres a seis años de educación, pero esta diferencia es significativa solamente en los cuatro estados más pobres y en Espírito Santo. También se puede notar una disminución pronunciada de la fecundidad entre las personas con 10 y más años de educación en los estados de Guerrero y Veracruz. Nuevamente, el papel de la variable relativa a infraestructura en el municipio no es consistente y solamente en un estado mexicano es importante la condición indígena.

Cuadro 8
ESTADOS SELECCIONADOS DEL BRASIL Y MÉXICO: COEFICIENTES Y ERRORES ESTÁNDAR^a ESTIMADOS POR MODELO LOGÍSTICO PARA LA VARIABLE DEPENDIENTE “HIJO NACIDO VIVO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES” DE LAS MUJERES DE 20 A 29 AÑOS CON POR LO MENOS TRES HIJOS,^b 2000

Variables	Piauí	Pernambuco	Espírito Santo	Rio Grande do Sul	Guerrero	Veracruz	Tamaulipas	Nuevo León
Intercepto	-4,642 (3,796)	-3,374 (2,785)	0,975 (4,334)	-5,201 (3,644)	-14,404*** (4,061)	-22,385*** (3,704)	-6,107 (4,565)	-5,231 (8,255)
Factor de infraestructura en el municipio	-0,196*** (0,048)	-0,276*** (0,053)	0,724** (0,245)	0,041 (0,132)	-0,237** (0,088)	-0,260*** (0,067)	-0,111 (0,146)	-0,467*** (0,113)
Edad	0,236 (0,305)	0,195 (0,224)	-0,241 (0,347)	0,342 (0,286)	1,001** (0,325)	1,615*** (0,295)	0,376 (0,371)	0,172 (0,633)
Edad al cuadrado	-0,006 (0,006)	-0,006 (0,004)	0,003 (0,007)	-0,008 (0,006)	-0,020** (0,006)	-0,032*** (0,006)	-0,008 (0,007)	-0,002 (0,012)
0 a 2 años de estudio	0,807*** (0,187)	0,678*** (0,110)	0,747*** (0,174)	0,506*** (0,128)	0,738*** (0,140)	0,726*** (0,119)	0,609** (0,187)	-0,040 (0,293)
3 a 6 años de estudio	0,548** (0,181)	0,285** (0,096)	0,563** (0,163)	0,219 (0,113)	0,473*** (0,123)	0,494*** (0,121)	0,213 (0,175)	0,192 (0,134)
7 a 9 años de estudio ^c	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
10 años y más de estudio	-0,072 (0,319)	-0,588** (0,202)	0,005 (0,336)	-0,208 (0,173)	-0,946*** (0,231)	-1,588*** (0,380)	-0,453* (0,212)	-0,797* (0,326)
Indígena ^d	—	—	—	—	-0,003 (0,146)	-0,002 (0,161)	-0,292 (1,045)	1,646*** (0,428)
Número de observaciones	5 604	11 206	3 255	6 693	7 488	12 824	2 757	3 476
Municipios (<i>clusters</i>)	221	185	77	439	76	210	43	51

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), “Censo Demográfico 2000: microdatos”, Río de Janeiro, 2000; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), “XII Censo General de Población y Vivienda 2000”, México, D.F., 2000.

^a Los errores estándar fueron ajustados según los *clusters* por municipio.

^b Solo las mujeres con paridez igual o superior a tres hijos nacidos vivos fueron incluidas en las estimaciones de estos modelos. A las mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 12 meses se le sustrajo una unidad del total de hijos nacidos vivos para considerar sus preferencias de fecundidad antes de su embarazo.

^c El tramo de años de estudio de siete a nueve años es la categoría de referencia.

^d La variable que indica si la persona es indígena no fue incluida en los modelos de los estados brasileños.

* Al 95% de significancia; ** Al 99% de significancia; *** Al 99,9% de significancia.

Esta tendencia de los diferenciales de fecundidad queda aún más clara en el caso de las mujeres de entre 30 y 49 años (véase el cuadro 9). Las razones de probabilidad (*odds ratio*) de las mujeres con cero a dos años de escolaridad en Piauí (3,60) y Pernambuco (2,44) son superiores a las de Guerrero (2,02) y Veracruz (2,11). En el caso de los estados más ricos, las diferencias de Espírito Santo (2,50) y Rio Grande do Sul (1,93) siguen siendo significativas, mientras que en Tamaulipas y Nuevo León los coeficientes no son estadísticamente significativos. Quizás la diferencia más notable entre los dos países se dé en los estados más ricos, donde las diferencias de fecundidad en los grupos de menor educación son bajas en Tamaulipas y Nuevo León en comparación con Espírito Santo y Rio Grande do Sul. Tal como ocurre en el caso de mujeres de 20 a 29 años, ni la variable de infraestructura municipal ni la condición de indígena tiene un efecto claro.

Cuadro 9
**ESTADOS SELECCIONADOS DEL BRASIL Y MÉXICO: COEFICIENTES
 Y ERRORES ESTÁNDAR^a ESTIMADOS POR MODELO LOGÍSTICO
 PARA LA VARIABLE DEPENDIENTE “HIJO NACIDO VIVO EN LOS
 ÚLTIMOS 12 MESES” DE LAS MUJERES DE 30 A 49 AÑOS
 CON POR LO MENOS TRES HIJOS,^b 2000**

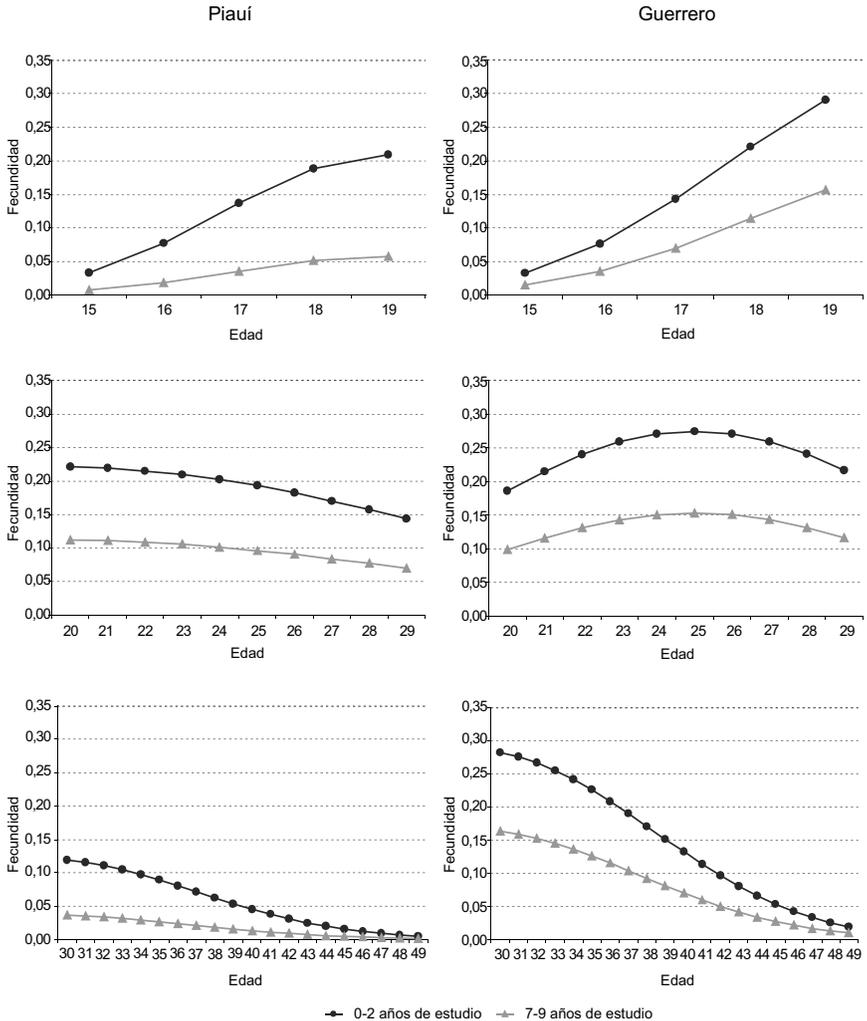
Variabes	Piauí	Pernambuco	Espírito Santo	Rio Grande do Sul	Guerrero	Veracruz	Tamaulipas	Nuevo León
Intercepto	-10,006*** (2,526)	-10,220*** (1,364)	-11,694** (3,592)	-14,360*** (2,108)	-7,456** (2,347)	-9,767*** (1,620)	-12,920** (4,018)	-9,612* (4,039)
Factor de infraestructura en el municipio	-0,213*** (0,054)	-0,641*** (0,055)	0,392 (0,218)	0,010 (0,108)	-0,375*** (0,052)	-0,473*** (0,062)	-0,196 (0,120)	-0,461*** (0,077)
Edad	0,455** (0,137)	0,532*** (0,074)	0,579** (0,198)	0,797*** (0,113)	0,395** (0,126)	0,515*** (0,087)	0,758** (0,224)	0,585** (0,211)
Edad al cuadrado	-0,008*** (0,002)	-0,009*** (0,001)	-0,010*** (0,003)	-0,013*** (0,002)	-0,007*** (0,002)	-0,009*** (0,001)	-0,013*** (0,003)	-0,011*** (0,003)
0 a 2 años de estudio	1,280*** (0,170)	0,890*** (0,139)	0,915*** (0,144)	0,655*** (0,087)	0,705*** (0,108)	0,749*** (0,113)	0,418 (0,222)	0,090 (0,188)
3 a 6 años de estudio	0,478** (0,175)	0,265 (0,136)	0,517** (0,161)	0,267*** (0,064)	0,456*** (0,082)	0,442*** (0,111)	0,145 (0,104)	0,280** (0,094)
7 a 9 años de estudio ^c	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
10 años y más de estudio	-0,411 (0,309)	-0,646*** (0,137)	-0,208 (0,147)	-0,453*** (0,085)	-0,184 (0,126)	-0,568** (0,192)	-0,580*** (0,161)	-0,114 (0,156)
Indígena ^d	—	—	—	—	0,330** (0,116)	-0,031 (0,139)	-0,908 (0,916)	0,651 (0,645)
Número de observaciones	26 706	56 946	22 586	59 519	24 208	57 363	15 772	22 129
Municipios (<i>clusters</i>)	221	185	77	467	76	210	43	51

Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), “Censo demográfico 2000: microdatos”, Río de Janeiro, 2000; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), “XII Censo general de población y vivienda 2000”, México, D.F., 2000.

- ^a Los errores estándar fueron ajustados según los *clusters* por municipio.
- ^b Solo las mujeres con paridez igual o superior a tres hijos nacidos vivos fueron incluidas en las estimaciones de estos modelos. A las mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 12 meses se les sustrajo una unidad del total de hijos nacidos vivos para considerar sus preferencias de fecundidad antes de su embarazo.
- ^c El tramo de años de estudio de siete a nueve años es la categoría de referencia.
- ^d La variable que indica si la persona es indígena no fue incluida en los modelos de los estados brasileños.
- * Al 95% de significancia; ** Al 99% de significancia; *** Al 99,9% de significancia.

Para ilustrar las tasas de fecundidad estimadas por los varios modelos, se seleccionaron los estados de Piauí y Guerrero, así como los grupos con cero a dos años y siete a nueve años de escolaridad. En el gráfico 1 se puede observar la gran diferencia en la fecundidad adolescente entre estos dos grupos en ambos estados, así como la mayor diferencia relativa en el estado brasileño. En el caso de la fecundidad de mujeres de entre 20 y 29 años con tres o más hijos, las diferencias relativas entre los grupos de escolaridad son parecidas entre los estados, pero se puede apreciar que la fecundidad en Guerrero es ligeramente más alta y más tardía que la fecundidad del grupo de 20 a 29 años en Piauí. Por último, la fecundidad de mujeres de entre 30 y 49 años con tres o más hijos exhibe diferencias relativas sumamente altas en el caso de Piauí, pero las diferencias absolutas son aún mayores en el estado de Guerrero.

Gráfico 1
FECUNDIDAD ESTIMADA POR LOS MODELOS LOGÍSTICOS DE LOS CUADROS 7, 8 Y 9 POR EDAD DE LA MUJER, PIAUÍ Y GUERRERO, 2000^a



Fuente: Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), “Censo Demográfico 2000: microdados”, Río de Janeiro, 2000; Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), “XII Censo General de Población y Vivienda 2000”, México, D.F., 2000.

^a Solo las mujeres con paridez igual o superior a tres hijos nacidos vivos fueron incluidas en las estimaciones de los modelos de mujeres de 20 a 29 años y de 30 a 49 años de edad. A las mujeres con un hijo nacido vivo en los últimos 12 meses se les sustrajo una unidad del total de hijos nacidos vivos para considerar sus preferencias de fecundidad antes de su embarazo. Estos gráficos consideran el promedio del factor de infraestructura (electricidad, televisión, refrigerador) de cada estado para la estimación de la fecundidad.

VIII. Conclusión

Después del análisis de las estadísticas obtenidas con los datos censales y las encuestas de salud reproductiva del Brasil y México, se observa que hay una gran diferencia en los niveles de fecundidad de las mujeres según el nivel de educación. La clasificación según la escolaridad se utilizó como una variable que aproxima el nivel socioeconómico para la estimación de las diferencias y el propósito fue ver hasta qué punto estas diferencias pueden corresponder a diferencias en la demanda de hijos, por una parte, y a la concepción y nacimiento de hijos no deseados, por otra. El grupo de mujeres de entre 15 y 19 años presentó grandes diferencias de fecundidad en ambos países al comparar el grupo de cero a dos años de escolaridad con el de tres a seis años y el de siete a nueve años de escolaridad. Además, es evidente que las diferencias de fecundidad fueron más acentuadas en los estados brasileños que en los mexicanos. Aunque no es fácil comprobarlo, cabe suponer que la mayoría de estas diferencias se deben a la incidencia de embarazos no deseados. Debido a la dificultad que un embarazo puede causar para continuar en la escuela, probablemente las diferencias que vemos son mayores a las que derivarían puramente del nivel socioeconómico. Seguramente México tiene una política más extensa que el Brasil en cuanto a la estimulación del uso de anticonceptivos entre jóvenes, pero los programas para adolescentes tampoco han sido el foco principal de las políticas de planificación familiar de ese país y las diferencias que observamos son también apreciables en México.

Es muy posible que el impacto de los programas gubernamentales sea mayor en los grupos de mujeres de 20 a 29 años y de 30 a 49 años. Los cuadros correspondientes (8 y 9) también presentan diferencias significativas entre los grupos de escolaridad. En la comparación entre países, se advierte que hay un mayor diferencial entre los estados brasileños más ricos, Espírito Santo y Rio Grande do Sul, que en los mexicanos, Tamaulipas y Nuevo León. Los estados más pobres brasileños también presentan diferencias mayores que los mexicanos, pero en un grado menor. Podría inferirse que la presencia de diferencias tan pronunciadas en Guerrero y Veracruz se debe al alto porcentaje de partos ocurridos en los hogares en estos dos estados, junto con la importancia que se ha dado en los programas mexicanos a la aceptación de métodos anticonceptivos, sobre todo el DIU, y la esterilización femenina en el posparto inmediato (Potter, Mojarro y Nuñez, 1987; Barber, 2007). Al realizar el parto en los hogares, una gran proporción de mexicanas de esos estados más pobres no están en contacto con los programas de planificación familiar disponibles en los hospitales públicos, y ciertamente existe una fuerte relación entre el parto en el hogar y el nivel de escolaridad, sobre todo en las áreas rurales (Ahmed y Mosley, 2002; Potter, 1988; Block, 1994).

Si tuviéramos información sobre el lugar del último parto en los censos de ambos países y pudiéramos incluirla en los modelos, seguramente la magnitud de

las diferencias disminuiría. Esta reflexión solamente subraya el hecho de que a pesar de tener programas de planificación familiar más maduros que los del Brasil, en México su impacto en las diferencias de fecundidad no es tan amplio debido a la cobertura limitada de los partos en hospitales. Curiosamente, la gran cobertura del parto en hospitales en el Brasil parece contrarrestar la ausencia de programas gubernamentales de gran alcance, sobre todo en los estados más pobres. Las políticas de población que se orientan a la planificación familiar y elaboran los órganos gubernamentales deberían ser una forma de disminuir las diferencias de fecundidad entre mujeres de distintos niveles socioeconómicos, al democratizarse el acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, esas políticas solo son eficaces si realmente están al alcance de todas las mujeres.

Bibliografía

- Ahmed, S. y W.H. Mosley (2002), "Simultaneity in the use of maternal-child health care and contraceptives: evidence from developing countries", *Demography*, vol. 39, N° 1.
- Alba, F. y J.E. Potter (1986), "Population and development in Mexico since 1940: an interpretation", *Population and Development Review*, vol. 12, N° 1.
- Barber, S.L. (2007), "Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico", *International Family Planning Perspectives*, vol. 33, N° 1.
- BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) (1997), "Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996", Río de Janeiro.
- ____ (1997b), "Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – 1996, microdados" [formato ASCII], Río de Janeiro.
- Berquó, E. y S.M. Cavenaghi (2003), "Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária", *Cadernos de saúde pública*, vol. 19, Sup. 2, Río de Janeiro.
- Block, M.A.G. (1994), "Access policies and utilization patterns in prenatal and child delivery care in Mexico", *Health Policy and Planning*, vol. 9, N° 2.
- Bongaarts, J. (2003), "Completing the fertility transition in the developing world: the role of educational differences and fertility preferences", *Population Studies*, vol. 57, N° 3.
- Caetano, A.J. (2000), "Sterilization for votes in the Brazilian Northeast: the case of Pernambuco", tesis para optar al grado de doctorado, Austin, Universidad de Texas en Austin.
- Caetano, A.J. y J.E. Potter (2004), "Politics and female sterilization in Northeast Brazil", *Population and Development Review*, vol. 30, N° 1.
- Carvalho, J.A.M. (1997/1998), "Demographic dynamics in Brazil recent trends and perspectives", *Brazil Journal of Population Studies*, vol. 1, Brasília.
- Carvalho, J.A.M. y F. Brito (2005), "A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios", *Revista brasileira de estudos de população*, vol. 22, N° 22, São Paulo.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2003), *Informe de ejecución 2001-2003. Programa Nacional de Población 2001-2006*, México. D.F.

- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística) (2000), “Censo demográfico 2000: microdados” [formato ASCII], Río de Janeiro.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (2000), “XII Censo General de Población y Vivienda 2000” [formato ASCII], México, D.F.
- Jain, A.K. (ed.) (1998), *Do Population Policies Matter? Fertility and Politics in Egypt, India, Kenya, and Mexico*, Nueva York, Consejo de Población.
- Jannuzzi, P.M. (2002), “Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais”, *Revista brasileira de administração pública*, vol. 36, N° 1, Río de Janeiro.
- Naciones Unidas (1994), Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/CONF.171/13).
- Potter, J.E. (1999), “The persistence of outmoded contraceptive regimes: the cases of Mexico and Brazil”, *Population and Development Review*, vol. 25, N° 4.
- ____ (1988), “Utilización de los servicios de salud materna en el México rural”, *Salud pública de México*, vol. 30.
- Potter, J.E. y R.A. Tuirán Gutiérrez (2004), “Population and development: then and now”, inédito.
- Potter, J.E., C.P. Schmertmann y S.M. Cavenaghi (2002), “Fertility and development: evidence from Brazil”, *Demography*, vol. 39, N° 4.
- Potter, J.E., O. Mojarro y L. Nuñez (1987), “The influence of health-care on contraceptive acceptance in rural Mexico”, *Studies in Family Planning*, vol. 18, N° 3.
- Raudenbush, S.W. (2001), *HLM5: hierarchical linear and nonlinear modeling*, Lincolnwood, IL, USA: Scientific Software International, Inc.
- Raudenbush, S.W. y A.S. Bryk (2002), *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*, California, Thousand Oaks, Sage Publications, Inc.
- Stata Corporation (2005), *Stata Statistical Software Program, Version 9.0.*, Texas, College Station.

Violencia de pareja contra las mujeres en México: una comparación entre encuestas recientes

Roberto Castro¹ e Irene Casique²

Resumen

En este estudio se realiza un análisis de la violencia de pareja contra las mujeres en México sobre la base de una comparación entre cuatro encuestas recientes. El examen se centra en mujeres casadas menores de 50 años que viven con sus parejas. En primer lugar, se estiman y comparan las prevalencias de violencia emocional, física, sexual y económica. A pesar de las diferencias metodológicas, las cuatro encuestas convergen en una prevalencia del 10% en el caso de la violencia física, mientras la prevalencia de los otros tres tipos de violencia difiere significativamente. En segundo lugar, se estiman los factores de riesgo asociados a cada tipo de violencia. Los hallazgos son coincidentes o divergentes según las fuentes de datos. Por último, se enfatiza la necesidad de homogeneizar y mejorar las encuestas sobre el tema en México.

Palabras clave: violencia contra las mujeres, México, encuestas, prevalencia de la violencia, factores de riesgo de la violencia.

^{1,2} Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Abstract

This article presents a comparative analysis of four recent surveys on intimate partner violence (IPV) in Mexico. The analysis focuses on married women aged under 50, living with their partners. First, the study estimates and compares the prevalence of four types of violence (physical, sexual, emotional, and economic). Despite methodological differences, all surveys indicated that prevalence of physical violence was about 10%. Regarding the other three forms of violence, the prevalence varied significantly between surveys. Second, the study considers the risk factors associated with each type of violence. The results coincided or diverged depending on the data source. Lastly, the article emphasizes the need to standardize and improve surveys conducted on this issue in Mexico.

Keywords: violence against women, Mexico, surveys, prevalence of violence, risk factors.

Résumé

Cette étude se penche sur le thème de la violence conjugale à l'égard des femmes au Mexique à partir d'une comparaison entre quatre enquêtes récentes. L'analyse concerne des femmes mariées âgées de moins de 50 ans vivant en couple et commence par une estimation et une comparaison des prévalences de la violence émotionnelle, physique, sexuelle et économique. Malgré les différences méthodologiques, les quatre enquêtes convergent en ce qui concerne la violence physique avec une prévalence de 10% mais parviennent à des conclusions assez différentes pour ce qui est de la prévalence des trois autres types de violence. Les auteurs estiment ensuite les facteurs de risque associés à chaque type de violence. Les résultats peuvent coïncider ou diverger selon les types de données. Finalement, les auteurs soulignent la nécessité d'homogénéiser et d'améliorer les enquêtes dans ce domaine au Mexique.

Mots-clés: Violence à l'égard des femmes, Mexique, enquêtes, prévalence de la violence, facteurs de risque de la violence.

I. Introducción

La violencia contra las mujeres ha sido estudiada desde hace por lo menos dos décadas en América del Norte y Europa (Breines y Gordon, 1983), y en México desde principios de la década de 1990 (Riquer, Saucedo y Bedolla, 1996). Este interés ha surgido del impulso que se ha dado a la investigación y a la adopción de medidas sobre este problema en diversos organismos internacionales y de salud (Naciones Unidas, 1995; OEA, 1994). En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas definió la violencia contra las mujeres como: “todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública, como en la vida privada.” (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993).

En sus formas más graves, ya sea por su severidad o su cronicidad, la violencia contra las mujeres conlleva las mismas características sociológicas de otras formas de discriminación, como el racismo o el desprecio a los adultos de la tercera edad, por mencionar solo dos ejemplos: se basa en una relación de poder desigual y se ejerce contra los integrantes de un grupo socialmente devaluado y, al mismo tiempo, contribuye a perpetuar dicha desigualdad. En algunos estudios se ha señalado que la existencia de marcadas normas de género, que establecen los roles aceptables para hombres y mujeres, justifica socialmente el uso de la violencia en la pareja, cuando alguno de sus integrantes —en particular la mujer— no cumple con dichos roles o de alguna manera transgrede las normas ante los ojos de su compañero (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999).

Uno de los principales objetivos de la investigación científica de la violencia contra las mujeres es identificar sus determinantes sociológicos, puesto que si se conocen los factores de riesgo que se asocian a ella se estará en mejores condiciones de prevenirla. La definición de las Naciones Unidas, citada anteriormente, tiene la doble virtud de reconocer que la desigualdad de género está en la raíz del problema y de señalar que la violencia se presenta en los ámbitos público y privado de la vida. Sin embargo, es menester profundizar en sus causas.

La violencia de pareja contra la mujer se origina en las normas de género y los valores que la ubican en una posición subordinada respecto del hombre (García-Moreno, 1999). La violencia conyugal se produce por las desigualdades de poder que se dan entre los miembros de la pareja. En el caso de México, estudios previos demuestran que se asocia a relaciones de género y maritales basadas en la dependencia de las mujeres tanto en términos económicos como de autoestima respecto de sus parejas, y sostenidas por ciertas ideologías románticas, estructuras familiares y arreglos residenciales (Finkler, 1997). Por lo tanto, el estudio de la violencia contra la mujer y de sus causas debe realizarse desde una perspectiva

de género, identificando las desigualdades sociales entre hombres y mujeres para poder encontrar sus causas fundamentales (Bedregal, Saucedo y Riquer, 1991).

Es posible distinguir por lo menos cuatro formas en que se expresa la violencia de pareja contra las mujeres. La mayor parte de las investigaciones sociales sobre este problema se centra en la violencia física, debido a la existencia de instrumentos relativamente estandarizados (Straus, 1979; Straus y otros, 1996) que han sido ampliamente aceptados, así como al hecho de que la violencia física repercute de manera tangible en la salud de las mujeres. Sin embargo, desde hace algunos años también se ha insistido en la importancia de estudiar la violencia psicológica o emocional en la pareja y se ha documentado que, desde la perspectiva de las mujeres agredidas, la violencia emocional es mucho más dañina y de efectos más duraderos que la violencia física (Tolman, 1989; O'Leary, 1999; DeKeseredy, 2000). Una tercera forma de violencia de pareja contra las mujeres que también ha sido objeto de investigación es la violencia sexual, expresión prototípica de dominación de género que se ejerce sobre las mujeres (Saltzman y otros, 1999; Saltzman, 2004). Por último, se ha comenzado a medir la violencia económica en la pareja, en la medida que manifiesta el tipo de arreglos sociales sobre los que esta se constituye y que suelen ser desventajosos para las mujeres en términos de acceso y manejo de recursos (Castro y Riquer, 2004; Yount, 2005; Atkinson, Greenstain y Monahan, 2005).

En cualquiera de sus expresiones, la violencia contra las mujeres afecta prácticamente todas las dimensiones de la vida: capacidad de trabajo, actividades diarias, expectativas de vida, metas, autoestima y, sobre todo, salud. Es creciente el número de investigaciones que dan cuenta de los efectos de la violencia de género sobre la salud de las mujeres, a tal punto que la violencia doméstica se considera un problema de salud pública desde hace varios años (Heise, Pitanguy y Germain, 1994). Los efectos de la violencia física en la salud de las mujeres son probablemente más visibles y palpables, pero los efectos psicológicos no son menos devastadores.

Diversos estudios asocian el abuso físico y sexual a problemas como el desgarramiento de la vagina y el ano, las infecciones en los riñones, la disfunción sexual, los dolores abdominales, las infecciones urinarias y las infecciones de transmisión sexual (Campbell y Alford, 1989; Campbell y Soeken, 1999) y los problemas relacionados con la ausencia de protección (anticonceptiva) durante la relación sexual (Eby y otros, 1995). También se asocian al abuso algunos trastornos de salud mental: depresión, baja autoestima, ideas suicidas, sentimientos de vergüenza, miedo y culpa en relación con el sexo (Campbell y Soeken, 1999; Heise, Moore y Toubia, 1995; Stewart y otros, 1996).

La violencia influye además en la salud reproductiva de las mujeres: problemas ginecológicos, disfunciones sexuales, práctica de sexo inseguro y no deseado, infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humana

(VIH), complicaciones prenatales y posnatales, embarazos no deseados y abortos inseguros entre otros efectos (Heise, Pitanguy y Germain, 1994; Langer y Nigenda, 2000; Gazmararian y otros, 2000; Campbell y otros, 2002; Shane y Ellsberg, 2002).

En los últimos años, la investigación empírica sobre la violencia de género ha crecido exponencialmente en los países anglosajones y ha dado lugar a un amplio número de tendencias y controversias que enriquecen enormemente nuestra comprensión del problema (Mears y Visher, 2005; O'Neill, 1998; Johnson y Ferraro, 2000; Gordon, 2000). Lamentablemente, este campo de investigación en países como México, si bien ha tenido grandes progresos, dista aún de alcanzar el nivel de desarrollo de otros países.

En efecto, en México, una primera generación de encuestas realizadas en la década pasada, destaca por su carácter pionero y por su alcance limitado. Se trata de encuestas de carácter local o regional, desarrolladas por organizaciones civiles o investigadores universitarios. Se pueden citar algunas que se realizaron en zonas de Jalisco (Ramírez y Uribe, 1993), en áreas de México, D.F. (COVAC, 1995), en Guanajuato (Tolbert y Romero, 1996) y en Durango (Alvaro y otros, 1998). En 1998, el tema de la violencia doméstica se incorporó en encuestas sociodemográficas y de salud de alcance nacional, mediante un pequeño conjunto de preguntas específicas o un módulo especializado dentro del cuestionario. Sobresalen, en ese sentido, la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente (ENSARE) 1998, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II 2000), de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); la Encuesta Nacional de la Juventud (ENAJUV 2000), del Instituto de la Juventud (INJUVE), y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR), de la Secretaría de Salud. En el año 2003 se realizaron las primeras dos encuestas de carácter nacional destinadas específicamente a la medición de la violencia doméstica contra las mujeres: la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), de la Secretaría de Salud, y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

La difusión de los resultados de estas encuestas ha dado sustento a la demanda política, esgrimida por el movimiento feminista, de que el Estado intervenga en la prevención y erradicación de la violencia doméstica como un verdadero problema social³. Al visibilizar las cifras de la violencia de género, la noción de que lo que ocurre en casa es solo un asunto privado se ha modificado y se ha podido argumentar con mejores fundamentos que la violencia de pareja —que muchos individuos perciben como un problema meramente personal— presenta patrones y regularidades típicas de un fenómeno colectivo. La violencia

³ Así lo demuestran los cambios en los códigos penales de varios estados de México y el desarrollo de diversos programas de atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

de género es un problema social que requiere políticas de Estado y programas institucionales para erradicarla.

Sin embargo, el debate público en México sobre la magnitud del problema se caracteriza por un manejo discrecional de las cifras; los medios de comunicación, en este contexto, suelen prestar poca atención a las restricciones metodológicas de las encuestas, interpretándolas y generalizando los datos de forma inadecuada. El hecho de que las cifras que ofrecen las diversas encuestas no siempre coincidan entre sí o simplemente no sean comparables, lleva a que la información pública que existe sobre este problema sea disímil e inconsistente.

Las variaciones, en términos de cifras entre las diversas encuestas se deben, en buena medida, a las diferencias en la formulación de las preguntas relacionadas con la violencia, es decir, cada encuesta ha construido su objeto en forma independiente, de manera no necesariamente comparable. El enfoque predominante, hasta la fecha, ha sido de carácter empírico, lo que significa que, al carecer de un anclaje teórico en el corpus sociológico, la mayoría de las encuestas han sido diseñadas para facilitar la búsqueda de asociaciones entre la violencia y las características sociodemográficas de la mujer y de su pareja. En este sentido, la mayoría de las encuestas han abordado el problema de la violencia de pareja como un atributo de los individuos, más que como un problema interaccional, más como un rasgo de ciertas mujeres y sus parejas en un determinado momento, que como un fenómeno social de carácter dinámico con variaciones a lo largo del tiempo⁴. Y sobre todo, se ha considerado más como un problema de relación entre variables, que como un problema de relación en las parejas.

El inconveniente de que las encuestas no sean comparables entre sí no es exclusivo de México, por el contrario, en Europa (Kury, Obergfell-Fuchs y Woessner, 2004), los Estados Unidos (Bachman, 2000) y el Canadá (Johnson y Bunge, 2001) se han publicado diversos análisis comparativos entre distintas encuestas, con el fin de identificar los datos relativamente estables, los factores de riesgo asociados a la violencia de pareja (Thompson, Saltzman y Johnson, 2003) y las principales dificultades y limitaciones metodológicas que impiden la generación de antecedentes más confiables. En estos países, también se ha producido el fenómeno de la generalización de los datos en el debate público y la construcción diferencial del objeto de estudio por las diferentes encuestas y fuentes de información (Gelles, 2000). En todos los casos, se exhorta a considerar con las debidas reservas los datos, a unificar la forma de medición de la violencia de pareja en los estudios subsiguientes y a diferenciar las diversas formas de violencia según su grado de severidad, puesto que estos últimos responden a lógicas diferentes.

⁴ Recientemente, algunas encuestas han incorporado la medición de aspectos como el grado de libertad de la mujer en la pareja, su nivel de autonomía, su capacidad de decisión en asuntos importantes y la forma en que se divide el trabajo en el hogar, entre otros. Pero al igual que en el caso de la medición de la violencia, lo han hecho de manera independiente entre sí.

A pesar de que en México existen varias encuestas nacionales que, de una u otra forma, exploran el problema de la violencia de pareja contra las mujeres, hasta el momento no se ha realizado ningún análisis comparativo entre ellas. El contenido de este estudio es un primer paso en esa dirección, ya que se busca, en primer lugar, mostrar algunas de las principales coincidencias y divergencias entre las encuestas sobre la magnitud de la violencia de pareja contra las mujeres y, en segundo lugar, realizar un análisis de los factores de riesgo asociados a los cuatro tipos de violencia —emocional, económica, física y sexual— mediante los datos de la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003.

II. Datos y métodos

Para abordar el primer objetivo de este estudio —la estimación y comparación de la prevalencia de la violencia emocional, física, sexual y económica—, se emplea información proveniente de cuatro encuestas nacionales. Dos de ellas, la ENSARE y la ENSAR, son de salud reproductiva e incluyen un módulo de preguntas sobre violencia en la pareja. Las otras dos, la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003, en cambio, tienen como objetivo exclusivo producir datos sobre la violencia de pareja que sufren las mujeres en México.

Las cuatro encuestas difieren en cuanto al tipo de población que representan y las características de las mujeres incluidas en las muestras (véase el cuadro 1). Además de las diferencias ya mencionadas, hay que señalar que dos de las encuestas no miden la violencia económica (ENSARE y ENSAR), mientras las otras dos (ENVIM 2003 y ENDIREH 2003) la incluyen, pero la miden de manera muy diferente, lo que repercute directamente en la calidad de las mediciones que cada una puede hacer.

Cuadro 1
**CLASIFICACIÓN DE LAS CUATRO ENCUESTAS RESPECTO DEL TIPO
Y ÁREA DE ESPECIALIZACIÓN**

Área de especialización de la encuesta	Tipo de encuesta	
	De hogares	De usuarias de servicios de salud
Violencia doméstica	ENDIREH 2003	ENVIM 2003
Salud reproductiva (con un módulo de violencia intrafamiliar)	ENSAR	ENSARE

Fuente: Elaboración propia.

Otra diferencia importante es que solo la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003 incluyen preguntas sobre la frecuencia de las diversas formas de violencia, lo que permite calcular los índices de severidad. La ENDIREH 2003, sin embargo,

no incluyó estas preguntas con relación a la violencia sexual, por lo que el cálculo que se puede hacer sobre su severidad es más limitado⁵.

Finalmente, la ENSARE es una encuesta esencialmente urbana, mientras las otras tres encuestas sí permiten hacer una diferenciación por el tipo de localidad (rural o urbana)⁶.

En el cuadro 2 se muestran las diversas formas de violencia exploradas por las cuatro encuestas. En él se visualiza la variabilidad existente entre las encuestas respecto del tipo y número de tópicos explorados para cada forma de violencia. Para este estudio, se podría haber elegido comparar solo ítems de violencia comunes a las encuestas, pero, dada la gran variabilidad de los ítems específicos, esta estrategia limitaría en extremo el análisis comparativo. Por lo tanto, se ha preferido comparar cuatro formas generales de violencia, considerando la particularidad con que cada encuesta las exploró: la violencia física, sexual, emocional y económica. Esto es, se asumió que, independientemente de la diversidad de preguntas utilizadas, es posible agruparlas en cuatro categorías generales correspondientes a las cuatro formas de violencia mencionadas⁷.

⁵ Debido a la extensión de este estudio no se incluye un análisis comparativo de la severidad de las distintas formas de violencia. Sin embargo, tal como señalan Johnson y Ferraro (2000), es importante diferenciar niveles de severidad, pues cabe la hipótesis de que dichos niveles correspondan a tipos diferentes de violencia.

⁶ Se definen como comunidades rurales a aquellas de hasta 2.500 habitantes y como urbanas aquellas de más de 2.500 habitantes.

⁷ Como las encuestas utilizan preguntas diferentes para medir las cuatro formas de violencia, es necesario cuestionarse si se está hablando de las mismas clases de violencia en cada encuesta. Un análisis comparativo como el que se propone en este estudio puede aportar información importante para esclarecer este problema.

Cuadro 2
PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LAS ENCUESTAS UTILIZADAS

	ENSARE ^a	ENSAR ^b	ENVIM 2003 ^c	ENDIREH 2003 ^d
Población objetivo	Población derechohabiente del IMSS	Encuesta Nacional de Hogares con muestra representativa en 8 estados ^e	Mujeres que requieren servicios de salud en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Encuesta Nacional de Hogares con muestra representativa en 11 estados ^f
Tamaño de la muestra	5 405 mujeres	20 925 mujeres	26 042 mujeres	34 184 mujeres
Características de las mujeres encuestadas	Tener de 12 a 54 años Ser derechohabiente del IMSS	Tener de 15 a 49 años	Tener 15 años o más Ser usuaria de servicios de salud de una de las tres instituciones	Tener 15 años o más Tener pareja y convivir con ella al momento de la encuesta

Número de preguntas que miden la prevalencia (P) y la severidad (S) de la violencia

Tipo de violencia	P		S		P		S	
Emocional	6	3	3	-	12	3	13	3
Física	6	1	4	1	10	3	8	3
Sexual	1	-	-	-	3	3	3	-
Económica	-	-	-	-	2	3	6	3

Fuente: Elaboración propia.

^a Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 1998 (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)).

^b Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)).

^c Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (Instituto Nacional de Salud Pública-INSP/SSA).

^d Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (INMUJERES/Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)).

^e Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas.

^f Baja California, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, Sonora, Yucatán, Zacatecas.

Dado que el universo de población de las cuatro encuestas presenta cierta variabilidad, se decidió centrar el análisis en las mujeres de 15 a 49 años que tengan pareja (unidas o casadas) y que convivan con ella. Las características demográficas de estas mujeres se muestram en el cuadro 3.

Cuadro 3
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES UNIDAS DE 15 A 49 AÑOS

	ENSARE (n=2 770)	ENSAR (n=11 302)	ENVIM 2003 (n=16 750)	ENDIREH 2003 (n=26 513)
Edad				
Media	34,12	33,27	31,56	33,72
Desviación estimada	8,5	8,42	8,6	8,48
Años de escolaridad				
Media	8,29	7,58	7,72	7,47
Desviación estimada	3,62	3,98	3,78	4,42
Hijos nacidos vivos				
Media	2,86	3,08	^a	1,01
Desviación estimada	1,6	1,86	^a	0,31
Porcentaje de mujeres que trabajan				
	31,6	25,5	28,5	40,7
Distribución por tipo de localidad				
Urbana	^b	24,7	11,9	20,8
Rural	^b	75,3	88,1	79,2
Distribución por grupos de edad				
15-19 años	2,6	5,1	7,0	4,0
20-24 años	12,9	12,8	17,6	12,3
25-29 años	19,0	17,4	19,9	17,5
30-34 años	16,1	19,5	18,8	19,6
35-39 años	18,4	19,7	15,2	18,6
40-44 años	17,0	14,6	12,2	15,1
45-49 años	14,0	10,9	9,2	13,0
Distribución por estrato socioeconómico				
Muy bajo	6,6	41,1	42,9	31,8
Bajo	52,7	37,2	44,3	41,1
Medio	28,3	14,6	9,4	15,5
Alto	12,4	7,1	3,4	11,7

Fuente: Elaboración propia.

^a No se preguntó.

^b Encuesta únicamente urbana.

Se considera que hubo violencia física, a efectos de este análisis, en todos los casos en que las mujeres reportaron haber sufrido al menos una de las formas de violencia señaladas en el cuadro 4 en los últimos 12 meses. La violencia sexual, por su parte, fue medida de manera muy semejante por la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003, y de forma más indirecta en las otras dos encuestas. Se considera, al igual que en el caso de la violencia física, que existe violencia sexual cuando las mujeres reportan al menos uno de los eventos (véase el cuadro 4).

Cuadro 4
PREGUNTAS SOBRE VIOLENCIA INCLUIDAS EN LAS ENCUESTAS

	ENVIM 2003	ENDIREH 2003	ENSAR	ENSARE
Violencia sexual				
Le exige tener relaciones sexuales o hay relaciones forzadas cuando no tiene deseos	*	*		*
La ha obligado a realizar actos sexuales que no le gustan		*		
Ha usado la fuerza física para tener relaciones	*	*	*	
La amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones	*			
Violencia física				
La ha empujado	*	*		*
Le ha dado golpes con la mano o el puño	*	*	*	*
Le ha dado golpes con objetos	*	*	*	
Le ha dado patadas	*	*		*
Ha intentado ahorcarla o asfixiarla	*	*		
La ha agredido con arma blanca	*	*	*	*
Le ha disparado con un arma	*	*	*	*
Le ha dado sacudones, zarandeos o jaloneos	*			
Le ha torcido el brazo	*			
La ha quemado con cigarrillos u otra sustancia	*			
La ha amarrado		*		
Le ha tirado algún objeto		*		*
Le ha tirado del pelo		*		
La ha mordido				*
Violencia emocional				
Le ha dejado de hablar		*		
La ha avergonzado, menospreciado, humillado	*	*		*
Le ha dicho que es fea	*	*		
Ha destruido o escondido sus cosas	*	*		
Ha destruido o escondido cosas del hogar	*	*		
La amenaza con irse		*		
La amenaza con dañarla		*	*	
La amenaza con quitarle a los hijos		*		
La amenaza con correrla		*		
Se enoja porque no está listo el quehacer		*		
Se enoja porque no está lista la comida		*		
Se enoja porque cree que usted no cumple sus obligaciones		*		
La ha encerrado		*		
Le ha prohibido que la visiten		*		
Le deja todas las tareas del hogar y los hijos		*		
La acusa de que lo engaña, o se ha puesto celoso o sospecha de sus amistades	*	*		
Le hace sentir miedo	*	*		
Ha puesto a sus parientes en su contra		*		
La ignora, no le brinda cariño		*		
La ha amenazado con un arma blanca o de fuego	*	*		*
La ha amenazado con matarla, matarse, o matar a los hijos	*	*		
La ha insultado	*		*	*
La ha amenazado con golpearla	*			*
Le ha gritado			*	*
Violencia económica^a				
Ha reclamado cómo gasta el dinero		*		
Ha sido tacaño o mezquino con los gastos de la casa		*		
La ha amenazado con que no le va a dar dinero o no se lo da	*	*		
Se ha gastado el dinero que se necesita para la casa		*		
Se ha adueñado o le ha quitado dinero o bienes	*	*		
Le ha prohibido trabajar o estudiar		*		

Fuente: Elaboración propia.

^a Ni la ENSARE ni la ENSAR incluyeron preguntas sobre violencia económica.

Respecto de la violencia emocional se hicieron consideraciones diferentes. En el cuadro 4 se muestran los diferentes ítems que exploraron las encuestas. No se consideró como un caso de violencia emocional cuando una mujer informó de manera aislada sobre uno solo de los eventos de este tipo de violencia. Es necesario construir un indicador más sólido que ese único dato⁸. Es por eso que, en el caso de la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003, el criterio adoptado fue que había violencia emocional si las mujeres informaban de un solo tipo de incidente en más de una ocasión, o bien varios tipos de incidentes, aunque cada uno de ellos hubiese ocurrido solo una vez. En el caso de la ENSARE y la ENSAR, que no exploraron la frecuencia de los incidentes, no es posible aplicar el criterio anterior; se definió como “casos de violencia emocional” aquellos casos en que las mujeres informaron de dos o más tipos de incidentes de esta naturaleza.

Únicamente la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003 indagaron sobre las formas de violencia económica, pero las estrategias para hacerlo variaron considerablemente (véase el cuadro 4). En la ENDIREH 2003, el criterio para considerar a una mujer como víctima de violencia económica es que haya informado al menos de un tipo de incidente dos o más veces o, bien, varios incidentes una vez cada uno. En el caso de la ENVIM 2003, ante la imposibilidad de aplicar este criterio, dado que cuenta con solo dos preguntas, se estimó que hay ocurrencia de violencia económica cuando la mujer informa sobre cualquiera de los incidentes considerados.

Para el desarrollo del segundo objetivo —el análisis y comparación de los factores de riesgo para los cuatro tipos de violencia—, se consideraron cuatro modelos de regresión logit y se emplearon como variables dependientes —alternativamente— los indicadores de violencia emocional, física, económica y sexual. Esta segunda parte del análisis emplea información de dos de las cuatro encuestas, la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003, ya que son las únicas que incluyen indicadores para los cuatro tipos de violencia. Como variables independientes o explicativas de la violencia, se introdujeron indicadores relacionados con características individuales de cada miembro de la pareja, de la pareja, características comunitarias y características sociales. De esta manera, se adoptó el modelo ecológico de factores de riesgo de la violencia, que señala que la violencia contra la mujer es resultado de complejas interacciones entre factores pertenecientes a esos cuatro niveles de análisis (Heise, 1998). Evidentemente, la selección de las variables para cada uno de estos niveles responde, en primer lugar, a su relevancia en tanto factores predictores de la violencia de acuerdo a los hallazgos de estudios previos y, en segundo lugar, a las limitaciones que las encuestas imponen en cuanto a la disponibilidad de los indicadores.

⁸ Sin un filtro como este, la prevalencia de violencia emocional podría ser muy alta, pues incluiría a mujeres que solo informan, por ejemplo, que su marido les ha gritado una vez. Sin embargo, esta violencia se acerca más a los casos de mujeres que no informaron de ningún incidente de violencia, que a aquellos en que las mujeres informaron sobre formas de abuso muy graves. Para que el análisis de este tipo de encuestas caracterice mejor la violencia e identifique sus principales causas, se debe profundizar en la construcción de la variable dependiente.

Es importante mencionar que algunas de las variables que han probado ser factores explicativos relevantes de la violencia en estudios previos no pudieron ser incluidas en los modelos de regresión, por no estar disponibles en alguna de las dos encuestas, como el número de hijos, los antecedentes de violencia hacia el hombre durante su infancia, los antecedentes de violencia en la familia de origen de la mujer, los antecedentes de violencia en la familia de origen del hombre y la capacidad de la mujer de decidir cuándo tener sexo. Estas cinco variables están disponibles en la información de la ENDIREH 2003, pero no en la ENVIM 2003, por lo que se decidió no incluirlas en los modelos de regresión que se analizan en este estudio para preservar su comparabilidad. No obstante, en otros trabajos (Castro, Riquer y Medina, 2004; Casique y Castro, 2005), en que se ha usado solo la información de la ENDIREH 2003, se comprueba la relevancia de dichos factores en la violencia y las mejoras sustanciales que introducen en relación con la capacidad explicativa de los modelos cuando son incluidos en el análisis.

Como factores de riesgo a nivel individual se incluyen las siguientes variables: edad de la mujer (variable continua, de 15 a 49 años); diferencia de edad entre los miembros de la pareja (variable categórica); años de escolaridad de la mujer (variable continua, de 0 a 23 años), diferencia en años de escolaridad entre los miembros de la pareja (variable categórica), la mujer ha tenido uniones previas (variable dicotómica, igual a uno si ha tenido otras uniones maritales), trabajo extradoméstico de la mujer (variable dicotómica, igual a uno si la mujer trabaja), el hombre no trabaja (variable dicotómica, igual a uno si el hombre no trabaja) y mujer golpeada de niña (variable dicotómica, igual a uno si la mujer fue víctima de violencia durante su infancia).

Las variables relacionadas con factores de la relación o pareja son: unión libre (variable dicotómica, igual a uno si la unión es libre), años de unión (variable continua, de 0 a 40 años), la mujer decide si trabaja o no (variable dicotómica, igual a uno si la mujer puede decidir sola o junto con su marido si trabaja o no) y poder de decisión de la mujer. Esta última variable es un índice estimado a partir de la información recogida en las encuestas sobre el poder de decisión de la mujer respecto de su pareja frente a una serie de asuntos familiares. Haciendo uso de esta información, se construyó un índice de poder de decisión de la mujer. Se trata de un índice aditivo, estimado a partir de la sumatoria de los valores obtenidos en las distintas preguntas, basado en las respuestas proporcionadas por las mujeres⁹.

Como factores comunitarios, se incorporan en el análisis un indicador de residencia urbana (variable dicotómica, igual a uno si la pareja reside en zona urbana) y otro de estrato socioeconómico (variable categórica)¹⁰, en que se distinguen cuatro estratos: muy bajo, bajo, medio y alto. Esta última variable fue estimada a nivel de hogar, sobre la base de la información de las condiciones de la vivienda (materiales

⁹ Véanse más detalles sobre la estimación de este índice en Casique (2004).

¹⁰ Indicador estimado para diversas encuestas, como parte del proyecto Diagnóstico de Encuestas sobre Salud Reproductiva en México, desarrollado por el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México.

empleados y servicios con los que cuenta), el promedio de años de escolaridad de todos los miembros del hogar y la ocupación mejor pagada de ellos.

Por último, como indicador a nivel macrosocial de normas y expectativas de género, se incluye la variable de ideología de roles de género, que es un índice estimado a partir de una serie de preguntas, incluidas en las encuestas, referidas al papel de la mujer en relación con su pareja. Este índice mide el grado de subordinación de la mujer frente al hombre y ubica en el extremo inferior a las mujeres más subordinadas a la autoridad del marido y en el extremo superior a las mujeres que se autoconciben de manera igualitaria respecto del hombre.

En el cuadro 5 se resume la distribución (o promedio) de las muestras de mujeres menores de 50 años de la ENDIREH 2003 y de la ENVIM 2003 según estas variables.

Cuadro 5
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS (O MEDIAS) DE VARIABLES EXPLICATIVAS
(En porcentajes)

Variables explicativas	ENDIREH	ENVIM
Edad de la mujer (media)	33,72	32,04
Diferencia de edad en la pareja		
Hombre mayor (5 años y más)	32,47	57,41
Hombre mayor (1 a 4 años)	41,80	9,95
Ambos de la misma edad (categoría de referencia)	11,52	2,59
Mujer mayor (1 a 4 años)	11,81	8,81
Mujer mayor (5 años y más)	2,40	21,24
Años de escolaridad de la mujer (media)	7,47	7,67
Diferencia en años de escolaridad en la pareja		
Hombre con más escolaridad (5 años más)	14,16	22,87
Hombre con más escolaridad (1 a 4 años)	28,65	19,47
Ambos con la misma escolaridad (categoría de referencia)	27,76	14,48
Mujer con más escolaridad (1 a 4 años)	19,28	20,80
Mujer con más escolaridad (5 años más)	10,15	22,38
La mujer ha tenido uniones previas	7,07	12,47
La mujer trabaja	40,39	28,33
El hombre no trabaja	3,56	3,65
La mujer era golpeada de niña	39,61	42,42
Unión libre	21,95	24,85
Años de unión	13,09	11,61
Residencia urbana	79,22	87,91
Estrato socioeconómico		
Muy bajo	31,76	42,73
Bajo	41,10	44,30
Medio	15,47	9,56
Alto (categoría de referencia)	11,67	3,41
La mujer puede decidir si trabaja o no	72,24	80,51
Poder de decisión de la mujer (índice ^a , media)	0,48	0,52
Ideología de roles de género (índice ^a , media)	0,85	0,72

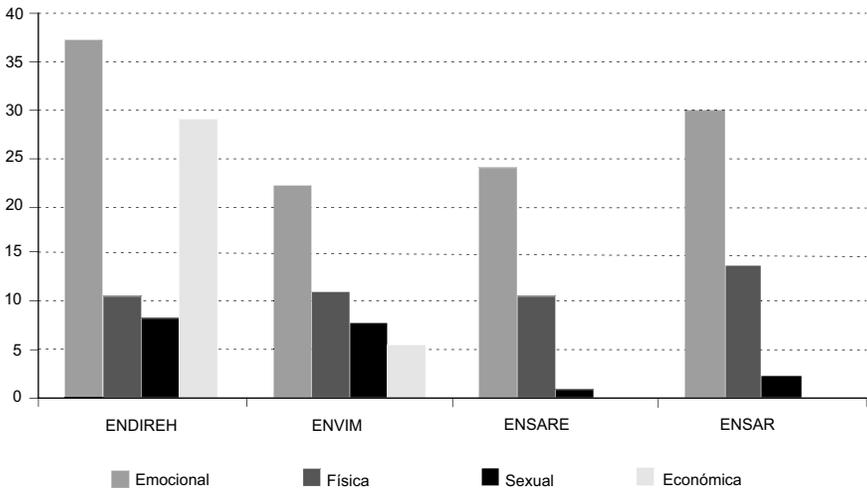
Fuente: Elaboración propia.

^a Estandarizado para su comparabilidad.

III. Prevalencia general de los diversos tipos de violencia

En el gráfico 1, se ilustra la prevalencia de violencia en sus diversas formas, de acuerdo a los resultados de las encuestas que se comparan. El primer dato que llama la atención es la relativa homogeneidad de la prevalencia de la violencia física: en tres de las encuestas fluctúa de un 10,3% a un 11%. Solo la ENSAR reportó una prevalencia ligeramente superior (13,6%), porcentaje que está muy próximo a los anteriores. Se trata de un dato consistente que puede ser utilizado como referencia para fundamentar políticas y programas de intervención¹¹.

Gráfico 1
PREVALENCIA DE LAS DIVERSAS FORMAS DE VIOLENCIA SEGÚN CUATRO ENCUESTAS, MUJERES UNIDAS O CASADAS DE 15 A 49 AÑOS^a
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia.

^a Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente (ENSARE) y Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR).

¹¹ Cuando se recurre a la estadística, algunos autores suelen hablar de datos duros ante cifras que se reiteran a lo largo de diversos estudios. En este artículo, sin embargo, los datos sobre violencia contra las mujeres están de acuerdo con el tipo de instrumentos utilizados para producirlos, por lo mismo, se habla de datos consistentes.

En relación con la violencia sexual, es necesario considerar que, como se señaló anteriormente, la medición que hicieron la ENSAR y la ENSARE fue más bien limitada e indirecta, por lo que la prevalencia informada es baja. En cambio, el tipo de medición que hicieron las otras dos encuestas se asemeja mucho y, por lo tanto, los resultados que ofrecen también son consistentes: la prevalencia fluctúa entre 7,53% (ENVIM 2003) y 8,3% (ENDIREH 2003).

A diferencia de la consistencia encontrada en la prevalencia de violencia física y violencia sexual, la medición de la prevalencia de violencia emocional es muy problemática e inconsistente, porque las diversas encuestas difieren en el tipo de preguntas utilizadas para explorarla. Sorprende que la prevalencia más baja sea la detectada por la ENVIM 2003 (21,77%), mientras la más alta sea la de la ENDIREH 2003 (37,1%), ya que los instrumentos de estas encuestas, sin ser del todo iguales, son los más parecidos al cotejar las cuatro encuestas. La ENSARE, por su parte, detectó una prevalencia del 24% y la ENSAR del 30%. De lo anterior se desprenden dos conclusiones: en primer lugar, de las tres formas de violencia que se han examinado hasta ahora, la emocional es la que parece contar con una prevalencia más alta, dato que es consistente con lo que se informa en otros estudios realizados en México (Castro, 2004); en segundo lugar, que al variar en más de 15 puntos porcentuales, se está ante un dato inconsistente que requiere un mayor refinamiento en subsiguientes estudios.

Por último, como se señaló anteriormente, solo dos encuestas han medido la prevalencia de la violencia económica y lo han hecho de manera muy diferente. La ENVIM 2003, que incluyó dos preguntas sobre el tema, detecta una prevalencia del 5,4%, mientras que la ENDIREH 2003, que incluyó seis preguntas, detecta una prevalencia del 30%. La correlación positiva entre el número de preguntas y la prevalencia parece evidente. Respecto de este tema existen pocas mediciones (dos encuestas) que difieren sustancialmente entre sí.

Sobre la base de esta información, se concluye que la violencia emocional (de acuerdo con las cuatro encuestas) y la económica (de acuerdo con la ENDIREH 2003) tienen la prevalencia más alta entre las mujeres de 15 a 49 años, unidas o casadas y que conviven con su pareja; sin embargo, presentan grandes problemas de medición. Asimismo, la prevalencia de la violencia física y sexual es menor a la mitad de la prevalencia de la violencia emocional y económica, lo que resulta del todo consistente con el problema que se analiza. La violencia, al ser una expresión específica de la dominación de género, se expresa y se reproduce por vías más frecuentes y menos agresivas, como la violencia emocional y la económica, pero no menos efectivas que la violencia física y sexual.

IV. Factores de riesgo de los diversos tipos de violencia hacia la mujer por la pareja

Para el análisis de los factores de riesgo (y de protección) de la mujer frente a la violencia de su pareja, se realizó un análisis de regresión logística. Se utilizaron cuatro modelos de regresión logit, uno para cada tipo de violencia, y se emplearon como variables dependientes las construidas a partir de los indicadores de cada tipo de violencia y como variables independientes los factores de riesgo individual, de pareja, comunitarios y sociales previamente descritos en la sección metodológica. Los resultados de estos modelos de regresión se muestran en los cuadros 6 y 7, respectivamente.

Cuadro 6
REGRESIÓN LOGIT: FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA, ENDIREH 2003

Variables explicativas	1. Física		2. Emocional		3. Económica		4. Sexual	
	RP ^a	Sig. ^b	RP	Sig.	RP	Sig.	RP	Sig.
Edad de la mujer	0,9230	***	0,9716	**	0,9763	*	0,9889	
Diferencia de edad en la pareja								
Hombre mayor (5 años o más)	0,6473		0,6713	**	0,7831		0,8021	
Hombre mayor (1 a 4 años)	0,6399	*	0,6196	***	0,7969		0,8474	
Ambos la misma edad (categoría de referencia)	1		1		1		1	
Mujer mayor (1 a 4 años)	1,1899		0,8009		1,0039		0,9046	
Mujer mayor (5 años o más)	1,3081		0,6006	*	0,8804		0,6387	
Años de escolaridad de la mujer	0,9558	*	0,9915		0,9865		0,9817	
Diferencia en años de escolaridad en la pareja								
Hombre con más escolaridad (5 años o más)	0,9833		1,0498		1,0923		1,0217	
Hombre con más escolaridad (1 a 4 años)	1,3476		1,2360	*	1,0805		1,2855	
Ambos con la misma escolaridad (categoría de referencia)	1		1		1		1	
Mujer con más escolaridad (1 a 4 años)	1,0949		1,0557		1,0405		1,2060	
Mujer con más escolaridad (5 años o más)	2,0223	**	1,1076		1,4326		1,1038	
La mujer ha tenido uniones previas	1,2373		1,3936	*	1,4945	*	1,1407	
La mujer trabaja	1,5519	**	1,3102	**	1,1175		1,5635	**
El hombre no trabaja	0,9051		1,0987		0,8639		0,7545	
La mujer era golpeada de niña	2,2630	***	1,8992	***	1,7418	***	2,1343	***
Unión libre	1,5649	**	1,2259	*	1,3656	**	1,5454	**
Años de unión	1,0682	***	1,0355	***	1,0377	**	1,0421	*
Residencia urbana	1,1449		1,0846		1,6814	***	0,9807	
Estrato socioeconómico								
Muy bajo	1,0620		0,9642		1,4471	*	1,3363	
Bajo	0,9195		1,0372		1,4263	*	1,0894	
Medio	0,8709		0,9121		1,0779		0,9235	
Alto (categoría de referencia)	1		1		1		1	
La mujer puede decidir si trabaja o no	0,4254	***	0,4632	***	0,3081	***	0,3792	***
Poder de decisión de la mujer (índice)	1,1186	*	1,1415	***	1,1698	***	1,1325	**
Ideología de roles de género (índice)	1,0783	**	1,1028	***	1,0681	**	1,0698	*
N	23 333		23 333		23 333		23 333	
Probabilidad logarítmica	-7217,6		-14566,9		-13140,1		-6199,0	
Pseudo R ²	0,0870		0,0599		0,0832		0,0719	

Fuente: Elaboración propia.

^a RP: razón de probabilidad.

^b Sig.: significancia que se expresa en * p < 0,05, ** p < 0,01 y ***p < 0,001.

Cuadro 7
REGRESIÓN LOGIT: FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA, ENVIM 2003

Variables explicativas	1. Física		2. Emocional		3. Económica		4. Sexual	
	RP ^a	Sig. ^b	RP	Sig.	RP	Sig.	RP	Sig.
Edad de la mujer	0,9774	***	0,9869	**	1,0093		0,9919	
Diferencia de edad en la pareja								
Hombre mayor (5 años o más)	1,0396		0,8512		1,7015		0,7818	
Hombre mayor (1 a 4 años)	1,0159		0,8393		1,5032		0,8174	
Ambos la misma edad (categoría de referencia)	1		1		1		1	
Mujer mayor (1 a 4 años)	0,8727		0,8409		1,5341		0,7503	
Mujer mayor (5 años o más)	1,0369		0,8156		1,5847		0,8603	
Años de escolaridad de la mujer	0,9934		0,9813	*	1,0173		0,9909	
Diferencia en años de escolaridad en la pareja								
Hombre con más escolaridad (5 años o más)	1,0545		1,0429		1,0694		1,1249	
Hombre con más escolaridad (1 a 4 años)	1,0755		1,0033		1,1285		1,1777	
Ambos con la misma escolaridad (categoría de referencia)	1		1		1		1	
Mujer con más escolaridad (1 a 4 años)	1,0147		1,0337		0,8679		1,1302	
Mujer con más escolaridad (5 años o más)	1,0609		1,0884		0,9641		1,00250	
La mujer ha tenido uniones previas	1,3934	***	1,2982	***	1,5546	**	1,3828	**
La mujer trabaja	1,5854	***	1,5264	***	1,7869	***	1,4807	***
El hombre no trabaja	1,2559		1,1164		1,8102	**	1,3038	
La mujer era golpeada de niña	2,1518	***	2,0446	***	2,0712	***	2,0856	***
Unión libre	1,1780	*	1,1877	**	1,3899	***	1,2213	*
Años de unión	1,0262	***	1,1877	**	1,0352	***	1,0310	***
Residencia urbana	1,1774		0,9156		1,0248		1,1722	
Estrato socioeconómico								
Muy bajo	1,9255	**	1,9661	***	2,9968	*	1,5559	
Bajo	1,7904	**	1,7609	***	2,6417	*	1,4396	
Medio	1,4964		1,4147	*	2,7624	*	1,1442	
Alto (categoría de referencia)	1		1		1		1	
La mujer puede decidir si trabaja o no	0,4224	***	0,5104	***	0,3560	***	0,3866	***
Poder de decisión de la mujer (índice)	1,4273	*	1,8720	***	1,1015		1,3803	
Ideología de roles de género (índice)	0,9902		0,9970		1,0411		0,9783	
N	14 894		14 894		14 894		14 894	
Log-Likelihood	-4816,8		-7387,4		-1668,1		-3717,5	
Pseudo R ²	0,0562		0,0527		0,0648		0,0630	

Fuente: Elaboración propia.

^a RP: razón de probabilidad.

^b Sig.: significancia que se expresa en * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ y *** $p < 0,001$.

A. Factores de riesgo de violencia física

Respecto de la violencia física, los resultados de la regresión, al emplear los datos de la ENDIREH 2003 y la ENVIM 2003, muestran algunas coincidencias y discrepancias en términos de la significancia de las variables. En términos generales, la capacidad explicativa del modelo —la varianza explicada— es ligeramente mayor cuando se utiliza la información de la ENDIREH 2003, pero las diferencias en realidad son pequeñas (véanse los cuadros 6 y 7, columna 1).

Los resultados de la regresión para ambas encuestas coinciden en indicar la existencia de cinco factores que incrementan significativamente el riesgo de la mujer de ser víctima de violencia física: el hecho de que la mujer realice algún trabajo extradoméstico, que haya sido golpeada de niña, que se encuentre en unión libre, un mayor número de años de unión y un mayor poder de decisión. Si la mujer trabaja fuera de la casa, la razón de probabilidad de que sea víctima de violencia física se incrementa, en relación con las mujeres que no trabajan, 1,55 veces según la ENDIREH 2003 y 1,59 veces según la ENVIM 2003. Cuando la mujer fue golpeada de niña, el riesgo de violencia física es 2,26 (ENDIREH 2003) o 2,15 (ENVIM 2003) veces mayor que para las mujeres que no fueron golpeadas en la infancia. Las mujeres en unión libre, tendrían un riesgo 1,56 (ENDIREH 2003) o 1,18 (ENVIM 2003) veces mayor de violencia física que las mujeres en unión legal. Cada año adicional de unión elevaría un 6% (ENDIREH 2003) o un 3% (ENVIM 2003) el riesgo de violencia física. Por último, por cada incremento unitario del índice de poder de decisión de la mujer, aumentaría su riesgo de sufrir violencia física 1,12 veces (ENDIREH 2003) o 1,43 veces (ENVIM 2003).

Existen otras variables identificadas solo por la ENDIREH 2003 como factores que elevan de manera significativa el riesgo de sufrir violencia física. A partir de sus datos, los resultados de la regresión indican que una escolaridad de la mujer cinco años o más superior a la de su pareja y un mayor índice de ideología de roles de género —una ideología de la mujer menos subordinada—, también conllevan aumentos del riesgo de sufrir violencia física. De esta manera, la razón de probabilidad de una mujer que aventaja en cinco años o más de escolaridad a su pareja es el doble que la de mujeres con igual escolaridad que su pareja, y por cada incremento unitario en el índice de ideología de roles de género aumentaría un 8% el riesgo de sufrir violencia física. Estas variables no son significativas en la regresión cuando se emplean los datos de la ENVIM 2003.

Por otra parte, los datos de la ENVIM 2003 identifican como factores positivos de riesgo de violencia física que la mujer haya tenido uniones previas y que pertenezca a un estrato muy bajo, bajo, o medio (respecto de un estrato alto), pero en el análisis a partir de la ENDIREH 2003 dichos factores no son significativos. De acuerdo a la ENVIM 2003, la existencia de uniones previas definiría un riesgo de violencia física 1,39 veces mayor que el de las mujeres sin uniones previas, y la pertenencia a los estratos muy bajo, bajo y medio iría asociada, respectivamente, a riesgos 1,93, 1,79 y 1,50 veces mayores que el riesgo de las mujeres de un estrato alto.

En cuanto a los factores protectores o que disminuyen el riesgo de violencia física contra las mujeres, del análisis surgen cuatro variables: i) la edad de la mujer; ii) que la mujer pueda decidir si trabaja o no; iii) más años de escolaridad de la mujer y, iv) que el hombre sea de uno a cuatro años mayor. La ENDIREH 2003 y la ENVIM 2003 coinciden respecto de la significancia de las dos primeras

variables, sin embargo, las dos últimas solo se constituyen en factores negativos significativos según la ENDIREH 2003. El aumento unitario de la edad de la mujer reduce un 8% (ENDIREH 2003) o un 2% (ENVIM 2003) la razón de probabilidad de violencia física contra ellas. El hecho de que la mujer pueda decidir sobre su incorporación al mercado de trabajo aparece como un factor que reduce un 58% la razón de probabilidad de violencia física según ambas encuestas. De acuerdo a la ENDIREH 2003, cada año adicional de escolaridad de la mujer le reportaría un descenso del 4% en el riesgo de violencia física, y una diferencia de uno a cuatro años de edad a favor del hombre implica un riesgo de violencia física 36% menor al que tendrían las mujeres con la misma edad que su pareja.

B. Factores de riesgo de violencia emocional

El análisis de regresión para estimar los factores de riesgo para la violencia emocional muestra muchas coincidencias entre la ENDIREH 2003 y la ENVIM 2003, pero también algunas discrepancias en torno a la significancia de algunos de los factores. El ajuste de los modelos es bastante similar al usar una y otra encuesta (véanse los cuadros 6 y 7, columna 2).

Del conjunto de variables integradas en las regresiones, seis son significativas en el riesgo de violencia emocional según ambas encuestas: i) las uniones previas; ii) el trabajo extradoméstico; iii) la mujer era golpeada de niña; iv) la unión libre; v) los años de unión, y vi) el poder de decisión de la mujer. Las mujeres con uniones previas tendrían una razón de probabilidad de violencia emocional 1,4 (ENDIREH 2003) o 1,3 (ENVIM 2003) veces mayor que las mujeres con una sola unión. Las mujeres que trabajan fuera del hogar tendrían un riesgo 1,3 y 1,5 veces mayor al de las mujeres que no trabajan, según la ENDIREH 2003 y la ENVIM 2003, respectivamente. Si la mujer fue golpeada durante su infancia, el riesgo de violencia emocional es aproximadamente 2 veces mayor al de las mujeres que no sufrieron abusos durante esa etapa según ambas encuestas. Las mujeres en uniones libres tienen un riesgo de violencia emocional 1,23 (ENDIREH 2003) o 1,19 (ENVIM 2003) veces mayor que las mujeres en uniones legales. Una mayor duración de la unión elevaría el riesgo de violencia emocional, incrementándose un 4% (ENDIREH 2003) o un 19% (ENVIM 2003) por cada año adicional. Por último, el incremento del poder de decisión de la mujer elevaría el riesgo de violencia emocional según ambas encuestas 1,14 (ENDIREH 2003) o 1,87 (ENVIM 2003) veces por cada incremento unitario en el índice de poder de decisión.

Existen también tres factores que tendrían efectos significativos de signo positivo en el riesgo de violencia emocional, sobre la base de los datos de una de las dos encuestas. De acuerdo a los resultados de regresión de la ENDIREH 2003, una

escolaridad mayor en uno a cuatro años del hombre respecto de la mujer conllevaría un riesgo de violencia emocional 1,24 veces mayor que el que tendrían las mujeres que tienen la misma escolaridad que su pareja, e incrementos unitarios del índice de ideología de género aumentarían la razón de probabilidad de violencia emocional un 10%. El análisis con datos de la ENVIM 2003 arroja efectos significativos y positivos de los estratos más bajos sobre la violencia emocional en comparación con mujeres del estrato alto: un más bajo estrato tendría un riesgo más elevado de violencia emocional, con razones de probabilidad de 1,41, 1,76 y 1,97, para los estratos medio, bajo y muy bajo, respectivamente.

Otro conjunto de variables que disminuyen el riesgo de violencia emocional hacia las mujeres, según ambas encuestas, es la edad de la mujer y el hecho de que pueda decidir si trabaja o no. Incrementos unitarios en la edad de la mujer producirían una disminución del 3% (ENDIREH 2003) o del 2% (ENVIM 2003) en el riesgo de violencia emocional y cuando la mujer puede decidir si trabaja o no este riesgo disminuye un 54% (ENDIREH 2003) o un 49% (ENVIM 2003) respecto del de aquellas que no tienen ese poder de decisión.

Para concluir, se destacan otras variables que se constituirían factores protectores ante el riesgo de violencia emocional, pero cuya significancia es corroborada solo por una de las dos encuestas. Se trata de la diferencia de edad entre los miembros de la pareja, significativa solo según la ENDIREH 2003, y de los años de escolaridad de la mujer, significativa solo según la ENVIM 2003. Las parejas en que ambos cónyuges tienen la misma edad, en que el hombre es mayor que la mujer (de uno a cuatro años y cinco años o más) o en las que la mujer es mayor que el hombre (cinco años o más) tendrían una reducción en el riesgo de violencia emocional de un 33% si el hombre es cinco años mayor o más, de un 38% si el hombre es de uno a cuatro años mayor y de un 40% si la mujer es cinco años mayor o más. Por su parte, cada año adicional de escolaridad de la mujer reduciría un 2% el riesgo de violencia emocional.

C. Factores de riesgo de violencia económica

Como se mencionó en la primera parte de este estudio, la violencia económica es medida de manera más detallada por la ENDIREH 2003 que por la ENVIM 2003, puesto que incluye más ítems o posibles situaciones referidas a este tipo de violencia y, además, indaga sobre su frecuencia. No obstante, no existen mayores discrepancias en los resultados del análisis de regresión entre una y otra encuesta, aunque existen quizás claras divergencias en cuanto a la magnitud del efecto de algunas variables (véanse los cuadros 6 y 7, columna 3).

Se identificaron las variables que serían factores significativos de riesgo de violencia económica para la mujer según ambas encuestas: i) las uniones previas;

ii) el abuso físico de la mujer durante su infancia; iii) la unión libre; iv) los años de unión y, v) la pertenencia a un estrato muy bajo o bajo. La existencia de uniones previas incrementaría el riesgo de violencia económica 1,49 y 1,55 veces, según la ENDIREH 2003 y la ENVIM 2003, respectivamente. Cuando la mujer fue golpeada durante su infancia, el riesgo de violencia económica sería 1,74 (ENDIREH 2003) o 2,07 veces (ENVIM 2003) mayor que el de aquellas que no fueron golpeadas. Las mujeres en uniones libres tendrían una razón de probabilidad de violencia económica 1,37 (ENDIREH 2003) o 1,39 (ENVIM 2003) veces mayor que la de las mujeres en uniones legales. Por cada año adicional de unión, el riesgo de violencia económica se incrementaría alrededor del 4% según ambas encuestas. Y finalmente, la pertenencia a un estrato socioeconómico muy bajo o bajo también incrementaría el riesgo de violencia económica, respecto del estrato alto, según ambas encuestas: un estrato muy bajo incrementaría el riesgo 1,45 (ENDIREH 2003) o 2,99 (ENVIM 2003) veces, en tanto que un estrato bajo eleva el riesgo 1,43 (ENDIREH 2003) o 2,64 (ENVIM 2003) veces. Como se puede observar, las razones de probabilidad asociadas a los estratos socioeconómicos, así como las asociadas al abuso contra la mujer durante la infancia, difieren ampliamente entre ambas encuestas.

Otras seis variables o condiciones emergen del análisis de regresión como factores de riesgo de violencia económica, pero solo sobre la base de una de las dos encuestas. En primer lugar, la ENVIM 2003 identifica como otros factores de riesgo de violencia económica el trabajo extradoméstico de la mujer, cuando el hombre no trabaja, y la pertenencia a un estrato socioeconómico medio. En segundo lugar, la ENDIREH 2003 señala que la residencia urbana, el poder de decisión de la mujer y los incrementos en la ideología de roles de género son factores de riesgo de violencia económica.

De acuerdo a los resultados de la ENVIM 2003, las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen un riesgo de sufrir violencia económica 1,78 veces mayor que el de las mujeres que no trabajan. Cuando el esposo no trabaja, el riesgo aumenta 1,81 veces respecto de cuando trabaja. Además del factor señalado por ambas encuestas respecto de los estratos muy bajos y bajos, la ENVIM 2003 encuentra un efecto significativo y positivo para las mujeres pertenecientes al estrato medio, con un riesgo 2,76 veces mayor que el de las mujeres en el estrato alto. Asimismo, del análisis de los datos de la ENDIREH 2003 surge que la residencia urbana supone un riesgo de violencia económica 1,68 veces mayor que el correspondiente a mujeres residentes en áreas rurales; incrementos unitarios en el índice de poder de decisión de la mujer producirían un aumento en el riesgo de un 17% y, finalmente, los aumentos unitarios del índice de roles de género conllevarían incrementos en la razón de probabilidad de un 7%.

Existen solo dos factores que reducirían el riesgo de violencia económica: ambas encuestas señalan que cuando la mujer puede decidir si trabaja o no el riesgo

de violencia económica se reduce un 69% (ENDIREH 2003) o un 64% (ENVIM 2003); además, la ENDIREH 2003 arroja que la edad de la mujer disminuye este riesgo un 2% por cada año adicional.

D. Factores de riesgo de violencia sexual

Un número reducido de variables aparecen con incidencia significativa en el riesgo de violencia sexual contra las mujeres. La predictividad del modelo es ligeramente mayor cuando se emplean los datos de la ENDIREH 2003, pero, en general, los resultados del modelo de regresión son bastante similares usando los datos de una u otra encuesta (véanse los cuadros 6 y 7, columna 4).

Las dos encuestas identifican cuatro factores que aumentan el riesgo de violencia sexual: i) el trabajo extradoméstico de la mujer; ii) el abuso físico de la mujer durante su infancia; iii) la unión libre y, iv) los años de unión. Si la mujer trabaja fuera del hogar el riesgo de violencia sexual es 1,56 (ENDIREH 2003) o 1,48 (ENVIM 2003) veces mayor que cuando no trabaja; si la mujer fue golpeada durante su infancia, presenta una razón de probabilidad de violencia sexual 2,13 (ENDIREH 2003) o 2,09 veces mayor que las que no sufrieron abuso; las mujeres en unión libre presentan un riesgo de violencia sexual 1,55 (ENDIREH 2003) o 1,22 (ENVIM 2003) veces mayor que las mujeres que están en uniones legalizadas; por último, cada año adicional en la unión implicaría un aumento de un 4% (ENDIREH 2003) o un 3% (ENVIM 2003) del riesgo de violencia sexual contra las mujeres.

Los resultados de la ENDIREH 2003 señalan otros dos factores significativos de riesgo de violencia sexual: el poder de decisión de la mujer y su ideología de roles de género, mientras los resultados de la ENVIM 2003 indican que las uniones previas también lo elevarían significativamente. De acuerdo con los datos de la ENDIREH 2003, por cada incremento unitario del valor del índice de poder de decisión, se daría un aumento del 13% en el riesgo de violencia sexual para la mujer y cada incremento unitario en el valor del índice de ideología de roles de género implicaría un aumento en el riesgo del 7%. Las uniones previas elevarían el riesgo 1,38 veces respecto de las mujeres con una unión marital.

Finalmente, de todas las variables incluidas en el análisis, la única que aparece como factor reductor del riesgo de violencia sexual es que la mujer pueda decidir si trabaja o no. Las mujeres que pueden decidir tienen un riesgo un 62% (ENDIREH 2003) o un 61% (ENVIM 2003) menor que el riesgo de las mujeres que no deciden sobre el tema.

V. Conclusiones

En este estudio se documenta la enorme variabilidad existente en los datos sobre violencia de pareja contra las mujeres al comparar cuatro encuestas nacionales realizadas en México en los últimos años. Existe solo un área donde las encuestas coinciden: la prevalencia general de la violencia física. La información relativa a las otras formas de violencia varía entre una encuesta y otra, por lo que no es posible afirmar algo definitivo al respecto.

La primera conclusión, por lo tanto, se relaciona con la necesidad de que los encargados de formular políticas públicas interpreten con reserva los datos originados en las diferentes encuestas. Es fundamental conocer los alcances y las limitaciones metodológicas de cada una y, sobre todo, el universo de población que representan. Un error común es la generalización de los resultados, esto es, asumir que los datos representan a todas las mujeres de México, sin tener en cuenta que en ocasiones se trata solo de usuarias de servicios de salud, de un cierto grupo etario o, bien, con alguna característica demográfica (solo mujeres con pareja, por ejemplo).

De acuerdo al análisis que identifica los factores de riesgo de cada tipo de violencia, los resultados —basados en la información de la ENVIM 2003 y la ENDIREH 2003— arrojan evidencias importantes, que en algunos casos confirman hallazgos encontrados en estudios desarrollados en otros países, de que variables como el incremento en la edad de la mujer, la escolaridad de la mujer o su pertenencia a estratos socioeconómicos más elevados contribuyen a disminuir el riesgo de violencia.

Otros resultados son más novedosos o controversiales. Llama la atención que factores como el trabajo extradoméstico, un mayor poder de decisión y una ideología de género más igualitaria establezcan una relación negativa con el riesgo de violencia hacia la mujer. Sorprende que los datos muestren que los avances respecto de un rol social más equitativo y pleno para las mujeres —meta en sí deseable y justificable— parezcan estar asociados a conflictos y tensiones en los hogares y las parejas, lo que se traduciría en un mayor riesgo de violencia para las mujeres. Una hipótesis provisional es que se trata de situaciones que prevalecen porque los valores y las normas culturales imperantes en la sociedad mexicana no han evolucionado al mismo ritmo que los cambios en las condiciones materiales de vida y en los roles cotidianos de hombres y mujeres. Es decir, que el incremento de la violencia contra las mujeres de hoy, al adquirir mayores niveles de autonomía y equidad, se explicaría como una resistencia inicial al cambio social que implica la instauración de relaciones equitativas entre hombres y mujeres. Se trataría de una situación transitoria, en la medida que se logre que las prácticas y los valores se reconcilien nuevamente. Desde luego, también es necesario producir los datos adecuados para realizar un análisis estadístico más sofisticado —por ejemplo, utilizando modelos multinivel— que permita valorar mejor el alcance de estos hallazgos.

Desde otro punto de vista, algunos factores —de riesgo o protectores— se presentan en los cuatro tipos de violencia analizados. La ENDIREH 2003 y la ENVIM 2003 identifican tres factores de riesgo común a la violencia emocional, física, económica y sexual: el abuso físico de la mujer durante su infancia, las uniones libres y los años de unión. Además, la ENDIREH 2003, no así la ENVIM 2003, arroja dos factores de riesgo que se repiten en todas las formas de violencia: el poder de decisión de la mujer y una ideología de género más igualitaria, mientras la ENVIM 2003, pero no la ENDIREH 2003, señala a las uniones previas y el trabajo extradoméstico de la mujer. Sobre la base de los datos disponibles, se puede pensar en estas variables como ejes sobre los que se construye —o previene— la violencia hacia la mujer en las parejas en cualquiera de sus formas. En este sentido, son factores que merecen especial atención como objeto de políticas públicas y que, al promoverse los cambios necesarios en las condiciones de los individuos y de las parejas, podrían impulsar una reducción conjunta de estas cuatro expresiones de la violencia contra la mujer.

Asimismo, habría que señalar que el único factor que aparece, según ambas encuestas, como elemento reductor del riesgo de los cuatro tipos de violencia es la capacidad de la mujer de poder decidir respecto de su actividad laboral, lo que la convierte en un eje central de las políticas públicas. Por otra parte, una de las principales ventajas de estas encuestas es que han intentado medir, desde un principio, diversas formas de violencia (física, emocional y sexual, entre otras). Esto contrasta con el panorama internacional, donde predominan los estudios sobre violencia física contra las mujeres. De hecho, la violencia emocional y económica, a pesar de los problemas de medición y las diferencias entre las encuestas, presenta prevalencias muy altas en comparación con la violencia física y la sexual. La evidencia disponible, parece sustentar la hipótesis de que la violencia física se presenta en fases tardías, después de la aparición de otras formas de violencia. Los programas de prevención de la violencia física y sexual, en este contexto, deben centrar sus esfuerzos en las parejas donde la violencia emocional y económica ya es un hecho. El problema radica en que estas dos formas de violencia presentan las mayores dificultades de medición y, por ende, las mayores inconsistencias.

Este análisis presenta ciertas limitaciones que es importante mencionar:

- i) las diferencias entre las preguntas empleadas para medir los cuatro tipos de violencia impiden afirmar que las cuatro encuestas hayan medido exactamente los mismos fenómenos;
- ii) la naturaleza transversal de los datos empleados, ya que no existen fuentes de información longitudinal sobre violencia de pareja en México;
- iii) las encuestas solo ofrecen información proporcionada por la mujer¹², y

¹² Si bien la ENSARE de 1998 levantó un cuestionario para varones, las preguntas sobre violencia incluidas no permiten distinguir entre el agresor y la víctima.

iv) el restringido alcance explicativo de los modelos presentados, con menos del 10% de la varianza de cada tipo de violencia explicada por las variables independientes consideradas, lo que responde a la necesidad de presentar modelos comparables, usando solo indicadores disponibles en las distintas encuestas, para comparar los resultados. Esto implicó dejar fuera otras variables relevantes —algunas de ellas disponibles en la ENDIREH 2003, como el número de hijos, antecedentes de violencia en la familia de origen de la mujer y del hombre, así como antecedentes de violencia durante la infancia contra la mujer y contra el hombre— que deberían ser incluidas en todas las futuras encuestas que deseen contribuir en la identificación de las causas de la violencia contra la mujer.

Por último, se ha mostrado, mediante la comparación de diversas encuestas nacionales, que los datos sobre violencia de pareja de que se dispone en México siguen siendo precarios y provisionales. En este sentido, no solo ofrecen una imagen aún borrosa del verdadero alcance del problema, sino también, en la medida en que no se disponga de mediciones más precisas y consistentes, se seguirá dependiendo de información muy limitada para elaborar intervenciones eficaces que incidan sobre los efectos de la violencia en aspectos igualmente centrales como la salud y la salud reproductiva de las mujeres. Aún así, estos datos permiten identificar los factores relacionados con los diversos tipos de violencia y avanzar hacia una comprensión más clara de las causas finales de la violencia contra la mujer en la pareja. Sin embargo, ejercicios como este serán más sólidos si se cuenta con datos de mejor calidad sobre sus características, así como sobre su evolución en el tiempo. Esa es la contribución que pueden hacer las encuestas sobre el tema. De ahí la importancia de perfeccionar estas fuentes de información y, sobre todo, de diseñar las nuevas encuestas buscando un mayor grado de comparabilidad entre ellas.

Bibliografía

- Álvaro, G. y otros (1998), “Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango”, *Salud pública de México*, vol. 40, N° 6.
- Atkinson, M., T. Greenstain y M. Monahan (2005), “For women breadwinning can be dangerous: gendered resource theory and wife abuse”, *Journal of Marriage and Family*, vol. 67.
- Bachman, R. (2000), “A comparison of annual incidence rates and contextual characteristics of intimate-partner violence against women from the national Crime Victimization Survey (NCVS) and the National Violence Against Women Survey (NVAWS)”, *Violence against Women*, vol. 6, N° 8.
- Bedregal, X., I. Saucedo y F. Riquer (1991), “Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres”, *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, X. Bedregal, I. Saucedo y F. Riquer (comps.), México, D.F., Centro de Investigación y Apoyo a la Mujer (CICAM).

- Breines, W. y L. Gordon (1983), "The new scholarship on family violence", *Signs. Journal of Women in Culture and Society*, vol. 8, N° 31.
- Campbell, Jacquelyn y Karen Soeken (1999), "Forced sex and intimate partner violence. Effects on women's risk and women's health", *Violence against Women*, vol. 5, N° 9.
- Campbell, J.C. y P. Alford (1989), "The dark consequences of marital rape", *American Journal of Nursing*, N° 89.
- Campbell, J.C. y otros (2002), "Health consequences of intimate partner violence", *The Lancet*, N° 359.
- Casique, I. (2004), "Índices de empoderamiento femenino y su relación con la violencia de género", *Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*, R. Castro, F. Riquer y M.E. Medina (coords.), México, D.F., Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).
- Casique, I. y R. Castro (2005), "Domestic violence in Mexico: reviewing the connections with women's empowerment", documento presentado en la reunión anual de la Asociación Demográfica de los Estados Unidos.
- Castro, R. (2004), *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*, Cuernavaca, Centro Regional de Informática de la Mujer (CRIM)/Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Castro, R. y F. Riquer (2004), "Marco conceptual. En busca de nuevas direcciones hacia las cuales mirar", *Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*, R. Castro, F. Riquer y M.E. Medina (coords.), México, D.F., Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).
- Castro, R., F. Riquer y M.E. Medina (coords.) (2004), *Violencia de género en las parejas mexicanas. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003*, México, D.F., Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).
- COVAC (Asociación Mexicana Contra la Violencia a las Mujeres) (1995), *Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia doméstica*, México, D.F., Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- DeKeseredy, W.S. (2000), "Current controversies on defining nonlethal violence against women in intimate heterosexual relationships", *Violence against Women*, vol. 6, N° 7.
- Eby, K.K. y otros (1995), "Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners", *Health Care for Women International*, vol. 16, N° 6.
- Finkler, K. (1997), "Gender, domestic violence and sickness in Mexico", *Social Science and Medicine*, vol. 45.
- García-Moreno, C. (1999), *Violence against Women: Gender and Health Equity*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Gazmararian, J. y otros (2000), "Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions", *Maternal and Child Health Journal*, vol. 4, N° 2.
- Gelles, R.J. (2000), "Estimating the incidence and prevalence of violence against women", *Violence against Women*, vol. 6, N° 7.
- Gordon, M. (2000), "Definitional issues in violence against women", *Violence against Women*, vol. 6, N° 7.
- Heise, L. (1998), "Violence against women. An integrated, ecological framework", *Violence against Women*, vol. 4, N° 3.
- Heise, Lori, J. Pitanguy y A. Germain (1994), "Violence against women. The hidden health burden", *Discussion Papers*, N° 255, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Heise, L., K. Moore y N. Toubia (1995), *Sexual Coercion and Reproductive Health. A Focus on Research*, Nueva York, The Population Council.

- Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller (1999), *Ending Violence Against Women*, Population Reports, serie L, N° 11, Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Johnson, M.P. y K.J. Ferraro (2000), "Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 62.
- Johnson, H. y V.P. Bunge (2001), "Prevalence and consequences of spousal assault in Canada", *Canadian Journal of Criminology*, enero.
- Kury, H., J. Obergfell-Fuchs y G. Woessner (2004), "The extent of family violence in Europe", *Violence against Women*, vol. 10, N° 7.
- Langer, Ana y Gustavo Nigenda (2000), *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*, Population Council/ Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Mears, D.P. y C.A. Visher (2005), "Trends in understanding and addressing domestic violence", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 20, N° 2.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (1994), *Convención interamericana para prevenir, sancionar la violencia contra la mujer*, Washington, D.C.
- O'Leary, K.D. (1999), "Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence", *Violence and Victims*, vol. 14, N° 5.
- O'Neill, D. (1998), "A post-structuralist review of the theoretical literature surrounding wife abuse", *Violence against Women*, vol. 4, N° 4.
- Naciones Unidas (1995), "Declaración de Beijing", Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.
- Ramírez, J. y P. Uribe (1993), "Mujer y violencia: un hecho cotidiano", *Salud pública de México*, vol. 35.
- Ríquer, F., I. Saucedo y P. Bedolla (1996), "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública", *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, A. Langer y K. Tolbert (eds.), México, D.F., Population Council y EDAMEX.
- Saltzman, L.E. (2004), "Issues related to defining and measuring violence against women. Response to Kilpatrick", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, N° 11.
- Saltzman, L.E. y otros (1999), *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, version 1.0*, Atlanta, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Shane, Barbara y Mary Ellsberg (2002), "Violence against women: effects on reproductive health", *Outlook*, vol. 20, N° 1, PATH.
- Stewart, L. y otros (1996), "Consequences of sexual abuse among adolescents", *Reproductive Health Matters*, N° 7.
- Straus, M.A. (1979), "Measuring intrafamilial conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales", *Journal of Marriage and the Family*, vol. 41, N° 1.
- Strauss, M.A. y otros (1996), "The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data", *Journal of Family Issues*, vol. 17, N° 3.
- Thompson, M.P., L.E. Saltzman y H. Johnson (2003), "A comparison of risk factors for intimate partner violence-related injury across two national surveys on violence against women", *Violence against Women*, vol. 9, N° 4.
- Tolbert, K. y M. Romero (1996). "Violencia sexual y familiar en México. Resultados de una encuesta en San Miguel de Allende, Gto", *Hombres y familias*, N° 3.
- Tolman, R. (1989), "The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners", *Violence and Victims*, vol. 4, N° 3.
- Yount, K. (2005), "Resources, family organization, and domestic violence against married women in Minya, Egypt", *Journal of Marriage and Family*, vol. 67, N° 3.

Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo de sus propios relatos

Julieta Quilodrán¹ y Fátima Juárez²

Resumen

Aunque en la actualidad América Latina no presenta un panorama preocupante en cuanto a los niveles de fecundidad, todavía no se dispone de explicaciones satisfactorias sobre la manera en que se ha experimentado ese proceso. Avanzar en esta esfera permitiría entender los motivos de la persistencia de grupos que no han iniciado o completado la transición de la fecundidad, en comparación con la evolución de otros que están casi en el nivel de reemplazo.

Sobre la base de un estudio previo en el que se caracterizaba a las pioneras del cambio reproductivo en México, en el presente análisis se indagan las razones que indujeron a esas mujeres a regular su fecundidad de manera voluntaria y los medios que utilizaron con ese fin. Es decir, se identifican, mediante los relatos de sus experiencias, los factores que influyeron en la adopción de nuevas actitudes en relación con la reproducción, así como las formas utilizadas para abandonar el régimen de fecundidad “cuasi natural” al que estaban sujetas. El marco conceptual utilizado es el de las condiciones previas de racionalidad (*readiness*), apertura (*willingness*) y disponibilidad (*ability*) (condiciones previas de RWA) relativas al descenso de la fecundidad propuesto por Coale (1977) y recuperado por Lesthaeghe y Vanderhoeft (1999)³. La información utilizada proviene de 25 entrevistas en profundidad realizadas a mujeres identificadas como pioneras.

^{1,2} El Colegio de México.

³ En el presente estudio se utilizan los términos “*racionalidad*”, “*apertura*” y “*acceso*” para traducir los términos del inglés “*readiness*”, “*willingness*” y “*ability*”, respectivamente, y se le atribuye el significado que tienen en el marco conceptual de Coale (1977). Asimismo, se usa la abreviatura RWA para las tres condiciones previas citadas (“*readiness*”, “*willingness*” y “*ability*”). Se mantienen en este caso las iniciales del inglés para facilitar la armonía con otros estudios internacionales al respecto.

En los estudios existentes se señala que, en los años sesenta, las generaciones de transición (nacidas de 1942 a 1946) ya cumplían las condiciones previas establecidas por Coale. La generación de los padres de las pioneras partió de una cierta *racionalidad* que los llevó a invertir en una educación de sus hijas más prolongada. Como consecuencia, las pioneras se socializaron en un ambiente permeado por esa *racionalidad*, a lo que se sumó una *apertura* al cambio. La *apertura* se tradujo, entre otras cosas, en una actitud positiva hacia la regulación de la fecundidad y, con ella, una adopción rápida de los métodos de control de la natalidad disponibles. La flexibilidad demostrada por parte de la familia y su entorno, así como por la Iglesia y el propio cuerpo médico y de salud, reforzó esa propensión al cambio.

Abstract

Although fertility levels in Latin America are not cause for concern at the present time, there are as yet no satisfactory explanations as to how the current situation has arisen. Progress in this area would make it possible to understand the reasons for the continuing existence of groups which have not begun or completed the fertility transition alongside others which are almost at replacement level.

On the basis of an earlier study which described the women who pioneered reproductive change in Mexico, the present analysis seeks to determine, on the one hand, the reasons why those women voluntarily chose to regulate their fertility and, on the other, the methods they used. In other words, using their accounts of their experiences, it identifies the factors which influenced the adoption of new attitudes towards reproduction, and the means they used in order to abandon the "quasi-natural" levels of fertility to which they had been subject. The conceptual framework used is that of the preconditions of readiness, willingness and ability (RWA) in relation to reducing fertility, as proposed by Coale (1977) and revived by Lesthaeghe and Vanderhoeft (1999). The information used is derived from 25 in-depth interviews with women identified as pioneers.

The existing studies report that in the 1960s, the transitional generations (born between 1942 and 1946) already fulfilled the conditions established by Coale. The pioneering women's parents' generation began with a certain rationality which caused them to invest in longer educations for their daughters. As a result, the pioneering women were socialized in an environment permeated by that rationality, together with openness to change. The openness was reflected in, among other things, a positive attitude to fertility regulation and rapid adoption of the birth control methods that were available at the time. The flexibility shown by the family and its environment, by the Church and by the medical and health-care profession itself reinforced this inclination towards change.

Résumé

Même si la situation actuelle en matière de fécondité n'est pas préoccupante en Amérique latine, il n'existe pas encore d'explications satisfaisantes quant à la façon dont ce processus s'est déroulé. Une telle analyse permettrait de comprendre les raisons de la persistance de certains groupes qui n'ont pas encore amorcé ou terminé la transition en matière de fécondité, par rapport à l'évolution d'autres groupes qui se trouvent pratiquement au niveau de remplacement.

Sur la base d'une étude préalable décrivant les pionnières du changement de la reproduction au Mexique, cette analyse se penche sur les raisons qui ont poussé ces femmes à réguler volontairement leur fécondité et sur les moyens qu'elles ont utilisés à cette fin. L'étude identifie donc, grâce à la description de leurs expériences, les facteurs qui ont eu une influence sur l'adoption de nouvelles attitudes face à la procréation, ainsi que les moyens utilisés pour abandonner le régime de fécondité

"quasi naturelle" auquel ces femmes étaient soumises. Le cadre conceptuel utilisé est celui des conditions préalables de rationalité (*readiness*), d'ouverture (*willingness*) et de disponibilité (*ability*) (conditions préalables de de RWA) relatives à la baisse de la fécondité, proposé par Coale (1977) et repris par Lesthaeghe et Vanderhoeft (1999)⁴. L'information utilisée a été recueillie lors de 25 entrevues détaillées de certaines femmes considérées comme pionnières.

Les études existantes indiquent que, dans les années soixante, les générations de transition (nées de 1942 à 1946) répondaient déjà aux conditions préalables établies par Coale. La génération des parents de ces pionnières est Partie d'une certaine rationalité qui les a poussé à investir pour assurer une plus longue scolarité de leurs filles. Par conséquent, les pionnières se sont socialisées dans un environnement imprégné de cette rationalité, sur laquelle s'est greffée une ouverture vers le changement. L'ouverture s'est notamment traduite par une attitude positive à l'égard de la régulation de la fécondité et, dès lors, par une adoption rapide des méthodes disponibles de contrôle de la natalité. La flexibilité démontrée par la famille et son environnement, ainsi que par l'Église, le corps médical et les services de santé a renforcé cette prédisposition au changement.

⁴ Dans cette étude, les auteurs ont utilisé les termes "*rationalité*", "*ouverture*" et "*accès*" pour traduire les termes anglais "*readiness*", "*willingness*" et "*ability*", respectivement, dans le sens qui leur est attribué dans le cadre conceptuel de Coale (1977). De même, l'abréviation RWA correspondant aux trois conditions préalables en question ("*readiness*", "*willingness*" et "*ability*") a été conservée pour faciliter les comparaisons avec d'autres études internationales en la matière.

I. Introducción

La gran mayoría de los países de América Latina presentan en la actualidad un nivel de fecundidad bajo. Sin embargo, ese proceso no ha sido uniforme, ni entre los países ni en el interior de cada uno de ellos; en muchos lugares todavía persiste un nivel relativamente elevado. A pesar de la falta de sincronía en la intensidad y en los períodos de tiempo de la disminución de la fecundidad en cada país, se podría afirmar que en estos momentos la región experimenta un crecimiento de la población “controlado” (un 1,4% en 2004)⁵.

De acuerdo a la cuantiosa información recabada en las encuestas de fecundidad de los últimos treinta años, así como en las series de indicadores que se han podido reconstruir partiendo de las estadísticas vitales y de los censos, que se remontan hasta finales del siglo XIX, el descenso de la fecundidad en América Latina comenzó en los años sesenta del siglo pasado, con excepción de Argentina, Uruguay y Cuba, donde sucedió unos años antes. A pesar de que han transcurrido casi 50 años desde que se manifestó el cambio de tendencia, aún no disponemos de explicaciones sobre la manera en que se experimentó el tránsito desde un régimen de fecundidad elevada a otro de fecundidad baja. Esta afirmación es válida para cualquier región del mundo, ya que las teorías propuestas son muchas pero las explicaciones todavía son escasas. Es por ello que resulta interesante adentrarse en esa esfera de análisis. Identificar los factores que alentaron, o retrasaron, la transición hacia una baja fecundidad en México permitiría, además, entender mejor los motivos que causan la persistencia de grupos que no han iniciado o completado aún esa transición.

Sin embargo, internarse en la comprensión de las razones de la adopción de nuevos modelos reproductivos no es tarea fácil. Durante mucho tiempo, las teorías elaboradas hicieron hincapié en los factores estructurales, incluyendo el descenso de la fecundidad en el marco de la teoría de la transición demográfica, cuyos elementos explicativos se fundamentan en la teoría sociológica de la modernización. En esa teoría se considera que factores como la urbanización acelerada de la población, el aumento de las oportunidades de educación y de obtener un empleo, sobre todo entre las mujeres, así como la disminución del valor económico de los hijos (relación entre el costo y el beneficio)⁶, serían los responsables de los cambios sociales, entre los que figurarían los demográficos. En el caso del descenso de la fecundidad, en algunas corrientes teóricas se defiende que, en las sociedades que cuentan con un estado de bienestar, los hijos dejan de constituir un factor de seguridad para los padres. Gran parte de la investigación

⁵ Si se tiene en cuenta la migración internacional, el crecimiento correspondiente a 2004 sería del 1,1% (CONAPO, 2004).

⁶ Asociado a la disminución de la “incertidumbre”.

realizada en esa línea explicativa se ha abordado desde la microeconomía, y cuenta con estudios tan notables como los elaborados por Becker (1960). Sin embargo, los modelos de esa naturaleza han sido de escasa aplicabilidad, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

Como alternativa a los estudios de orden más bien económico, desde mediados de los años ochenta surgió una nueva corriente que considera que los aspectos culturales son la clave explicativa del proceso de descenso de la fecundidad, sin invalidar la importancia que revisten las variables de carácter estructural e individual. Van de Kaa (1987), Lesthaeghe y Wilson (1986) y Lesthaeghe y Surkyn (1988), que son algunos de sus principales promotores, se apoyan en la teoría del cambio de valores de Inglehart (1977) para atribuir la responsabilidad principal de la disminución del nivel de fecundidad a la difusión entre la población de nuevas aspiraciones y actitudes con respecto a la formación de la familia. El descenso de la fecundidad se enmarcaría en un proceso a largo plazo donde los cambios de los valores se complementarían con los derivados de las transformaciones estructurales.

El presente estudio se incluiría en esta última corriente explicativa, y su objetivo es analizar las razones de las mujeres mexicanas para reducir el tamaño de su descendencia y los escollos que encontraron en ese camino. Este estudio constituye en realidad la tercera etapa del análisis de la transición hacia un régimen de baja fecundidad en México. En la primera etapa se estableció el momento en que se revertió la tendencia de la fecundidad (mediante encuestas) (Juárez, 1983; Quilodrán, 1983); en la segunda se identificó el perfil del grupo de mujeres que inició ese cambio, a las que se denominó “mujeres pioneras” (Juárez y Quilodrán, 1990). Dicho perfil, sería el siguiente:

“... la mujer que inició el proceso de transformación de los patrones reproductivos en México habría reunido las siguientes condiciones: haber nacido después de 1941, haberse casado después de los 20 años en unión legal, vivir en un área metropolitana, contar con una escolaridad equivalente a la primaria completa, y con un cónyuge profesional o de nivel afín”.

El grupo de pioneras fue muy selectivo, puesto que se trataba de mujeres cuya posición social y la de sus cónyuges eran en cierta medida privilegiadas en los años sesenta, cuando iniciaron el proceso de formación de sus familias. La información disponible en las encuestas demográficas de la época, incluso en la mayoría de las actuales, no permite explicar cómo llegaron esas mujeres a modificar su comportamiento reproductivo ni cuál fue su actitud ante la regulación de la fecundidad. Ante esa situación, surgió la idea de abordar una tercera etapa para estudiar las historias de vida de un grupo de mujeres con las características

de la mujer pionera antes descrita. Se utilizó como instrumento la entrevista en profundidad con un grupo de mujeres seleccionado. Los relatos de esas mujeres debían aportar los elementos necesarios para comprender las razones que las indujeron a regular su fecundidad de manera voluntaria, así como los medios que utilizaron. La lectura detenida de las entrevistas permite recomponer las historias de vida de las pioneras e identificar los factores que influyeron en sus nuevas actitudes ante la reproducción. Además, informa sobre los métodos que utilizaron para alejarse del régimen de fecundidad presente en su contexto, pero sobre todo ofrece las percepciones que ellas y su entorno poseían con respecto a la formación de la pareja y su descendencia.

II. Marco interpretativo e hipótesis

A. Marco interpretativo

En los numerosos análisis sobre la evolución de la fecundidad en México, incluidos los nuestros, se había estudiado extensamente la influencia de las variables intermedias (Davis y Blake, 1956) y la de los factores estructurales. Los análisis de los diferenciales por estratos sociales, pero sobre todo por lugar de residencia, nivel de escolaridad de las mujeres y sus cónyuges, así como por el tipo de ocupación de estos últimos, confirmaban que cuanto más “moderna” era la mujer más bajo era su nivel de fecundidad.

En cierta medida, el primer artículo sobre las pioneras (Juárez y Quilodrán, 1990) se apartaba de los que daban prioridad al análisis de los diferenciales de fecundidad. En ese artículo la cuestión central era identificar al grupo de mujeres de México cuyo comportamiento reproductivo apuntaba ya hacia una descendencia menor. El siguiente paso en esa línea de investigación era avanzar en la comprensión del comportamiento de las mujeres frente a la reproducción y adentrarse, no en la esfera de los valores, que es una empresa de otra envergadura, sino en una que permitiera analizar aspectos de orden más psicosocial. Así traspasaríamos el ámbito de lo cuantitativo para incursionar en la dimensión de las percepciones y actitudes en torno a la formación de las familias, haciendo hincapié, además, en el papel desempeñado por el esposo en todo ese proceso.

El presente estudio se sitúa en la perspectiva conceptual de Van de Kaa y Lesthaeghe, pero parte muy especialmente de un trabajo de Lesthaeghe y Vanderhoeft (1999) que se basa en las tres condiciones previas formuladas por Coale (1977) para explicar el descenso de la fecundidad marital. A partir de la experiencia obtenida en el proyecto de Princeton sobre la fecundidad europea, Coale enunciaba tres condiciones previas para que se iniciara el descenso de la

fecundidad, conocidas como racionalidad (*readiness*), apertura (*willingness*) y acceso (*ability*) (RWA).

1. Racionalidad en torno al cambio (*readiness*)

Esta condición previa se basa en que la función de utilidad de la familia descansa en el número de hijos, según la hipótesis clásica de la maximización de las ventajas que aporta un tamaño reducido. En esa línea de pensamiento figura Becker, que considera que la demanda de hijos depende de la utilidad que estos tengan para sus padres (por ejemplo, el costo de los hijos). Caldwell (1982) señala que la disminución del nivel de fecundidad proviene de la reversión del sentido de las corrientes de riqueza, ya que la transmisión pasa de ser de hijos a padres, a ser de padres a hijos. Easterlin (1976) se aproxima a esa línea de argumentación afirmando que las decisiones sobre el número de hijos se basan exclusivamente en los intereses de los padres.

Las ventajas de esos modelos, basados en la teoría económica, son su riqueza conceptual y el hincapié en las especificaciones formales. Las desventajas están relacionadas con los siguientes aspectos: a) muchos conceptos son multidimensionales y, por lo tanto, difíciles de establecer, como la calidad y la utilidad de los niños; b) la dificultad para definir las motivaciones con preguntas simples; y c) la complejidad, tanto para los actores como para los observadores, de calcular adecuadamente el saldo de los costos y beneficios (Burch, 1996 y Robinson, 1997)⁷.

Esas teorías de corte microeconómico explican muy bien de forma conceptual por qué el control de la fecundidad puede ser ventajoso para las familias, pero hasta ahora no se ha logrado disponer de medidas fiables de los elementos esenciales propuestos. Los estudios que han tratado de medir de manera directa la utilidad de los hijos han sido realizados por psicólogos sociales, como Fawcett (1972), más que por los propios economistas, que son quienes las formularon.

2. Apertura al cambio (*willingness*)

La primera vez que Coale (1973) se refirió a esta condición previa afirmó que la fecundidad debe formar parte del cálculo de elección consciente por parte de los padres potenciales, que deben considerarla una forma de pensar y de comportarse aceptable para sopesar las ventajas y desventajas. En 1977 denominó y precisó mejor las condiciones previas. La *apertura* haría referencia a las condiciones que legitiman la adopción de nuevos comportamientos, sobre la base de las estructuras

⁷ Citados por Lesthaeghe y Vanderhoeft (1999).

normativas interiorizadas por los individuos de la sociedad en cuestión. Se trata de la modificación de las percepciones arraigadas en los códigos establecidos y en las creencias tradicionales, así como de la voluntad de vencer las objeciones morales y los miedos conexos.

La *apertura* ha sido mucho menos estudiada que la *racionalidad*, a pesar de que una gran parte del debate derivado del proyecto de Princeton está relacionado precisamente con la *apertura*. El concepto de secularización, entendida como una disminución de la credibilidad atribuida a la religión, pertenece al ámbito de la *apertura*, ya que hace referencia a un conjunto más amplio de prácticas sociales, que van más allá de la secularización occidental con respecto al cristianismo. La secularización, además de presentarse ligada a una política de laicidad, expresa una autonomía creciente sobre el control de la fecundidad y la salud y, en un sentido más amplio, con respecto a *la legitimidad de interferir en el orden natural*.

Dada la importancia del concepto de secularización, vale la pena ampliarlo recuperando las afirmaciones de Lesthaeghe y Van de Kaa al respecto:

- Implica la legitimidad de interferir en la naturaleza o en el orden natural que representa, en definitiva, es una elaboración cultural.
- Hace referencia a la posibilidad de los individuos de cambiar el “orden natural”, abandonando así el fatalismo, que es un rasgo muy acentuado en muchas sociedades.
- Depende de las creencias tradicionales, los códigos de conducta y las prescripciones normativas, así como de la severidad de las sanciones relacionadas con su transgresión.

Sin embargo, los cambios requeridos no dependen solamente de la disposición psicológica de los individuos para llevarlos a cabo; también dependen de factores institucionales. Así lo afirmaba ya Dumont en 1880, que sostenía en su teoría de la capilaridad social que los aspectos culturales y económicos intervenían en las decisiones de los padres con respecto a sus hijos⁸. Según él, cuando los padres aspiran a una movilidad ascendente que ellos mismos no han podido lograr, la proyectan sobre sus hijos y los preparan para alcanzarla, invirtiendo en su salud y escolaridad.

Los temas relacionados con el control del orden natural y, más concretamente, los que tienen que ver con el manejo que hacen las personas de su propio destino, nunca se han incorporado en las encuestas amplias de salud o fecundidad. Esa carencia ha impedido hasta la fecha que esos conceptos sean operativos, es decir, convertirlos en indicadores manejables cuantitativamente.

⁸ Citado por Lesthaeghe y Vanderhoeft (1999).

También las afirmaciones de Santow y Bracher (1999) sobre el establecimiento de un mecanismo de retroalimentación, que consiste en que un grupo pionero influye sobre el resto de la población, van en el mismo sentido⁹.

3. Acceso (*ability*)

El *acceso* hace referencia a la posibilidad de incorporar nuevas formas de comportamiento, dada la existencia y la disponibilidad de innovaciones. En el caso de la fecundidad, se refiere al acceso a la tecnología anticonceptiva por parte de las mujeres. La importancia del *acceso* para el cambio puede tener un valor meramente psicológico y desaparecer cuando el acceso a la innovación se haya generalizado.

La condición de *acceso* se ha abordado con amplitud, sobre todo en los estudios de planificación familiar. Desde los años sesenta, cuando se realizaron las primeras encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas en los Estados Unidos, el propósito principal ha sido evaluar los conocimientos con respecto a la práctica anticonceptiva. Algunos consideraban que la falta de conocimientos constituía el cuello de botella principal para aumentar el uso de los anticonceptivos. Otros consideraban que el eslabón más débil del proceso era la falta de motivación.

En resumen, las tres condiciones previas (RWA) permiten, por una parte, integrar los paradigmas económicos y no económicos de la transición hacia un nuevo modo de comportamiento y, por otra, comprender más fácilmente que las transiciones pueden adquirir modalidades distintas según la composición de RWA en el inicio del proceso y la rapidez con la que evolucione cada una de esas condiciones previas. De este modo se podrían determinar los factores que podrían estar obstaculizando la adopción de los anticonceptivos, que constituyen los cuellos de botella que retrasan la transición, en este caso, hacia una baja fecundidad. Por lo tanto, sería fundamental que los modelos no se elaboren teniendo en cuenta únicamente la difusión del conocimiento y la disponibilidad de los anticonceptivos (*acceso*), sino que además deberían incorporar la aceptación de las ventajas económicas que representa una cantidad menor de hijos (*racionalidad*) y reconocer los obstáculos que representan las percepciones sociales, culturales, e incluso psicológicas, dominantes en cada sociedad (*apertura*).

B. Preguntas de investigación

La hipótesis general que guía el presente estudio es que el cambio en el comportamiento demográfico está asociado con transformaciones en distintos

⁹ Esos autores proponen ese mecanismo de retroalimentación solamente en cuanto a la reducción del número de hijos.

ámbitos de la vida social, incluido el de las tecnologías, y que por ese motivo las explicaciones se deben abordar de la manera más comprensiva posible.

Se parte de que la mujer pionera ya cumple con la condición de *ser consciente de las ventajas que supone tener menos hijos*, o sea, que en el momento de contraer matrimonio la entrevistada ya cumplía la condición previa de *racionalidad*. Por tanto, las hipótesis específicas formuladas solamente hacen referencia a dos de las tres condiciones previas establecidas por Coale, las de *apertura* y *acceso*.

Hipótesis relativas a la condición previa de *apertura*:

La mujer pionera tuvo la capacidad de cambiar porque:

1. compartía con su cónyuge *una actitud positiva* hacia la regulación de la fecundidad, e incluso una idea semejante acerca del tamaño ideal de la familia;
2. la familia —padres, hermanos y demás parientes— y la comunidad en general *compartían, o al menos toleraban, el* proyecto de la mujer pionera *de regular su fecundidad*.

Hipótesis relativas a la condición previa de *acceso*:

La mujer pionera pudo cambiar porque:

1. poseía cierto conocimiento sobre los métodos disponibles para el control de su fecundidad y disposición para aplicarlos;
2. la disposición de usar métodos para regular la fecundidad se vio reforzada por la tecnología anticonceptiva moderna.

C. Población objeto de estudio

Las mujeres a entrevistar debían reunir el perfil de la mujer pionera elaborado en el estudio anterior (Juárez y Quilodrán, 1990). Para ello se seleccionaron mujeres residentes en Ciudad de México, para cumplir, en primer lugar, con la condición de pertenecer a un área metropolitana, y posteriormente se utilizaron los criterios de haber cursado al menos el nivel primario completo, estar casadas y que el cónyuge poseyera un título profesional o desempeñara alguna actividad socioeconómica equivalente. Un conjunto de mujeres con esas características representa por definición un grupo selecto. Como requisito, las mujeres debían poseer una fecundidad comparativamente baja con respecto a sus contemporáneas —menos de cinco hijos en promedio— y un comportamiento bastante homogámico con respecto a su origen social. La brecha de edad entre las pioneras

y sus conyugues es estrecha (homogamia etaria), así como la diferencia entre los niveles de escolaridad (homogamia escolar). También se observa la endogamia residencial, ya que provienen de familias que vivían, la mayoría de las veces, en el mismo barrio o en uno similar.

En total se completaron 25 entrevistas a mujeres que pertenecían a las generaciones de transición (nacidas de 1942 a 1946). Debido a la necesidad de conocer la actitud de las mujeres ante la reproducción, se incorporó en la guía de entrevista una amplia gama de temas. De todas formas, durante la entrevista la guía fue solo un guión de ayuda para el entrevistador, ya que uno de los objetivos más importantes era no interrumpir las narraciones de las mujeres, aunque se refirieran a aspectos aparentemente periféricos en relación con los que figuraban en la guía.

La guía de entrevista contenía seis secciones. En la primera se presentaba la entrevista: se solicitaba a la entrevistada información sobre su familia de origen, para ubicar a la mujer en su contexto familiar espacial y socioeconómico, y sobre la supervivencia y la escolaridad de sus padres y hermanos. En la segunda sección se recopilaban datos sobre la propia entrevistada relativos a su edad, lugar de nacimiento, migración, nivel de escolaridad, historial laboral y, si no había trabajado, respecto a si le hubiera gustado hacerlo. La tercera sección estaba dedicada a la formación de la pareja: noviazgo, lugares de encuentro, elección del cónyuge y percepción de los padres sobre esa elección. La cuarta sección hacía referencia íntegramente a la descendencia. Una gran cantidad de preguntas estaba dedicada a indagar las razones que tuvieron para tener menos hijos que la mayoría de las mujeres de su generación: si fue una decisión exclusivamente suya o la adoptaron influidas por sus esposos o sus familiares y amigos, si fue una decisión acorde con su ideal de reproducción y el de su esposo en el momento de casarse, entre otras. Se aprovechó también para recabar información sobre los posibles abortos, y sobre la planificación y los métodos usados para evitar los embarazos no deseados. Se hizo especial hincapié en los conocimientos que ella y su esposo tenían sobre las formas de prevenir los embarazos. También se preguntó sobre los intervalos protogenésico e intergenésico y, si la mujer había trabajado, acerca de quién le había ayudado con el cuidado de los hijos. En la sección cinco se recogió la opinión de la entrevistada sobre su propio nivel de religiosidad y, en términos más generales, sobre los cambios generacionales ocurridos con respecto a la dimensión de la prole, la formación de la pareja y el uso de anticonceptivos. Por último, a fin de precisar y facilitar la reconstrucción de la historia de vida de las mujeres pioneras, la sección seis se dedicó a la identificación temporal de los principales eventos sociodemográficos relatados en la entrevista: nupcialidad, fecundidad, migración, escolaridad y trabajo.

III. El descenso de la fecundidad y las mujeres pioneras

El descenso de la fecundidad en México no fue ni el más tardío ni el más rápido de América Latina. Comenzó a mediados de los años sesenta y precedió a la difusión de la tecnología anticonceptiva, que se inició en 1977 con el Plan Nacional de Planificación Familiar. No se trata de una situación exclusiva de México; en muchos países, el proceso de descenso de la fecundidad se desencadenó antes de la regulación por medio de métodos anticonceptivos modernos. Otro aspecto común de la transición mexicana con la de otros países es el ligero incremento del nivel de fecundidad antes de empezar a disminuir (Dyson y Murphy 1985; Quilodrán, 1983, 1991).

Según las fuentes de datos utilizadas, la fecundidad máxima alcanzada por las mujeres mexicanas sería de alrededor de siete hijos. Este dato corresponde a las generaciones nacidas a finales de los años treinta, que participó en la Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976-77. Los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica permiten estimar que, en 1980, ese mismo indicador era de 4,4 hijos, que equivale a un descenso de la fecundidad del 37% (Quilodrán, 1983; Juárez, Quilodrán y Zavala de Cosío, 1996). Las cifras más recientes proporcionadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2006) sitúan la tasa global de fecundidad en 2,2 hijos. Se trata de un nivel cercano al reemplazo de la población, que habría tardado poco más de 30 años en implantarse. La fecundidad general disminuyó, pero también se redujo la fecundidad marital, cuyo nivel máximo conocido alcanzó los 9,3 hijos de media entre las mujeres de 45 a 49 años de edad nacidas a finales de la década de 1930 (Quilodrán, 1983). Esos valores comenzaron a disminuir progresivamente como resultado de un control, sobre todo de dimensión, como se demostró en las estimaciones realizadas mediante las probabilidades de crecimiento de la familia (Juárez, 1983, 1984, 1994). La inflexión de esas probabilidades sucedió hacia mediados de la década de 1960, momento que puede considerarse el inicio del proceso de adopción de un nuevo patrón reproductivo en el país, que se generalizó y profundizó en las generaciones más jóvenes. La magnitud y la velocidad con la que se produjo la caída de la fecundidad en México evidencian los profundos cambios que ha transitado la sociedad mexicana.

Recién a partir de 1965 se hace perceptible una cierta disminución del nivel de fecundidad. A partir de ese momento comenzó a difundirse el comportamiento calificado de “pionero”, que se ha extendido de generación en generación y no se ha limitado a las áreas urbanas iniciales, sino que ha llegado progresivamente a las áreas rurales, de modo que la transformación de la fecundidad ha abarcado finalmente a todo el país.

En la descripción de la mujer pionera que figura en la introducción se señalan las características demográficas y sociales que la distinguen de las generaciones anteriores a la transición (1937-1941). Entre ellas destaca una edad más tardía en el momento de la primera unión, ya que el 62% se unió después de haber cumplido los 20 años, en comparación con el 39% de las generaciones precedentes. Se constata que la mujer pionera preponderaba en el sector urbano (45,2%) y el metropolitano (53,5%), mientras que representaba solo el 24,9% en las zonas rurales. Se trata al mismo tiempo de mujeres que poseían al menos siete años de escolaridad y cuyos esposos habían cursado estudios universitarios o tenían una posición económica holgada. Todo ello permite afirmar que el grupo de mujeres pioneras pertenecía a los estratos sociales medios y altos de la sociedad en los años sesenta.

Las pioneras representaban el 36% de las generaciones nacidas entre 1942 y 1946, o sea, poco más de un tercio del total de su generación, pero a pesar de ello influyeron en que se experimentara cierto descenso de la fecundidad en el conjunto del país.

A. Análisis de los relatos de las mujeres pioneras

Los relatos obtenidos mediante las entrevistas en profundidad debían servirnos para entender la manera en que se “reinventan” los comportamientos: en este caso, la forma en que las mujeres identificadas en nuestros estudios previos con una fecundidad menor llegaron a adoptar ese comportamiento innovador en cuanto al número de hijos.

Se optó por el marco conceptual de las condiciones previas enunciadas por Coale (1977) retomadas más recientemente por Lesthaeghe y Vanderhoeft (1999). La razón principal de esa elección es que esas condiciones previas, en particular las relacionadas con la *apertura* al cambio, permiten conjugar elementos de orden psicosocial —sobre todo las actitudes— con rasgos de tipo cultural, e integrar así en el análisis decisiones personales de las entrevistadas con actitudes provenientes de los miembros de su familia y el entorno próximo. La selección del grupo de mujeres a entrevistar se hizo, como se acaba de describir, en función de que reunieran las características asociadas a la mujer pionera que se definieron y mencionaron varias veces (Juárez y Quilodrán, 1990).

En la lectura y el análisis de las entrevistas que se presentan a continuación se busca recuperar cada una de las etapas del curso de vida de la mujer pionera. Esta perspectiva adoptada para la realización de la guía de entrevista, resultó de mucha utilidad pues otorgó gran fluidez a los relatos de las mujeres. En primera instancia, nos referiremos a su entorno familiar para saber cuán diferente eran ellas de su familia próxima y, en general, de su entorno social cercano (familiares,

amistades, compañeros de trabajo). Entre otros aspectos, esta parte abarca la composición familiar, incluidos hermanos y tíos, el tiempo de sobrevivencia de los padres, el nivel de escolaridad de estos últimos y de ella misma, así como sus ocupaciones. A continuación, se analiza el período de cortejo y el noviazgo con el que terminó siendo su esposo. La tercera parte está dedicada a la cuestión central que nos ocupa, ya que se relaciona con las decisiones en torno a la descendencia y, especialmente, a su regulación. Por último, se aborda el tema de las percepciones de las pioneras respecto de los cambios generacionales, lo cual nos aporta elementos muy valiosos sobre su dirección e intensidad, especialmente en el área de la sexualidad y la anticoncepción.

1. El entorno social y familiar de la mujer pionera

Los padres de las pioneras, así como los esposos, contaban con carreras universitarias o se empleaban en ocupaciones de nivel equivalente. En cambio, salvo excepciones (viudez o separación), sus madres casi nunca trabajaron. No obstante, tanto el padre como la madre poseían los niveles de escolaridad máximos que se alcanzaban en la época en que vivieron su juventud, que fue aproximadamente el período 1915-1920. Cabe destacar que algunas de las madres cursaron incluso la universidad. El número de hijos que tuvieron esos padres raramente superó los cuatro. Esto indica que los padres de las pioneras formaban parte, a su vez, de una élite educada y que, probablemente, tuvo menos hijos que el resto de sus contemporáneos (la tasa global de fecundidad era de casi seis hijos de media en 1930 (Mier y Terán, 1982)), aunque no fue un grupo lo suficientemente numeroso como para influir en el nivel de los indicadores nacionales de fecundidad, como sí ocurrió con la generación de sus hijos, es decir, la generación pionera objeto de estudio.

De hecho, fue la generación de los padres de las pioneras la que preparó la actitud positiva al cambio que se observa en ellas. Invertieron en educación tanto de sus hijos hombres como de sus hijas mujeres, aunque favorecieron una escolaridad más prolongada de los varones. Se podría interpretar que los padres de las pioneras poseían cierta *racionalidad*, ya que al invertir en el futuro de los hijos, proporcionándoles educación y salud, estaban revirtiendo los flujos de riqueza intergeneracionales en la forma planteada por Caldwell.

Cabría afirmar que esos padres no solo promovieron una mayor educación para sus hijas, sino que, al tolerar comportamientos que hasta ese momento la sociedad en general no aceptaba fácilmente, también les ofrecieron más opciones. Sus hijas pudieron trascender el ámbito doméstico, trabajar fuera de él de forma remunerada y, por lo tanto, socializarse fuera del círculo familiar. Sin embargo, es muy notorio el control que la familia siguió ejerciendo sobre la mujer pionera. No obstante, el hecho de contar con más permisividad para realizar actividades fuera

del hogar paterno, como trabajar o estudiar, creó una serie de expectativas entre las mujeres con respecto a su realización personal. Esos elementos “empoderaron” de alguna manera a ese grupo de mujeres, generando en ellas cambios en sus actitudes y, posteriormente, en sus comportamientos. Ellas mismas así lo manifiestan:

“...Pues mi papá siempre nos apoyó, mi papá siempre nos apoyó en todo y dejó que cada quien se encauzara en lo que le gustara, fueron en ese sentido, muy abiertos... cuando yo estuve en posibilidades de elegir estudiar una carrera, me acuerdo que la creencia era que la mujer no debía estudiar una carrera, porque se casaba, entonces lo más práctico es una carrera comercial para que trabaje jovencita y pueda comprarse sus gustos, tener dinero para viajar...” (Marcela)

Junto al reconocimiento de poseer una familia ayudadora y tolerante (padres y hermanos), la percepción de la pionera sobre la sociedad de su época es que era muy conservadora y que reforzaba los roles tradicionales: la mujer casada estaba en la casa, el hombre era el único sostén económico del hogar y la llegada del primer hijo no podía posponerse porque expresaba simbólicamente la consolidación del nuevo núcleo familiar. O sea, que coexistían comportamientos modernos, como proporcionar a las mujeres una educación más prolongada, y tradicionales, como seguir aceptando sin ningún cuestionamiento el modelo imperante de división por género.

“... en esa época se acostumbraba a la hora que se casaba uno, dejar de trabajar ya que era mal visto, porque era como considerar que el marido no era autosuficiente para poder mantener a la familia.” (Angélica)

Los comportamientos conservadores se reforzaban aún más debido a la persistencia de normas tradicionales en el ámbito del trabajo. Por ejemplo, en 1970 se impedía a las mujeres continuar trabajando en la esfera empresarial privada (como los bancos) una vez casadas o embarazadas. Como consecuencia de esa reglamentación, la mujer pionera, aunque no lo deseara, tenía que elegir entre el trabajo y el matrimonio, y lo que hizo generalmente fue postergar durante un tiempo el matrimonio y dejar de trabajar una vez casada. Además, la normatividad social privilegiaba la maternidad y otorgaba exclusivamente al hombre el papel de proveedor. Lo que la mujer pionera vivía en realidad era un dilema entre formar una pareja, amoldándose al rol tradicional, o continuar trabajando con el riesgo de no llegar a casarse.

“Había en el banco donde trabajaba una situación muy especial. Cuando yo entré al banco las mujeres no podían, ya no digo embarzarse, no podían casarse. La mujer tenía que salirse en cuanto se casaba en los primeros tiempos del banco, posteriormente ya se permitió que se casaran, esto yo te estoy hablando de los años setentas.” (Cecilia)

“Trabajaba, nada más que antes de dar a luz renuncié, la compañía en que yo estaba, no permitía mujeres con hijos ni embarazadas ni nada, entonces tenía yo que renunciar; ya no me podían dar permiso o incapacidad, no, no.” (Lourdes)

2. Noviazgo y matrimonio

La familia de la mujer pionera mantuvo una supervisión férrea sobre los encuentros prematrimoniales. Esto se logró mediante el control de los espacios de encuentro de los jóvenes (fiestas en las casas de las muchachas con presencia de los padres) y la vigilancia de las salidas por parte de chaperones. En esa época, las madres desempeñaban a menudo la función de chaperonas, y si no eran ellas la ejercían los hermanos. En cualquier caso, existía menos permisividad para las hijas que para sus hermanos.

“Todo el tiempo teníamos chaperones, y en la casa de usted, nos visitaban..., vivimos un noviazgo acompañados, pero en teatros, en la ópera, en el ballet, en conciertos... Nos gustó... a todos lados íbamos a pasear y especialmente en el ambiente familiar..... hacíamos fiestas todo el tiempo en la casa, y invitábamos ahí a los jóvenes.” (Lourdes)

Al control de los espacios se sumaba la transmisión de un “modelo ideal de esposo”. Ese mensaje lo enviaban básicamente las madres y se refería, evidentemente, a los novios.

“... entonces se consideraba que lo adecuado era el hijo de un buen matrimonio, de un matrimonio como el de mis papás, con principios, con valores. Aparte él (el novio) siempre fue muy respetuoso con mis papás con las normas que ellos pusieron y todo eso. Yo pienso que esto tuvo mucho que ver. Mis padres siempre lo quisieron mucho, no nada más lo aceptaron. Hasta la fecha mi mamá, le puedo decir, que le tiene una confianza y un cariño tremendo, es un apoyo.” (Guadalupe)

“(se decidió por el esposo porque)... lo veía muy cariñoso con su familia, muy cariñoso con sus hermanitas, respetuoso con ella, entonces yo pensé que era una persona que se inclinaba hacia una familia, era muy trabajador, muy inquieto, muy audaz, y era una persona entusiasta, honrado, bueno de verdad, no era bebedor, ni mujeriego entonces me pareció la persona correcta.”
(Eugenia)

Lo más frecuente es que la mujer pionera haya tenido tres novios incluido el esposo actual. Solamente una de las entrevistadas informó de haber tenido cuatro novios, y solo dos tuvieron uno, su marido. Casi todas ellas los conocieron en fiestas organizadas por su propia familia o por amistades. En general, eran vecinos o concurrían a las mismas escuelas que sus hermanos o primos. Esto no hace más que confirmar la alta homogamia que prevalecía en ese grupo de mujeres, y las siguientes palabras reflejan el contexto normativo que operaba para favorecerla:

“A mi marido lo conocí en casa de un primo. Mi primo había sido compañero de él en la primaria y de los Scouts... ahí me lo presentaron y después en una fiesta tuve la oportunidad de otra vez de verlo y empezamos a salir y nos hicimos novios.”
(Susana)

En cuanto a la edad en el momento de casarse, se pueden distinguir dos grupos de mujeres pioneras. Uno de ellos se casó relativamente joven, cuando contaba con 21 o 22 años de edad (edad superior a la media del país en esa época). El otro se casó mucho más tarde, con cerca de 30 años de edad. Estos últimos casos responden a mujeres que, por diversas circunstancias, continuaron trabajando, debido al rompimiento de noviazgos y, en ocasiones, a la necesidad de aportar dinero al hogar paterno. Pero lo más importante es que la experiencia de trabajar había instalado en la mujer un sentimiento de satisfacción, de independencia, cuyo abandono por el hecho de casarse no les terminaba de agradar. A este respecto los discursos no son tan claros, ya que no suelen expresar un rechazo a casarse y, menos aún, a tener hijos. Sin embargo, la disposición de las familias a disminuir el control de los encuentros y flexibilizar los requisitos del novio/esposo al avanzar la edad de la joven soltera revela el valor asignado a que la mujer se casara y cumpliera así su papel tradicional, lo que no significa que la regla general de casarse con alguien semejante (del mismo grupo social) se abandonara en ningún momento (Quilodrán y Sosa, 2004).

Uno de los rasgos de la mujer pionera que más llama la atención es que, a pesar de que postergaron durante un tiempo su matrimonio, manifestaron que no habían mantenido relaciones sexuales antes de casarse, lo que refleja la efectividad del control familiar ya mencionado.

“Uno, tenía uno la virginidad yo creo que hasta el cuello y entonces, ni el muchacho insistía ni a uno se le pasaba por la mente. La ilusión era de casarse y llegar virgen al matrimonio.”
(Graciela)

También cabe destacar la claridad con la que expresaban su deseo de haber continuado trabajando una vez casadas y los beneficios que les hubiera proporcionado. El trabajo es percibido como algo muy positivo porque les procura independencia de su propia familia, tanto desde el punto de vista económico como por la participación en actividades extrafamiliares. Las pioneras no tenían la intención de renunciar al matrimonio, aunque lo pospusieran un tiempo en comparación con la mayoría de las mujeres de su época; lo que no querían era renunciar a la ampliación de su espacio de vida, así como a la relativa independencia económica que les procuraba un trabajo, en suma, a la realización personal. Esto explicaría el hecho de que las mujeres que trabajaron durante más tiempo antes de casarse sean también las que buscaron con más ahínco reintegrarse al trabajo, procurando la ayuda de sus madres para criar a sus hijos y compatibilizar así la vida familiar y el trabajo.

“... yo quería realmente seguir trabajando, porque yo no me quería estancar profesionalmente, pero yo seguir con mi casa y con mis hijos, y con mi marido, y con mis papás y con mi familia; o sea,... ¡eso es lo difícil!” (Graciela)

El tema de compatibilizar el trabajo y la crianza de los hijos es recurrente en el discurso de las mujeres. Muchas de ellas volvieron a trabajar cuando los hijos ya iban a la escuela, pero siempre con el apoyo particular de sus madres, aunque tuvieran servicio doméstico. Lo que trataban de hacer era asegurar el buen cuidado de sus hijos, y quién mejor para ello que su propia madre, que además no trabajaba fuera del hogar.

No obstante, existía una tensión con respecto al trabajo de la mujer desde el momento del noviazgo, porque el grupo social exigía al futuro marido que cumpliera con su papel de proveedor económico único una vez casado. Si la mujer casada trabajaba, se presumía que el marido no podía satisfacer esa condición. Sin embargo, una vez que la esposa había cumplido con la norma de abandonar el trabajo en el momento de casarse y de haber tenido al menos el primer hijo, la postura ante esos temas y otros se flexibilizaba, sobre todo por parte del esposo.

3. Decisiones sobre la descendencia: los motivos

Las mujeres pioneras, en la medida en que tuvieron su primer hijo de inmediato una vez casadas, como prescribían las normas, no fueron transgresoras. Tampoco lo fueron con respecto a la sexualidad prematrimonial y al trabajo fuera del hogar después del matrimonio. Aunque muchas de ellas no se plantearon explícitamente controlar la fecundidad antes de casarse, eran conscientes de que era muy difícil prestar la atención deseada a cada hijo si eran demasiados. Lo que se deriva de los relatos a este respecto es que, aunque no tenían pensado un número exacto de hijos, la idea era que no excediese de tres o cuatro. Cabe recordar que el referente era su propia familia, que pocas veces superó de cinco hijos.

“... tener hijos no debe ser un sacrificio debe ser una satisfacción, entonces tu tienes que saber hasta donde realmente los puedes disfrutar y atender, entonces así fue que decidimos tener cuatro.” (María Luisa)

“Antes de casarme decía yo “los que Dios quiera”, cuando nos casamos dijimos “vamos a planear la familia”, y ya después de tres ya estábamos así como para ahorcarlos ¿no?, ya para el cuarto dijimos “no, se acabó”.... Pero el problema no es nada más mantenerlos materialmente; lo más duro realmente es educar a un hijo y sacarlo adelante moralmente, y eso no es nada sencillo. Y entre más hijos haya, más difícil es.” (Adela)

La mujer pionera no fue un personaje aislado. Su actitud, diferente a la de la gran mayoría de las mujeres de su generación, era compartida por su propio grupo de referencia. Llama la atención las veces que, expresándose de distinta manera, las pioneras aludían a que la “norma” en su generación era tener menos hijos, y se veía como diferentes a las parejas que tenían cinco hijos o más.

“Pues mis amigas casi todas tuvieron tres, cuatro o dos... yo diría que fue toda la generación como más consciente de la situación nueva, ¿verdad?” (Estela)

“... en el pequeño círculo donde yo me desarrollé no había más de cuatro hijos, la excepción era tener más de cuatro hijos, es más, ya cuatro hijos eran muchos.” (María Luisa)

“... todo mundo decía que, qué bueno que habíamos tenido tres hijos, porque ni eran dos que es muy poco, ni eran cuatro que ya eran demasiado” (Angélica)

En realidad, las mujeres pioneras no cuestionaron la llegada del primer hijo, pero a partir del segundo se planteaban la posibilidad de no tener más o de espaciar los embarazos. Argumentaban que los hijos requieren mucha inversión, no solamente económica, sino que hacían hincapié en la calidad de la atención que se les debe otorgar. Esas razones eran compartidas por la pareja, lo que permitió, paulatinamente, un cambio de actitud ante la reproducción, que se manifestaba en la búsqueda de formas para evitar la llegada de nuevos hijos.

“No, mi primer hijo no fue planeado, fue en la luna de miel y estábamos fascinados, era aquella temporada en que definitivamente si no encargabas luego, luego te ponías preocupadísima, ¡Qué cosa tan absurda!” (Elvira)

“... si no encargabas un hijo, luego, luego ya te sentías, pero muy mal, porque todas estaban teniendo niños, era así como carrera.” (Susana)

“(para el primer hijo) la gente me criticó mucho porque yo llevé el ritmo unos meses, porque además yo lo hablé abiertamente. Me preguntaban ¿porqué no te embarazas desde el primer mes? Y les contestaba, pues es que yo estoy llevando ritmo, porque yo tengo mucho interés de por lo menos disfrutar seis meses, de disfrutar la vida en pareja... A mi me tachó mucha gente en la sociedad”. (Marcela)

4. Formas de regulación

Una vez asumida la intención de regular la fecundidad, los cónyuges colaboraban entre sí para lograrla. Destaca la comunicación que se daba en el interior de la pareja sobre ese tema. Es evidente que de no haber existido esta, no se hubiera podido desencadenar el proceso, ya que los métodos disponibles en esa época exigían la participación del hombre, fuera con el método del ritmo o de Ogino-Knauss (el más utilizado) o con el preservativo (utilizado con menos frecuencia).

“Mi marido y yo somos bastante disciplinados, entonces un ritmo bien llevado, puede que haya excepciones, pero a nosotros nos dio buen resultado.” (Graciela)

“Oye ya hasta aquí, si seguimos con el método del termómetro y de todas esas cosas pues tienes que cooperar. Pues él se operó después del cuarto hijo...” (Mercedes)

“Los dos íbamos al ginecólogo, no iba yo sola, mi esposo también iba...estaba involucrado, incluso en los partos psicoprofilácticos...fue muy participativo o sea que fue una situación muy de familia.” (Estela)

5. Importancia del médico

La figura del médico pasó a ser central. La mujer pionera, de acuerdo con su esposo, acudía al médico, que en un primer momento le recomendaba el uso del método del ritmo, que por otra parte era el método que aceptaba y promovía la Iglesia. Dicho método no solo permitió a las mujeres pioneras controlar su fecundidad, sino también comenzar a satisfacer su deseo manifiesto de disfrutar de la sexualidad.

“Yo creo que es bonito descubrir lo que es el sexo, con tu pareja, eso es lo que yo pienso, ..., y lo veo como ventaja en un momento dado con respecto a lo que uno vivió, pues el encanto de descubrir lo que son las relaciones sexuales y pues ir descubriendo el amor en esa faceta con tu pareja.” (María Luisa)

Lo que empezaba a aparecer era una secularización del comportamiento reproductivo que, hasta entonces, había pertenecido a la esfera de lo “natural”, junto con una conciencia más precisa sobre el funcionamiento del cuerpo. Por otra parte, el aborto no figura en los discursos analizados como una opción para controlar la dimensión de la descendencia.

“El era (el médico) muy afectuoso, fue el primer médico que yo vi, como antiigüito, ...Cuando yo le pregunté que ya no quería tener más hijos y que iba a tomar pastillas, él me las mandó.” (Cecilia)

“... los anticonceptivos eran cosas que uno platicaba con su ginecólogo, el mejor amigo con el que uno tenía las mejores conversaciones, sobre todo, todo lo relacionado con el matrimonio, con las relaciones sexuales, con los anticonceptivos. Todo era a través del ginecólogo.” (Marcela)

“... si te acercabas a un ginecólogo o ginecóloga pues sí te explicaba todo.” (Susana)

“Siempre tuve el apoyo de mi ginecólogo, usé el dispositivo y lo usé 8 años y después me operé.” (Elvira)

En contraposición con la confianza que depositaron las parejas en el médico, se advierte que la limitación de los nacimientos no fue un tema de conversación con los padres. Estos, con la excepción de la llegada del primer hijo, lo que hicieron fue más bien tolerar la regulación de la descendencia, aunque no alentar su práctica.

En México, los métodos anticonceptivos se conocieron pronto (en los años sesenta), pero al principio el acceso fue limitado. La efectividad que ofrecían los métodos modernos para evitar los embarazos no deseados, junto con el deseo de la mujer de disfrutar de su sexualidad sin el riesgo de un embarazo, explican la rapidez con que estos fueron adoptados. A pesar de esa aceptación, existía en el ambiente cierto temor hacia los efectos secundarios de las píldoras anticonceptivas. Muchas mujeres sufrieron malestares que les obligaron a sustituirlas o combinarlas esporádicamente con espumas, diafragmas, supositorios, inyecciones o incluso la esterilización de alguno de los miembros de la pareja.

“(cuando recién casada en los 1960’s)... aquí no había nada, lo mandabas a traer de Estados Unidos. Alguien que se iba ypor favor te encargo esto.” (Angélica)

“Yo conocía de los métodos anticonceptivos, bueno, algunos en revistas, libros, etc....Pues, sí habíamos oído porque ya en aquel entonces se hablaba mucho del control de ritmo y cómo se podía evitar. Sí había información, muy superficial porque esos temas no se hablaban antes realmente...” (Lourdes)

“Después de mi segunda hija volví a tomar pastillas, y después como de tres o cuatro meses, empecé a tener dolor en el busto y pues me quitaron las pastillas y usamos diafragmas, como unos 10 años y después me ligaron las trompas.” (Patricia)

A pesar de las reticencias de los primeros tiempos, las píldoras anticonceptivas fueron consideradas como liberadoras, porque quitaron a las mujeres el miedo a las relaciones sexuales.

“Sobre los métodos anticonceptivos, había muchos tabúes en el aspecto de que, iban a nacer los niños sin una pierna, sin cerebro, pero bueno teníamos amistades y como entre las mujeres

platicamos más pues, pero él (marido) era muy reacio a platicar esos aspectos pero aun así platicamos y él estuvo de acuerdo.”
(Alicia)

“Dos años después de mi cuarta hija y de usar espumas, pastillas, mi marido se esterilizó... entonces se te quita un peso de encima tremendo en tus relaciones sexuales, que antes era el pavor, de que no, no. Hasta puede afectar las relaciones sexuales con tu pareja. Ahora si voy, hoy no, hoy sí, hoy no, mañana no, tantos días no, pues yo ahorita no quiero y tu si quieres, entonces no se puede,Sí puede afectar.” (Graciela)

6. Conciliación del catolicismo y el uso de anticonceptivos entre las mujeres pioneras

Todas las mujeres entrevistadas se han declarado católicas practicantes en mayor o menor grado, y algunas han manifestado incluso que se confiesan y comulgan a diario. Al mismo tiempo, han indicado que la Iglesia dejó cierto grado de libertad a la mujer en relación con la regulación de la fecundidad y las decisiones sobre el uso de anticonceptivos. De hecho, la Iglesia transformó esas decisiones en un problema de conciencia, dejando a la mujer la responsabilidad de utilizarlos o no. Contribuyó a esa postura el temor de que la mujer pionera, decidida a no tener más hijos, comenzara a negarse a cumplir con el débito conyugal, poniendo en peligro la estabilidad matrimonial. No obstante, la aceptación del uso de métodos anticonceptivos en el confesionario no significaba que la Iglesia cambiara su discurso público, que continuó siendo la no aceptación del uso de anticonceptivos:

“... yo creo que para la Iglesia la prohibición de los anticonceptivos rige porque así lo dice el Papa, pero te lo deja a tu responsabilidad (el uso), tu eres la responsable, tú, tú de lo que estás haciendo. ...Yo creo que la Iglesia ha convertido (el uso de anticonceptivos) en una cosa personal.” (Rocío)

“... Dios es amor y Dios tiene que comprendernos, no creo que ese año que yo tomé anticonceptivos el estuviera en desacuerdo, porque era una necesidad y yo podía seguir, seguir, seguir teniendo hijos uno tras otro, a pesar del esfuerzo que habíamos hecho por seguir el ritmo y demás,...pero no quise (hacer) lo que algunas personas decían, (ir con) el padre fulano (que) sí acepta que uses anticonceptivos si te confiesas con él...”
(Estela)

Por lo tanto, salvo con respecto a la llegada del primer hijo, caso en el que se criticaba abiertamente cualquier tipo de control del tiempo, ni la familia ni los amigos se manifestaban con respecto al número de hijos que cada pareja tenía, ni sobre los métodos que utilizaba para evitarlos. Existía incluso una cierta colaboración entre los amigos cercanos para recomendarse mutuamente médicos y sacerdotes que aceptaban la práctica anticonceptiva.

7. Percepción de los cambios generacionales

Una parte considerable de la entrevista se dedicó a las percepciones de las mujeres pioneras sobre los cambios acaecidos entre su propia generación y la de sus hijos. Las respuestas obtenidas fueron muy interesantes, ya que de manera casi unánime todas se refirieron a los mismos temas: equidad de género, sexualidad y reconocimiento del avance que significó la aparición de la tecnología anticonceptiva, incluso para su propia generación.

La tolerancia de la sexualidad prematrimonial entre las mujeres aparecía como un elemento central de las diferencias intergeneracionales. Dicho comportamiento se aceptaba de manera tácita, pero no había un debate entre madres e hijas. La preocupación reiterada de las madres era que las hijas manejaran correctamente la libertad sexual, en el sentido de que estuviese acompañada de un sentimiento amoroso. Algunas lo expresaban como un temor a la promiscuidad por parte de las jóvenes, y otras como la necesidad de integrar el sentimiento amoroso y la sexualidad. Probablemente, esa actitud ante la sexualidad se deriva de otro aspecto que recalcaban con insistencia: el disfrute pleno del sexo como una dimensión nueva en su vida, a la que accedieron realmente cuando surgieron los anticonceptivos seguros (modernos). Recordaban la posibilidad de quedarse embarazadas como una situación angustiada: al casarse, por el desconocimiento que tenían sobre el funcionamiento de la reproducción y, posteriormente, por la escasa efectividad de los métodos de entonces.

“Si uno se casa y no conoce a más hombres que el marido, no tienes comparación, no tienes punto de comparación ¿no es cierto? El otro día me decía una amiga, “tu sabes si tu marido te ha satisfecho todo lo que tu hubieras querido, o pudo haber sido un hombre más sexy y así haberte dado más o sea hacerte gozar el sexo”. No, pues nunca, le digo, ni lo vamos a saber.” (Eugenia)

“... yo si les he dicho (a los hijos) que la relación sexual debe hacerse con mucho amor si no, no vale la pena.” (Elvira)

Esta entrevistada, al referirse en concreto a las relaciones sexuales durante el noviazgo opinaba lo siguiente:

“Ahora es una maravilla, por ejemplo lo primero que dice el programa de educación sexual es “soy un ser libre capaz de decidir”. Qué cosa más maravillosa si a nosotros nos hubieran enseñado algo así hubiera sido fabuloso,...Me parece que se ha dado un paso gigantesco.” (Patricia)

La tolerancia actual de las relaciones sexuales fuera del matrimonio implica aceptar también el uso de anticonceptivos por parte de las hijas, asunto que ya no se cuestiona. La preocupación que subsiste está relacionada con la utilización adecuada de los anticonceptivos, y se prefiere que estén prescritos por un médico.

La norma de la generación de las pioneras relativa a que el primer embarazo debía suceder inmediatamente después del matrimonio también ha sido relegada. Fueron las propias pioneras quienes comenzaron a modificar esa situación cuando los anticonceptivos ofrecieron la posibilidad de posponer el primer embarazo. Podría decirse que esas mujeres comenzaron a concebir la vida matrimonial de forma diferente al manifestar que les hubiera gustado disfrutar de un tiempo exclusivo como pareja antes de empezar a tener hijos. Esto significa que le atribuían al matrimonio una función adicional a la de la reproducción. No renunciaban a tener hijos, pero le otorgaban valor a la relación de pareja. Esto explicaría el hecho de que hayan aceptado fácilmente regular su fecundidad no solo en términos de cantidad, sino también en cuanto a una mayor duración de los intervalos intergenésicos.

“Bueno mira, las ventajas hoy por hoy es pues que mis hijos están planeando su familia, eso me parece que es muy importante, inclusive no solamente cuando ya están casados, sino desde antes de casarse.” (María Luisa)

Otro elemento del cambio generacional es que ya no se distingue entre la preparación escolar de los hijos y las hijas, así como tampoco se discute que la mujer trabaje fuera del hogar, ni antes ni después del matrimonio. Asimismo, las encuestadas reconocen en los esposos de sus hijas actitudes de colaboración en las actividades domésticas. Sin embargo, ellas están ayudando a sus hijas en la conciliación de sus funciones profesionales, para que las hijas puedan trabajar y ser madres al mismo tiempo. En realidad lo que hacen es contribuir en cierta forma al mantenimiento de un modelo de familia que permita a la mujer conciliar trabajo, reproducción y relación de pareja. Esa compaginación puede darse porque muchas

de las pioneras, que ahora son abuelas, no trabajan o lo hacen en horarios flexibles. Además, el tipo de ayuda que brindan a sus hijas es más bien de supervisión del servicio doméstico que estas disponen.

Con respecto a la generación de las hijas no se registran menciones a la figura del chaperón o carabina. Se da por entendido que como las hijas han permanecido más tiempo en el sistema escolar tenían más posibilidades de conocer posibles futuros maridos, fuera en la escuela o posteriormente en el trabajo. En lo que insistían las entrevistadas era en la preocupación que tuvieron, en su momento, por imponer a sus hijas normas de respeto de las costumbres de la casa, especialmente en cuanto a los horarios de regreso por la noche. Por último, algunas mujeres aludían a las ventajas que supone en la actualidad que la mujer posea una preparación que le permite terminar con una relación de pareja cuando ya no la desea.

“... ahora ya no se trata de un amor amenazante, ya no tienes que aguantar todo, ya es una cosa más tolerable, ya no es el miedo de que tu pareja te deje.... (la hija puede decirse a si misma) ”Yo soy una profesionalista y me puedo mantener”.
(Mercedes)

Los extractos del discurso de una misma mujer en distintos momentos de su historia de vida (recuadro 1) permiten ilustrar la forma en que la entrevistada elegida articula sus actitudes y comportamientos con respecto a los diferentes temas sobre los que se le solicitó su opinión.

Recuadro 1
MUJER PIONERA

“No nos podíamos ver libremente, todavía era el tiempo del chaperón, inclusive mi tía, la hermana de mi papá nos acompañaba. También se hacían grupos de amigos, con los papás y los tíos y ahí conocíamos y veíamos a amigos. Había específicamente una relación con los papás y, pues, lo veíamos así, lo veíamos en grupo, había los chaperones, pero solos no, nunca. Yo me casé a los 23 años, y con mi marido, lo que pensábamos era tener una familia más grande, pero luego pues la misma convivencia con nuestros hijos, nos dimos cuenta que definitivamente ya nada más íbamos a tener cuatro hijos... mi marido me pidió que mientras el más chico de los niños fuera al colegio yo estuviera en casa. A mí me gusta mucho trabajar como una realización personal, yo soy abogada, pero pienso que si se casa uno, bueno, uno tiene como responsabilidad el núcleo familiar, ¿no? A lo mejor

Recuadro 1 (conclusión)

en tu trabajo seguramente alguien te puede sustituir y hacerlo mejor, pero el papel que es insustituible, pues es como madre y como esposa. Pues mira yo empecé a trabajar a los 20 años y di clases en la universidad hasta que me casé. Entonces pues mi primer hijo nació a los diez meses, y entre mi primer hijo y el segundo se llevan 10 meses y medio ¡No se llevan ni un año!... A partir de que nació Fernando (cuarto hijo), pues ya nos dimos cuenta de que estábamos demasiado agobiados con la familia, contentos, pero agobiados... entonces definitivamente ya mi marido y yo pensamos que ya más familia no, estamos cumpliendo como padres. Conforme va llegando cada hijo, te vas dando cuenta qué diferentes son y que se le tiene que dar atención a cada hijo... El tener hijos no es un sacrificio, eso creo, que tener hijos debe ser una satisfacción, entonces hasta donde realmente los puedes disfrutar y atender, entonces así fue que decidimos tener cuatro... Ahora yo creo que se ha perdido mucho lo del médico familiar y lo del sacerdote, pues yo creo que un buen consejero espiritual te ayuda, en aquel tiempo eran los que te podían aconsejar... mi marido y yo somos bastante disciplinados y entonces el ritmo fue bien llevado... Después hubo otra forma de controlar, no te puedo decir exactamente en qué temporada fue pero estuve tomando los anticonceptivos, un ginecólogo me los recetó... Fernandito fue el cuarto hijo, entonces dejé de trabajar once años, mi amiga Rosi, su papá era dueño de un banco, me invitó a trabajar en un programa de atención de clientes femeninos y empecé a trabajar. Luego trabajé en otro lugar y actualmente trabajo en la Secretaría de Educación... Todo el tiempo he tenido servicio doméstico, si no trabajé antes, mira, es que mi familia es el cien por ciento. Mi marido y yo siempre hemos estado de acuerdo en todo y ahora, en que trabaje.

El análisis de los relatos de las mujeres entrevistadas recuerdan cuestiones que corresponden a otros tiempos, los de la generación de sus padres, y aspectos de su propia vida y los cambios que experimentaron a lo largo de ella, así como la forma en que percibieron la evolución de sus hijos y, actualmente, de sus nietos. Son historias de, al menos, tres generaciones, contadas sin nostalgias y decantadas por el tiempo.

IV. Conclusiones

En un estudio anterior atribuimos la responsabilidad de la transición de la fecundidad en México a un grupo de mujeres identificado como pionero, sobre la base de indicadores de carácter eminentemente cuantitativo. Faltaba, sin embargo, dar cuenta de las razones que tuvo ese grupo pionero para modificar la dimensión de su descendencia. Con ese propósito decidimos explorar nuevos derroteros metodológicos. La estrategia adoptada consistió en entrevistar a un grupo de mujeres que tuviera las características determinadas en el estudio cuantitativo. Por medio de los relatos de las entrevistas en profundidad realizadas, pudimos determinar las actitudes y los valores que guiaron los comportamientos observados en la etapa anterior susceptibles de cuantificación. Esos mismos relatos permitieron recuperar la información necesaria para trazar los caminos que condujeron a las mujeres pioneras a adoptar la regulación de su fecundidad y revertir así la tendencia secular del patrón reproductivo del país.

A comienzos de los años sesenta, el tema de la regulación de la fecundidad se planteaba en los estratos más urbanos y con mayor educación de la sociedad mexicana. La *racionalidad* en torno al cambio ya estaba presente entre los padres de las mujeres pioneras, que fueron los que invirtieron en una escolaridad más prolongada para ellas. Una escolaridad más dilatada que la que habían recibido sus madres pero todavía más corta que la de sus hermanos. Junto con una mejor educación también les permitieron incorporarse al mercado de trabajo mientras permanecieron solteras, y aceptaron tácitamente que regularan los embarazos después del nacimiento del primer hijo. Podría afirmarse incluso que la generación de los padres presentó una cierta *apertura* al cambio, manifestada en la tolerancia ante la reducción del tamaño de la familia llevada a cabo por la generación de sus hijos (el grupo pionero). Esa tolerancia tenía, sin embargo, límites muy bien establecidos. En primer lugar, un control estricto de los espacios de encuentro de las parejas y, en general, de la evolución del noviazgo, con lo que se evitaron con éxito los contactos sexuales prematrimoniales. En segundo lugar, la obligación de la mujer de atenerse al papel tradicional de madre y esposa en la casa una vez casada y la del esposo de cumplir con su función de proveedor único del hogar. Además, el rol tradicional de la mujer estaba reforzado institucionalmente por instancias como la Iglesia, mediante el cumplimiento de los preceptos del matrimonio católico, y en el ámbito laboral, ya que no se contrataba a mujeres casadas y, menos aún, con hijos. Esas prescripciones iban acompañadas de una alta valoración del matrimonio, lo que colocaba a la mujer ante la disyuntiva de trabajar o casarse y formar una familia, que socialmente era lo esencial. El hombre estaba a su vez presionado por consideraciones de estatus para mantener su papel de proveedor único.

La pionera fue una mujer alentada a estudiar durante más tiempo y a la que se le permitió incluso trabajar antes de casarse, pero una vez casada se vio limitada a cumplir con su rol tradicional, es decir, quedarse en la casa y dedicarse a la crianza de los hijos. Lo que establece la diferencia entre estas mujeres y las de la generación anterior es que tanto sus esposos como sus amistades, pertenecientes a su mismo estrato social, estaban en su gran mayoría convencidos, o se fueron convenciendo paulatinamente, de que tener los “hijos que Dios les mandara” era una carga demasiado pesada. Esto explicaría el papel solidario desempeñado por el esposo de la pionera, que compartió con ella el proyecto de tener menos hijos y que lo hizo posible, colaborando en la utilización del método del ritmo, que fue el primero en implantarse. Ese método, aunque es poco eficaz, cumplió sin lugar a dudas una función importante, ya que al ser aceptado y recomendado por la Iglesia legitimaba, en un país esencialmente católico, la regulación de la fecundidad. Dicho método constituyó en los hechos un elemento de transición, la bisagra entre un régimen de fecundidad “natural” (en la acepción de L. Henry, 1961) y uno moderno con métodos anticonceptivos eficaces.

La argumentación de todas las entrevistadas con respecto a las razones que les indujeron a ellas y a sus maridos a tener menos hijos fue muy similar: los hijos requieren mucha dedicación, ya que para que su crianza sea buena no solo hacen falta recursos económicos para proporcionarles estudios adecuados, sino también tiempo para inculcarles valores.

La riqueza de las entrevistas permite matizar, en cierta medida, las afirmaciones anteriores, ya que muestran otras inquietudes de las pioneras durante su juventud que también intervenían en el deseo de reducir el número de hijos. Los temas que aparecen de manera recurrente en sus relatos se refieren sobre todo a tres cuestiones: la reclamación de un espacio dentro del matrimonio exclusivamente para la pareja, el goce sexual y el trabajo fuera del hogar. Esto indicaría que la preocupación por reducir el tamaño de la descendencia estuvo acompañada por cierta modificación del concepto de la vida en pareja. El matrimonio debía constituir algo más que un espacio exclusivo para la reproducción, debía procurar a los cónyuges mayor satisfacción sexual y emocional y dar cabida a una relación más estrecha entre los cónyuges. En esa dinámica, el trabajo fuera del hogar aparecía como un medio para valorarse a sí misma, para adquirir una identidad ante el esposo. Hay que recordar que para esas mujeres ganar dinero no era indispensable para el sostenimiento del hogar, por lo que el deseo de trabajar tenía más bien un sentido de afirmación. Seguramente, si la exploración de las actitudes de las pioneras hubiera sido más amplia, se hubiesen podido hallar signos de cambio en otros ámbitos. No obstante, estos elementos apuntan sin duda a refrendar la tesis avanzada en la teoría de la segunda transición demográfica (Van de Kaa, 1987; Lesthaeghe y

Wilson, 1986; Lesthaeghe, 1995; Lesthaeghe y Vanderhoeft, 1999) de que la disminución de la fecundidad se corresponde con un marco de cambio social más amplio que el que atañe simplemente al ámbito reproductivo.

Con respecto a los medios para regular la fecundidad, el método del ritmo fue rápidamente reemplazado por los métodos modernos. A ello contribuyó la colaboración de los que se podrían denominar “médicos pioneros”, en la medida en que respondieron a la demanda de las mujeres de regular la fecundidad, y se convirtieron en los hechos en aliados de las parejas al enseñarles la forma de llevar a cabo el método del ritmo y, cuando se tuvo acceso, les aconsejaron sobre los anticonceptivos modernos. La actuación de esos médicos se vio reforzada por la implantación en el país de instituciones como la Federación Internacional de Planificación de la Familia y, sin lugar a dudas, por la proximidad con Estados Unidos, que permitió un acceso temprano a las píldoras anticonceptivas. Según las mujeres entrevistadas, era corriente encargarlas a quienes viajaban a ese país.

Cuando en 1977 se puso en marcha el Plan Nacional de Planificación Familiar, las pioneras ya habían formado gran parte de su descendencia, aunque el efecto a medio plazo de su comportamiento innovador contribuyó, muy probablemente, a la rápida aceptación de los métodos anticonceptivos por parte del resto de la población. En ese sentido, habría operado lo que Santow y Bracher (1999) denominan el mecanismo de retroalimentación, o el ajuste de la fecundidad realizado por las familias cuando ya existe un modelo de familia instalado en un grupo de la población (Rethford, Ogawa y Sakamoto, 1999).

Por último, cabe destacar tres cuestiones esenciales sobre las transformaciones ocurridas durante la transición de la fecundidad en México. En primer lugar, el *papel activo desempeñado por los hombres en el proceso de descenso de la fecundidad*, sobre todo en la etapa inicial, que se caracterizó por el uso del método del ritmo. En segundo lugar, la *valorización de la relación de la pareja conyugal per se*; el matrimonio, además de la función tradicional de reproducción biológica y crianza de los hijos, tendría para las entrevistadas el objetivo de constituir un espacio para disfrutar de la vida en pareja. Es decir, sin renunciar a tener hijos, se busca tener un espacio propio para gozar de la convivencia conyugal. En tercer lugar, destaca la recurrencia en los discursos de las pioneras de la *aspiración a disfrutar de una vida sexual plena*.

Al desaparecer, mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces, la tensión que provocaba la posibilidad de un embarazo, se tornaba posible mantener relaciones sexuales más satisfactorias. Esa reivindicación está relacionada con el inicio del proceso de desvinculación de la vida sexual y la reproductiva, a lo que se añade, en la actualidad, el de la separación paulatina de la esfera conyugal, transformaciones que estarían conduciendo a un cambio en la formulación del ámbito de la reproducción.

Bibliografía

- Becker, Gary (1960), "An economic analysis of fertility", *Demographic and Economic Change in Developed Countries*, A. Coale y otros, Princeton, Oficina Nacional de Investigaciones Económicas.
- Caldwell, John C. (1982), "The wealth flows theory of fertility", *Determinants of Fertility Trends: Theories Re-examined*, C. Höhn y R. Mackensen (ed.), Lieja, Ordina.
- Coale, A.J. (1977), "The development of new models of nuptiality and fertility", *Population*, vol. 32.
- _____(1973), "The demographic transition reconsidered", *Proceedings of the International Population Conference*, Lieja, Ordina.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2004), *La situación demográfica de México 2006*, México, D.F.
- Davis Kingsley y Judith Blake (1956), *La estructura social y la fecundidad: un sistema analítico*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).
- Dyson, T. y M. Murphy (1985), "The onset of fertility transition", *Population and Development Review*, vol. 11.
- Easterlin, R. (1976), "The conflict between aspiration and resources", *Population and Development Review*, vol. 2, N° 3.
- Fawcett, James (1972), *The Satisfaction and Cost of Children: Theories, Concepts and Methods*, Honolulu, East West Center, East-West Population Institute.
- Henry, L. (1961), "Some data on natural fertility", *Eugenics Quarterly*, vol. 8.
- Inglehart, Ronald (1977), *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles among Western Publics*, Princeton, Nueva Jersey, Princeton University.
- Juárez, F. (1994), "Estrategias familiares en América Latina en distintas etapas de la transición", documento presentado en la cuarta Conferencia Latinoamericana de población sobre la transición demográfica en América Latina y el Caribe, México, D.F., Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
- _____(1984), "Examen crítico de la técnica de tablas de vida en las tendencias sobre fecundidad: el caso de México", *Demografía y economía*, vol. 18, N° 3, vol. 59, El Colegio de México.
- _____(1983), "Family formation in Mexico: a study based on maternity histories from a retrospective fertility survey", tesis para optar al grado de doctorado, Londres, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Universidad de Londres.
- Juárez, F. y J. Quilodrán (1990), "Mujeres pioneras del cambio reproductivo en México", *Revista mexicana de sociología*, año 52, N° 1, enero-marzo.
- Juárez, Fátima, Julieta Quilodrán y María Eugenia Zavala de Cosío (1996), *Nuevas pautas reproductivas en México*, México, D.F., Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU), El Colegio de México.
- Leete, Richard (1999), *Dynamics of values in fertility change*, Nueva York, Universidad de Oxford.
- Lesthaeghe, R. (1995), "La deuxième transition démographique dans le pays occidentaux: une interprétation", *Transition démographiques et sociétés*, D. Tabutin y otros, Instituto de demografía, Universidad Católica de Lovaina/L'Harmattam.
- Lesthaeghe, R. y C. Vanderhoeft (1999), "Une conceptualisation des transitions vers de nouvelles formes de comportements", *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*, Dominique Tabutin, Instituto de demografía, Universidad Católica de Lovaina/L'Harmattam.

- Lesthaeghe, R. y J. Surkyn (1988), "Cultural dynamics and economic theories of fertility change", *Population and Development Review*, 24, vol. 1.
- Lesthaeghe, R. y C. Wilson (1986), "Modes of production, secularization and the pace of the fertility decline in Western Europe, 1870-1930", *The Decline of Fertility in Europe*, S. Watkins y A.J. Coale, Princeton, Princeton University Press.
- Mier y Terán, Martha (1982), "Évolution de la population mexicaine à partir des données des recensements: 1895-1970", tesis para optar al grado de doctorado, Facultad de Estudios Superiores, Montreal, Universidad de Montreal.
- Quilodrán, J. y V. Sosa (2004), "El emparejamiento conyugal: una dimensión poco estudiada de la formación de las parejas", *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, México, D.F., Instituto de Investigaciones Sociales (IIS), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Quilodrán, Julieta (1991), *Niveles de fecundidad y patrones de nupcialidad en México*, México, D.F., Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU), El Colegio de México.
- (1983), "Niveles de fecundidad y patrones de fecundidad", *Informe de Investigación World Fertility Survey*, México, D.F., El Colegio de México, inédito.
- Retherford, Robert D., Naohiro Ogawa y Sakamoto Satomi (1999), *Values and Fertility Change in Japan. Tokyo*, Instituto de Investigación Demográfica, Universidad de Nihon.
- Santow Gigi y Michael Bracher (1999), *Traditional Families and Fertility decline: Lessons from Australia's Southern Europeans*, Richard Leete (ed.), Oxford, Clarendon Press.
- Van de Kaa, Dick J. (1987), "Europe's second demographic transition", *Population Bulletin*, vol. 42, N° 1, Nueva York, Oficina de Referencias Demográficas.

Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina¹

Silvia Mario² y Edith Alejandra Pantelides³

Resumen

En este artículo se presentan estimaciones alternativas de la magnitud del aborto inducido en la Argentina, logradas utilizando dos metodologías apropiadas a situaciones en que el aborto, como en este caso, es ilegal. Uno de los métodos (diseñado por S. Singh y D. Wulf) consiste en una expansión del número de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto. El otro (propuesto por H. Jhonston y K. Hill) se basa en el modelo de Bongaarts que relaciona la fecundidad real observada con la fecundidad potencial, la prevalencia

¹ Parte de este artículo se basa en una investigación realizada durante 2005, financiada por el Ministerio de Salud de la Argentina a través de CONAPRIS (hoy, Salud Investiga), que fue coordinada por Silvina Ramos (Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES) y Edith A. Pantelides (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET/Centro de Estudios de Población-CENEP), donde participaron como investigadores Mariana Romero (CONICET-CEDES), Georgina Binstock (CONICET-CENEP), Silvia Fernández (CEDES) y María Cecilia Gianni (CEDES), Iván Insúa (Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación), Magali Gaudio y Hernán Manzelli (CENEP) y Silvia Mario. Agradecemos los comentarios de Elizabeth Ahman, Susheela Singh y otros participantes del *International Seminar on Measurement of Abortion Incidence, Abortion-related Morbidity and Mortality* (Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, París, 7 al 9 de noviembre de 2007) donde se presentó una primera versión de este trabajo.

² Investigadora contratada por el CENEP para esta investigación.

³ Investigadora principal del CONICET e investigadora titular del CENEP de la Argentina.

de uniones, de uso de métodos anticonceptivos, de aborto y de infertilidad postparto (los cuatro determinantes próximos más importantes). Como se trata de estimaciones indirectas, la intención es presentar un rango de valores dentro de los cuales se encontraría el “verdadero” número de abortos y mostrar en detalle la fundamentación científica de cada estimación para que pueda ser examinada y replicada.

Abstract

This article examines alternative estimates of the prevalence of induced abortion in Argentina. The estimates were made using methodologies appropriate to situations in which, as in this case, induced abortion is illegal. One of the methods (designed by S. Singh and D. Wulf) is to extrapolate from the number of women leaving hospital following treatment for complications from abortion. The other (proposed by H. Johnston and K. Hill) is based on the Bongaarts model which compares observed real fertility with potential fertility, the prevalence of free unions, use of contraceptive methods, abortion and postpartum infertility (the four major proximate determinants). Since these are indirect estimates, the intention is to present a range of values within which the real number of abortions lies, and to detail the scientific basis of each estimate so that it can be examined and replicated.

Résumé

Cet article présente différentes estimations alternatives de l'ampleur du phénomène de l'avortement provoqué en Argentine, obtenues à l'aide de deux méthodologies appropriées aux situations dans lesquelles l'avortement est, comme dans le cas présent, illégal. Une des deux méthodes (mise au point par S. Singh et D. Wulf) est l'expansion du rapport entre le nombre de sorties d'hôpital résultant de complications lors de l'avortement. L'autre méthode (proposée par H. Johnston et K. Hill) est basée sur le modèle de Bongaarts qui met en rapport la fécondité réelle observée avec la fécondité potentiel, la prévalence d'unions, de l'utilisation de méthodes contraceptives, d'avortement et d'infertilité postérieures à l'accouchement (les quatre déterminants proches les plus importants). S'agissant d'estimations indirectes, l'intention est de présenter une fourchette de valeurs parmi lesquelles se trouverait le nombre « réel » d'avortements et de montrer en détails les arguments scientifiques servant de fondement à chaque estimation afin de pouvoir les analyser et les répliquer.

I. Introducción

El propósito de estimar la dimensión del aborto inducido en la Argentina no es tarea fácil, dado que el aborto —salvo por un par de excepciones— es ilegal y, en consecuencia, no existe un registro que lo cuantifique y que además distinga los abortos espontáneos de los inducidos. Entregar una cifra exacta es claramente imposible, por lo que en este artículo se presentan estimaciones alternativas, a partir de las metodologías disponibles, a fin de obtener un orden de magnitud y mostrar en detalle la fundamentación científica de cada estimación para que pueda examinarse y replicarse. Se expondrán primero los escasos antecedentes acerca del aborto en la Argentina, para luego dar una explicación de las metodologías y concluir con las estimaciones.

II. Antecedentes en la Argentina

De octubre de 1968 a julio de 1969, en un contexto de ilegalidad semejante, se realizó una encuesta sobre el aborto en el Gran Buenos Aires en el marco de un programa de encuestas comparativas en América Latina coordinado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL. La investigación no logró estimar el número anual de abortos, sino medidas que reflejaban los abortos, espontáneos o provocados, a lo largo de toda la vida de las mujeres. Los resultados se presentaron como relaciones entre el número de abortos y el de mujeres en edad fértil y entre el número de abortos y el de embarazos, según las distintas características de las mujeres. Sin embargo, no se pudo estimar el número de abortos para el total de las mujeres debido a la forma en que se hizo la muestra; por ejemplo, el promedio de abortos por cada 100 mujeres de 35 a 49 años con nivel educativo primario es de 48,1, mientras entre las que tienen educación secundaria es de 61,0 y entre las universitarias de 92,8 (Gaslonde, 1973, cuadro 16).

En el trabajo de López y Masautis (1994) se estima que, para un subuniverso específico de mujeres de estratos socioeconómicos bajos del conurbano bonaerense, el promedio de abortos de toda la vida —incluidos espontáneos, inducidos y mortinatos— por cada 100 mujeres de 45 a 49 años es de 60,7.

Por su parte Cavallini (1996), que utilizó la técnica de respuesta aleatoria, estima que la población femenina de 15 años y más de la ciudad de Rosario (Argentina) tuvo un promedio de 0,36 ($\pm 0,13$) abortos por mujer y que las mujeres de 40 años y más habían tenido en promedio 0,62 ($\pm 0,18$) abortos a lo largo de su vida. Estas cifras son difíciles de comparar con las de otras estimaciones, ya que se usó un intervalo de edades abierto a partir de los 40 años.

La única estimación de la magnitud del aborto que se conoce para todo el país es la de Aller Atucha y Pailles (1997), quienes, al combinar información de distintas fuentes y para distintos períodos de tiempo, calculan el número absoluto de abortos para 1991, la razón y la tasa de aborto⁴. El cálculo parte de la cifra de 300.000 abortos anuales para 1973 —dato publicado por la Asociación Argentina de Protección Familiar— y la relaciona con la cantidad de nacidos vivos y la población femenina en edad fértil de ese mismo período para calcular la razón de aborto (555 por cada 1.000 nacidos vivos) y la tasa de aborto (50 abortos por cada 1.000 mujeres en edad fértil). Estos últimos datos se toman como constantes y se proyectan a 1991 de acuerdo con el crecimiento poblacional y los nacimientos de ese año, para obtener el número absoluto de abortos anuales (385.931 abortos). Los autores, a su vez, presentan una alternativa que relaciona el uso y la efectividad de métodos anticonceptivos para calcular los abortos que deberían esperarse según la tasa de utilización entre las mujeres en edad reproductiva. El número de abortos anuales estimados por este método se ubica entre 450.895 y 498.358, y la razón indicaría que se realizan 0,68 abortos por cada nacido vivo.

III. Metodologías de estimación del aborto inducido

Se han aplicado diversas metodologías para estimar el aborto inducido. En un trabajo de Rossier (2003) se describen ocho de ellas, clasificadas según la fuente principal de los datos: encuesta a proveedores de abortos, estadísticas sobre complicaciones, estadísticas de mortalidad, encuestas de población, estudios prospectivos, informes anónimos de terceras personas, estimaciones de expertos y método residual (que usa antecedentes de distintas fuentes). Entre los métodos que requieren multiplicidad de fuentes, el más utilizado es el propuesto por Singh y Wulf (1994), que se explicará más adelante. Menos conocido es el aplicado por Kamal y otros (1971), que requiere muestras de distintos subgrupos de mujeres y el acceso a historias clínicas.

En el caso de la Argentina, se debe prestar atención a aquellos métodos que se puedan aplicar de manera más fácil en el contexto de ilegalidad del aborto inducido. En este sentido, la encuesta a proveedores de aborto y, en menor medida, las encuestas poblacionales sobre aborto y los estudios prospectivos —de seguimiento de una cohorte de mujeres— son inadecuados, ya que se ven afectados por el temor de la población o de los proveedores a responder. Sin

⁴ Razón de aborto: se calcula a partir del cociente entre el número de abortos y el total de nacidos vivos durante un período de tiempo, generalmente un año.

embargo, es interesante señalar que se ha incluido el tema del aborto en encuestas poblacionales de países donde es ilegal. En América Latina, se destaca el caso de Colombia, donde se realizó hace unos años una encuesta específica sobre el aborto en la población general de mujeres (Zamudio y otros, 1998 y 1999). La encuesta citada (Gaslonde, 1973) que se realizó en la Argentina también se aplicó en Colombia, Panamá y el Perú, países donde el aborto era ilegal.

De los métodos nombrados anteriormente, dos parecen ser los más adecuados para aplicar en la Argentina: el propuesto por Singh y Wulf y el método residual.

A. Método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios

El método propuesto por Singh y Wulf (1994) considera como datos básicos los egresos hospitalarios registrados relacionados con el aborto. Se supone que el número de casos de hospitalizaciones por complicaciones de aborto (registradas como egresos hospitalarios) representa solamente un subgrupo de todos los abortos inducidos y propone formas de calcular un multiplicador para corregirlo, al incorporar los abortos inducidos que no requirieron hospitalización y que, por lo tanto, no quedaron registrados en las estadísticas hospitalarias.

En general los registros de egresos hospitalarios se caracterizan por estar mal clasificados y ser incompletos debido a la penalización legal y social del aborto, tanto para la mujer como para el médico practicante. Debido a esta situación, muchas de las mujeres que buscan asistencia en los hospitales por complicaciones de un aborto inducido lo declaran como espontáneo y los médicos, por no contar con la declaración de la mujer o porque no existen evidencias de maniobras o no desean verse comprometidos, manifiestan que el aborto no tiene una causa específica o que es espontáneo.

Además de la información sobre los egresos hospitalarios, para aplicar este método es necesaria una encuesta de opinión a proveedores de servicios de salud reproductiva, a profesionales y a otros informantes clave, que dé cuenta de la práctica del aborto inducido en el país. En la encuesta se indaga sobre el tipo de proveedores habituales de aborto, técnicas utilizadas, probabilidad de complicaciones y de que las mujeres que las sufrieron sean hospitalizadas. Sobre la base de esta información se calcula un mutiplicador que refleja los abortos inducidos no registrados en las estadísticas hospitalarias y que, aplicado a estas, da como resultado una estimación del total de abortos inducidos.

B. Método residual

El método residual propuesto por Johnston y Hill (1996) se basa en un modelo desarrollado por Bongaarts (1978 y 1982), que retoma las ideas de Davis y Blake

(1956) respecto de que los factores socioeconómicos, culturales y biológicos influyen en la fecundidad mediante un número limitado de variables, llamadas variables intermedias o determinantes próximos de la fecundidad. El modelo relaciona la fecundidad real observada con la fertilidad potencial, la prevalencia de uniones, de uso de métodos anticonceptivos, de aborto y de infertilidad posparto —los cuatro determinantes próximos más importantes⁵.

Johnston y Hill (1996) proponen reordenar los términos de la fórmula de Bongaarts, para despejar la variable correspondiente al aborto y así obtener la tasa anual de abortos y el número de abortos anuales.

Las variables consideradas se construyen a partir de antecedentes provenientes de estadísticas vitales, censos y encuestas. En el caso argentino se utilizarán datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2004 y 2005), de fecundidad provenientes de las estadísticas vitales y proyecciones de población. La ENNyS fue aplicada a una muestra representativa de mujeres de 10 a 49 años y de niños de 6 meses a 5 años residentes en localidades de 5.000 habitantes y más. El total de encuestas completadas fue de 6.605 mujeres no embarazadas, a quienes se les suministró el módulo completo de salud reproductiva (Pantelides, Binstock y Mario, 2007, pág. 11)⁶.

IV. Estimación del aborto inducido en la Argentina para el año 2000 por medio del método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto

Como ya se mencionó, son dos las fuentes de información que se utilizan en este método de estimación del aborto inducido: las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto y una encuesta a informantes clave. En este caso, los datos sobre egresos hospitalarios corresponden al año 2000 (último año disponible a la fecha de realización del estudio), mientras las encuestas se hicieron

⁵ El modelo Bongaarts (1982) supone que los tres determinantes próximos no considerados (duración del período fértil, mortalidad intrauterina y esterilidad) tienen un efecto reductor de la fecundidad poco significativo y prácticamente invariante en el tiempo o entre distintas poblaciones. En efecto, en un estudio de 41 poblaciones —que incluye países en desarrollo, países desarrollados y poblaciones históricas— se demostró que los cuatro determinantes próximos principales explican el 96% de la variación en la fecundidad.

Johnston y Hill (1996, págs. 112-113) demuestran que la duración del período fértil y la mortalidad intrauterina no sesgan las estimaciones del aborto como residuo y que, por lo tanto, no es necesario considerarlas en el modelo.

⁶ La población residente en localidades de 5.000 habitantes y más representa el 96% de la población urbana y el 84% de la población total del país.

de noviembre de 2005 a marzo de 2006. Si bien, lo óptimo sería que las fechas coincidieran, no se dispone aún de los egresos correspondientes al año 2005⁷. Sin embargo, esto no introdujo errores importantes en la estimación, dada la lentitud con que cambian los fenómenos poblacionales.

Los egresos hospitalarios del año 2000 están catalogados según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y deben ajustarse según la cobertura y calidad de los registros. Los defectos más comunes en la cobertura son la falta de información de algunos establecimientos —en el caso argentino, los del sector privado y de obras sociales— y los datos incompletos o tardíos.

De la evaluación de calidad, que también fue parte de la investigación (Romero e Insúa, 2007), se deduce que la cobertura de la notificación de egresos fue del 51,0% sobre el total de camas de todos los sectores —público, privado y de obras sociales—, ya que solo el sector público informa. Si se consideran exclusivamente las camas disponibles en establecimientos asistenciales públicos, la cobertura fue del 92,4%. Por lo tanto, se aplicó a los datos provenientes de ese sector un coeficiente de 1,076 para lograr una cobertura total. El supuesto es que los registros faltantes provienen de establecimientos públicos donde la proporción de abortos atendidos en relación con las camas disponibles es similar a la de los que sí reportan sus egresos.

La estimación debería ajustarse también por la falta de información de los sectores privado y de obras sociales. Sin embargo, hay varios motivos para no hacerlo:

- i) no existe una fuente que proporcione el número de egresos clasificados por causa de aborto inducido en dichos sectores;
- ii) las complicaciones por aborto atendidas en los establecimientos serían escasas, ya que su clientela es una población de mayores ingresos, por lo que se supone que, de realizar abortos, lo hacen en condiciones más seguras, con menor riesgo de complicación y de internación, y
- iii) de acuerdo con la encuesta realizada a informantes clave, en la Argentina la práctica corriente de los proveedores de aborto es derivar al hospital público a las mujeres que presentan complicaciones, por lo que estarían incluidas en las estadísticas de ese sector.

Teniendo en cuenta que los defectos de clasificación son muy comunes en los registros de egresos hospitalarios, la metodología propone ajustar los datos. Todos los egresos hospitalarios relacionados con el aborto (códigos O03 a O08 del CIE-10)⁸ se ajustan en tres sentidos: i) eliminación de los casos clasificados

⁷ Las estadísticas de egresos hospitalarios se publican cada cinco años.

⁸ Las categorías de la CIE-9 y CIE-10 se pueden ver en el cuadro 1 del anexo de cuadros.

como inducidos pero que no deberían considerarse como tales; ii) incorporación de los casos no incluidos como abortos inducidos pero que deberían serlo y iii) eliminación de los abortos espontáneos.

Respecto de la calidad de los datos de la Argentina, se adoptaron dos hipótesis:

- i) que su calidad es aceptable y no es necesario ajustarlos por mala clasificación. Los abortos espontáneos se descuentan de acuerdo con lo registrado, ya que las causas de los egresos por complicaciones de aborto muestran que los inducidos no fueron registrados como espontáneos. Esta afirmación se basa en que estos últimos son solo el 10,5% del total de egresos por aborto, porcentaje que se mantiene relativamente constante en las últimas décadas⁹. La mayoría de los abortos inducidos fueron registrados como “otros abortos” (véase el cuadro 1); y
- ii) la otra hipótesis considera que existen errores de clasificación. Primero, algunos de los abortos clasificados en los códigos O03-O08 de la CIE-10 deberían haber sido clasificados como O00-O02; por lo tanto, siguiendo a Singh y Wulf (1994), se sustrajo el 9,5% de los abortos clasificados como O03-O08. Además, algunos abortos podrían haber sido mal clasificados como O20 y por ende se corrigió, agregando un 5,5% de todos los abortos clasificados en O03-O08 (véase el cuadro 1). Segundo, se supone que los abortos espontáneos están mal registrados, de acuerdo con los hallazgos de investigaciones sobre el patrón biológico de los abortos (Singh y Wulf, 1994, págs. 3-5), que muestran que los abortos espontáneos del segundo trimestre —que son los que en mayor medida podrían sufrir complicaciones y requerir hospitalización (semanas 13-22)— se presentan en una proporción de 3,41 por cada 100 nacimientos. En el caso argentino, el número resultante sería aproximadamente el doble de los egresos registrados como consecuencia de abortos espontáneos. El número de abortos espontáneos del segundo trimestre que serán hospitalizados dependerá del acceso que las mujeres tengan a los servicios de salud. En la Argentina, el acceso es casi universal, como lo demuestra el hecho de que el 97,9% de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud. Por esa razón, se descuentan como abortos espontáneos el 3,41% de los nacimientos ocurridos en establecimientos del sector público en el año 2000 (véase el cuadro 1).

⁹ Este porcentaje es similar al mencionado por obstetras y ginecólogos entrevistados en varios países latinoamericanos por Singh y Wulf (1994).

Cuadro 1
ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR
ABORTO SEGÚN CAUSA Y ALTERNATIVAS DE AJUSTE, AÑO 2000

Código CIE-10	Descripción	Alternativa 1 Datos ajustados por cobertura	Alternativa 2 Datos ajustados por cobertura y mala clasificación
O03	Aborto espontáneo	7 185	7 185
O04	Aborto médico	111	111
O05	Otros abortos	2 770	2 770
O06	Aborto no especificado	57 643	57 643
O07	Intento fallido de aborto	75	75
O08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar ^a	493	493
Ajustes para alternativa 1			
	Ajuste por aborto espontáneo O03 (-)	7 185	
	Subtotal de egresos hospitalarios por aborto inducido	61 092	
	Ajuste por omisión de establecimientos del sector público 1,076 (+)	4 643	
	Total de egresos hospitalarios por aborto inducido en establecimientos del sector público	65 735	
Ajustes para alternativa 2			
	Ajuste por inclusión errónea: 9,5% del total de abortos registrados (-)		6 486
	Ajustes por exclusión errónea: 5,5% del total de abortos registrados (+)		3 755
	Ajuste por abortos espontáneos hospitalizados del segundo trimestre: 3,41% de los nacidos vivos en establecimientos del sector público (-)		14 709
	Subtotal de egresos hospitalarios por aborto inducido		50 837
	Ajuste por omisión de establecimientos del sector público 1,076 (+)		3 864
	Total de egresos hospitalarios por aborto inducido en establecimientos del sector público		54 701

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, 2003.

^a Como no se puede distinguir entre los tipos de complicaciones que deberían excluirse —las consecutivas al embarazo ectópico y al embarazo molar— de las que no, se optó por mantener esta categoría. Su influencia en el cálculo es muy reducida.

A. Cálculo del multiplicador

El multiplicador para determinar el número total de abortos inducidos se calcula como la media ponderada por estrato socioeconómico —pobres y no pobres— de todos los abortos que probablemente resultarían en hospitalizaciones, lo que depende de la proporción de mujeres que recurren a cada proveedor de abortos —médicos, obstetras, proveedores informales, autoinducción—, el método principalmente utilizado por cada uno de ellos, la probabilidad de complicaciones asociada a cada método y la probabilidad de que las mujeres sean hospitalizadas por una complicación. Estos datos provienen de la encuesta a informantes clave.

La encuesta a informantes clave se llevó a cabo mediante una muestra intencional de profesionales de la salud, funcionarios públicos que se desempeñan en áreas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y activistas de organizaciones de la sociedad civil, particularmente, organizaciones de mujeres. Se realizaron 30 entrevistas a informantes del Gran Buenos Aires, Rosario, Mendoza, Córdoba, Tucumán y Resistencia, en su mayoría ginecólogos u obstetras, con una experiencia profesional media de 20 años en el sector público y privado y con conocimiento directo de la temática. En el cuadro 2 del anexo se presentan algunas características de la población entrevistada.

A los informantes clave se les preguntó su opinión sobre la frecuencia con que se utilizan los métodos para practicar abortos en la actualidad y de las complicaciones asociadas a cada método, los tipos de proveedores y el método preferido por cada uno de ellos, proporción de abortos complicados que requieren internación y que recurren al hospital público. Se les solicitó, además, que discriminaran en su respuesta la conducta de mujeres de estratos socioeconómicos pobres y no pobres¹⁰.

La opinión de los encuestados resultó altamente coincidente en algunos de los temas relevantes para la estimación de los abortos:

- i) todos los métodos utilizados en la actualidad tienen algún tipo de complicación;
- ii) los abortos autoinducidos o realizados por no médicos tienen más probabilidad de complicarse;
- iii) la práctica del aborto asistida por profesionales médicos se considera segura;
- iv) las mujeres de estratos socioeconómicos medios y altos rara vez (o nunca) recurren a no médicos o se autoprovocan un aborto. Solo aquellas que se autoinducen el aborto recurren al hospital, ante la presencia de sangrado;
- v) las mujeres de estratos socioeconómicos bajos en su mayoría no recurren a médicos y se autoinducen el aborto;
- vi) los métodos más usados por los médicos son la dilatación y curetaje y el aborto con medicamentos (en general, con misoprostol);
- vii) los abortos autoinducidos se provocan con la ingesta o introducción vaginal de pastillas de misoprostol en la mayoría de los casos, y
- viii) entre el 80% y el 100% de las mujeres con complicaciones posteriores al aborto recurren al hospital público.

¹⁰ No se les proporcionó a los informantes una definición exacta de los estratos socioeconómicos.

El cálculo del multiplicador se basará, por lo tanto, en los conocimientos y percepciones que los encuestados han adquirido en la experiencia directa de trabajo. Cabe señalar que sus opiniones refieren al momento actual y a las áreas urbanas¹¹.

La percepción de los entrevistados es que en la actualidad la práctica del aborto inducido se realiza en un contexto de mayor seguridad que en el pasado¹². Se espera, entonces, que las hospitalizaciones por aborto reflejen una pequeña parte del total de abortos, ya que el nivel de hospitalización es el resultado de la interacción de dos factores con tendencias opuestas: la realización del aborto en condiciones seguras —que depende del proveedor y del método— y el acceso de las mujeres a los hospitales (Singh y Wulf, 1994).

El valor del multiplicador se estimó en 6,8 (véanse los cuadros 1 y 2 del anexo metodológico). Este valor es un promedio entre el multiplicador de las mujeres no pobres —igual a 9,1, lo que indica un bajo nivel de hospitalización— y el de las pobres —igual a 2,7¹³. Multiplicado por los 65.735 abortos hospitalizados (alternativa 1), resulta en 446.998 abortos inducidos en el año 2000. Aplicado a 54.701 abortos hospitalizados (alternativa 2) se obtienen 371.965 abortos inducidos (véase el cuadro 2). Estos números deberían tomarse como un orden de magnitud y no como cifras exactas.

Cuadro 2
**ARGENTINA: ESTIMACIÓN DEL NÚMERO ANUAL DE ABORTOS
INDUCIDOS E ÍNDICES ASOCIADOS POR EL MÉTODO DE
LOS EGRESOS HOSPITALARIOS, AÑO 2000**

	Número de abortos inducidos	Razón de abortos inducidos ^a	Tasa anual de abortos inducidos por 1 000 mujeres de 15 a 49 años
Alternativa 1	446 998	0,64	49,0
Alternativa 2	371 965	0,53	40,8

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas de Salud, *Estadísticas vitales, correspondientes al año 2000*, serie 5, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC); estimaciones y proyecciones de población [en línea] www.indec.gov.ar [fecha de consulta: 20 de septiembre de 2006].

^a Cociente entre los abortos inducidos y el número total de nacidos vivos.

¹¹ Según datos del último Censo Nacional realizado en el año 2001, el 90% de la población argentina es urbana, es decir, reside en localidades de 2.000 habitantes y más.

¹² En efecto, la práctica del aborto ha cambiado sustancialmente durante las últimas décadas: por una parte, el uso extendido de antibióticos como preventivo de infecciones por parte de proveedores y de las mujeres ha reducido de manera notable el riesgo de complicación; por otra, la utilización de misoprostol, método con escasas complicaciones asociadas, se ha difundido entre los proveedores y las propias mujeres (Singh y Wulf, 1994; Vázquez y otros, 2006; Romero, Pantelides y Ramos, 2007).

¹³ Los ponderadores utilizados fueron: 0,359 para el estrato bajo (correspondiente al porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza en mayo de 2001) y 0,641 para el estrato alto. El porcentaje de población bajo la línea de pobreza se calcula para el total de aglomerados urbanos relevados por la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) [en línea] <<http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/74/sh-pobreza1.xls>>.

Es posible que estas cifras no hayan variado sustancialmente hasta el presente. Si bien el uso extendido del misoprostol conduciría a un menor porcentaje de internaciones por complicaciones de aborto, por su relativa seguridad, varios autores (Faúndes, 2005; Singh y Wulf, 1994; Juárez y otros, 2005) coinciden con nuestros informantes en que, en etapas iniciales de su uso, como es el caso argentino, las mujeres —al desconocer tanto la dosis apropiada como los efectos normales esperados— continúan recurriendo a los servicios hospitalarios al presentarse el sangrado. Sin embargo, se desconoce cuántas de estas mujeres quedan hospitalizadas y cuántas son atendidas en las salas de emergencia, las que no son registradas en las estadísticas hospitalarias, por lo que existiría una subestimación de los abortos totales.

V. Estimación del aborto inducido en la Argentina en los años 2004 y 2005 mediante el método residual

La metodología para estimar los abortos anuales con el método residual se basa en el trabajo de Bongaarts (1982), que calcula índices para los principales determinantes próximos de la fecundidad midiendo el efecto que cada uno de ellos tiene sobre la fertilidad potencial, sobre la base de una tasa global de fecundidad (TGF) observada en un momento histórico y para una sociedad determinada. Este método fue retomado por Johnston y Hill (1996), que lo aplicaron en 21 países en desarrollo para estimar indirectamente la contribución del aborto a la reducción de la fecundidad.

El modelo, en ambos casos, considera cuatro variables que limitan la fecundidad. La fecundidad observada será menor que la fertilidad potencial como resultado de: la no exposición de todas las mujeres al riesgo de embarazo —por no ser sexualmente iniciadas¹⁴—, la utilización de métodos anticonceptivos, el aborto y la infertilidad posparto (véase la ecuación 1).

$$(1) \quad TGF = TF * C_m * C_c * C_a * C_i$$

donde:

TGF: es la tasa global de fecundidad.

¹⁴ Si bien la proporción de mujeres sexualmente activas sería un indicador más apropiado de la exposición a las relaciones sexuales, ese dato no está disponible en la fuente utilizada. Según una encuesta reciente (Mario Pecheny, comunicación personal) el 94,5% de todas las personas sexualmente iniciadas se declara sexualmente activa durante los 12 meses previos al relevamiento y no se registran diferencias significativas entre hombres y mujeres.

TF : es la tasa de fertilidad potencial, que corresponde a los hijos nacidos vivos que en promedio tendría una mujer durante toda su vida fértil, estimada por Bongaarts en 15,3 hijos en promedio (rango 13 a 17).

$C_{m'}$: es el coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido a la no exposición a relaciones sexuales.

C_e : es el coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido al uso de métodos anticonceptivos.

C_a : es el coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido al aborto inducido.

C_i : es el coeficiente de reducción proporcional de la fecundidad, debido a la infertilidad posparto.

Los efectos de estas variables intermedias sobre la fecundidad se incluyen en el modelo como índices que toman valores entre cero y uno. El valor uno indicaría que no existe ningún efecto de dicha variable sobre la fecundidad y el cero un efecto reductor total.

A. Índice de matrimonio (C_m)

El índice de matrimonio mide la exposición a las relaciones sexuales. Si bien Bongaarts utiliza para construir este coeficiente la proporción de mujeres casadas (o unidas) por grupo de edad, Johnston y Hill argumentan que, en la mayor parte de las sociedades modernas, un indicador más adecuado para medir la exposición al riesgo de embarazo es la proporción de mujeres sexualmente iniciadas por grupo de edad. Se calcula como:

$$C_m = \frac{TGF}{TM} = \frac{\sum f(a)}{\sum f(a)/m(a)}$$

donde:

TGF : es la tasa global de fecundidad.

TM : es la tasa de fecundidad que resultaría al sustraer el efecto reductor de la no exposición al riesgo de tener relaciones sexuales.

$f(a)$: es la tasa específica de fecundidad por edad.

$m(a)$: es la proporción de mujeres sexualmente iniciadas.

El índice de exposición al riesgo de embarazo para la Argentina es:

$$C_m = \frac{2,32}{2,89} = 0,801$$

Johnston y Hill (1996) señalan que el promedio del índice C_m para 21 países en desarrollo alrededor de 1992 era de 0,78.

B. Índice de anticoncepción (C_c)

El índice de anticoncepción representa el grado de control que la población ejerce sobre la fecundidad mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos y tradicionales. Para calcular el efecto que tiene sobre la fecundidad, es preciso conocer la eficacia del uso de cada método anticonceptivo en particular en la población en cuestión.

El índice de anticoncepción se calcula de la siguiente manera:

$$C_c = 1 - 1,08 * e * u$$

donde:

u : es la prevalencia del uso actual de anticonceptivos, que incluye la esterilización.

e : es la eficacia en el uso medio de la anticoncepción.

1,08: es un factor de corrección por esterilidad estimado a partir de encuestas mundiales de fecundidad que Bongaarts (1982) toma de Nortman (1980).

Estimar la efectividad del uso de métodos anticonceptivos es difícil a nivel local o regional, por lo que, en este caso, se ha recurrido a la tabla de valores estandarizados procedente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), que corresponde a valores de los Estados Unidos calculados por Trussell (2004) a partir de la Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar de 1995. Los valores de esta tabla son los de una población con un uso relativamente eficaz de anticonceptivos modernos —los más utilizados por las mujeres argentinas de acuerdo con la ENNyS (Pantelides, Binstock y Mario, 2007). El cálculo del valor de C_c puede verse en los cuadros 4 y 5 del anexo metodológico. El valor de C_c para la Argentina es:

$$C_c = 0,351$$

Según el estudio comparativo de 21 países en desarrollo de Johnston y Hill (1996), el índice de anticoncepción varía de un 0,98 a un 0,54 y el promedio es de 0,79. Bongaarts (1982) analizó una muestra más amplia de países, en la que incluyó países en desarrollo y desarrollados, donde los valores iban de un 0,171 (Finlandia, 1971) a un 0,98 (Nepal, 1976) a mediados de la década de 1970.

C. Índice de infertilidad posparto

El índice de infertilidad posparto C_i mide los efectos reductores de la fecundidad que tienen la abstinencia sexual y la amenorrea que sucede al nacimiento. En ausencia de un indicador directo de duración de la amenorrea posparto, Bongaarts (1982) propone calcularlo utilizando como variable sustitutiva la duración de la lactancia (B), de acuerdo con la siguiente ecuación:

$$C_i = \frac{20}{18,5 + i}$$

donde el valor del numerador de la fracción corresponde a la longitud de un intervalo medio sin lactancia: 1,5 meses por amenorrea posparto, 7,5 meses de espera para un nuevo embarazo, 2 meses por mortalidad intrauterina y 9 meses por embarazo e i es la duración de la infertilidad posparto, debida a la lactancia, y se calcula:

$$i = 1,753 \exp(0,1396 * B - 0,001872 * B^2)$$

Dado que la duración mediana de la lactancia, de acuerdo con la ENNyS, es de 6 meses y la duración media es de 7,35 meses, el valor de i se calcula utilizando ambas duraciones, lo que arroja dos estimaciones de C_i :

$$C_i = 0,873 : \text{estimación A (con la media)}$$

$$C_i = 0,897 : \text{estimación B (con la mediana)}$$

D. Estimación del índice de aborto como residuo

El índice de aborto (C_a) puede estimarse como residuo reordenando los términos de la ecuación de Bongaarts (véase la ecuación 1):

$$(2) \quad C_a = \frac{TGF}{TF * C_m * C_c * C_i}$$

Para el coeficiente C_i se han realizado dos estimaciones, por lo que el coeficiente C_a puede asumir dos valores distintos:

C_{a1} : usando el coeficiente C_{iA} con la duración media de la lactancia.

$$C_{a1} = \frac{2,32}{15,3 * 0,801 * 0,351 * 0,873}$$

$$C_{a1} = 0,619$$

C_{a2} : usando el coeficiente C_{iB} con la duración mediana de la lactancia.

$$C_{a2} = \frac{2,32}{15,3 * 0,801 * 0,351 * 0,897}$$

$$C_{a2} = 0,602$$

El promedio de 15,3 utilizado para la tasa de fertilidad potencial (TF) influye en el resultado del cálculo del coeficiente de aborto como residuo. Bongaarts (1982, pág. 184) reconoce que el valor de la TF es solo una aproximación. Se calcula mediante una regresión entre los valores observados de la tasa global de fecundidad marital y los valores de la prevalencia de anticoncepción, para ello se utilizaron datos de 23 países en desarrollo, 8 países desarrollados y 10 poblaciones históricas, a partir del supuesto de que el efecto del aborto inducido en la fecundidad es despreciable. Si el aborto tuviera un efecto en la TF, en cambio, el valor de 15,3 hijos por mujer subestimaría la fertilidad potencial y la estimación del coeficiente de aborto como residuo subestimaría, a su vez, la tasa de aborto. Johnston y Hill (1996) analizaron el efecto que podría tener la omisión de la influencia del aborto en el cálculo de la TF para seis países en desarrollo y concluyeron que, en algunos casos, dicha tasa sería menor y en otros mayor que el promedio estimado por Bongaarts. Si bien no es posible calcular la TF para el caso argentino, es razonable suponer que el aborto no tiene un efecto despreciable como reductor de la fecundidad, por lo que podría asumir un valor inferior a 15,3. En ausencia de un criterio para modificar este valor, se decidió replicar el modelo utilizando los mismos parámetros propuestos¹⁵.

De acuerdo con los hallazgos de Johnston y Hill (1996, pág. 111), el aborto tiene un fuerte efecto reductor de la fecundidad en los países de América del Sur. Por ejemplo, Colombia presenta un índice de 0,45 y el Perú de 0,62.

A partir de C_a es posible encontrar el valor de la tasa de aborto (TA), al utilizar la ecuación correspondiente al índice de aborto inducido:

$$(3) C_a = \frac{TGF}{TGF + b * TA}$$

donde:

C_a : es el coeficiente de aborto.

TGF : es la tasa global de fecundidad.

$b = 0,4 * (1+u)$: representa el número de nacimientos evitados por cada aborto

¹⁵ En un ejercicio se reemplazó el promedio de 15,3 por distintos valores. Por ejemplo, si se utiliza una TF de 15 hijos por mujer el coeficiente C_{a1} sube a 0,631 y el número de abortos anuales desciende a 460.980. Si en cambio se adopta un valor de una TF de 14, C_{a1} es 0,676 y los abortos anuales 377.668.

inducido y depende de u que es la prevalencia del uso actual de anticonceptivos, incluida la esterilización¹⁶.

Nótese que, si no existe el aborto, la tasa de aborto es igual a cero y el valor del coeficiente C_a sería igual a uno y, por lo tanto, no tendría ningún efecto reductor sobre la fecundidad.

Reordenando términos:

$$(4) \quad TA = \frac{TGF}{C_a} - TGF * \frac{1}{b}$$

A partir de las diferentes estimaciones de C_a , se obtienen las cifras de abortos anuales que se presentan en el cuadro 3.

Cuadro 3
**ARGENTINA: ESTIMACIÓN DEL NÚMERO ANUAL DE ABORTOS
INDUCIDOS E ÍNDICES ASOCIADOS SEGÚN ALTERNATIVAS DE DURACIÓN
DE LA LACTANCIA POR EL MÉTODO RESIDUAL, POBLACIÓN EN
LOCALIDADES DE 5.000 HABITANTES Y MÁS, AÑOS 2004-2005^a**

	Tasa global de aborto (1) TA ^b	Tasa general de aborto cada 1 000 mujeres de 15 a 49 años (2)	Número de abortos inducidos anuales
Alternativa con C_{a1}	2,13	60,8	485 974
Alternativa con C_{a2}	2,29	65,4	522 216

Fuente: Resultados del presente trabajo.

^a Las estimaciones y los índices asociados corresponden a la población femenina urbana residente en localidades de 5.000 habitantes y más debido al alcance de la encuesta utilizada. Esta población representa el 84% de la población total y el 96% de la población urbana del país.

^b La tasa global de aborto corresponde al promedio de abortos que tendría una mujer de una cohorte hipotética al término de su vida fértil. Se supone que no está expuesta a mortalidad durante su vida fértil y que las tasas de aborto específicas por edad son las vigentes en la población de interés al momento del cálculo.

Las tasas obtenidas (tanto la global como la general) pueden considerarse elevadas, pero hay que tener en cuenta que los indicadores se refieren solo a una parte de la población de la Argentina, puesto que no se considera el 16% de las mujeres de 15 a 49 años que reside en áreas urbanas pequeñas o en el medio rural. Si se presume que el aborto es menos frecuente entre estas mujeres, la tasa general de abortos para el total del país sería menor por la inclusión de una población que aporta más al denominador que al numerador.

¹⁶ Un aborto inducido siempre evita menos de un nacido vivo, dado que el embarazo podría terminar en aborto espontáneo o mortinato y porque después de un aborto, la ovulación se reanuda más pronto que si el embarazo hubiera llegado a término. El número de nacimientos evitados está altamente determinado por la práctica de anticoncepción después del aborto inducido. En ausencia de anticoncepción un aborto inducido evita 0,4 nacimientos, mientras que cuando se practica una anticoncepción de efectividad moderada se evitan aproximadamente 0,8 nacimientos (Bongaarts, 1978).

VI. Comentarios sobre los resultados

El método residual aplicado a la estimación del aborto inducido en la Argentina arroja un número que oscila entre aproximadamente 486.000 y 522.000 abortos anuales entre las mujeres de localidades de 5.000 habitantes y más, en el año 2004, según se utilice la media o la mediana de duración de la lactancia.

Johnston y Hill (1996) mencionan tres fuentes potenciales de error que pueden afectar la exactitud de la estimación obtenida por el método residual: los defectos de medición de los indicadores a partir de los que se elaboran los índices de matrimonio, anticoncepción e infertilidad posparto; la omisión en el modelo de los otros determinantes próximos de la fecundidad y la utilización de un promedio para la tasa de fertilidad potencial (TF). Además, aunque en teoría no está contemplado por el modelo, con datos reales los abortos estimados podrían ser negativos.

Si se considera que la información de la ENNyS utilizada para calcular los índices es razonablemente buena y que las variables omitidas en el modelo no afectan de manera significativa la estimación del aborto como residuo (véase la nota al pie 4), el error en el cálculo del coeficiente C_a podría atribuirse a que el promedio de la TF difiere del argentino. La sensibilidad de las estimaciones es relativamente alta (véase la nota al pie 14): los valores de la TF inferiores al utilizado provocan un menor efecto reductor del aborto sobre la fecundidad. Por esto, las estimaciones del número de abortos obtenidas mediante el método residual podrían estar sobrestimadas.

El cálculo basado en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto arroja estimaciones más bajas del número anual de abortos inducidos en el año 2000: 371.965 y 446.998, según los ajustes introducidos en el registro de egresos hospitalarios¹⁷.

Cada una de las estimaciones tiene deficiencias inherentes a la falta de información fehaciente, que debe sustituirse. En el método residual, tanto la tasa de fecundidad potencial como la efectividad de uso de los anticonceptivos son datos desconocidos y deben reemplazarse por estadísticas provenientes de otro contexto que, aunque de fuente confiable, no representan la realidad argentina.

En el método de los egresos hospitalarios, la opinión de los informantes clave determina el cálculo del multiplicador, lo que puede introducir ciertos sesgos según de quién se trate (médicos y proveedores de abortos, entre otros). En este caso, la mayoría de los entrevistados son médicos, que tienden a sobrestimar las complicaciones asociadas a la práctica del aborto y, por lo tanto, se subestima el

¹⁷ Como ya se comentó, se estima que los cuatro años de distancia entre una y otra estimación no impiden compararlas, ya que los fenómenos poblacionales cambian lentamente. Para dar un ejemplo, de 2000 a 2004 solo hubo un aumento del 5% en el total de nacimientos.

multiplicador (Singh y Wulf, 1994). Si así hubiera ocurrido, los valores obtenidos por este método deberían aumentarse por un número no determinado.

Aunque las estimaciones obtenidas en este estudio y las que se encuentran en la literatura no se pueden comparar, por diferir tanto en el momento del cálculo como en las metodologías utilizadas, mencionemos a modo de referencia que a mediados de la década de 1990, Henshaw, Singh y Haas (1999, pág. 20) citan valores de la tasa general de aborto que van de 6,5 (Países Bajos) a 77,7 (Cuba) abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años para países con información completa.

Sería interesante replicar estas metodologías con cierto intervalo de tiempo, para evaluar cómo se comportan las estimaciones. Además hay numerosas variables por analizar con mayor profundidad como, por ejemplo, el tratamiento de las complicaciones posteriores al aborto que, en un contexto de creciente difusión del misoprostol, podrían resolverse en las salas de emergencia o consultorios externos, por lo que no quedarían registradas en hospitales, lo que modificaría algunos aspectos del método de los egresos hospitalarios.

Bibliografía

- Aller Atucha, L. y J. Pailles (1997), « La práctica del aborto en Argentina », Buenos Aires, Marketing y Promoción Social para la Calidad de Vida.
- Bongaarts, J. (1982), “The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables”, *Studies in Family Planning*, vol. 13, N° 6/7.
- (1978), “A framework for analyzing the proximate determinants of fertility”, *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1.
- Cavallini, C. (1996), “Regulación de la fecundidad. Estimación de características sensibles en la población femenina de la ciudad de Rosario”, Rosario, Argentina, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Universidad Nacional de Rosario.
- Davis, K. y J. Blake (1956), “Social structure and fertility: an analytical framework”, *Economic Development and Cultural Change*, N° 4.
- (1967), “La estructura social y la fecundidad. Un sistema analítico”, *Factores sociológicos de la fecundidad*, R. Freedman, K. Davis y J. Blake, México, D.F., El Colegio de México.
- Faúndes, A. (2005), *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*, Santa Cruz, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).
- Gaslonde, S. (1973), “Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de encuestas en América Latina”, Serie A, N° 118, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).
- Henshaw, S.K., S. Singh y T. Haas (1999), “La incidencia del aborto inducido a nivel mundial”, *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial.
- Johnston, H. y K. Hill (1996), “Induced abortion in the developing world: indirect estimates”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, N° 3.
- Juárez, F. y otros (2005), “The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends”, *International Family Planning Perspectives*, vol. 31, N°3.

- Kamal, I. y otros (1971), "An attempt at estimating the magnitude and probable incidence of induced abortion in the U.A.R", *The International Planned Parenthood Federation Middle and North African Region, Induced Abortion. A Hazard to Public Health? Proceedings of the First Conference of the IPPF Middle and North African Region*, Beirut, febrero.
- López, E. y A. Masautis (1994), "Aborto en el conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes", *Determinantes del aborto y factores asociados*, Bogotá, Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe, Universidad del Externado de Colombia.
- Nortman, D. (1980), "Voluntary sterilization: its demographic impact in relation to other contraceptive methods", *Hawai Papers of the East-West Population Institute*, N° 65.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005), *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, Ginebra.
- Pantelides, E. A, G. Binstock y S. Mario (2007), *La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Romero, M. e I. Insúa (2007), "Morbilidad materna severa en Argentina: prevención y calidad de atención para reducir la incidencia y consecuencias adversas del aborto. Informe final del componente: Análisis de las fuentes secundarias disponibles sobre egresos hospitalarios", Buenos Aires, inédito.
- Romero, M., E.A. Pantelides y S. Ramos (2007), "Morbilidad materna severa en Argentina: prevención y calidad de atención para reducir la incidencia y consecuencias adversas del aborto. Informe final del componente: Encuesta sobre salud reproductiva a mujeres internadas por complicaciones de aborto", Buenos Aires, inédito.
- Rossier, C. (2003), "Estimating induced abortion rates: a review", *Studies in Family Planning*, vol. 34, N° 2.
- Singh, S. y D. Wulf (1994), "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", *International Family Planning Perspectives*, número especial.
- Trussell, J. (2004), "Contraceptive efficacy", *Contraceptive Technology*, R.A. Hatcher y otros, Nueva York, Ardent Media.
- Vázquez, S. y otros (2006), "Uso de misoprostol en adolescentes embarazadas", documento presentado en el V Taller de investigación en salud reproductiva y sexualidad, Buenos Aires, Centro de Estudio de Población (CENEP), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Asociación de Estudios de Población de la Argentina (AEPA).
- Zamudio, L. y otros (1998), "Problemas sensibles y estrategias metodológicas: a propósito de las investigaciones sobre aborto inducido". *Cuadernos del CIDS*, serie II, N° 2, Bogotá, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social (CIDS).
- ____ (1999), "El aborto inducido en Colombia", *Cuadernos del CIDS*, serie I, N° 3, Bogotá, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social (CIDS).

Anexo metodológico

A. Metodología basada en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto

Cuadro A-1
CÁLCULO DEL MULTIPLICADOR PARA MUJERES NO POBRES DE ACUERDO CON LA ENCUESTA A INFORMANTES CLAVE

Mujeres no pobres	A Proporción de abortos por proveedor	B Proporción de métodos por proveedor	C A * B	D Proporción de complicaciones asociadas a cada método	C * D Proporción de abortos complicados por proveedor y método
Médicos (DyC/AMEU) ^a	0,60	0,59	0,35	0,20	0,07
Médicos (misoprostol)		0,41	0,25	0,24	0,06
Proveedores informales (misoprostol)		0,42	0,04	0,24	0,01
Proveedores informales (catéter)	0,10	0,32	0,03	0,71	0,02
Proveedores informales (otros)		0,25	0,03	0,88	0,02
Autoinducción (misoprostol)		0,90	0,27	0,24	0,06
Autoinducción (otros)	0,30	0,10	0,03	0,88	0,03
Proporción de casos complicados entre las mujeres no pobres					0,28

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Las proporciones se calculan como el promedio simple de las respuestas obtenidas.

^a DyC: dilatación y curetaje. AMEU: aspiración manual endouterina.

Proporción de casos complicados que recurren a establecimientos del sector público entre las mujeres no pobres:

$$0,28 * 0,4 = 0,11$$

Multiplificador para mujeres no pobres:

$$1/0,11 = 9,1$$

Cuadro A-2
CÁLCULO DEL MULTIPLICADOR PARA MUJERES POBRES DE ACUERDO CON LA ENCUESTA A INFORMANTES CLAVE

Mujeres pobres	A Proporción de abortos por proveedor	B Proporción de métodos por proveedor	C A * B	D Proporción de complicaciones asociadas a cada método	C * D Proporción de abortos complicados por proveedor y método
Médicos (DyC/AMEU) ^a		0,59	0,06	0,20	0,01
Médicos (misoprostol)	0,1	0,41	0,04	0,24	0,01
Proveedores informales (misoprostol)		0,42	0,13	0,24	0,03
Proveedores informales (catéter)	0,3	0,32	0,10	0,71	0,07
Proveedores informales (otros)		0,25	0,08	0,88	0,07
Autoinducción (misoprostol)		0,90	0,54	0,24	0,13
Autoinducción (otros)	0,6	0,10	0,06	0,88	0,05
Proporción de casos complicados entre mujeres pobres					0,37

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Las proporciones se calculan como el promedio simple de las respuestas obtenidas.

^a DyC: dilatación y curetaje. AMEU: aspiración manual endouterina.

Proporción de casos complicados que recurren a establecimientos del sector público entre las mujeres pobres:

$$0,37 * 0,9 = 0,33$$

Multiplicador para mujeres pobres:

$$1/0,33 = 2,7$$

De acuerdo con la encuesta de informantes clave, la proporción de abortos complicados que llegará a un establecimiento de salud del sector público depende del tipo de proveedor que realice el aborto. Por lo tanto, la proporción de abortos complicados se multiplicó por un coeficiente que considera solo a aquellas mujeres cuyos abortos fueron realizados por proveedores informales o fueron autoinducidos y que recurrirán a hospitales públicos; las demás mujeres consultarán al médico que realizó el aborto o resolverán las complicaciones sin asistencia profesional. Este coeficiente es de 0,9 para las mujeres pobres y para las no pobres de 0,4.

El multiplicador total surge al ponderar los multiplicadores obtenidos para mujeres pobres y no pobres por la incidencia de la pobreza según la línea de pobreza.

$$\text{Multiplicador total: } 9,1 * 0,359 + 2,7 * (1-0,359) = 6,8$$

B. Método residual basado en el modelo de los determinantes próximos de la fecundidad de bongarts

Cuadro A-3

ARGENTINA: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) Y TASA DE FECUNDIDAD QUE RESULTARÍA DE SUSTRAR EL EFECTO REDUCTOR DE LA NO EXPOSICIÓN AL RIESGO DE TENER RELACIONES SEXUALES (TM), AÑOS 2004-2005

Grupos quinquenales de edad	Tasas de fecundidad por edad $f(a)$	Proporción de mujeres sexualmente iniciadas $m(a)$	$f(a)/m(a)$
15-19	61,2	0,418	146,4
20-24	116,3	0,854	136,1
25-29	118,3	0,950	124,6
30-34	91,0	0,984	92,6
35-39	56,5	0,970	58,3
40-44	18,5	0,991	18,7
45-49	1,2	0,990	1,2
	TGF = 2,32		TM = 2,89

Fuente: Ministerio de Salud y Ambiente, Información Básica-2004, serie 5, N° 48, Dirección de Estadística e Información de Salud, Buenos Aires, 2005; Población estimada al 30 de junio de 2004, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), tabulados inéditos.

Cuadro A-4
**ARGENTINA: PROPORCIÓN DE USUARIAS Y EFICACIA EN EL USO DE LOS
 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN MÉTODO, VALORES ESTANDARIZADOS
 PARA LOS ESTADOS UNIDOS (OMS, 2005), AÑO 2004**

Método	Usuarías		Efectividad de uso
	Número	Porcentajes	
Esterilización	366 211	7,9	1,00
DIU	499 688	10,8	0,99
Píldora	1 160 292	25,1	0,92
Inyectables	136 700	3,0	0,97
Preservativo	1 911 564	41,4	0,85
Billings y ritmo	293 899	6,4	0,75
Retiro	196 383	4,3	0,73
Otros	53 047	1,1	0,69
Total	4 617 784	100,0	0,91

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2004-2005, Ministerio de Salud y Ambiente; H. Johnston y K. Hill, "Induced abortion in the developing world: indirect estimates", *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, N° 3, 1996; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, Ginebra, 2005.

La eficacia en el uso medio, e , se calcula como el promedio ponderado del uso y efectividad de cada método $e(m)$, siendo la suma de los ponderadores $u(m)$ igual a la proporción de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo u .

$$e = \sum e(m) * u(m) / u$$

donde:

$$u = \sum u(m)$$

Cuadro A-5
**ARGENTINA: CÁLCULO DE LA EFICACIA EN EL USO MEDIO UTILIZANDO VALORES
 ESTANDARIZADOS PARA LOS ESTADOS UNIDOS (OMS, 2005), AÑO 2004**

Método	Proporción de usuarias $u(m)$	Eficacia $e(m)$	$u(m)*e(m)$	$u(m)*e(m)/u$
Esterilización	0,054	1,00	0,054	0,079
DIU	0,074	0,99	0,073	0,107
Píldora	0,171	0,92	0,157	0,231
Inyectables	0,020	0,97	0,020	0,029
Preservativo	0,281	0,85	0,239	0,352
Billings y ritmo	0,043	0,75	0,032	0,048
Retiro	0,029	0,73	0,021	0,031
Otros	0,008	0,69	0,005	0,008
Total	0,680	0,91		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2004-2005, Ministerio de Salud y Ambiente; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, Ginebra, 2005.

$$e = 0,885$$

Anexo de cuadros

Cuadro B-1

CONVERSIÓN ENTRE LAS CLASIFICACIONES DE LA CIE-10 Y LA CIE-9

CIE-10	CIE-9	Diagnóstico principal
O00	633	Embarazo ectópico
O01	630	Mola hidatiforme
O02	631	Otros productos anormales de la concepción
O03	634	Aborto espontáneo
O04	635	Aborto médico
O05	636	Otro aborto
O06	637	Aborto no especificado
O07	638	Intento fallido de aborto
O08	639	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar
O10	642	Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio
O11	642	Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada
O12	646	Edema y proteinuria gestacional (inducidos por el embarazo) sin hipertensión
O13	642	Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria significativa
O14	642	Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa
O15	642	Eclampsia
O16	642	Hipertensión materna, no especificada
O20	640	Hemorragia precoz del embarazo
O21	632	Vómitos excesivos en el embarazo
O22	671	Complicaciones venosas en el embarazo
O23	646	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo
O24	648	Diabetes mellitus en el embarazo
O25	648	Desnutrición en el embarazo
O26	646	Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo
O28	sd	Hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre
O29	668	Complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo
O30	651	Embarazo múltiple
O31	646	Complicaciones específicas del embarazo múltiple

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro B-2
**CARACTERÍSTICAS DE LOS ENTREVISTADOS EN
 LA ENCUESTA A INFORMANTES CLAVE**

Características demográficas y profesionales	Número de casos
Sexo	
Hombres	16
Mujeres	14
Edad	
40 a 49 años	9
50 a 59 años	15
60 años y más	6
Sector donde se desempeña principalmente^a	
Público	17
Privado	5
Obras sociales	2
ONG	2
Otro	2
No informa	2
Especialidad	
Ginecólogo u obstetra	23
Investigador	1
Gerente o administrador de programas de salud	3
Activista en organizaciones de mujeres	2
Otro	1
Experiencia (en años)	
2 a 10 años	5
11 a 20 años	7
21 a 30 años	11
31 años y más	7
Total	30

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta a informantes clave.

^a Muchos encuestados se desempeñan simultáneamente en el sector público y en el sector privado o de obras sociales.

Cuadro B-3
**ARGENTINA: DISTRIBUCIÓN DE LOS ABORTOS SEGÚN PROVEEDOR
 POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO, AÑOS 2005-2006**

(En porcentajes)

Proveedor	Bajo	Medio y alto
Médicos	10,0	60,0
No médicos	30,0	10,0
Autoinducido	60,0	30,0
Total	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta a informantes clave.

Cuadro B-4
**ARGENTINA: MÉTODO MÁS UTILIZADO PARA PRACTICAR
 ABORTOS SEGÚN PROVEEDOR, AÑOS 2005-2006**
(En porcentajes)

Proveedor	Dilatación y curetaje	Misoprostol	Catéter intrauterino	Otros métodos	Total
Médicos	52,0	48,0	0,0	-	100,0
No médicos	0,1	45,0	27,0	27,0	100,0
Autoinducido	-	84,0	-	16,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta a informantes clave.

Cuadro B-5
**ARGENTINA: PORCENTAJE DE ABORTOS COMPLICADOS
 SEGÚN EL MÉTODO UTILIZADO, AÑOS 2005-2006**

Método	Porcentajes
Aspiración al vacío	10
Dilatación y curetaje ^a	20
Ingesta de misoprostol	20
Introducción vaginal de misoprostol	30
Catéter intrauterino con o sin solución	70
Introducción de objetos sólidos	80

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la encuesta a informantes clave.

^a Teniendo en cuenta que se realiza en condiciones adecuadas de higiene y por personal idóneo.

Hogar y familia indígenas en Bolivia, Chile y Panamá: Algunos hallazgos y su aporte a la recolección de la información censal

Ana María Oyarce¹ y Fabiana Del Popolo²

Resumen

Desde los años ochenta, la demanda de estadísticas sobre los pueblos indígenas de América Latina que permitan su identificación como grupo social diferenciado ha sido creciente. En el presente estudio, partiendo de los resultados censales de la ronda de 2000, se caracterizan los hogares y las familias indígenas de Bolivia, Chile y Panamá y se examinan las ventajas y desventajas de los censos a nivel teórico y metodológico.

Entre las ventajas, cabe señalar que los censos permiten reconstruir “hogares indígenas” y examinar distintas tipologías. En este estudio se definen los hogares mediante la identificación individual de los jefes de hogar, examinando sobre esa base su composición étnica. A grandes rasgos, solo en Panamá la estructura de los hogares indígenas corresponde a un patrón de familia extensa, comparada con la de los hogares no indígenas, donde existe un predominio de la familia nuclear. El porcentaje de mujeres indígenas que son jefas de hogar es bajo en los tres países, incluso en pueblos matrilocales y bilaterales. Además, sobre todo en Bolivia, se observa un gran porcentaje de hogares indígenas unipersonales. Dado el sesgo etnocéntrico y la naturaleza de las definiciones, no es posible dilucidar en qué medida estos datos reflejan correctamente la situación de estos pueblos o si se trata de un “artefacto” creado por los propios instrumentos de recolección.

Para resolver este tipo de sesgos y aumentar la validez de los censos en los hogares y las viviendas indígenas, se propone complementar el análisis con una perspectiva cualitativa que incorpore al menos tres cuestiones: definir unidades de análisis con sentido, clarificar la naturaleza de la pregunta incorrecta y captar la naturaleza dinámica del parentesco y la familia. Esta combinación de metodologías permitiría explicar la forma en que los miembros de los hogares y las familias indígenas enfrentan los factores de riesgo (falta de saneamiento ambiental, pobreza, desplazamiento) teniendo en cuenta al mismo tiempo los factores protectores (solidaridad, reciprocidad, cooperación), que deberían considerarse en el diseño de las políticas y los programas destinados a mejorar las condiciones de vida de esos grupos.

^{1,2} Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile.

Abstract

Since the 1980s, there has been increasing demand for statistics on indigenous peoples in Latin America that allow them to be identified as a differentiated social group. This study, based on the results of the 2000 census round, identifies traits of indigenous households and families in Chile, Panama and the Plurinational State of Bolivia and examines the advantages and disadvantages of censuses from a theoretical and methodological standpoint.

Among the advantages is the fact that censuses allow for the reconstruction of indigenous households and the examination of various typologies. This study defined households according to the individual identity of the head of household, which is used as the basis for their ethnic composition. Broadly speaking, Panama is the only country where the structure of indigenous households shows a pattern of extended families, compared with non-indigenous households, where nuclear families are predominant. The percentage of households led by indigenous women is lower in all three countries, even in matrilineal and bilateral peoples. Moreover, and particularly in the Plurinational State of Bolivia, a large percentage of indigenous households are made up of one person. Given the ethnocentric bias and the nature of the definitions, it is impossible to tell to what extent these data correctly reflect the situation of these peoples or whether they are an "artefact" created by the collection instruments themselves.

In order to address this type of bias and to increase the validity of censuses in indigenous homes and households, the analysis could be improved by using a qualitative approach including at least three issues: defining meaningful units of analysis, clarifying the nature of incorrect questions and capturing the dynamic nature of lineage and family. This combination of methods would show how the members of indigenous households and families deal with risk factors (lack of sanitation, poverty, displacement) while bearing in mind the protective factors (solidarity, reciprocity, cooperation), which should be considered in the design of policies and programmes aimed at improving the standard of living of these groups.

Résumé

On observe, depuis les années 80, une demande croissante de statistiques sur les populations autochtones de l'Amérique latine qui permettent de les identifier en tant que groupe social différencié. La présente étude se base sur les résultats censitaires de la série de l'an 2000 pour caractériser les foyers et les familles autochtones de la Bolivie, du Chili et du Panama et pour analyser les avantages et désavantages des recensements sur le plan théorique et méthodologique.

Entre autres avantages, les recensements permettent de reconstruire les « ménages autochtones » et d'en analyser différentes typologies. Dans cette étude, les ménages sont définis moyennant l'identification individuelle des chefs de ménage qui sert de base à l'examen de leur composition ethnique. D'une manière générale, seul le Panama présente une situation dans laquelle la structure des ménages autochtones correspond à une famille étendue, par rapport à celle des ménages non autochtones davantage caractérisée par la prévalence de familles nucléaires. Le pourcentage de femmes autochtones chefs de ménage est faible dans les populations matrilocales et bilatérales. On observe également, en particulier en Bolivie, un pourcentage important de ménages autochtones unipersonnels. En raison du biais ethnocentrique et de la nature des définitions, il a été impossible de préciser dans quelle mesure ces données reflètent fidèlement la situation de ces populations ou s'il s'agit d'un « produit » résultant des instruments de collecte d'information.

Pour résoudre ce type de biais et améliorer la validité des recensements des ménages et des logements autochtones, les auteurs proposent de compléter l'analyse par une perspective qualitative comportant au moins trois volets: Définir des unités d'analyse significatives, préciser la nature de la question incorrecte et capter la nature dynamique des relations familiales et de la famille. Cette combinaison de méthodologies permettrait d'expliquer la façon dont les membres des ménages et des familles autochtones affrontent les facteurs de risque (manque d'assainissement de l'environnement, pauvreté, déplacement), tout en tenant compte des facteurs de protection (solidarité, réciprocité, coopération) qui doivent être pris en compte dans l'élaboration des politiques et des programmes dont l'objectif est d'améliorer les conditions de vie de ces groupes.

I. Introducción

En términos generales, el censo de población es un instrumento que permite cuantificar, describir y caracterizar las condiciones de vida de las poblaciones. Desde los años ochenta se viene registrando una demanda creciente, tanto por parte de los propios pueblos indígenas como de los Estados, de estadísticas e indicadores metodológicamente consistentes y culturalmente pertinentes dirigidos a los pueblos indígenas. En ese contexto, es especialmente importante sacar a la luz las brechas existentes entre indígenas y no indígenas en materia de educación, salud, vivienda, hogar y familia.

A pesar de todos los esfuerzos realizados hasta la fecha en los distintos países, no existen suficientes estadísticas sociodemográficas sobre los pueblos indígenas y, cuando las hay, en ocasiones no están sistematizadas, se infrautilizan y no se dispone de estudios que evalúen su fiabilidad, lo que dificulta una caracterización exhaustiva de las condiciones de vida, en general, y del hogar y la familia indígenas en particular.

Se estima que en América Latina existen alrededor de 670 grupos indígenas a los que pertenecen más de 30 millones de personas (CEPAL, 2006). Aunque la información disponible es parcial, indica repetidamente que en esos grupos la incidencia de la pobreza y de la mortalidad infantil y materna es mayor, y los niveles de ingresos, escolaridad, esperanza de vida y acceso al saneamiento y el agua potable son menores que en los demás grupos³. En síntesis, se trata de una situación desfavorable de exclusión y de discriminación estructural en comparación con la población no indígena, que resulta inaceptable a la luz de los nuevos tratados internacionales.

Por otra parte, los pueblos indígenas hacen frente a nuevas circunstancias derivadas de la economía global. Aunque una gran mayoría vive todavía en áreas rurales, en algunos países, el deterioro ambiental, la presión demográfica, los cambios tecnológicos y otros factores han promovido un enorme desplazamiento de población hacia las ciudades en búsqueda de trabajo, seguridad y estabilidad (Stavenhagen, 1996). El hogar y la familia han sido dos de las estructuras más afectadas por estos cambios, y presentan un permanente vaivén en la composición y en la organización de sus economías, sobre todo debido a la migración temporal o de largo plazo.

El objetivo del presente estudio es doble. Por una parte, se examinan las limitaciones y ventajas de los censos nacionales de población para recoger

³ En algunos países de la región se ha recopilado información a este respecto en los censos de población anteriores a la década de 1980. En México, por ejemplo, existe una larga tradición de medición de la población indígena por medio de la lengua hablada; asimismo, Colombia, Guatemala y Panamá incluyeron preguntas de identificación étnica, partiendo de diferentes criterios.

las complejidades del hogar y la familia indígenas en los nuevos escenarios creados por la economía global. Al mismo tiempo, partiendo de algunos datos sociodemográficos de Panamá, Bolivia y Chile, se propone complementar los censos con metodologías cualitativas —entrevistas y estudios de casos en profundidad— que permitan combinar las definiciones de hogar y de familia con las categorías indígenas, controlar los sesgos de respuesta y captar la dinámica de las interrelaciones entre sus miembros. El objetivo último es contribuir a la elaboración de información pertinente que sea útil en el diseño de políticas y programas culturalmente adecuados y eficientes.

II. Elementos centrales para la comprensión del hogar y la familia indígenas

A. Definiciones censales básicas

En general, y teniendo en cuenta que cada censo contiene sus propias definiciones, se podría partir de que la vivienda es un establecimiento que está estructuralmente separado o unido, con una entrada independiente, que ha sido construido, adecuado o preparado con fines de alojamiento temporal o permanente, e incluye cualquier clase de albergue fijo o móvil.

El concepto de hogar depende de las disposiciones adoptadas por las personas —individualmente o en grupos— para abastecerse de alimentos y de otros artículos esenciales para vivir. En otras definiciones se hace hincapié en que las personas coman juntas, compartan un fogón o satisfagan sus necesidades con cargo a un presupuesto común⁴.

Aunque en los censos no se realizan preguntas que atañan directamente a la familia, se puede reconstruir su composición mediante el parentesco de los miembros con una persona clasificada como jefe de hogar. Así, una familia comprende a dos o más miembros del hogar multipersonal emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción o matrimonio, cuyos contenidos específicos se delimitan en cada país.

De las definiciones anteriores se desprende que en una vivienda puede haber más de un hogar, y que un hogar puede estar compuesto por más de una familia; pero una familia no puede tener más de un hogar, ni un hogar puede tener más de una vivienda.

⁴ En las recomendaciones internacionales se sugiere que en América Latina se especifiquen los hogares constituidos por grupos familiares ampliados con un jefe único en el caso de las familias polígamas (Naciones Unidas, 1967).

La fortaleza del censo reside en que permite reconstruir tipologías de los hogares, que se elaboran básicamente a partir de las relaciones entre sus miembros (por ejemplo, unipersonal, nuclear, extendido, compuesto) y de la presencia del cónyuge del jefe de hogar (monoparental o biparental)⁵.

B. Perspectiva sociocultural del hogar, el parentesco y la familia en los pueblos indígenas

El parentesco es un principio básico de organización de los individuos en grupos sociales, roles y categorías, y está presente en toda sociedad humana⁶. Cada cultura ha desarrollado una gran diversidad de reglas y costumbres relativas a prohibiciones y preferencias respecto al parentesco y, por esa razón, existen muchos tipos de familia con distintos significados. Por ejemplo, la familia extensa rural indígena no tiene el mismo significado que la familia extensa urbana occidental. En el primer caso se trata de restos de antiguos linajes o grupos domésticos con complejos códigos éticos, que son la base de la organización de los pueblos indígenas. El segundo se corresponde más bien con estrategias de supervivencia de base económica que se dan en el medio urbano.

En las sociedades industriales modernas la estructura familiar es una más entre las organizaciones sociales que forman la estructura social. Su papel se ha debilitado debido al dominio de la economía de mercado y la prestación de servicios sociales (educación y otros) organizados por el Estado. Por el contrario, en las comunidades indígenas y los contextos tradicionales las unidades de parentesco constituyen la organización social y la base de la estructura social. Por eso, tienen una gama de funciones mucho más amplia, como la de constituir la unidad básica de producción, de representación política y religiosa.

Los principales factores que estructuran el parentesco son el tipo de matrimonio, la descendencia y la residencia. Esos elementos constituyen la base de la

⁵ De acuerdo al número de miembros, el hogar se puede clasificar en: a) hogar unipersonal, compuesto solo por una persona; b) hogar nuclear, integrado por un núcleo familiar de dos o más personas; c) hogar extendido, formado por un núcleo familiar más otro pariente o por varios núcleos familiares; y d) hogar compuesto, integrado por uno o varios núcleos familiares más otros parientes y no parientes. De acuerdo a la presencia del cónyuge del jefe de hogar, se puede clasificar en: a) hogar biparental, cuando se encuentran el jefe de hogar y su cónyuge; y b) hogar monoparental, cuando solo reside el jefe de hogar. La familia y el núcleo familiar, —es decir, el matrimonio y sus hijos solteros, se identifican a partir de la relación de parentesco con quien es definido como jefe del hogar. Partiendo de esas definiciones, resulta claro que una familia no puede comprender más de un hogar, aunque un hogar puede estar compuesto por más de una familia.

⁶ En general, las características del parentesco son: un período de maduración de los infantes, un lazo matrimonial que regula la actividad sexual, la división del trabajo por sexos y la prohibición de relaciones sexuales y de matrimonio entre parientes considerados cercanos.

estructura social de los pueblos indígenas, por lo que deben considerarse al estudiar el hogar y la familia indígenas en todo el proceso de investigación, es decir, desde el diseño del instrumento hasta el análisis de los datos (Schrimshaw, 1991)⁷.

Las cuestiones relativas a la competencia y la colaboración en el interior de los hogares y las familias, y a su relación con el exterior, se articulan según la combinación de los tres elementos citados, con todo lo que esto implica en los ámbitos de la salud, la educación y la migración, entre otros. La sociedad occidental y las sociedades indígenas presentan diferentes modelos de organización del parentesco, como se ilustra mediante la información sobre algunos pueblos indígenas de Bolivia, Chile y Panamá que figura en el cuadro 1. En Occidente, los matrimonios son monógamos, bilaterales y neolocales. En los pueblos indígenas no existe un modelo específico y el parentesco se puede estructurar sobre la base de matrimonios monógamos o polígamos, de descendencia paterna, materna o bilateral, y las reglas de residencia pueden ser patrilocales o matrilocales. Lo que sí constituye un patrón es que, mediante el matrimonio, se crean alianzas entre grupos de parientes. Este aspecto se ha conceptualizado recientemente como capital social (Putnam, 1993).

⁷ El matrimonio es la institución social que define y regula el parentesco. En un sentido amplio, es una relación establecida y sancionada socialmente entre uno o varios hombres y una o varias mujeres. En las sociedades occidentales se considera el matrimonio como un lazo exclusivo y permanente entre un hombre y una mujer. Este tipo de matrimonio se denomina técnicamente monógamo y es una de las dos formas de matrimonio. En otras culturas se han desarrollado matrimonios de tipo polígamo, es decir, entre un esposo y varios cónyuges, que puede ser poligínico (un hombre con varias esposas) o poliándrico (una mujer con varios esposos). Por medio del matrimonio se establecen alianzas y vínculos entre las familias de los esposos. Una regla básica de parentesco es la que se establece mediante las reglas de exogamia y endogamia, que regulan entre quiénes está permitido, prohibido, preferido o prescrito el matrimonio. Mientras que las reglas de exogamia especifican con qué parientes está prohibido el matrimonio, las reglas de endogamia establecen que el matrimonio se realice dentro del mismo linaje, grupo o clase.

La descendencia puede ser unilineal, es decir, que se reconoce solo una línea (patrilínea o matrilínea), o cognática, que considera tanto la línea materna como paterna. En este último sistema se encuentran los europeos y sus descendientes, que constituyen aproximadamente el 30% de la población mundial.

Respecto a la residencia, cuando el hombre y la mujer ya casados se mudan al hogar de los parientes del hombre, la residencia se denomina patrilocal o virilocal. A la inversa, si se mudan al hogar de los parientes de la mujer la residencia es matrilocal. Cuando la pareja reside en un lugar nuevo o distinto se denomina neolocal, que es el patrón de los matrimonios occidentales.

Cuadro 1
MODELOS, REGLAS Y PATRONES INDÍGENAS Y OCCIDENTALES

Grupo	Matrimonio	Descendencia	Residencia	Familia
Kuna	Monógamo Endógamo	Bilateral	Matrilocal	Extensa
Ngöbe Buglé	Polígamo: poligínico/sororato	Unilineal: patrilineal	Patrilocal	Extensa
Quechua	Monógamo Endógamo	Bilateral	Patrilocal	Extensa
Aymara	Monógamo Exógamo	Unilineal: patrilocal	Patrilocal	Extensa
Mapuche	Polígamo/Poligínico Sororato/levirato	Unilineal: patrilineal	Patrilocal	Extensa
Rapa nui	Monógamo	Unilineal: patrilineal	Matrilocal	Extensa
Occidental	Monógamo	Bilateral	Neolocal	Nuclear

Fuente: Elaboración propia.

Se debe señalar que en el cuadro 1 se indican las categorías “ideales”, que son producto de la influencia del cristianismo y sus mecanismos de dominación patriarcal, que también han ido transformando el mundo indígena (Peredo Beltrán, 2004). Aunque la investigación al respecto es claramente insuficiente, cabe resaltar, sin embargo, la heterogeneidad de los hogares y las familias indígenas con respecto a las combinaciones de los tipos de matrimonio y las reglas de descendencia y residencia en comparación con el modelo occidental.

C. Sesgos del censo en relación con el estudio del hogar y la familia indígenas

El censo contiene dos grandes limitaciones para recopilar la información de los hogares y las familias indígenas de forma adecuada y eficiente: a) se supone que son universales los modelos de hogar y de familia occidentales y se aplican a toda la población, cuando la gran mayoría de los países de América Latina son multiculturales, en ellos el parentesco se ha organizado de acuerdo con otras reglas y hay otros conceptos de hogar y de familia; y b) la naturaleza dicotómica y estática de las definiciones de hogar y de familia no permite una apreciación dinámica y del conjunto del proceso, necesaria en el actual mundo diverso y globalizado.

1. El sesgo etnocéntrico y la supuesta universalidad de los conceptos de hogar y de familia occidentales

Desde un punto de vista sociocultural, el censo tiene un sesgo etnocéntrico, puesto que se supone que es universal el modelo occidental (nuclear, bilateral y neolocal)

y se extiende esa definición a los pueblos indígenas⁸. En consecuencia, no solo se extrapola la categoría sino también su significado, es decir, la función específica de la familia y el parentesco en el mundo occidental. Esto tiene implicaciones importantísimas en el diseño y la implementación de las políticas y los programas, al menos en los dos aspectos siguientes:

- a) Puede incidir en el resultado satisfactorio de los programas, ya que limita la familia y el hogar indígenas únicamente a aspectos de parentesco y no incorpora su dimensión holística, perdiéndose así su significado y las múltiples funciones (político, económico, reproductivo, de socialización, y otros) de los hogares y las familias indígenas, desaprovechando su enorme potencial como motor en las demás esferas de la vida social.
- b) Al no tener en cuenta otros tipos de familia (como las poligámicas) y hacer equivaler una familia de grupo doméstico a varias familias nucleares, es difícil comprender la orientación colectiva y de reciprocidad que constituye la mayor riqueza de los pueblos indígenas, y no se aprovechan las ventajas comparativas del “capital social”.

Como ejemplo, se describe esquemáticamente a continuación el patrón tradicional de los mapuches, el pueblo indígena más numeroso de Chile⁹. En el pasado, la estructura social mapuche se articulaba sobre la base de los lazos de parentesco, principalmente entre grupos de parientes que tenían un origen común, el linaje kipam. Estos grupos establecían relaciones de parentesco con otros linajes mediante el intercambio de esposas, ya que eran exógamos. Cada linaje o grupo doméstico amplio era una unidad sociopolítica autónoma: no existían otras instituciones de poder político y económico centralizado (Stuchlik, 1974). Los linajes eran de descendencia patrilineal y residencia patrilocal. Los matrimonios eran poligámicos de tipo poligínico (un hombre con varias esposas), y la esposas, sus respectivos hijos y cónyuges y su descendencia conformaban un mismo hogar y una misma familia. Además, practicaban el sororato (esposas hermanas entre sí) y el levirato (a la muerte del jefe del linaje, el hijo mayor o el hermano heredaba sus esposas, excluyendo a la madre

⁸ No obstante, cabe señalar que la diversidad de conformaciones familiares de los pueblos indígenas en un mismo país dificulta enormemente la elaboración de cuestionarios específicos, como se muestra en el estudio de Ruiz y Bodnar (1993).

⁹ Se consideran tradicionales los patrones de vida descritos por los cronistas (siglo XVI hasta mediados del XIX). Es innegable que el modo de vida tradicional experimentó transformaciones durante el largo enfrentamiento con el invasor español, entre las que cabe destacar el importante descenso de la población a causa de las guerras y la llamada “invasión mórbida” (Kunitz, 1994). Los cambios socioculturales más drásticos se produjeron después de la radicación de los mapuches en reducciones (Stuchlik, 1974).

biológica)¹⁰. El matrimonio preferencial era entre primos cruzados matrilaterales (hija del hermano de la madre). Esto significaba que las relaciones de parentesco establecían verdaderas redes de organización social, constituyendo la base de la estructura social mapuche (Oyarce, 1990).

La radicación de los mapuches en las reducciones tuvo como consecuencia un cambio drástico en la organización social. Por una parte, al quedar supeditados a las leyes “chilenas, el jefe del linaje perdió gran parte de su autoridad, pues no podía asignar nuevas tierras. Además, disminuyó la importancia del parentesco y el linaje, y los grupos domésticos se desintegraron y escindieron cada vez más. Como en cierta forma la reducción reemplazó al linaje (por ejemplo con respecto a las reglas de exogamia), al disminuir el poder del jefe del grupo doméstico la familia nuclear aumentó su importancia política y social (Stuchlik, 1974). En 1988, en un censo específico para reducciones indígenas de la IX Región de Chile (Oyarce, 1990) se identificó un predominio de población indígena con hogares nucleares (un 55,6%, incluidos los unipersonales), situación que ya se vislumbraba a partir de los datos del censo nacional de 1982 (el 40% de la población indígena residía en hogares nucleares) (INE, 1982). Sin embargo, no se puede descartar que esos resultados contengan ciertos sesgos derivados de la propia definición censal, tal como se esboza a continuación.

En el caso indígena existe una gran heterogeneidad de situaciones, según cómo se combinen localmente las reglas de parentesco y de la importancia que este tenga en la regulación de la vida social. En la bibliografía que analiza la situación de África está bastante bien descrita la forma en que han ido disminuyendo las grandes unidades domésticas; la influencia de valores familiares nuevos da lugar a una modernización cultural y social (en términos de occidentalización).

En cuanto a los mapuches, se observa un panorama bastante más complejo y pueden darse diversas situaciones, independientemente de cómo se logren identificar en el censo. Por una parte, puede darse la situación más simple: la vivienda está habitada por un hogar y una familia. Otra posibilidad es que en la misma vivienda existan varios hogares formados por un jefe y sus esposas (aunque actualmente la poligamia es poco frecuente). Si bien puede suceder que algunos de los hijos casados y sus respectivas familias cocinen y produzcan aparte, lo más probable es que funcionen como una unidad doméstica en la que el matrimonio original, sus hijos, los cónyuges y la descendencia coman y produzcan juntos, aunque cada familia viva en una residencia separada. Las políticas de subsidio habitacional implementadas en Chile han fomentado, en cierta forma, esa situación. No obstante, cada casa puede funcionar más bien como dormitorio

¹⁰ A fines del siglo XIX todavía existían jefes con hasta 24 esposas, todas en una sola vivienda, pero con su propio fogón para cocinar (Guevara, 1913). Desde una mirada occidental esto se consideraría varios hogares en una misma vivienda, mientras que se trataba en realidad de una única familia.

y bodega. Así, los diferentes integrantes de las casas comparten un presupuesto común y constituyen una única familia, es decir, se trataría de varias viviendas y de un solo hogar.

Aunque este ejemplo evidencia la dificultad de definir otros tipos de familia y de hogar a partir de las definiciones occidentales, el panorama descrito para los mapuches puede ser increíblemente complejo en otros grupos, ya que lo que se define como hogar y como familia varía de un pueblo a otro. Así, es posible que las unidades familiares produzcan bienes y servicios como una unidad, pero no coman ni duerman juntas; o que duerman en una misma casa pero cocinen separadamente, entre otras variantes.

La gran heterogeneidad de posibles situaciones muestra claramente que puede haber un hogar, varias familias y varias viviendas, y también puede haber una familia, varios hogares y una sola vivienda. Bajo la nomenclatura censal occidental, estos hogares probablemente queden clasificados como varios hogares nucleares, y muchos de ellos como unipersonales, cuando en realidad todos forman parte de una misma gran familia extensa.

2. Limitaciones de las definiciones estáticas y dicotómicas de hogar y de familia

El segundo problema, que está relacionado con el tema anterior pero que trasciende la cuestión indígena, hace referencia a que, como el censo es un estudio transversal, las definiciones se basan en características discretas y dicotómicas. Si el hogar se define como personas que comen juntas y comparten un fogón, y/o por el hecho de obtener la subsistencia colectivamente, y la familia se define mediante la relación con la persona que se considera jefe de hogar, esa metodología basada en rasgos estructurales es insuficiente para caracterizar la naturaleza funcional y dinámica de los hogares y las familias en general, y de los grupos indígenas en particular.

Por ejemplo, la definición de hogar basada en la coresidencia no permite abarcar los casos en los que la mayor parte del ingreso familiar la aportan, en términos de subsistencia, los que migraron. En los pueblos indígenas se dan numerosos condicionantes para migrar, como la presión demográfica sobre la tierra y el empobrecimiento creciente, hecho que se puede constatar mediante la considerable presencia de población indígena en las ciudades de varios países latinoamericanos, y en estudios específicos sobre migración interna (Del Popolo y Oyarce, 2005). Por lo tanto, se pueden reconocer algunas particularidades de los pueblos indígenas derivadas del principio de reciprocidad de sus relaciones, por el que el migrante mantiene sus vínculos con la comunidad de origen mediante la ayuda económica interfamiliar, a la que no puede negarse (González Chévez, 2004). En consecuencia, puede darse el caso de que el aporte principal a la economía de una familia indígena

provenza de aquellos que no cohabitan y que, inclusive, intervengan de manera sustancial en decisiones que afectan a toda la familia.

Claramente, es menester complementar la definición occidental con una metodología que permita recoger la diversidad y la riqueza del hogar y la familia indígenas, que incluye los lazos de cooperación, colaboración, producción y subsistencia colectiva. La realidad nos muestra que los hogares y las familias son entidades dinámicas y están definidas por relaciones de colaboración y competencia, tanto en el interior del hogar como en su relación con el exterior. Algunos autores han sugerido que sus límites son “semipermeables” y que no se pueden definir como unidades autocontenidas (Schrimshaw, 1991).

D. La contribución de los métodos cualitativos

Dadas las limitaciones del concepto de familia occidental para aprehender la complejidad y la diversidad de las familias indígenas, así como los procesos dinámicos de composición y adecuación de los miembros de los hogares indígenas en el mundo actual, se propone combinar los censos con métodos y técnicas cualitativas, en un modelo que articule los datos estadísticos con una perspectiva de las ciencias sociales (Berman, Kendal y Bhattacharyya, 1994).

Cuadro 2
**PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE UN CENSO
Y UNA ENCUESTA EN PROFUNDIDAD**

Censo	Entrevistas en profundidad
Estudio cuantitativo.	Estudio cualitativo.
Perspectiva numérica.	Perspectiva fenomenológica.
Datos: cifras, asociaciones, otros.	Datos: palabras, narraciones, patrones.
Entidades discretas.	Entidades dinámicas.
Definición mediante rasgos estructurales.	Definición mediante relaciones de colaboración y competencia.

Fuente: Elaboración propia.

La investigación cualitativa y su método fenomenológico —entendido como la búsqueda de significados, experiencias y patrones desde la perspectiva de los sujetos que los viven— permiten mejorar el diseño de los censos en tres aspectos: delimitar unidades de análisis con sentido para los sujetos; clarificar la naturaleza del sesgo en la respuesta y tener en cuenta la perspectiva dinámica de la familia; y responder a algunos interrogantes con respecto al cambio en el tiempo de algunos patrones en la relación y la redefinición de los roles entre los miembros y en relación con los ciclos vitales, entre otras cuestiones.

Un primer elemento cultural que resulta crucial para poder definir unidades de análisis con sentido es el conocimiento de la lengua vernácula o bien trabajar con un facilitador bilingüe que actúe como intérprete entre las categorías del investigador y las categorías de los pueblos indígenas. El contraste entre la terminología extranjera y la nativa recibe el nombre de orientación “ética”/“émica”. La concepción “nativa”, “émica” o “desde dentro” de la cultura se puede incorporar en la elaboración del cuestionario del censo o encuesta, de manera que las categorías y preguntas tengan sentido para los propios investigados, aumentando la validez de la información obtenida.

En los censos de población y vivienda, las unidades básicas de análisis a partir de las que se elabora el muestreo son las personas, los hogares o las familias. El principal problema es definir una unidad de análisis en términos culturalmente apropiados, es decir, desde el punto de vista “émico”. Esto nos remite claramente a los significados de hogar y de familia en las diferentes las culturas y a la necesidad de incluir esas categorías en el diseño del censo o las encuestas. Schrimshaw (1991) sugiere que todas las encuestas deben combinarse con una labor etnográfica exploratoria que permita precisamente tomar en consideración los conceptos émicos de familia y de hogar.

A este respecto, los métodos cualitativos aportan la comprensión del entorno desde el punto de vista de los sujetos que lo viven, y contribuyen así a clarificar los sesgos en las respuestas. Por último, las categorías émicas y la consideración del contexto conducen necesariamente a una definición relacional y social del hogar y la familia indígenas, ya que esas dimensiones conforman los conceptos indígenas.

III. Reflexiones metodológicas a partir de algunos resultados censales

La fortaleza del censo reside en que es la fuente primaria de información más importante y amplia sobre vivienda, hogar y personas que se realiza en un país. Los datos recogidos proporcionan el marco para el diseño y la implementación de programas y políticas, así como para la decisión en materia de inversiones y de estudios poblacionales (Tacla, 2004). De ahí la urgente necesidad de realizarlos con calidad, eficiencia y cobertura, incorporando alternativas a los censos convencionales (Guzmán y Schkolnik, 2002).

Además, en las últimas décadas la mayoría de los países latinoamericanos han reconocido su carácter multiétnico mediante reformas constitucionales y la promulgación de leyes. Por lo tanto, avanzar hacia la construcción de una sociedad pluricultural implica necesariamente que esa dimensión debe tomarse

en cuenta transversalmente en las políticas públicas nacionales. En ese sentido, las limitaciones que señalamos a continuación no apuntan a invalidar el censo, sino, por el contrario, a reflexionar sobre cómo mejorar ese instrumento de forma que incluya elementos relacionados con la diversidad étnica y cultural de América Latina.

Utilizando los datos del censo de población y vivienda de la ronda de 2000 de Bolivia, Chile y Panamá, tres países heterogéneos desde el punto de vista de las condiciones de vida de la población, en general, y de la indígena, en particular, se ilustran los sesgos metodológicos y de interpretación derivados de los aspectos antes señalados, y se examinan algunos elementos que se suelen analizar en los estudios sociodemográficos que abarcan las esferas de la vivienda y el hogar. Se debe tener en cuenta que los resultados y el análisis que se presentan parten del sesgo etnocéntrico, ya que se basan en la definición de hogar censal ya mencionada.

Además, se ilustra cómo los métodos cualitativos son necesarios para avanzar en la comprensión de la dinámica familiar indígena, así como su utilidad para mejorar el instrumento censal. Para ello se han utilizado también algunos testimonios recogidos durante la realización de dos talleres de capacitación en análisis sociodemográfico dirigidos, principalmente, a líderes y representantes indígenas de Bolivia y Panamá, en el marco del proyecto BID/CEPAL “Los pueblos indígenas y la población afrodescendiente en los censos” (BID/CEPAL, 2005a y 2005b).

A. Posibilidades que ofrece el censo para identificar el hogar y la familia indígenas

1. Identificación de los hogares indígenas

Como explica Peredo (2004), la conformación social y familiar de América Latina refleja el proceso de colonización iniciado hace quinientos años, cuyo sistema no solo se basó en la eliminación física y el dominio de los diferentes pueblos originarios, sino que apeló también a alianzas y mestizajes con ciertos estratos de los pueblos indígenas. Por lo tanto, el dominio de la cultura occidental sobre la indígena *articuló un sistema de dominación patriarcal, basado en la organización jerárquica de la familia y la masculinización del patrimonio*, entre otras cuestiones (Peredo, 2004). Sin embargo, ese proceso estuvo acompañado de fuertes resistencias por parte de algunos grupos originarios, en algunos países con más logros que en otros. Así pues, en el panorama latinoamericano se observa una diversidad de situaciones con respecto a la conformación de las familias que se concreta en un abanico de arreglos familiares fruto de la interacción entre el

modelo occidental y el indígena. Ciertamente resulta difícil captar esa complejidad a partir de las fuentes de datos disponibles.

Sin perjuicio de lo anterior, el censo permite elaborar algunas aproximaciones a lo que en el presente estudio se denomina “hogar indígena” así como indicadores demográficos, sociales y económicos a fin de caracterizar las condiciones de vida de esos hogares y brindar información que sirva de base a las políticas y los programas.

Si en el censo se utiliza una pregunta individual de identificación étnica, la única vía posible es reconstruir el hogar sumando las adscripciones individuales de quienes cohabitan y comparten un presupuesto común. En ese punto, surgen varias alternativas, por ejemplo identificar como hogar indígena aquel donde todos o la mayor parte de los miembros lo son¹¹. Aunque la definición de jefe de hogar también tiene sus limitaciones metodológicas —incluso recientemente ha perdido vigencia y ha sido criticada para los hogares modernos sustituyéndola por “persona de referencia”—, en los pueblos indígenas esta categoría parece más apropiada siempre que permita identificar a “la cabeza” de familia o a quien ejerza las funciones de mayor autoridad dentro del hogar.

Por lo tanto, aún sabiendo que por jefe de hogar se pueden entender entidades que tienen distinto significado en el mundo occidental y en el indígena, se decidió considerar como hogar indígena aquel en el que su jefe se declare como tal. De alguna manera, se trata de identificar a los individuos con mayor poder de decisión sobre otros miembros del hogar, por lo que esto implica y por las repercusiones que tiene en el acceso a los diferentes programas y políticas del Estado.

En los países de la región se han utilizado diferentes criterios para recopilar información sobre la condición étnica de las personas, como la lengua hablada o el idioma materno, o se ha apelado directamente a la pertenencia étnica (Schkolnik y Del Popolo, 2005). En los censos recientes (ronda de 2000), en la mayoría de los países latinoamericanos se ha optado por la pregunta de autopertenencia a un pueblo o grupo indígena. En los tres países incluidos en el presente estudio el criterio utilizado ha sido el de la autopertenencia.

Cabe observar que el volumen y la proporción de la población indígena en cada uno de los tres países son diversos. Como se observa en el cuadro 3, en Bolivia la mayoría de la población es indígena (62%); en Chile, aunque la población indígena en términos absolutos es mayor que en Panamá, en términos relativos alcanza un 4,6%, comparado con un 10% en Panamá.

¹¹ Aunque en la región también es posible efectuar una identificación territorial, los procesos migratorios experimentados por los pueblos indígenas hacen necesario complementar la territorialidad con otros criterios.

Cuadro 3
**POBLACIÓN TOTAL, POBLACIÓN INDÍGENA Y PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN
 QUE RESIDE EN HOGARES CON JEFE DE HOGAR INDÍGENA,
 RONDA DE CENSOS DE 2000**

Países y fecha censa	Población		Porcentaje de población indígena	Porcentaje de población en hogares con jefe de hogar indígena
	Total	Indígena		
Bolivia (2001) ^a	5 076 251	3 145 775	62,0	65,1
Chile (2002)	15 116 435	692 192	4,6	4,7
Panamá (2000)	2 839 177	285 231	10,0	9,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base del procesamiento de los microdatos censales.

^a Corresponde a la población de 15 y más años de edad, universo al que se aplicó la pregunta de identificación étnica.

Un aspecto notable, y que afecta directamente a las brechas de acceso por condición étnica, es el grado de urbanización de los pueblos indígenas. Existe una tendencia a considerar que población indígena es prácticamente sinónimo de población campesina. Aunque la pertenencia al mundo rural continúa siendo un rasgo característico de los pueblos indígenas de América Latina, la situación actual es bastante heterogénea debido, fundamentalmente, a la importancia y la persistencia de los movimientos migratorios. De hecho, más de la mitad (55,6%) de la población indígena boliviana vive en zonas urbanas. En el caso de Chile, este porcentaje aumenta hasta a un 65% de los pueblos originarios. En Panamá, el patrón sigue siendo mayoritariamente rural, aunque un 18% de la población indígena vive en las ciudades¹².

Para la reconstrucción estadística de los hogares indígenas, se consideró como tales aquellos en los que el jefe es indígena de acuerdo a los criterios individuales expuestos previamente. Con esa definición, se puede estimar la población que reside en esos hogares, como se presenta en el cuadro 2: en Bolivia habría un 65% de la población en hogares indígenas; en Chile sería un 4,7%; y en Panamá un 9,9%. Al comparar estos resultados con las cifras obtenidas mediante el criterio individual (cuadro 3) se observa que en Chile y Panamá las estimaciones son prácticamente similares, mientras que Bolivia presenta la mayor diferencia, aunque se trata solamente de tres puntos porcentuales.

2. Composición étnica de los hogares

A pesar de sus limitaciones, el censo permite cierta aproximación empírica a la heterogeneidad étnica que se da en el interior de los hogares y que refleja, en parte, la diversidad de los pueblos indígenas ya mencionada.

¹² Sin embargo, la proporción de la población no indígena que reside en las zonas urbanas es mayor, a saber: Bolivia, 79,2%; Chile, 87,6%; y Panamá, 67,1%.

Por ejemplo, el hecho de que las cifras del cuadro 3 coincidan no supone necesariamente que ambos criterios (el individual y el de hogar) identifiquen exactamente a la misma población. Debido a ello se planteó la cuestión de qué implicaciones tiene la clasificación de hogar indígena desde el punto de vista de su conformación étnica o, dicho en otras palabras, en qué medida la condición étnica del jefe coincide o no con la del resto de los miembros del hogar. El hogar indígena es la unidad social básica y se define en términos de la relación entre sus miembros, por lo que una eventual interculturalidad en el interior de las familias implicaría significados diferentes de esa relación y, por ende, plantearía la necesidad de examinar, para fines de políticas públicas, las particularidades de esos hogares así definidos.

Los datos del cuadro 4 muestran diferentes situaciones. En la mayoría de los hogares, la condición étnica del jefe de hogar coincide con la del resto de sus miembros. Sin embargo no podemos presuponer que ello necesariamente responda a la identidad cultural sentida por tales miembros, es decir, no sabemos si la adscripción ha sido impuesta de alguna manera por el propio jefe de hogar.

En el caso de Panamá, varios factores han contribuido a que los grupos originarios conserven sus características culturales, así como el dominio sobre sus territorios y un cierto aislamiento geográfico¹³. En ese sentido, la definición operativa de hogar indígena muestra una “homogeneidad étnica” entre todos sus integrantes y, por lo tanto, podría inferirse que existe una dicotomía entre familias indígenas y no indígenas.

Por otra parte, los procesos de aculturación y revitalización cultural influyen en esa supuesta homogeneidad étnica en el interior de las familias, lo que se traduce en una conformación más bien heterogénea, en donde algunos miembros se consideran pertenecientes a un pueblo originario mientras que otros no, ya sea por propia adscripción o por la declaración de otros miembros de la familia. Esa diversidad resulta clara en el caso de Bolivia y de Chile, donde un 12% y un 37,5% de la población no indígena, respectivamente, reside en hogares con jefe de hogar indígena. Sin embargo, cuando el jefe de hogar no es indígena, existe una altísima probabilidad de que ningún otro miembro lo sea¹⁴.

¹³ En Panamá existen cinco comarcas indígenas, tres al primer nivel político administrativo y las otras dos a nivel de corregimiento (tercer nivel). Estas comarcas representan el 20% del territorio nacional y en ellas los pueblos indígenas mantienen sus propias formas de organización política y sus pautas culturales. Sin embargo, debido principalmente a la crisis de subsistencia que atraviesan esos grupos, el censo de 2000 revela que cerca del 50% de la población indígena reside fuera de dichas comarcas.

¹⁴ Un examen detallado permitió observar que una gran parte de las personas indígenas que residen en hogares con jefe de hogar no indígena se correspondían con trabajadores del servicio doméstico.

Cuadro 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA CONDICIÓN ÉTNICA
DEL JEFE DE HOGAR Y LA CONDICIÓN ÉTNICA INDIVIDUAL

(En porcentajes)

País y condición étnica del jefe de hogar	Condición étnica individual ^a		Total
	Indígena	No indígena	
Bolivia 2001			
Jefe de hogar indígena	88,1	11,9	100,0
Jefe de hogar no indígena	8,0	92,0	100,0
Chile 2002			
Jefe de hogar indígena	62,5	37,5	100,0
Jefe de hogar no indígena	1,6	98,4	100,0
Panamá 2000			
Jefe de hogar indígena	93,6	6,4	100,0
Jefe de hogar no indígena	0,7	99,3	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base del procesamiento de los microdatos censales.

^a Excluye a los jefes de hogar.

Es interesante observar que en los hogares biparentales existe una significativa proporción de uniones “mixtas”, es decir, que el jefe de hogar se declara indígena pero no su cónyuge, o al revés. Entre los tres países examinados, el caso de Chile es el más notable, ya que las uniones mixtas del medio urbano ascienden al 77% de las uniones de los jefes de hogar en los cuales al menos uno de ellos (el jefe y/o su cónyuge) se declara indígena. En las zonas rurales esta situación es menos marcada, particularmente en Bolivia y Panamá (cuadro 5).

Cuadro 5
DISTRIBUCIÓN DE HOGARES BIPARENTALES CON JEFE Y/O CÓNYUGE INDÍGENA
SEGÚN LA ZONA DE RESIDENCIA

(En porcentajes)

Países y fecha censal	Condición étnica del jefe y su cónyuge	Zona de residencia		Total del país
		Urbana	Rural	
Bolivia 2001	Mixtos ^a	24,9	8,1	17,5
	Ambos indígenas	75,1	91,9	82,5
	Total	100,0	100,0	100,0
Chile 2002	Mixtos ^a	77,0	36,9	65,7
	Ambos indígenas	23,0	63,1	34,3
	Total	100,0	100,0	100,0
Panamá	Mixtos ^a	35,5	7,6	13,8
	Ambos indígenas	64,5	92,4	86,2
	Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base del procesamiento de los microdatos censales.

^a El jefe de hogar se declara indígena, pero no su cónyuge, o a la inversa.

Poco se sabe sobre los arreglos familiares y el tipo de relaciones que se establecen en el interior de los hogares “mixtos”, así como las interacciones y negociaciones que se dan entre los distintos miembros que los componen. Sería importante conocer, por ejemplo, cómo resultan afectadas o potenciadas las relaciones de reciprocidad y de solidaridad. Es difícil aprehender esa complejidad mediante el censo, y en ese sentido los estudios cualitativos pueden brindar aportaciones significativas para la comprensión de los fenómenos sociales y, además, elementos muy útiles para mejorar los instrumentos censales.

No obstante, mediante el censo se puede profundizar en el estudio de una tipología de hogar indígena, clasificando los hogares según la condición étnica del jefe y tomando en cuenta también la condición de sus miembros, en particular la de su cónyuge. Aunque una caracterización sociodemográfica de estos diferentes tipos de hogar no estaría exenta de determinados sesgos, permitiría reflexionar y plantear interrogantes cuyas respuestas requerirán estudios posteriores.

B. Disminuir los sesgos: el contexto y las definiciones étnicas

1. Tipología de hogar

Una clasificación habitual para los hogares particulares es aquella que distingue entre hogares unipersonales, nucleares, extensos y compuestos. Además, según esté presente o no el cónyuge del jefe, se los suele denominar biparentales o monoparentales, respectivamente.

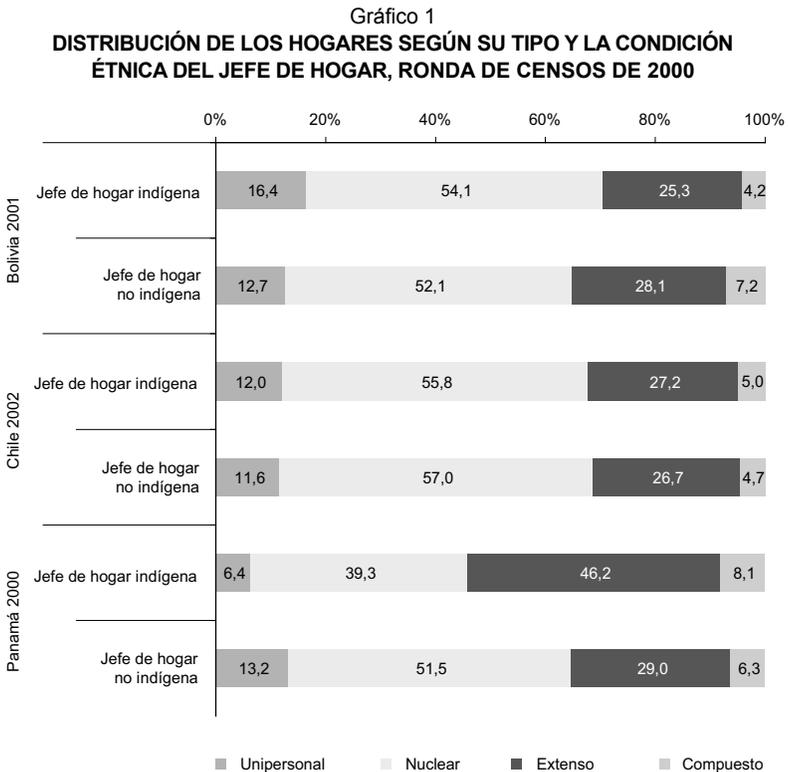
Desde una perspectiva amplia, se podría decir que los grupos indígenas tradicionales corresponderían a lo que suele tipificarse como hogar extenso. Sin embargo, debido a los procesos migratorios desde el ámbito rural al urbano y al contacto creciente con la sociedad occidental, es factible observar cambios en la conformación de los hogares y las familias indígenas. Hay que tener presente que el sesgo etnocéntrico en el instrumento censal no permite dilucidar hasta qué punto los cambios en la tipología de hogar obedecen a los procesos mencionados y/o constituyen un artificio del propio instrumento.

En el caso de Panamá, en el gráfico 1 se puede observar que, cuando el jefe de hogar es indígena, un 46% de los hogares son extensos. Aunque la proporción de hogares indígenas en las zonas rurales es cercana al 80%, los resultados por zona de residencia indican que el patrón de familia extensa también se mantiene en las zonas urbanas. Se observa asimismo que el peso relativo de los hogares compuestos es del 8%, lo que supera la proporción de los hogares no indígenas. Dado que entre los pueblos originarios es común la organización de acuerdo al parentesco, estos resultados plantean la necesidad de indagar sobre qué base se

declara el “no pariente” y/o si ello responde a estrategias de supervivencia, sobre todo en el medio urbano, donde los hogares compuestos con jefe de hogar indígena alcanzan el 14%.

Por otra parte, se observa también que el porcentaje de hogares unipersonales es poco significativo. En cuanto a los nucleares, aunque el peso relativo es menor en comparación con los de los hogares no indígenas, cabe destacar el hecho de que cada 10 hogares indígenas 4 son nucleares.

En principio, el censo parecería reflejar un predominio de la organización familiar extensa en la población indígena panameña. Los datos desagregados geográficamente muestran que incluso en las comarcas indígenas el porcentaje de hogares extensos es aún mayor que el promedio nacional (BID/CEPAL, 2005a).



Fuente: Elaboración propia sobre la base de procesamientos de los microdatos censales.

En el caso de Chile, en cambio, se observa que la distribución del hogar indígena es similar a la del hogar no indígena: más de la mitad de los hogares son de tipo nuclear y alrededor de un 12% son unipersonales. Habría que indagar si esta aparente “nuclearización” de la familia indígena, que se observa también

en las zonas rurales (el 67% de los hogares indígenas rurales son nucleares, con inclusión de los unipersonales), no es una consecuencia de las definiciones de hogar y de vivienda del censo.

Aunque sabemos que los procesos de aculturación y los movimientos migratorios contribuyen a modificar la conformación de las familias indígenas, las limitaciones en el instrumento censal no nos permiten evaluar si la proporción tan elevada de hogares nucleares en el caso chileno es o no una consecuencia de esos cambios.

En Bolivia, llama la atención el elevado porcentaje de hogares unipersonales, que es incluso más alto cuando el jefe es indígena. Estos resultados parecen estar sesgados por situaciones de doble residencia. Un indicio de ello podría ser el hecho de que, al examinar el estado civil de los jefes de hogar de los hogares monoparentales, se da una gran proporción de jefes de hogar que declararon estar casados, sobre todo entre los indígenas. No obstante, las limitaciones para identificar los hogares con doble residencia también se pueden dar en las familias no indígenas, como en los casos de migración temporal del jefe de hogar o su cónyuge.

Para contextualizar esa información y sabiendo que el patrón de residencia aymara es patrilocal y el tipo de familia es extensa, se consultó en el taller a las personas aymara asistentes.¹⁵ Explicaron que en el momento de realizar el censo se ejerció bastante presión para que la gente se trasladara a su lugar de origen, ya que la ley de coparticipación asigna los recursos municipales según el tamaño de la población y un indicador de pobreza. Una de las formas de ejercer esa presión fue hacer correr el rumor de que si la persona no residía en su casa en el momento de realizarse el censo, esta se le podía confiscar. Aparentemente, en Bolivia el fenómeno de la doble residencia es notable e incluye a los grupos indígenas, que residen una parte del tiempo en la ciudad y otra en el campo o en sus comunidades de origen. Según algunos testimonios de técnicos y profesionales del país, la campaña en los municipios para el traslado de gente produjo una especie de división en las familias, donde uno de los cónyuges se quedaba en una de las residencias y el otro en la otra.

Tomar en cuenta las categorías émicas permitiría dilucidar cuántos de esos hogares se corresponderían con una dinámica familiar nuclear más occidentalizada y cuántos se clasifican en esas categorías aunque formen parte de una familia extensa que reside en varias viviendas, comparte la economía doméstica y funciona como una unidad en las decisiones que afectan a la familia como un todo.

Otro ejemplo de que, si se partiera de las categorías propias o émicas de los pueblos indígenas, se disminuiría el sesgo etnocéntrico, incrementando la validez de las tipologías, se infiere de los siguientes comentarios realizados por

¹⁵ “Uso de la información censal para pueblos indígenas: su pertinencia y alcance en políticas y programas”, La Paz, 8 y 9 de diciembre de 2004.

personas pertenecientes a las comunidades ngöbe y kuna de Panamá, que reflejan la importancia cultural y los significados del hogar y de la familia indígenas. De ellos se desprende que la definición de hogar está en relación directa con los lazos familiares y de consanguinidad, y se define en términos sociales, de relaciones. Para ellos, el hogar es la presencia de una familia integrada por varios miembros, unidos por lazos de linaje y consanguinidad. Complementariamente, la definición de familia enfatiza también las relaciones de solidaridad y de cooperación. Estos testimonios sugieren, además, que debido a la importancia de la familia, el proceso migratorio no logra fragmentarla sino que, por el contrario, la familia sería precisamente una de las principales causas de esa movilidad territorial:

La diferencia con las sociedades latinas es que tienen un predominio de la individualidad, de los espacios de los hijos, de los espacios para los padres, del espacio para las muchachas, cada quien reclama su propio espacio. A diferencia de esto, en los pueblos indígenas y en mi comarca existe la colectividad, o sea, el hogar es un círculo, no hay habitaciones, no hay paredes, no hay barreras, hay mucha comunicación fluida (mujer ngöbe).

El hogar es el espacio en el cual todos concurrimos, recibimos información de lo que ha pasado en el día, recibimos información histórica. Antes de dormir hablaban nuestros abuelos. Nuestras abuelas comienzan a hablar; nosotros estamos dormidos pero estamos escuchando el mensaje de lo que hablan, de nuestras historias, de nuestro comportamiento y forma parte del proceso educativo. Además de eso yo diría que el tema de la cuestión cultural es importantísimo (mujer kuna).

La familia ngöbe es amplia, nuestra cultura tiene una base poligámica para la preservación... mi familia tiene doscientos miembros, son lazos de consanguinidad, en esto basamos nuestros patrones: el valor que una familia le da a sus hijos. Nosotros valoramos las familias grandes; egoísta es la persona que quiere tener un solo hijo y a ese hijo le quiere dar todo (mujer ngöbe).

La otra cosa importante para nosotros es la cuestión de la colectividad y la solidaridad. Por eso es que para nosotros los indígenas es muy duro separarnos. Nosotros cuando emigramos vamos uno o dos, los padres nada más o los adultos, y luego poco a poco nos vamos llevando a los

hijos, la familia, el abuelo, el tío, el resto, todo, porque para nosotros es muy difícil separarnos, porque desde pequeños somos criados en esos núcleos amplios y es difícil lograr esa separación (hombre kuna).

Por lo tanto, parecería que en el caso de Panamá el patrón de familia extensa permite, en cierto modo, una aproximación cuantitativa a los tipos de hogar y de familia indígenas. Sin embargo, los testimonios también sugieren que esto no es suficiente, dada la heterogeneidad inter e intracultural, por lo que es necesario recurrir a las definiciones émicas, tanto para elaborar el instrumento como para contextualizar los resultados.

Por otra parte, al procesar los datos censales de Panamá se detectó un pequeño porcentaje de hogares con más de un cónyuge (un 0,11% del total de hogares del país). Al indagar aún más en los datos se determinó que un 82% de esos casos correspondían a hogares indígenas y a mujeres cónyuges, en su gran mayoría pertenecientes al pueblo ngöbe, que responden a un modelo poligámico y poliginico. En definitiva, aunque la boleta censal no lo permite, se identificó en el censo un 2% de hogares indígenas biparentales con más de una cónyuge, lo que induce a pensar que las pautas culturales relativas a la nupcialidad persisten aunque, dada la rigidez del instrumento, se desconoce su magnitud y sus efectos en los resultados censales referidos a las tipologías de hogar.¹⁶ Por lo tanto, si se hubiera definido la familia desde el punto de vista del pueblo ngöbe, la unidad de análisis incluiría la posibilidad de tener más de una cónyuge y se podría medir la dimensión de ese fenómeno.

2. Jefatura femenina y ausencia del cónyuge

En términos generales, el interés de identificar los hogares encabezados por mujeres radica en que suelen ser monoparentales (ausencia de cónyuge por soltería, viudez, separación, divorcio, migración del cónyuge) y tiende a aumentar con la edad de la mujer. Algunos estudios han mostrado una proporción significativa de mujeres jefas de hogar con baja escolaridad y tasas de participación en la actividad económica relativamente elevadas, aunque los ingresos que reciben son inferiores a los de los varones. Por ese motivo, esos hogares suelen contar con bajos ingresos, lo que propicia la incorporación de los menores de edad a la actividad económica, entre otras cosas.

¹⁶ Los técnicos de informática atribuyeron estos resultados a errores residuales, “basura” que suele quedar en las bases de todo censo. Sin embargo, el hecho que la gran mayoría de esos casos correspondan a hogares con jefe de hogar indígena parece indicar que no es un error aleatorio sino más bien que, “por error”, se identificó un fenómeno que aún persiste en la sociedad indígena panameña y que no es tenido en cuenta.

Sin embargo, se debe partir del contexto del mundo indígena, ya que, por ejemplo, en los grupos matrilocales y matrilineales cabría esperar que las mediciones arrojaran una alta jefatura femenina no necesariamente por la ausencia del cónyuge, y sin que ello implicase una situación particularmente más desfavorable para esos hogares.

Los datos censales indican que en Bolivia y Chile alrededor de un 30% de los hogares, tanto indígenas como no indígenas, tienen jefatura femenina. En el caso de Panamá, apenas un 17% de los hogares indígenas están encabezados por mujeres, en comparación con el 25% de los hogares no indígenas. Además, un examen por pueblo de pertenencia muestra que en la comarca ngöbe existe un 24% de jefatura femenina y en la comarca kuna un 17% (BID/CEPAL, 2005a).

Los resultados de Panamá llaman la atención, ya que es sabido que el pueblo kuna tiene lazos de descendencia bilaterales y residencia matrilocal, además de una acusada migración masculina (BID/CEPAL, 2005b). A este respecto, los profesionales y líderes kunas que asistieron al taller del proyecto BID/CEPAL¹⁷ proporcionaron algunas aclaraciones acerca de por qué la jefatura femenina podría estar subestimada: aunque en el censo existía la posibilidad de preguntar por jefe o jefa en el idioma español, la traducción al idioma kuna del término “jefe” que se utilizó es un término masculino que no admite el femenino, como explicó esta mujer kuna:

... cuando la traducen al kuna [la pregunta censal sobre el jefe de hogar] ya le están diciendo que él es el jefe, porque el término traducido se refiere al hombre, no es una traducción al kuna que incluya a una mujer; cuando yo le voy a decir a una mujer “...” ya le estoy diciendo a la mujer automáticamente que tiene que ser hombre, entonces va a llamar al hijo o al marido o a su papá; ya queda marginada porque la misma pregunta la margina, ... uno tiene que ser concreto al preguntar.

Por tanto, cabe reiterar que para determinar unidades de análisis con sentido resulta crucial el conocimiento de la lengua vernácula, o trabajar con un facilitador bilingüe que ejerza de intérprete entre las categorías del investigador y las de los pueblos indígenas. De hecho, una sugerencia que surgió de los talleres de trabajo es que se utilice la traducción del término “cabeza del hogar”, ya que permite agregar a continuación un vocablo que distingue entre el género masculino y el femenino. El testimonio ilustra cómo una metodología cualitativa contribuye a identificar los sesgos en las preguntas censales, y refuerza la necesidad de partir de una definición émica de la familia indígena.

¹⁷ “Uso de la información censal para pueblos indígenas: su pertinencia y alcance en políticas y programas”, Ciudad de Panamá, 22 a 24 de noviembre de 2004.

De los datos del cuadro 6 sobre el estado conyugal surge otro ejemplo de sesgo etnocéntrico en la pregunta. Los datos que figuran el cuadro indican que las uniones consensuales son poco frecuentes entre las mujeres jefas de hogar de Bolivia y Chile, mientras que entre las mujeres indígenas panameñas son contundentes. Se plantea el interrogante de si los resultados de Panamá están determinados por la falta de reconocimiento de las reglas del matrimonio indígena y/o en qué medida constituyen uniones del mismo tipo que las consensuales occidentales.

Cuadro 6
**DISTRIBUCIÓN DE LOS JEFES DE HOGAR SEGÚN EL ESTADO CONYUGAL,
LA CONDICIÓN ÉTNICA Y EL SEXO, RONDA DE CENSOS DE 2000**
(En porcentajes)

País y fecha censal	Condición étnica del jefe de hogar	Sexo del jefe de hogar	Estado civil o conyugal				Total
			Casado	Unido	Div./Sep./Viudo	Soltero	
Bolivia 2001	Jefe de hogar indígena	Hombre	66,3	15,0	6,9	11,8	100,0
		Mujer	40,2	8,8	30,8	20,2	100,0
	Jefe de hogar no indígena	Hombre	59,3	20,6	6,2	13,9	100,0
		Mujer	28,4	11,3	34,0	26,2	100,0
Chile 2002	Jefe de hogar indígena	Hombre	64,6	14,9	6,9	13,7	100,0
		Mujer	26,7	9,9	34,2	29,1	100,0
	Jefe de hogar no indígena	Hombre	72,7	10,7	6,9	9,7	100,0
		Mujer	27,8	6,7	42,1	23,3	100,0
Panamá 2000	Jefe de hogar indígena	Hombre	18,0	69,9	6,0	6,1	100,0
		Mujer	7,4	45,9	40,2	6,4	100,0
	Jefe de hogar no indígena	Hombre	44,0	38,8	8,2	9,0	100,0
		Mujer	9,5	12,4	59,6	18,5	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de procesamientos de los microdatos censales.

Probablemente, las uniones indígenas constituyen en realidad matrimonios mediante los que se establecen alianzas de cooperación entre grupos de linajes y, por lo tanto, en el terreno del significado no sería asimilable a la unión de las personas no indígenas. En todo caso, es interesante conocer si existe una igualdad de oportunidades para acceder a los beneficios de los programas y las políticas públicas en comparación con los matrimonios legales reconocidos por el Estado.

IV. Síntesis y propuestas

El censo es un instrumento universal que permite reconstruir los tipos de hogar indígena e identificar las brechas sociales, económicas y demográficas existentes entre los pueblos indígenas y el resto de la población. Por lo tanto, es

un instrumento útil siempre que en la boleta censal se incorpore al menos una pregunta de identificación étnica. Afortunadamente, esto ha constituido un avance significativo en los censos de la ronda de 2000, ya que la mayoría de los países de la región han incluido dicha identificación.

No obstante, cabe mencionar dos grandes limitaciones del censo para determinar de forma adecuada y eficiente los hogares y las familias indígenas. La primera es que se suponen como universales los modelos de hogar y de familia occidentales. La segunda reside en la propia naturaleza de las definiciones de hogar y de familia, ya que no permiten una apreciación dinámica y procesal de los mismos, cuestión muy necesaria en el mundo diverso y globalizado actual. Una de las consecuencias que esto tiene en el ámbito de las políticas públicas es que, al no partir de la unidad familiar en su totalidad y su consecuente potencial para el bienestar de sus miembros, se corre el riesgo de desperdiciar o dirigir erróneamente los recursos.

Dadas estas limitaciones, se propone combinar los censos con métodos y técnicas cualitativas en un modelo que combine los datos estadísticos con una perspectiva de las ciencias sociales. Esto permitiría mejorar el diseño de los censos en tres aspectos: delimitar unidades de análisis con sentido para los sujetos; clarificar la naturaleza del sesgo en la respuesta; y captar la perspectiva dinámica de la familia, lo que permitiría responder, entre otras cosas, a interrogantes relativas al cambio de algunos patrones de la relación en el tiempo y a la redefinición de los roles entre los miembros y en los ciclos vitales.

Los métodos cualitativos pueden mejorar el diseño de los estudios transversales, porque son sensibles a los contextos más amplios en los que ocurre el fenómeno de interés. El uso de esos instrumentos, como las entrevistas en profundidad, en las que se motiva a los sujetos a hablar sobre sus preocupaciones, permite captar ciertos procesos sociales que serían imposibles de analizar y conocer únicamente desde la perspectiva del investigador. Así, la principal ventaja de los métodos cualitativos es que permiten explorar las interrelaciones y los contrastes que existen entre los fenómenos desde el punto de vista de quien lo vive, lo que contribuye a clarificar los sesgos en las respuestas.

Esto es particularmente valioso si se trabaja con unidades de análisis apropiadas, sobre todo en los grupos y las culturas en los que la estructura social y sus organizaciones institucionales difieren marcadamente de las del investigador, como ocurre con los pueblos indígenas. En ese sentido, es necesario tener en cuenta las denominaciones étnicas de hogar y de familia. Una experiencia interesante a este respecto es la del Instituto de Estadística de la República Bolivariana de Venezuela, que ha elaborado una metodología participativa para la formulación de instrumentos estadísticos comunitarios adaptados a la realidad de los pueblos indígenas. Mediante esa metodología, por ejemplo, se identifican las “estructuras” de la comunidad y su función, y posteriormente se determina a qué familias

pertenecen esas estructuras, lo que hace factible la existencia de una familia en más de una vivienda (Hernaiz, 2008).

El resultado de las investigaciones cualitativas y experiencias como las de la República Bolivariana de Venezuela pueden contribuir significativamente a mejorar el diseño de los censos, sobre todo los censos indígenas. Estos pretenden tener en cuenta los aspectos distintivos de los pueblos indígenas y, por lo tanto, constituyen un potencial poco explotado en la región. Por una parte, son pocos los países de América Latina que han implementado este tipo de identificaciones¹⁸. Por otra parte, aunque en dichos censos se incorporan dimensiones pertinentes, como el derecho territorial y la práctica de la cultura, en lo que se refiere específicamente a la composición familiar se limitan a los conceptos occidentales de vivienda y de hogar.

Además, no se puede concebir a los pueblos indígenas como si estuviesen fosilizados en el espacio y el tiempo; hay que tener en cuenta el dinamismo estructural de las entidades sociales y culturales y, sobre todo, que tanto la familia y el hogar como las identidades étnicas y, en última instancia, las culturas, se producen, reproducen y transforman en función de múltiples factores externos que se internalizan o rechazan mediante la práctica (Bordieu, 2002; Boccara, 2000).

En el caso de los hogares y las familias indígenas hay que tener en cuenta, por una parte, los procesos de contacto cultural, de globalización y de resistencia étnica y, por otra, la constante recomposición de las familias, principalmente debido a la migración y al proceso de mestizaje. Cabe destacar que la composición multiétnica o pluricultural de los hogares y las familias está escasamente descrita en la bibliografía sociodemográfica, a pesar de que las uniones entre indígenas y españoles están presentes desde los tiempos de la colonia.

Como se puede observar en los pueblos indígenas de Chile, existe claramente una presencia notable de hogares “mixtos”, lo que ejemplifica el carácter dinámico de las entidades sociales y cuestiona no solo las dicotomías entre los hogares indígenas y no indígenas, sino también la consideración de la familia y la identidad como categorías estáticas, desvinculadas de los procesos de creación de nuevas configuraciones sociales.

Con respecto a la migración, valdría la pena revisar el tema de la coresidencia como variable que define los conceptos de hogar y de familia, ya que el aumento de la movilidad —especialmente la temporal, que es característica de varios pueblos indígenas— trae como consecuencia que la manutención recaiga en personas que no viven juntas.

¹⁸ Argentina, Encuesta complementaria al censo de 2001; Paraguay, Censo indígena 1992 y 2002; República Bolivariana de Venezuela, Censo Indígena de 2001; Colombia, formulario específico para las áreas de población indígena 1964, 1973, 1985 y 1993.

Para comprender los aspectos antes mencionados, se sugiere profundizar en el estudio de casos concretos que aborden los procesos mediante los que la economía global y la modernización se articulan con las dinámicas que se dan en el interior del hogar. El objetivo último sería identificar las particularidades y desigualdades existentes y los factores de riesgo, así como los factores protectores de los pueblos indígenas (solidaridad, reciprocidad y cooperación), a fin de contribuir a eliminar la falta de equidad, respetando las diferentes prácticas culturales y concepciones en torno a la familia y el hogar. Una cuestión clave para lograrlo es la participación activa de los pueblos indígenas en todo el proceso de recopilación y análisis de la información, así como en el diseño e implementación de las políticas públicas. Una estrategia específica muy necesaria sería la incorporación de personas indígenas bilingües, que manejen los significados culturales desde su perspectiva y que estén capacitadas en la elaboración de la información de los censos y las encuestas.

Bibliografía

- Anderson, Jeanine (2004), “Mundos en transformación: familias, políticas públicas y su inserción”, *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*, serie Seminarios y conferencias, N° 42 (LC/L.2230-P/E), I. Arriagada y V. Aranda (comps.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.150.
- Berman, Peter, Carl Kendall y Karabi Bhattacharyya (1994), “The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants”, *Social Science and Medicine*, vol. 38, N° 2.
- Boccarda, Guillaume (2000), “Antropología diacrónica. Dinámicas culturales, procesos históricos y poder político”, *Lógica mestiza en América*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad de la Frontera/LOM.
- Bourdieu, Pierre (2002), *Outline of a Theory of Practice*, Cambridge University.
- BID/CEPAL (Banco Interamericano de Desarrollo/Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005a), *Atlas sociodemográfico de los pueblos indígenas de Panamá* (LC/R.2124), Santiago de Chile.
- (2005b), “Los pueblos indígenas de Panamá: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo del 2000”, *documentos de proyectos*, N° 20 (LC/W.20), Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *Panorama social de América Latina, 2006* (LC/G.2326-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce (2005), “América Latina, población indígena: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de las metas del Milenio”, *Notas de población*, N° 79 (LC/G.2284-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), junio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.141.

- González Chévez, Liliana (2004), “Anclajes y transformaciones culturales de un pueblo Náhuatl en transición, el caso de Temalac, Guerrero” [en línea] México, D.F., Departamento de Antropología, Universidad Autónoma de México <http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/seminarioe/gonzalezlilian.pdf>.
- Guevara, Tomás (1913), *Las últimas familias y costumbres araucanas*, Santiago de Chile, Editorial Barcelona.
- Guzmán, José Miguel y Susana Schkolnik (2002), “América Latina: Los censos del 2000 y el desarrollo social”, *Notas de población*, N° 75, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL.
- Hernaiz, Carlos (2008), “Experiencia del Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela en el proceso de formulación y operacionalización de conceptos y herramientas estadísticas comunitarias adaptadas a las realidades de los pueblos indígenas”, documento presentado en el Encuentro internacional Región Andina “Dinámicas poblacionales y políticas públicas”, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 9 a 11 de julio.
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (1982), *XV Censo Nacional de Población y IV de Vivienda*, Santiago, Chile.
- Kunitz, Stephen J. (1994), “Disease and the destruction of indigenous population”, *Humanity, Culture and Social Life: An Encyclopedia of Anthropology*, Londres, Routledge.
- Naciones Unidas (1967), *Principios y recomendaciones relativos a los Censos de Habitación de 1970*, Nueva York.
- Oyarce, Ana María (1990), “Vivienda, hogar y familia”, *Censo de reducciones indígenas seleccionadas: análisis sociodemográfico*, Santiago de Chile, Universidad de la Frontera/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL.
- Oyarce, Ana María, María Isabel Romaggi y Aldo Vidal (1986), *Cómo viven los mapuches: análisis del censo de población de 1982*, Santiago de Chile, Ediciones Paesmi.
- Peredo Beltrán, Elizabeth (2004), “Una aproximación a la problemática de género y etnicidad en América Latina”, *serie Mujer y desarrollo*, N° 53 (LC/L.2066-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.09.
- Putnam, Robert (1993), “The prosperous community: social capital and public life”, *The American Prospect*, vol. 13, N° 1995.
- Ruiz, Magda y Yolanda Bodnar (1993), “El carácter multiétnico de Colombia y sus implicaciones censales”, ponencia presentada en el seminario taller Investigación sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas, Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).
- Schkolnik, Susana y Fabiana Del Popolo (2005), “Los censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una metodología regional”, *Notas de población* N° 79 (LC/G.2284-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.141.
- Schrimshaw, Susan (1991), “The meaning of cultural things”, *Sociocultural Studies II*. New South Wales, University of Newcastle.
- Stavenhagen, Rodolfo (2002), “Los conflictos étnicos y sus repercusiones en la sociedad internacional [en línea] <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/CONFLICTOS%20ETNICOS.pdf>.

- ___ (1996), “The challenges of indigenous development”, *Indigenous Development: Poverty, Democracy and Sustainability*, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Stuchlik, Milan (1974), *Rasgos de la sociedad mapuche contemporánea*, Temuco, Ed. Nueva Universidad.
- Tacla, Odette (2004), “Aspectos Metodológicos para la captación de las familias en censos y encuestas de hogares”, *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*, serie Seminarios y conferencias, N° 42 (LC/L.2230-P/E), I. Arriagada y V. Aranda (comps.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.150.



Primera edición

Impreso en Naciones Unidas • Santiago de Chile • S0700736

ISSN impreso 0303-1829 • ISSN electrónico 1681-0333

ISBN 978-92-1-323263-7 • Número de venta: S.09.II.G.08

Copyright © Naciones Unidas 2009

ISBN 978-92-1-323263-7



9 789213 232637