

**TENER MENOS HIJOS PERO RÁPIDO.
CONEXIONES ENTRE REPRODUCCIÓN Y POBREZA
EN EL CONURBANO DE BUENOS AIRES**

Elsa López
Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Introducción

La reducción temprana de la fecundidad ha sido el rasgo distintivo de la transición demográfica argentina; este proceso se ha asociado al uso de anticonceptivos tradicionales y a la influencia ejercida por la población de origen europeo mediante la transmisión de valores y comportamientos (De Janvry y Rothman, 1975; Pantelides, 1986 y 1989; López y Margulis, 1995). Desde 1930 hasta la actualidad el número de hijos tenidos por las mujeres se ha situado alrededor de los 3. En contraste, los cambios más relevantes de la fecundidad en casi toda América Latina ocurrieron a partir de los años 70 en un marco demográfico de acelerado crecimiento de la población que legitimó la intervención del Estado con la finalidad de reducirlo.

El crecimiento moderado de la población argentina tuvo consecuencias en el campo de las políticas y los derechos reproductivos. A fines de los 70 se prohibió toda actividad de asesoramiento y asistencia en anticoncepción (Torrado, 1986) y en la actualidad aún existen dificultades de orden político, legislativo y de recursos para conseguir esos servicios en el área de la salud pública, esgrimiéndose variados argumentos: la “penetración imperialista”, aspectos religiosos o carencia de recursos financieros. Sin embargo, el control de los nacimientos y la recurrencia al aborto se han practicado desde hace largo tiempo en los grupos sociales medios y altos y también por amplias capas de los sectores populares. Si no se partiera de estos supuestos resultaría difícil explicar el crecimiento demográfico relativamente bajo de la Argentina.

En las regiones menos desarrolladas del país se han conservado patrones de fecundidad similares a los que caracterizan el período pretransicional en América Latina: edades tempranas a la primera unión y al primer nacimiento, uso escaso y errático de los métodos anticonceptivos, nacimientos numerosos con intervalos cortos entre sí y un amplio período entre el primero y el último nacimiento (Prada, 1992; López, 1994; 1995a y b y 1997).

Aún en años recientes es posible comprobar grandes diferencias en el número de hijos tenidos por las mujeres de distintos estratos socioeconómicos. En 1991 la descendencia final fue de 2.9 hijos para el total del país, cifra en la que se diluyen los 4.4 hijos de las mujeres de la Provincia de Formosa y los 1.9 hijos tenidos por las de la Ciudad de Buenos Aires (Indec,

1995). Los contrastes entre fecundidad y educación muestran diferencias de 2 hijos entre las que concluyeron el nivel secundario y aquellas que no finalizaron el elemental (2 hijos contra 4, respectivamente) (López y Tamargo, 1995).

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

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

En los últimos años se ha asistido a la ampliación de las perspectivas sobre el campo de la reproducción humana, lográndose avanzar en la construcción de enfoques más comprensivos de estos fenómenos, en los cuales se intersectan cuestiones de alto contenido afectivo y emocional. En esta línea se ha contribuido al conocimiento de las conexiones entre patrones de nupcialidad y conyugalidad, tamaño de la familia, práctica de la anticoncepción y representaciones simbólicas, entre otras. Las posturas de demógrafos y políticos también se han visto sacudidas por la irrupción de los movimientos de mujeres, que aportaron críticas y propuestas a la discusión sobre población y políticas, sosteniendo la prioridad de los derechos individuales de las personas sobre el derecho de los estados y afirmando el derecho a ser sujetos de derecho. En esta línea se ha ido afianzando cierta orientación de las políticas de población en el campo reproductivo, tendiente al reconocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos de mujeres y varones mediante información y asistencia en las decisiones reproductivas (Freedman y Isaacs, 1993; Cook, 1993). Ése es también el punto de partida de este trabajo, cuyo objetivo es conocer aspectos ligados a la reproducción de las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires (municipios que rodean la Capital de la República), poniéndose un énfasis especial sobre las opiniones sobre la constitución de las familias y las descendencias y el papel que juega la anticoncepción en ese marco. Los datos provienen de la investigación "Anticoncepción y aborto: su papel y sentido en la vida reproductiva" (Encuesta de Salud Reproductiva, ESR) financiada por el Programa Especial para Investigación,

Desarrollo y Entrenamiento en Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, radicada en el Instituto “Gino Germani” de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Las mujeres del estudio

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

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

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

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

1. La Ciudad de Buenos Aires tiene descendencias finales inferiores al reemplazo de las generaciones (1.8 hijos por mujer). La provincia de Buenos Aires y su Conurbano, en el cual residen las encuestadas, muestra valores cercanos a los 2.7 hijos por mujer en 1991.
2. En el resto de las provincias argentinas los indicadores se sitúan entre los 3 y los 5 hijos.
3. Los países de los cuales provienen algunas de las encuestadas son los que comparten fronteras con la Argentina, especialmente Paraguay y Bolivia. Ambos tienen niveles de fecundidad más elevados que los de la Argentina.

La mayoría de las mujeres nació en la Capital, el Conurbano o el resto de la Provincia de Buenos Aires, más de un tercio en el resto de las provincias y una de cada diez en otro país. Esta relación se invierte en las mujeres de 35 años o más: más de la mitad nació en el interior del país y sólo un tercio en la capital o en el ámbito bonaerense. Al tomar en cuenta el tamaño de la localidad en la que vivieron cuando eran niñas, dos tercios de las menores de 35 años tuvieron una socialización netamente urbana, mientras que una cifra semejante define el origen rural o semiurbano de las mujeres de 35 años o más. En la procedencia migratoria y el lugar de residencia en la infancia se observan ciertos perfiles de generaciones de mujeres que, si bien se encuentran truncadas en las más jóvenes, permitirán ir señalando rasgos

heterogéneos entre prácticas y representaciones reproductivas. La diversidad de itinerarios de maternidad y anticoncepción por generaciones parece más visible en la población de mujeres pobres, en la cual la transición de la fecundidad es un proceso más reciente y en curso, que en la de sus congéneres de sectores medios, cuya descendencia ha sido históricamente más estable al igual que, presumiblemente, su práctica anticonceptiva.

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

Los hogares de las mujeres

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

El tamaño medio de los hogares con jefes es 5 personas y el de jefas 4.3. Más de la mitad de los hogares tienen cinco personas o más. Los hogares de 8 a 12 personas constituyen el 15% del total y los de 1 a 2 integrantes sólo llegan al 4%. El 73% de los hogares tiene niños menores de 12 años, contando los hogares con jefatura masculina con mayor número de niños.

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

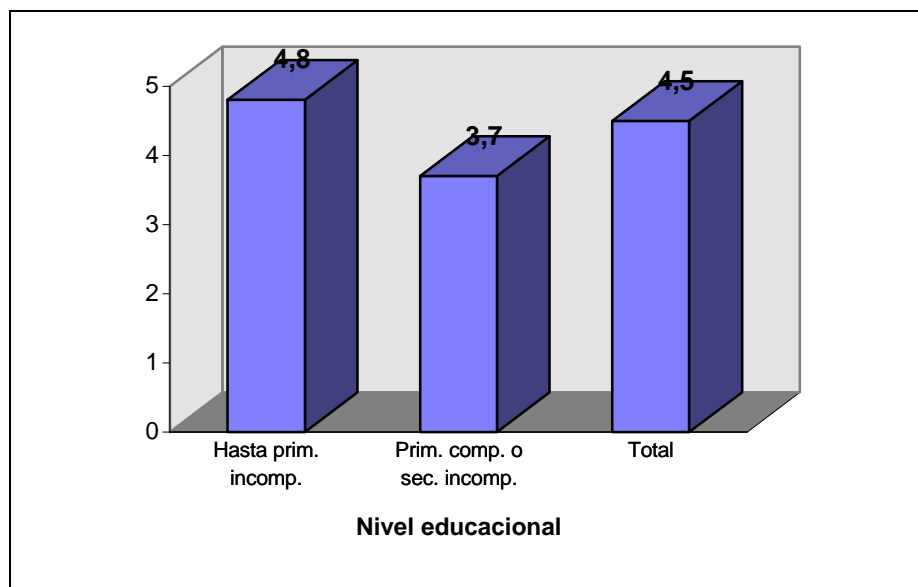
La fecundidad y los patrones reproductivos

La descendencia de las encuestadas es alta desde las edades más jóvenes y llega a 4.5 hijos por mujer a partir de los 40 años. En las menores de 25 años una de cada tres mujeres ya tiene 2 hijos. El 35% de las mujeres con alguna unión tiene cinco o más hijos (véase cuadro 4).

Pese a tratarse de una población homogénea desde el punto de vista socioeconómico, el promedio de hijos nacidos vivos según escolaridad de las mujeres resalta las diferencias de más de un hijo según hayan finalizado o no la escuela primaria. El promedio de hijos de las

mujeres de 45 a 49 años según la edad a la primera unión revela un número mayor en las que se unieron más jóvenes, que llega a los 5 hijos cuando se casaron antes de los 21 años y a 3.8 hijos cuando lo hicieron más tarde (gráfico 1).

Gráfico 1. Promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 45 a 49 años por nivel de educacional



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

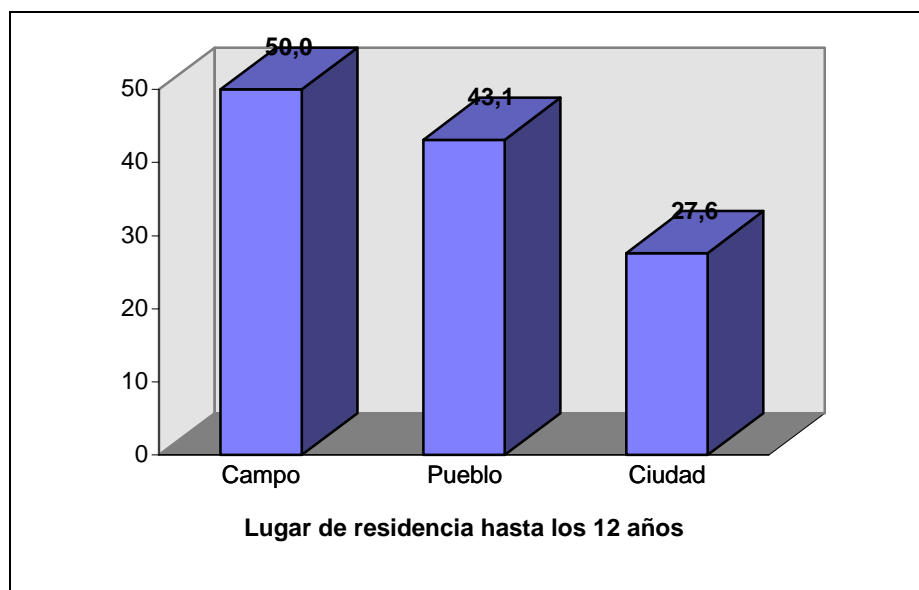
Las edades medianas a la primera relación sexual (17 años), a la primera unión (18 años) y al primer nacimiento (19 años) señalan calendarios muy precoces de inicio a la práctica sexual y a la formación de familias y descendencias. La distribución por generaciones pone de manifiesto un rejuvenecimiento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

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

países limítrofes, todo parece indicar la existencia de fuertes lazos entre representaciones y prácticas reproductivas y procesos socioculturales como el hecho migratorio.

Para ahondar en esta línea se consideró el número de hijos nacidos vivos de las mujeres de 35 años o más por el lugar de residencia hasta los 12 años (gráfico 2). Si bien el 39% de las mujeres tenía 5 o más hijos, se observaron nítidas diferencias según el lugar de socialización: el 28% de las que vivieron en una ciudad, el 43% que habitaron en un pueblo y el 50% de las oriundas del campo llegaron a esa descendencia.

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres de 35 a 49 años con 5 hijos y más por lugar de residencia hasta los 12 años



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

Se interrogó a las encuestadas acerca del número de hijos tenidos por sus madres revelándose que el 39% de las de 35 a 49 años tenía 5 hijos o más, mientras que el 74% de sus madres alcanzó esa descendencia. ¿Qué factores explican ese cambio? ¿Cuántos hijos tuvieron en la zona de origen las mujeres que no migraron? ¿Bajará o se mantendrá igual a la de sus madres la fecundidad de las mujeres más jóvenes? Éstas tienen la particularidad de no haber estado expuestas al hecho migratorio, aunque sí a las valoraciones positivas de las familias con muchos hijos.

Anticoncepción

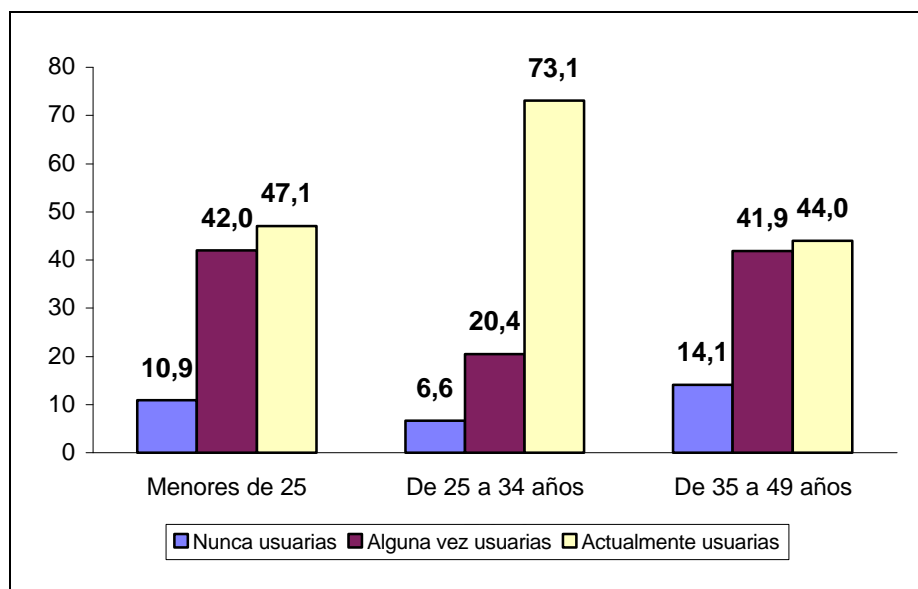
Como se ha señalado, en la Argentina existe un conocimiento muy escaso sobre las relaciones entre anticoncepción y otros fenómenos de la reproducción humana. Los estudios probabilísticos sobre el Area Metropolitana de Buenos Aires se remontan a la década del 60 (de Janvry y Rothman, 1975); más tarde se encuentra alguna información fragmentaria en la

Investigación sobre Pobreza en Argentina (López, 1990). Los datos más recientes permiten acercarse al conocimiento de la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edades fértiles, aunque no se sabe acerca de los métodos utilizados ni de otros aspectos relevantes para el conocimiento del tema (López y Tamargo, 1995).

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

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

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres con alguna unión o relaciones sexuales por edad y condición de uso de anticonceptivos



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

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

El uso actual según el número de hijos nacidos vivos revela una mayor intensidad en las mujeres con 2, 3 ó 4 hijos y niveles más reducidos en las que aún no los tienen (y que presumiblemente estarán intentando tenerlos) y las que tienen 5 o más (las de mayor edad) (véase cuadro 5).

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

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

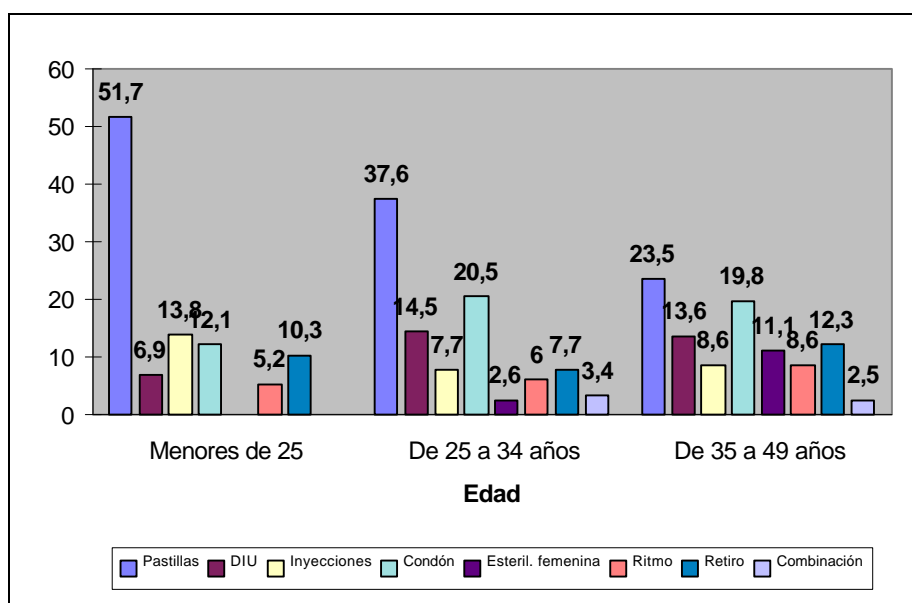
La preferencia de métodos según la edad señala que las pastillas ocupan el primer lugar en todas las edades y que la utilización del DIU se acrecienta notablemente con la edad. El uso del preservativo ocupa un lugar importante en la práctica sexual de todas las mujeres y es de destacar el crecimiento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

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

¿Cómo deben interpretarse estos datos? ¿Es positivo o no favorecer la desmedicalización de la anticoncepción? ¿Es adecuado que las pastillas e inyecciones sean recomendadas por amigos, familiares o "nadie"? ¿Es deseable que las mujeres y las parejas utilicen los métodos basándose en que los sienten más seguros y eficientes o, por el contrario, existen criterios de eficacia y seguridad (un método que se ajuste a la edad, paridez, estado de salud y preferencia de la mujer y de su pareja) que un lego no está en condiciones de manejar? ¿Es mejor o peor que las mujeres se automediquen, habida cuenta de que no obtienen respuesta de los servicios de salud? Estas preguntas se dirigen a esclarecer el problema de

cientos y miles de mujeres que tienen que recurrir a lo que conocen y a lo que pueden acceder (física, económica y culturalmente). En ese caso, y tomando en consideración el riesgo de un embarazo no oportuno o no planeado, la automedicación parece un riesgo menor, pero estos problemas tendrían que ser formulados y contemplados por los encargados de los programas de salud de las mujeres.

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres con alguna unión o relaciones sexuales que usan actualmente algún método anticonceptivo por edad y método utilizado



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

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

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

Las opiniones revelaron que, en el caso ideal, sólo una de cuatro mujeres querría tener menos de 3 hijos y el 20% piensa que una familia debería tener 5 hijos o más. Estos valores muestran una altísima valoración de las familias numerosas. Al opinar sobre la situación concreta la óptica se modifica y el peso de las que desean tener 1 ó 2 hijos se acrecienta -50%- , disminuyendo el resto. Las diferencias por edad se detallan a continuación:

a) hasta los 30 años la mayoría de las mujeres piensa que el número más apropiado de hijos es 2, tanto en situaciones ideales como concretas. En las primeras nunca se menciona la posibilidad de tener un solo hijo, mientras que esta paridad alcanza al 12% de preferencia en las situaciones concretas. Si este porcentaje se suma al de las mujeres que hubieran preferido 2 hijos se puede concluir que, en situaciones concretas, más de la mitad de las mujeres más

jóvenes sitúa entre 1 y 2 hijos su descendencia, aunque idealmente el 60% de ellas se manifiesta partidaria de tener 2 ó 3 y un 33% considera que tener 4 o más hijos es un buen número para el tamaño de una familia.

Cuadro 1. Distribución porcentual de las mujeres por edad y número de hijos que se prefiere en situación ideal

Edad	Número de hijos en situación ideal				
	1	2	3	4	5 o más
Total	1.4	26.7	23.7	21.2	20.1
15-19	5.1	31.4	21.2	19.5	16.1
20-24	1.2	35.7	25.0	21.4	11.9
25-29	40.5	23.8	21.4	11.9	
30-34	20.2	20.2	28.6	23.8	
35-39	18.6	27.1	18.6	32.9	
40-44	20.0	20.0	15.4	32.3	
45-49	1.8	10.7	32.1	23.2	23.2

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

Cuadro 2. Distribución porcentual de las mujeres por edad y número de hijos que se prefiere en situaciones concretas

Edad	Número de hijos en situación concreta				
	1	2	3	4	5 o más
Total	8.2	38.3	19.4	17.6	11.2
15-19	12.7	50.0	16.1	9.3	2.5
20-24	11.9	44.0	25.0	10.7	2.4
25-29	11.9	40.5	15.5	22.6	6.0
30-34	7.1	35.7	17.9	20.2	11.6
35-39	1.4	30.0	25.7	21.4	12.9
40-44	1.5	35.4	16.9	16.9	19.9
45-49	5.4	19.6	21.4	30.4	16.0

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

b) Una situación distinta aparece a partir de los 30 años, cuando el promedio de hijos ya tenidos por las encuestadas va de 3.3 hasta 4.5, de tal manera que las preferencias por un número más alto adquieren sentido. Así, la mitad de las mujeres prefiere idealmente 4 o más hijos; considerando su situación concreta sólo un tercio de ellas elegiría esa descendencia.

Como las mujeres mayores ya tienen muchos hijos, la pregunta que surge se refiere a las jóvenes: ¿seguirán o no los patrones reproductivos de sus madres o parientas? ¿En qué

medida y calendario?. La respuesta excede el marco de las decisiones individuales, ya que sería necesaria la creación y ampliación de servicios de salud en anticoncepción, para observar luego si las tendencias esbozadas conducen a una demanda de asistencia, si esa demanda es respondida con servicios adecuados y si de estas acciones se desprenden modificaciones en los patrones reproductivos de las mujeres de bajos niveles socioeconómicos.

¿Cuál es el mejor intervalo entre la unión y el primer nacimiento? En las comparación entre lo ideal y lo vivido se advierten diferencias (Cuadro 3). Más de la mitad de las mujeres prefiere, idealmente, una separación mayor a los 2 años entre la unión y el primer nacimiento. Sin embargo, lo ocurrido en la realidad muestra otros ritmos: un 10% de las madres tuvo su primer hijo antes de la unión y una de cada seis fue madre antes del año, lo que significa que la cuarta parte de ellas dio origen a un nacimiento antes de cumplir el primer año de la unión. De lo anterior parece desprenderse una tendencia hacia la declaración de temporalidad de uno a dos años después de la unión, independientemente de la experiencia de la maternidad. Ello estaría indicando una adhesión simbólica, que no se cumple en la práctica, a modelos de uniones y maternidades de sectores medios.

Cuadro 3. Distribución porcentual de las mujeres con alguna unión por intervalo ideal entre la unión y el nacimiento del primer hijo según el intervalo real entre la unión y el primer nacimiento

Intervalo real	Intervalo ideal					Total
	Menos de 1 año	1 a 1.99 Años	2 a 2.99 Años	3 a 4.99 Años	5 años ó más	
1er. Nacimiento antes de la unión	14.6	36.6	29.3	9.8	9.8	10.1
Menos de 1 año	9.0	43.3	23.9	13.4	10.4	16.5
1 Año	9.2	38.2	29.8	13.0	9.9	32.3
2 Años	11.7	35.1	28.6	11.7	13.0	19.0
3 a 4 años	----	26.5	46.9	20.4	6.1	12.1
5 años ó +	2.5	32.5	27.5	15.0	22.5	9.9
Total	8.4	36.3	30.4	13.6	11.4	100.0

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

La mejor edad para comenzar a tener hijos puede dar pistas sobre los calendarios imaginados. Existe cierta disparidad entre la edad declarada como ideal para iniciar la maternidad y la práctica concreta de ésta. Más de la mitad de las mujeres que ya habían sido madres opinó favorablemente sobre las edades jóvenes para el inicio de la maternidad (un tercio se inclinó por los 20 ó 21 años y el 17% por debajo de los 20 años); las diferencias de opinión entre las madres de distintas generaciones mostraron ser pequeñas.

La edad de las mujeres al inicio de la maternidad muestra una realidad aún más acentuada: una cuarta parte de ellas tuvo a sus hijos antes de los 18 años, cerca de la mitad antes de los 20 y alrededor de los dos tercios hasta los 20 o 21 años.

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

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

La adhesión ideal al intervalo deseable entre el primer y el segundo hijo se situó entre 2 ó 3 años (dos tercios a tres cuartas partes de las mujeres apoyaron esa opción). A pesar de lo expresado, el análisis del primer intervalo intergenésico real revela que el 43% de las mujeres ha tenido sus primeros hijos en intervalos menores a los 2 años (el triple de lo expresado como ideal) y solamente un tercio de ellas una separación de 2 a 3 años (menos de la mitad de lo ideal).

¿A qué pueden atribuirse las diferencias encontradas? ¿Se trata de una respuesta sobre el "deber ser", la opinión que ellas piensan que se espera que den, aquella que está en el contexto colectivo de la mayoría de la población? Para esbozar alguna explicación se revisaron las respuestas de todas las mujeres por edad, independientemente de su condición de madres. Se encontró que 3 de cada 4 menores de 20 años opinaron a favor de intervalos intergenésicos que no excedieran de los 2 años; las mujeres más grandes siguieron el patrón descripto más arriba.

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

En los estratos socioeconómicos más favorecidos los jóvenes dedican, de manera creciente, un número importante de años a la escolarización, retrasando la incorporación a la actividad económica y a la formación de la familia. En contraste, y particularmente entre las mujeres jóvenes de los estratos más pobres, a menudo se identifica la entrada a la pubertad como sinónimo de incorporación a la edad adulta, estado que se adquiere de manera definitiva

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

La autonomía femenina: algunos indicios

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

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

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

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

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

Dos tercios de las mujeres consideran que hay que **“tener los hijos que se tenga ganas”**. Las de más edad son las que se inclinan más por esta opinión y las mujeres jóvenes y

nunca usuarias son las que marcan su desacuerdo. El alto acuerdo con este ítem podría explicarse por su grado de ambigüedad, ya que las "ganas" son atributos personales y subjetivos.

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

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

"Los anticonceptivos traen trastornos" motiva el acuerdo de algo más de la mitad de las mujeres, aceptación más acentuada entre las usuarias actuales y las alguna vez usuarias mayores de 35 años. Un 15% está en desacuerdo, apreciándose una elevada proporción de mujeres que no contestan sobre este ítem (19%), entre las cuales predominan las más jóvenes y las nunca usuarias de anticonceptivos. Al respecto debe recordarse que cuando se les preguntó sobre desventajas del método actual el 81% contestó que no las tenían.

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

Los resultados de algunos ítems particularmente significativos de la autonomía femenina muestran un cambio interesante en las mujeres pobres del Conurbano de Buenos Aires, advirtiéndose señales de independencia y reconocimiento del cuerpo y la sexualidad. El desacuerdo con frases que homologan la maternidad con la identidad femenina puede interpretarse en este sentido. En los datos comentados parece insinuarse cierta propensión a un cambio, evidenciado en las opiniones sobre la formación de las familias, la autonomía femenina y el uso de anticonceptivos. Esto se traduciría eventualmente en una modificación de los proyectos de vida de las mujeres a mediano plazo, especialmente en las más jóvenes y las más instruidas. Esta tendencia también se manifestó al indagarse sobre mejor edad al

inicio y a la finalización de la maternidad, cantidad de hijos, intervalos intergenésicos, aunque se observaron marcadas diferencias entre lo declarado como situaciones ideales y las prácticas concretas (López, 1995).

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

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

Comentarios finales

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

En los párrafos que siguen se busca vincular algunas de las preguntas formuladas al principio de la investigación con los hallazgos encontrados, esperando que estas conclusiones sirvan de anclaje para formularse preguntas de mayor especificidad.

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

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

Uno de los hallazgos de esta investigación, ligado a la dimensión generacional, mostró que las madres de las encuestadas tenían un número de hijos mayor al de éstas, lo cual indica el inicio de la transición de la fecundidad en los estratos socioeconómicos más bajos de la

sociedad argentina. Ese proceso ya se ha completado en los sectores sociales más acomodados.

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

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

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

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

Referencias bibliográficas

- Berquó, E. 1989. A familia no século XXI: um enfoque demográfico. En *Revista Brasileira do Estudos Populacionais*, 6(2).
- Bruce, J. 1990. *Elementos fundamentales de la calidad de la atención: un marco conceptual simple*. Documento de trabajo. New York, The Population Council.
- Cook, R. 1993. International Human Rights and Women's Reproductive Health. En *Studies in Family Planning*, 24,2:73-86.
- De Janvry, B. y Rothman, A.M. 1975. *Fecundidad en Buenos Aires, Informe sobre los resultados de la Encuesta de Fecundidad en el área de Capital y Gran Buenos Aires, 1964*. Santiago de Chile, CELADE.
- Findling, L. y López, E. 1996. Mujeres pobres del Conurbano Bonaerense: conexiones entre dinámica del hogar y práctica anticonceptiva. En *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires, CENEP, CEDES y AEPA: 37-44.
- Freedman, L. y Isaacs, S. 1993. Human Rights and Reproductive Choice. En *Studies in Family Planning* 24,1:18-30.
- García, B. y de Oliveira, O. 1994. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México, El Colegio de México.
- INDEC. 1995. *Situación y evolución social. Síntesis No.3*. Buenos Aires, INDEC.
- Jelin, E. 1984. *Familia y unidad doméstica. Mundo público y vida privada*. Buenos Aires, CEDES, Estudios CEDES.
- López, E. 1990. Fecundidad, anticoncepción y pobreza en áreas urbanas de la República Argentina. Taller sobre investigaciones recientes en el área de la salud reproductiva y sus implicancias para el diseño de políticas. Mimeo.
- 1994. Anticoncepción en América Latina. En Celton, D. (compiladora). *Problemas de población en América Latina*. Córdoba, Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba: 73-80.
- 1995a. Fecundidad y anticoncepción en el Conurbano de Buenos Aires: nuevos datos, nuevos interrogantes. En *II Jornadas Argentinas de Estudios de la Población (AEPA)*. Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación: 447-460.
- 1995b. Fecundidad, práctica anticonceptiva y tamaño de la familia: un estudio en madres del Conurbano de Buenos Aires. En *I Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba: 141- 159.
- 1997. *Anticoncepción y aborto. Su papel y sentido en la vida reproductiva*. Buenos Aires, Instituto Gino Germani y Oficina de Publicaciones del C.B.C de la Universidad de Buenos Aires.
- y Masautis, A. 1994. Aborto en el Conurbano de Buenos Aires: opiniones, evidencias e interrogantes. En *Determinantes del aborto y factores asociados*. Santafe de Bogotá, Universidad Externado de Colombia: 16-30.
- y Margulis, M. 1995. Aproximación sociocultural al estudio de la salud reproductiva: mujeres y servicios de salud. Informe final de investigación. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Inédito.

----- y Tamargo, M. 1995. La salud de la mujer. En INDEC, *Infancia y condiciones de vida. Encuesta esècial para el Monitoreo de las Metas Sociales*. Buenos Aires, INDEC: 163-197.

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

Mundigo, A. 1994. La interdisciplina en la salud reproductiva. V Encuentro de la Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática. Buenos Aires. Mimeo.

Mundigo, A. 1993. Health and Social Aspects of Induced Abortion. En *Proceedings International Population Conference*, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Montreal: 203-208.

Pantelides, E. A. 1989. *La fecundidad argentina desde mediados del Siglo XX*. Buenos Aires, CENEP, Cuadernos del CENEP 41.

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

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

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

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

Torrado, S. 1986. La cuestión poblacional argentina y las políticas de población. En Torrado, S., Novick, S. y Olego de Campos, S. *Política, población y política de población. Argentina 1946-1986*. Buenos Aires, Cuadernos del CEUR No. 18.

Cuadro 4. Características de las mujeres por edad (en porcentaje)

Características	< de 25	25 a 34	35 ó +	Total
Hijos nacidos vivos				
0	17.4	3.2	1.6	5.3
1 a 2	71.0	46.1	26.1	42.3
3	10.5	18.6	19.7	17.4
4 a 5	1.1	25.1	22.9	19.4
6 ó +	-	7.0	29.7	15.6
Hijos de sus madres				
0 a 3	26.7	22.0	18.0	-----
4 a 6	39.2	29.7	25.7	-----
7 ó +	34.1	48.3	56.3	-----
Condición de uso MAC				
Nunca usuarias	10.9	6.6	14.1	10.7
Alguna vez usuarias	42.9	20.4	41.9	34.4
Usuarias actuales	47.1	73.1	44.0	54.9
Uso actual y N° de hijos				
0	26.8	4.9	1.2	-----
1	33.9	14.8	3.6	-----
2	30.4	27.9	27.4	-----
3	7.1	19.7	19.0	-----
4 ó +	1.8	32.7	48.8	-----
N° de hijos al comenzar				
0	66.1	47.5	45.2	-----
1	19.6	23.8	20.2	-----
2	14.3	18.0	19.1	-----
3 ó +	---	10.7	15.5	-----
Método actual				
Pastillas	51.7	37.6	23.5	36.3
DIU	6.9	14.5	13.6	12.5
Inyecciones	13.8	7.7	8.6	9.4
Condón	12.1	20.5	19.8	18.4
Esterilización fem.	---	2.6	11.1	4.7
Ritmo	5.2	6.0	8.6	6.6
Retiro	10.3	7.7	12.3	9.8
Otros	---	3.4	2.5	2.3

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