

**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**LICENCIATURA**

**EN**

**MINORIDAD Y FAMILIA**

# TESIS DE LICENCIATURA

“ALTO NIVEL DE FECUNDIDAD EN MUJERES DE ESTRATOS MARGINALES DEL DEPARTAMENTO DE LAS HERAS: UN ESTUDIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GENERO, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS”

ALUMNA: MARÍA VALERIA PERALTA  
DIRECTORA: LIC. ROSANA RODRIGUEZ  
CO DIRECTORA: LIC. HILDA FADÍN

Mendoza, 2010

## HOJA DE EVALUACIÓN

**TRIBUNAL**

**PRESIDENTE:**

**VOCAL:**

**VOCAL:**

**PROFESORA INVITADA:**

## **Resumen**

El presente trabajo aborda el alto nivel de fecundidad en mujeres de estratos marginales de Las Heras, Mendoza. Para ello, observamos la temática desde una perspectiva de género, derechos sexuales y reproductivos.

Desde la práctica profesional, encontramos que comúnmente los niños/as y adolescentes abordados provienen de familias numerosas de estratos marginales, donde se observan obstáculos subjetivos y objetivos para realizar una planificación familiar.

Por ello, indagamos sobre las causas de este fenómeno, ya que también encontramos variables sociales, económicas y de políticas públicas que impiden que las mujeres de sectores vulnerables con familia numerosa que no desean tener más hijos, puedan gozar plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos.

Desde lo teórico, citamos diversos autores que advierten sobre la vulneración de derechos sexuales y reproductivos de mujeres de estratos marginales y las consecuencias sociales que implica tanto para la mujer madre de prole numerosa, como para cada uno de los niños/as y adolescentes pertenecientes a este grupo de hermanos. En la práctica se observa hacinamiento por cuarto y por cama, malnutrición y desnutrición, repitencia y abandono escolar, trabajo infantil, problemas de salud, de alguno/s integrantes de la familia, violencia intrafamiliar, etc. El resultado final es el crecimiento de la pobreza y sus consecuencias.

El diseño de investigación para este proyecto es de tipo descriptivo enmarcado dentro de las metodologías cualitativas y las técnicas utilizadas son las entrevistas semi-estructuradas.

## **Abstract**

This paper addresses the high fertility levels on marginal women in Las Heras, Mendoza. Accordingly, we have studied the topic from the perspective of gender and the sexual and reproductive rights.

From the professional standpoint, we find that children and teenagers interviewed normally come from large families where we observed objective and subjective obstacles to elaborate family planning and birth control.

We researched the causes of this phenomenon and found socio-economic variables as well as public policy which prevent women from vulnerable sectors and large families (who don't wish more children) from exercising their sexual and reproductive rights.

Several authors pointed a breach of the sexual and reproductive rights of women from marginal stratum and listed the social consequences for those mothers as well as for each child belonging to this marginal group of siblings. In the field, we observe room and bed overcrowding, malnutrition and under nutrition, repetition and dropout from school, child labor, psychological and/or psychiatric problems of one or many members of the family, interfamilial violence, etc. The final result is the growth of poverty and its consequences.

The investigation design for this project is descriptive, framed within qualitative methodologies and the techniques used are semi-structured interviews.

## INDICE

Título .....	Pág. 2
Hoja de Evaluación .....	Pág. 3
Resumen .....	Pág. 4
Abstract .....	Pág. 5
Indice .....	Pág. 6
Introducción .....	Pág. 8
PRIMERA PARTE .....	Pág. 10
Capítulo I .....	Pág. 11
1.1) Pobreza .....	Pág. 12
1.2) Formas de medir la pobreza .....	Pág. 21
1.3) Pobreza en Mendoza .....	Pág. 25
1.4) La mujer en situación de pobreza .....	Pág. 30
Capítulo II .....	Pág. 38
2.1) Planificación Familiar y Derechos Sexuales y Reproductivos: conceptos generales .....	Pág. 39
2.2) Planificación Familiar y Derechos Sexuales y Reproductivos en la Provincia de Mendoza .....	Pág. 46
2.3) Salud reproductiva: brecha entre pobres y ricos.....	Pág. 49
Capítulo III .....	Pág. 54
3.1) Teorías demográficas .....	Pág. 55
3.2) El rol del Estado: Políticas Públicas .....	Pág. 60

Capítulo IV .....	Pág. 73
4.1) Planificación Familiar deficiente. Análisis de sus causas .....	Pág. 74
4.1.1) Problemáticas de Género .....	Pág. 76
4.1.2) La Religión .....	Pág. 81
4.1.3) El nivel educativo .....	Pág. 87
4.1.4) El rol de la familia .....	Pág. 90
4.2) Consecuencias de una planificación familiar deficiente en la Provincia de Mendoza .....	Pág. 91
4.3) Cuadros y Estadísticas .....	Pág. 97
SEGUNDA PARTE .....	Pág. 102
Investigaciones de Campo .....	Pág. 103
Capítulo V .....	Pág. 104
5.1) Metodología de Trabajo .....	Pág. 105
5.2) Tipo de Investigación .....	Pág. 107
5.3) Planteamiento del Problema .....	Pág. 107
5.4) Objetivos de la Investigación .....	Pág. 108
5.5) Hipótesis .....	Pág. 108
5.6) Diseño de Investigación .....	Pág. 108
5.7) Selección de Muestra .....	Pág. 121
Capítulo VI .....	Pág. 124
Análisis de Datos .....	Pág. 125
Conclusiones .....	Pág. 134
Bibliografía.....	Pág. 138

## **INTRODUCCIÓN**

Con este trabajo pretendemos investigar cuáles son los factores que inciden en las decisiones reproductivas de las mujeres con familia numerosa y NBI de estratos marginados del departamento de Las Heras de la provincia de Mendoza.

Dado que la definición de sectores populares es ambigua y no permite una delimitación clara, tomaremos como referencia el indicador de NBI en la situación de estas mujeres.

En cuanto al concepto de “familia numerosa”, no hemos hallado una descripción clara al respecto. Si bien existe una pensión otorgada para madres de 7 hijos y una asignación por hijo que se incrementa a partir del tercero, por considerarse familia numerosa otorgada por ANSES a los trabajadores, tomaremos los datos aportados por Susana Torrado donde las mujeres de alta paridez son aquellas que tienen 4 hijos o más. (21)

La pregunta que motiva esta investigación consiste en detectar por qué mujeres con NBI de estratos marginados tienen más hijos que las mujeres de clase media y alta, teniendo en cuenta que esta pregunta se enmarca en distintas investigaciones y datos estadísticos que revelan que la regulación de la fecundidad tiene estrecha relación con el estrato social de pertenencia de las mujeres, siendo las de estratos marginados del segmento poblacional las que presentan el más alto nivel de fecundidad.

Para lo cual partimos del supuesto de que los comportamientos reproductivos, la efectivización de los derechos de salud sexual y reproductiva y las políticas de procreación responsable o planificación familiar tienen estrecha relación con los grupos sociales de pertenencia de las mujeres.

Por lo tanto, investigaremos los procesos que ocurren en las mujeres del sector social en estudio, tomando en cuenta los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan, en una sociedad como la nuestra donde la mujer tiene el rol social asignado a priori de “ser madre”. En nuestra cultura, la maternidad de las mujeres se considera al

punto de simbolizar que si “no se es madre (biológica), no se es mujer” (Checa, Susana y Rosenberg, Martha I, pág. 13)

Esto nos lleva a plantearnos el concepto de maternidad. Susana Checa y Martha Rosenberg definen la misma:

*“La maternidad consiste en hacer de una posibilidad biológica real – dada por el embarazo- una persona perteneciente a una cultura y un grupo determinados.”* (Checa, Susana y Rosenberg, Martha I, pág. 16)

Pero para esto es necesario que la mujer pueda interiorizar simbólicamente la existencia de otro dentro de sí. Y este vínculo sólo puede crearse y/o ser promovido cuando existe el *deseo de un hijo*. Por lo expuesto, adherimos a la propuesta de Luce Irigaray de sustituir el nombre de procreación por el de co-creación.

Asimismo pretendemos indagar sobre la relación existente entre las problemáticas de salud derivadas de una alta fecundidad en el grupo de mujeres mencionado, tanto de la mujer como de los niños/as pertenecientes a estas familias numerosas.

Por ello nos proponemos como objetivo principal indagar las posibles causas que determinan que en las familias más humildes de la provincia de Mendoza encontremos los grupos de hermanos más numerosos.

Para tal fin indagaremos sobre la pobreza con el fin de definir el grupo de estudio abordado y definiremos los conceptos de “planificación familiar”, “educación sexual” y “salud reproductiva” y afrontaremos las teorías poblacionistas planteadas históricamente al respecto.

Asimismo no proponemos explorar sobre las tendencias mundiales en política de población y específicamente sobre las políticas públicas en materia de planificación familiar realizadas en Argentina y en particular en la provincia de Mendoza y finalmente examinaremos las posibles causas y consecuencias de las mismas sobre la población y específicamente sobre las mujeres con NBI con alta fecundidad.

# PRIMERA PARTE

# CAPITULO I

## 1.1) POBREZA

En el presente capítulo intentaremos conceptualizar el área de la población sobre la cual abordaremos nuestra investigación: la pobreza, llamada también sectores marginales, vulnerables, familias con NBI, etc. Para ello comenzaremos por definirla según los autores consultados.

La pobreza remite a una *“situación socioeconómica en la que se hallan amplios conjuntos poblacionales que no cuentan con los recursos suficientes para satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas”*. (Argüello, en Reyes Suarez, A. B.)

La definición de pobreza exige el análisis previo de la situación socioeconómica general de cada área o región, y de los patrones culturales que expresan el estilo de vida dominante en ella.

Así, podemos pensar a la pobreza con relación a las capacidades de las personas para funcionar en sociedad. Los bienes y servicios no son importantes en sí mismos; lo que importa son características o cualidades que proveen las personas para que tengan posibilidades de elegir un vector de funcionamiento y las capacidades que pueden adquirir. El conjunto de capacidades es una representación de la efectiva libertad que goza una persona para elegir uno u otro modo de vida.

Desde aquí, la idea de las necesidades básicas se plasma en la de *“capacidades básicas para funcionar”*, con el objeto de tener *“suficiente espacio para elegir”*. Superar la pobreza significa asegurar antes que nada que las personas se constituyan como seres humanos, y entre otros elementos disfruten de libertad para elegir el tipo de vida que quieren vivir.

El desarrollo social de una comunidad se puede determinar a través de "un síndrome situacional en el que se asocian el consumo, las condiciones habitacionales, niveles educativos, inserción laboral y participación en los mecanismos de integración social". Cuando los ingresos son insuficientes surge la pobreza que se puede definir como "la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros,

los que por esa razón se ven expuestos a déficit en su desarrollo físico y psicológico y a insuficiencias en el aprendizaje de habilidades socioculturales, que pueden incidir en una reducción progresiva de sus capacidades de obtención de recursos, activándose de este modo los mecanismos reproductores de la pobreza". (BECCARIA, L y MINUJIN, A.,1991)

Estos grupos sufren la carencia de muchos de los bienes y servicios necesarios a su desarrollo, lo que hace que sus proyectos de vida sean limitados y que el nivel de sus aspiraciones se detenga en los límites de lograr la satisfacción de aquellas necesidades mínimas, vitales para el mantenimiento y reproducción de las unidades a las cuales pertenecen.

Los pobres están más expuestos a los riesgos de salud que entraña el medio ambiente y al contagio, resultante de viviendas inadecuadas y hacinadas, carentes de servicios sanitarios o de agua no contaminada, a menudo ubicadas en zonas insalubres, tanto urbanas como rurales. Los muy pobres padecen hambre a diario. La malnutrición de la gente la predispone a una salud endeble y contribuye a las altas tasas de mortalidad derivada de la maternidad entre los muy pobres. Los embarazos no deseados sobrecargan todavía más la salud de la mujer. Las infecciones y lesiones asociadas con el embarazo y el parto reducen la productividad de la mujer y menoscaban la calidad de su vida.

Asimismo cabe distinguir entre falta de ingreso y falta de capacidad. Los pobres sienten agudamente su falta de poder, su inseguridad, su vulnerabilidad y su falta de dignidad. En lugar de adoptar decisiones por sí mismos, están sujetos a las decisiones de los demás en casi todos los aspectos de sus vidas. Su falta de educación o aptitudes técnicas los mantiene atrasados. Debido a su mala salud, el empleo es errático y mal remunerado. Su pobreza misma los excluye de los medios de liberarse de la pobreza. Sus intentos de satisfacer incluso las necesidades más básicas tropiezan con obstáculos persistentes, económicos o sociales, pertinaces o incongruentes, jurídicos o consuetudinarios. La violencia es una amenaza perenne, especialmente para las mujeres.

Las dificultades sociales y los problemas de marginalidad que afectan a una población no se reducen a la insuficiencia de ingresos para hacer frente a la supervivencia. La pobreza por ingresos o por acceso a bienes sociales básicos es sólo

una de las dimensiones de la privación social. En este sentido, se ha comenzado a enfatizar que la situación de pobreza no se refiere exclusivamente a la carencia de recursos económicos, sino también a la falta de capacidad para acceder a diferentes bienes y recursos. Estas capacidades no pudieron desplegarse debido a la falta de oportunidades de educación, participación en instituciones sociales, etc. Por lo tanto, el ataque a las causas de la pobreza debe encararse no sólo con beneficios materiales, sino a través de procesos de capacitación, de fortalecimiento de organizaciones comunitarias, de estímulo a la participación, etc. En definitiva, se trata de desarrollar capacidades para resolver los problemas que plantea la subsistencia y el logro de una calidad de vida satisfactoria, favoreciendo procesos de inclusión social.

La posibilidad de superar estas condiciones negativas depende fundamentalmente de la existencia y posibilidad de acceder a fuentes y derechos básicos de bienestar: trabajo remunerado y estable, conocimientos y habilidades, tiempo libre, seguridad y provisión de servicios sociales (que incluye garantizar los derechos sexuales y reproductivos), patrimonio económico, ciudadanía política, integración social e identidad étnica y cultural. Por lo tanto, es necesario realizar esfuerzos para la identificación no sólo de los efectos manifiestos de la pobreza, sino también de las condiciones de vulnerabilidad. El objetivo de la política social debe ser no sólo atender más puntualmente las demandas sociales de pobres y marginados, sino también poder anticipar políticas sociales dirigidas a desactivar los factores y procesos que reproducen la exclusión social.

Los cambios demográficos pueden afectar la distribución del ingreso, y por ende el nivel de pobreza de una economía. En particular, en la Argentina existe evidencia de un aumento en el tamaño de las familias de menores ingresos durante las últimas dos décadas, con potenciales consecuencias sobre el nivel de pobreza.

Según una investigación realizada en el año 2002 por el Departamento de Economía de la Universidad Nacional de La Plata, donde se estudió las características demográficas y pobreza en Argentina, se concluyó que:

- Mientras que los hogares con menor número de miembros han escapado en gran parte a la pobreza, el porcentaje de nuevos pobres en los hogares

numerosos es muy grande, alcanzando por ejemplo casi el 50% de los hogares con 6 o más miembros en el GBA entre 1980 y 2000.

- Durante la depresión económica de 2001 el fenómeno de empobrecimiento fue más fuerte en los hogares con jefe con menor educación, y particularmente intenso para aquellas familias con un mayor número de miembros.
- En las familias pobres la aparición de un miembro adicional (típicamente el nacimiento de un nuevo hijo) aumenta la probabilidad de abandono del sistema educativo formal por parte de un miembro joven del hogar. La estructura familiar parece ser importante en la decisión de abandono: a igualdad de otras condiciones el abandono es más probable en familias monoparentales con jefa mujer.

Dicho trabajo identifica dos grupos demográficos particularmente vulnerables: los hogares monoparentales con jefa mujer de baja educación, y los hogares numerosos con jefes con baja educación. Estos grupos tienen tasas de pobreza particularmente altas, y son más propensos a problemas de acceso a servicios sociales, deserción escolar y cierta discriminación laboral.

El trabajo realizado por la Universidad de La Plata recomienda destinar esfuerzos en estudiar en detalle la problemática de estos grupos, y asignar recursos para el tratamiento de esa problemática y resalta que *“la pobreza parece estar asociada, entre otros factores, a la alta fertilidad. Las familias más numerosas son en promedio más pobres (en términos de ingreso total), han sido las más vulnerables en las últimas dos décadas, y tienen más problemas de acceso a servicios sociales, marginalidad y deserción escolar. Adicionalmente, el aumento de la pobreza en la Argentina es explicable en parte por un incremento en el tamaño de las familias de menores recursos. Estas observaciones sugieren tomar el problema de la fertilidad con seriedad por parte de los hacedores de política, quienes suelen considerarlo un dato exógeno sin demasiado impacto sobre las condiciones de vida de la población.”*

En otro trabajo realizado por la misma Universidad, el cual se realiza utilizando los micro datos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina del año 2005, los hallazgos demuestran que así como algunos comportamientos demográficos son independientes del nivel económico social (ej. hogares monoparentales), el mayor tamaño de las

familias, la baja escolaridad materna, el bajo clima educativo, la maternidad adolescente y las etapas del ciclo de vida familiar presentan diferenciales por estrato que se relacionan con el menor nivel social. Esto mismo debilita las capacidades subjetivas de sus miembros para responder a los problemas o adaptarse a las nuevas situaciones presentando alta incidencia de conductas de afrontamiento evitativo y síntomas de malestar psicológico.

El hacinamiento en los hogares familiares es definido cuando hay en la vivienda tres o más personas por cuarto. Este también es un indicador que correlaciona negativamente con el nivel socioeconómico. En el estrato muy bajo, 2 de cada diez hogares viven hacinados y 1 de cada diez si pertenecen al estrato bajo o medio bajo. Es algo menor la incidencia del hacinamiento cuando se trata de hogares incompletos que completos y la peor situación siempre se observa en el segmento indigente.

En este sentido y tomando los conceptos mencionados podríamos concluir que el hecho de contar con un grupo familiar numeroso disminuye los recursos y activos de los hogares y los convierte en vulnerables, lo cual junto a otras variables relacionadas (vivienda, salud, educación, etc) configura un cuadro de alto riesgo social para dichas familias. Y este riesgo se vivencia como caída frente a las continuas situaciones de crisis económicas afrontadas por nuestro país en las últimas décadas.

En el estudio, se ratifica que el tamaño de los hogares es relativamente inverso al nivel socioeconómico, los datos elaborados indican que en el estrato muy bajo prevalecen los de 5 o más personas (4 de cada 10 hogares). De tal modo, los hogares compuestos por 1, 2 o 3 personas son menos frecuentes entre los que en el grupo de comparación medio-alto en cual 7 de cada 10 hogares no superan los tres miembros.

A su vez, esto se relaciona con la mayor fecundidad de los pobres. Debido a los alcances y características de la encuesta utilizada, donde se usó como indicador indirecto de la fecundidad el número de hijos convivientes en los hogares familiares completos, las familias más numerosas, con 5 o más hijos, concentran el 15% de los hogares del estrato muy bajo o indigente, disminuyendo a medida que mejora la situación socioeconómica –sólo un 2% del estrato medio alto tiene tantos hijos. En segundo lugar, y en el mismo sentido, es más probable encontrar familias con 3 o 4

hijos entre la población de los sectores más bajos: casi la tercera parte de las familias completas en el estrato muy bajo y bajo, y 16% en el estrato medio bajo.

De manera inversa se distribuyen los hogares familiares con 1 o 2 hijos: son mayoría en todos los estratos sociales y tienen mayor peso relativo cuanto mejor es la situación socioeconómica, la misma concordancia se observa para las parejas sin hijos convivientes.

Estos resultados ratifican que los pobres tienen familias más numerosas, lo cual condicionado a la mayor incidencia del desempleo y del déficit en la calidad de los trabajos, aumenta la probabilidad de que los hijos, aún adolescentes, deban abandonar el ciclo de educación secundaria para ayudar al ingreso familiar. Hay evidencia empírica que en las familias de los estratos más bajos, los primeros en convertirse en trabajadores secundarios son los hijos varones debido a que el precio sombra de las cónyuges mujeres es muy inferior a las de sus pares de los estratos más altos. Éstas sí se insertan en el mercado de trabajo, preservando la permanencia de sus hijos en el sistema educativo y ayudando a mantener el estilo de vida logrado o a mejorarlo. Su mayor nivel de educación les permite obtener salarios que compensan lo que deben pagar para obtener ayuda doméstica asalariada, transporte escolar para los niños pequeños, etc.

Los más vulnerables a la crisis de 2002 fueron los hogares que transitaban las primeras etapas del ciclo de vida familiar. Estos estuvieron expuestos a caer en la indigencia: con una mayor presencia de niños y adolescentes, soportaban mayores cargas familiares y contaban con menores reservas. La mayor vulnerabilidad de este tipo de hogares para afrontar situaciones de alta conflictividad social, condujo a que los niños y adolescentes se convirtieran en el segmento más castigado de la población, viéndose comprometido su futuro ya que son los que más abandonan la escolaridad y la mayoría no consigue un empleo.

Al comparar los diferenciales por estrato social, se observa que todos tienen una mayor probabilidad de estar en la etapa de hijos adolescentes y mayores, superando los pobres a sus pares del grupo medio alto debido a que los sectores populares se componen de mayor cantidad de población joven, porque tienen mayor número de hijos y porque los hijos mayores del estrato más alto tienen capacidad para irse a vivir solos mientras están estudiando el ciclo universitario o lo han terminado. Ya hemos

mencionado la realidad que pesa sobre muchos jóvenes de los sectores más bajos que deben dejar de estudiar para trabajar y ayudar a mantener o mejorar el ingreso familiar. Incluso las adolescentes solteras que quedan embarazadas y que “deciden” continuar con su embarazo, en su gran mayoría pertenecen a hogares pobres, al ser madres abandonan el colegio y deben dedicarse al cuidado de su hijo y, algunas veces, de otros hermanos menores dando lugar a que los varones o la madre puedan trabajar para afrontar la situación. En general es la familia de la joven quien ofrece su apoyo para criar al niño/a porque no hay un novio padre responsable ni tampoco una familia política. A esto se suma que los jefes varones de las familias pobres se caracterizan por tener empleos inestables y de baja calidad.

Según la encuesta antes mencionada, el mayor número de niños entre la población más pobre se refleja en el indicador de hogares con 4 o más niños menores, que alcanza a un hogar indigente cada diez. En cambio, en el estrato bajo incide en un hogar cada veinte y en el medio bajo en un hogar cada cuarenta. Siguiendo la tendencia decreciente, en el estrato medio alto sólo aparece esta situación en uno cada 100 hogares. Otro indicador es la presencia de familias con 3 o más personas dependientes, es decir, con niños hasta 14 años y/o adultos mayores desde los 65 años que dependen teóricamente de las personas potencialmente activas, que tienen desde 15 hasta 64 años. Esta es la situación más frecuente en los estratos indigente y bajo. En cambio, el estrato medio bajo y medio alto se comportan de manera similar compartiendo las pautas de clase media en cuanto a tener menos hijos y más personas activas.

Por último, consideramos que no es posible hablar de la pobreza sin vincularla con la riqueza y los grupos de poder. La solución de la pobreza significa considerar la redistribución de la riqueza como factor determinante para mejorar el bienestar y la libertad de todos los hombres y las mujeres. Y esto nos lleva a realizar una reflexión acerca de la reproducción y mantenimiento de la pobreza.

El neoliberalismo y la globalización de los mercados mundiales, junto con procesos de diferente índole que aumentan la concentración de la riqueza y de la desigualdad producen y potencian, entre otros fenómenos, niveles de pobreza y desigualdad social nunca vistos en la historia del capitalismo. Esta reestructuración neoliberal de la sociedad, del Estado y del mercado de trabajo ha incidido fuertemente en las formas en que se accede a los medios de subsistencia básicos para la

reproducción de la vida (salario, relaciones de reciprocidad e intercambio, entre otros), configurando un nuevo mapa de la pobreza que exige preguntarse por sus causas y condiciones de mantenimiento.

La noción de construcción social de la pobreza requiere, entonces, un análisis teóricamente fundado que, en primer lugar, identifique procesos y políticas concretas que generan recurrentemente pobreza, así como a sus diseñadores, ejecutores y responsables. Este tipo de enfoque pretende, además, mover el centro de atención que tienen muchos estudios en la medición y las políticas de reducción de la pobreza, hacia lo que se identifica como el núcleo duro de esta problemática: la generación constante (y en algunos casos, creciente) de pobreza y desigualdad. En alguna medida, este giro implica focalizar la atención de las investigaciones en la acción de los agentes que producen pobreza preferente, en gran escala- favorecidos por estímulos estructurales.

Las estadísticas generadas o difundidas desde algunos organismos internacionales muestran datos a partir de los cuales se podría inferir que la pobreza se está reduciendo. En este sentido, uno de los estudios de referencia en la región sobre estos temas (CEPAL: Panorama Social de América Latina 2007) destaca desde sus primeras páginas los avances en la reducción de la pobreza e indigencia que se alcanzaron en los últimos años que, a su juicio, revierten la tendencia observada en el pasado y permiten llegar - en puntos porcentuales - a valores menores de los de 1980. Este optimismo, que surge de la observación de las cifras porcentuales de la evolución de la pobreza en ALC entre 1980 y 2006, se esfuma cuando se ven claramente los datos que provee la misma fuente, donde se compara la cantidad de personas pobres e indigentes que están en esa condición: en 1980 existían 136 millones de seres humanos pobres, de los cuales 62 millones eran indigentes. En 2006 esas cifras se elevan a 194 millones y 71 millones, respectivamente. Esto significa -más allá del análisis porcentual- que en el último cuarto de siglo se generaron 58 millones más de personas pobres y 9 millones más de personas indigentes. Lo que registran tales cifras es una mejoría estadística en los indicadores de pobreza pero no una situación sociológica nueva porque los que aparecen un año por encima de la línea de pobreza, pueden caer por debajo de ella al siguiente. De allí que la propia CEPAL hable del “vaso medio lleno y el vaso medio vacío”, cuando habla del desarrollo económico y social de América Latina.

La lógica que inspira esta convocatoria es aumentar significativamente la visibilidad de las causas y condicionantes de la producción de la pobreza, para generar - a partir de trabajos de calidad- un debate con capacidad de incidir directa o indirectamente en el diseño e implementación de políticas que tiendan a eliminar los estímulos estructurales que favorecen la acción de los agentes productores de pobreza en la región.

Surgen entonces las siguientes preguntas:

A) ¿Cuáles son los agentes, procesos y estructuras que operan en situaciones históricas concretas, generando y reproduciendo pobreza? En otras palabras, ¿Quiénes y cómo construyeron esta realidad social en la que se “producen” millones de pobres? Esta pregunta es particularmente relevante en momentos en que se registra un notable aumento de los precios internacionales de los alimentos que afectan directamente a los más pobres.

B) ¿Cuáles son los mecanismos específicos por los que se genera y mantiene esta situación a nivel local y nacional?

## 1.2) FORMAS DE MEDIR LA POBREZA

En la Argentina, como en otros países de América Latina, la medición de pobreza se realiza sobre la base de dos métodos: el método directo de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y el método indirecto de Línea de Pobreza (LP). Ambos métodos responden a enfoques conceptuales diferentes, al punto que no constituyen en realidad, formas alternativas de medir la misma cosa, sino que representan dos concepciones distintas de la pobreza. Los dos revisten gran interés y contribuyen al diagnóstico de la pobreza. Los dos métodos suponen una definición de la pobreza objetiva y absoluta. A continuación se analiza el método directo de Necesidades Básicas Insatisfechas.

Este método utiliza como fuente principal de datos los Censos Nacionales de Población y Vivienda, lo que permite una alta desagregación espacial, pues posibilita contar con información a nivel de departamentos provinciales. Es uno de los métodos más utilizados para la implementación de programas dedicados a lucha contra la pobreza.

En Argentina los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son aquellos que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación: (Serie Estudios INDEC. N° 1, Buenos Aires, 1984)

- 1- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto.
- 2- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
- 3- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete.
- 4- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela.
- 5- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria.

Los tres primeros indicadores representan niveles críticos de hábitat de los hogares. El cuarto indicador representa una insuficiencia en el acceso a la educación básica. El quinto indicador representa una potencial incapacidad de los hogares, con una alta proporción de miembros inactivos, de obtener ingresos suficientes para una subsistencia adecuada, debido a la desventaja ocupacional que significa la falta de educación del jefe del hogar.

#### Método de línea de pobreza (LP)

En la consideración del nivel de vida de los hogares y de la población, se debería contemplar tanto el consumo privado de bienes y servicios como los servicios que suministra el Estado, especialmente en salud y educación. Sin embargo, la dificultad de cuantificar la contribución de estos últimos en el consumo de los hogares ha llevado a considerar en la línea de pobreza solamente el consumo privado asociado a la satisfacción de necesidades básicas.

En otras palabras, el método de LP identifica a un hogar o individuo como pobre o no pobre, a partir de considerar si sus ingresos cubren o no el costo de una canasta básica de consumo. La canasta básica de consumo está constituida por una canasta básica alimentaria (CBA) y otra de bienes y servicios no alimentarios (CNA). La Canasta Básica Alimentaria (CBA) es una canasta normativa que reúne el conjunto de alimentos cuya composición cubre las necesidades nutricionales mínimas a costo mínimo considerando los hábitos de consumo predominantes y la disponibilidad efectiva de los alimentos en el mercado. Esta canasta se basa en los requerimientos calóricos y proteicos de la población de acuerdo con las pautas fijadas con organismos internacionales de la salud, y en la información sobre las pautas de consumo alimentario proveniente de la encuesta de ingresos y gastos.

La línea de indigencia equivale al valor monetario de la Canasta Básica Alimentaria (CBA). Esta canasta de costo mínimo se evalúa según los precios que releva mensualmente el INDEC. Los individuos u hogares que poseen ingresos inferiores al valor de la CBA se encuentran por debajo de la línea de indigencia, por lo tanto se califican como indigentes.

Las estimaciones de la magnitud de la pobreza se realizan por medio del “método del ingreso”, basado en el cálculo de líneas de pobreza. Estas líneas representan el monto de ingreso que permite a cada hogar satisfacer las necesidades esenciales de sus miembros. Las líneas de pobreza se estiman a partir del costo de una canasta básica de alimentos que cubre las necesidades nutricionales de la población. Al valor de dicha canasta, se suma una estimación de los recursos requeridos por los hogares para satisfacer el conjunto de las necesidades básicas no alimenticias (vestuario, educación, salud, vivienda, otros).

La metodología de medición de la pobreza utiliza el tamaño del hogar para estandarizar el ingreso de los hogares (ingreso per-cápita). Así, a igualdad de ingresos entre dos hogares, el que tenga un mayor número de miembros será relativamente más pobre que el otro. Salvo por este ajuste, el método trata a todos los hogares por igual, independientemente de cual sea su composición.

El enfoque utilizado para estimar la pobreza consiste en clasificar como “pobre” a una persona si el ingreso per cápita de su hogar es inferior al valor de la “línea de pobreza”, o monto mínimo necesario que permitiría a una persona satisfacer sus necesidades esenciales. Las líneas de pobreza se derivan a partir del cálculo del costo de una determinada canasta de bienes y servicios, empleando el método del “costo de las necesidades básicas”

Sin embargo, entre las necesidades básicas que componen el valor de las líneas de pobreza e indigencia, no se incluyen como tales el valor en que incurriría el hogar en el caso de requerir el cuidado de niños, ancianos o enfermos; tampoco se consideran las actividades asociadas a los quehaceres domésticos que demanda a diario el hogar, donde cocinar, asear, y otras tantas actividades relacionadas a la reproducción aparecen como actividades prescindibles e invisibles.

Otra corriente de análisis, actual, está basada en las capacidades o potencialidades, de las cuales disponen los individuos para llevar una vida digna, decente, que se manifieste en el ejercicio de libertades y el respeto de derechos; tiende a analizar los defectos de los distintos procesos de distribución y acceso a los recursos privados y colectivos.

La mayor atención prestada a la salud reproductiva como resultado de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en 1994 ha aumentado el interés en el uso de la investigación cualitativa. A medida que dicha investigación se extiende a campos nuevos, sus resultados se están usando para guiar la investigación y el diseño de programas, complementar resultados de estudios cuantitativos y explorar cuestiones ocultas o que no han sido objeto de mucho estudio.

Los métodos cualitativos se usan a veces para refinar medidas cuantitativas. Los resultados cualitativos también pueden ofrecer conocimientos importantes para el diseño de programas. Los investigadores a menudo se basan en métodos cualitativos para determinar por qué las mujeres que dicen que desean limitar o posponer la procreación no practican la planificación familiar.

Cuando un estudio incluye métodos cuantitativos y cualitativos, los investigadores pueden usar resultados cualitativos para comprender mejor los resultados cuantitativos y para aumentar la validez del estudio en general. Los métodos cualitativos pueden ayudar a los investigadores a explicar resultados cuantitativos porque permiten a los participantes del estudio decir por qué piensan o actúan de cierta manera y describir los factores sociales y económicos que influyen en sus decisiones.

Los métodos cualitativos son adecuados para investigar temas respecto a los cuales se sabe poco, porque los enfoques no estructurados o semiestructurados permiten a los investigadores explorar cuestiones que los participantes plantean durante un estudio. Al permitir que las personas que realmente toman decisiones de salud reproductiva expresen sus ideas, la investigación cualitativa ofrece oportunidades para determinar y abordar necesidades e inquietudes de las personas.

Por lo expuesto, tomaremos como referencia los indicadores del INDEC para NBI, considerando como “pobre” aquel hogar donde se cumpla una de las carencias mencionadas. Sin embargo, en lo que respecta a percepciones individuales manifestadas por las personas entrevistadas, deberemos utilizar métodos cualitativos, a modo de completar la información necesaria para los fines propuestos.

### 1.3) POBREZA EN MENDOZA

La irrupción de la pobreza como un problema social de primera magnitud se inicia en la Argentina a mediados de los 70 y se consolida durante la década siguiente.

En los 90, los altos niveles de desocupación y subocupación, la precarización laboral, la disminución de servicios sociales producto del colapso del Estado de Bienestar obligaron a los hogares a desplegar distintas estrategias de vida para enfrentar estas nuevas situaciones.

Azucena Reyes Suarez (1992), realizó un trabajo de investigación, publicado por la Universidad Nacional de Cuyo, sobre las estrategias de supervivencia de las familias más pobres de Mendoza. Dicho trabajo nos aporta datos significativos sobre la situación de nuestra provincia hasta la fecha de su publicación en el año 1.992.

La distribución de la población según grupos etáreos daba a conocer que el 38,4% del estrato estudiado estaba compuesto de niños de hasta 14 años de edad, el 57,3% de personas entre 15 y 64 años y un 3,7% de mayores de 65 años. Estos porcentajes diferían de los registrados para tales grupos de edad dentro de la población total de la provincia donde los niños de 0 a 14 años presentaba valores inferiores a los computados para su equivalente en el estrato estudiado, al tiempo que contenía mayores proporciones de personas en los grupos de mayores de edad.

Reyes alertaba que *“esta diferente forma de distribución de la población según los grupos de edades en los dos contextos comparados, ponen de manifiesto la situación desventajosa en que se encuentran los grupos pobres en relación a otros conjuntos sociales, en lo que concierne al mantenimiento y reproducción de sus miembros”*.

El amplio número de niños dentro de la población del estrato, como el número proporcionalmente bajo de personas en edad activa, implica la existencia de altas tasas de dependencia en los hogares por ellos constituidos. En los grupos de menor edad, se podía ver también que entre sus miembros se destacaban altos porcentajes de los niños de 6 a 12 años (18.0%) y una proporción relativamente alta de los menores de 5 años (15,6%), en comparación con los registrados para estos mismos grupos dentro de la

población del área del Gran Mendoza donde se observan porcentajes equivalentes al 13.7% y 13% respectivamente.

Considerando ahora por separado al número y la edad de los hijos que componían los hogares, se observaba que el 78,5% corresponde a los menores de 18 años. Esta discriminación efectuada en relación al porcentaje de niños en la población y más aún de los pequeños menores de 5 años daba a conocer la situación particular que experimentaban los hogares de estos grupos, y las condiciones en que se desarrollaban. Este dato señalaba en gran medida el grado de las responsabilidades domésticas de las mujeres madres del estrato, factor que actuaba como condicionante de su participación en el mercado de trabajo, dejando planteada la escasa posibilidad de poder generar ingresos económicos para aportar al hogar.

En cuanto a los niveles educativos de la población, Reyes observó altos porcentajes de analfabetismo y un bajo nivel de instrucción formal entre las familias sumidas en situación de pobreza. El 6,7% de la población mayor de 14 años eran analfabetos totales y un 39,6% analfabetos funcionales (primaria incompleta). Entre aquellos que accedían al nivel secundario, los que menos lograban completar dicho nivel son los del estrato pobre. Cuando un 14,3% de estos pobladores declaran haberse incorporado al nivel de enseñanza secundaria, sólo aparece un 2,5% que lo ha completado. No se da por ende así dentro de la población total de la provincia, donde el porcentaje de los que inician dicho ciclo (10,9%) es similar al que lo termina (8,0%).

En relación con la enseñanza superior (universitaria) un escaso porcentaje (2,3%) de los pobladores del estrato logra incorporarse a la universidad, no habiendo muestras de que alguno alcance a completar dicho nivel. En contraste, dentro de la población de la provincia, son más los que finalizan estos estudios que los que abandonan sin completarlos.

Resulta evidente que el aspecto que caracterizaba a las poblaciones pobres y que a la vez los distinguía del conjunto global de la población de la región, es el nivel de instrucción alcanzado por la generalidad de sus miembros, el reducido número que logra completar el ciclo de instrucción media y el limitado acceso que presentan sus miembros a los niveles de enseñanza superior.

Reyes observó, a través de los comentarios efectuados por miembros de las familias entrevistadas, un determinado nivel de aspiraciones y a la vez un frustrado intento de superación real, al no lograr la mayoría de estos individuos superar el nivel de la secundaria incompleta. En cuanto a las causas de esta situación, se mencionan factores endógenos y exógenos.

Por un lado, los factores asociados a la misma situación de pobreza de estos hogares, actúan condicionando dicho intento de superación, al requerir la participación temprana de los hijos en el mercado laboral, no dando lugar a una continuidad en el ritmo de sus estudios de educación formal. Siendo estos factores:

- Bajos niveles de ingresos de los jefes de hogar,
- Tamaños grandes de las familias, alto número de menores que mantener, etc.

Por otra parte, factores exógenos al grupo familiar, tales como las características de un mercado de trabajo segmentado, que obliga a estos pobladores a participar en actividades de mercado que no solo no son las más rentables, sino que además demandan un alto número de horas de trabajo, no dejando tiempo libre para que continúen sus estudios incompletos.

*“Estos elementos se convierten en barreras que se interponen al logro de aquel objetivo, conduciéndolos a mantenerse en situación de pobreza”.* (Reyes Suarez, 1992)

El 58,8% de los pobladores de 14 años o más, participaba en la actividad económica. Dicho nivel de actividad está vinculado a la situación de bajos ingresos que perciben los jefes, o aquellos miembros responsables del mantenimiento económico de los hogares. Tal situación obliga a participar activamente a un alto número de los miembros que comúnmente se denominan como mano de obra secundaria, ante la necesidad de generar un ingreso adicional para el grupo familiar.

Ello encuentra mayor sustento aún si pensamos en algunos de los grupos de personas que constituyen una parte importante de los aquí ocupados, tales como los jóvenes de 14 a 17 años; los jefes de hogares en edades avanzadas, y algunas mujeres con responsabilidades domésticas y con un alto número de menores en los hogares, etc. A lo anterior se deberían sumar también las características de un mercado de trabajo

segmentado, frente al cual los ocupados del estrato, por sus niveles de baja educación y calificación son llevados a incorporarse en aquellas actividades de más baja productividad, o a generar su propio trabajo (ej. Changarines), donde generalmente no llegan a cumplir un número determinado de horas que les asegure la obtención de un ingreso acorde con sus necesidades de subsistencia.

Según Reyes es significativamente importante el tamaño de las familias y su composición en relación a la capacidad de ingresos obtenibles de las familias. Se mantiene constante la actividad laboral del padre, pero se libera mano de obra secundaria con mayor intensidad, aumenta la participación de las esposas en el mercado y se incorporan otros miembros a las tareas ligadas a la obtención de ingresos monetarios: se incrementa el trabajo fuera del hogar de los hijos adolescentes (14/17 años) y los hijos en edad adulta (más de 18 años) ingresan al mercado como asalariados.

Aquí la actividad de la esposa fuera del hogar se hace más viable gracias a la presencia de hijos/as mayores de edad que tal vez la reemplacen en sus tareas domésticas y cuidado de los menores, al tiempo que son hogares que ya cuentan con hijos adultos capaces de lograr una inserción más bien estable en el mercado de trabajo.

La conducta asumida por los hijos de 14 a 17 años en relación a su inserción en la actividad económica, que no remite necesariamente a una decisión individual, sino generalmente en acuerdo con el resto del grupo familiar, se asocia a varias razones, según la observación directa realizada por la autora mencionada.

Ya llegada cierta etapa del ciclo de vida familiar, donde muchos de los hijos menores son adolescentes y se ocupan de realizar un aporte al ingreso de la unidad, la tendencia de los más jóvenes es la de imitarlos y desertan de la educación formal en vistas de ser otro aporte más al sustento del hogar. Por lo menos para constituirse en uno menos a quien haya que mantener en todos sus aspectos. Ello puede deberse o no a una situación económica familiar crítica.

Dada la situación de pobreza que vienen experimentando desde el inicio o constitución de la unidad, la educación a esta altura de su desarrollo deja ya de percibirse como un valor económico de importancia para el conjunto de sus miembros y

en particular para los adolescentes que cambian su status de estudiante para pasar a ser un obrero, cadete, vendedor ambulante, etc.

El adquirir la enseñanza primaria y parte de la secundaria a ellos no les ha dado muestras de una mejora en sus condiciones de vida en relación a la adquisición de una situación de movilidad ocupacional entre los suyos. Tampoco cuentan con la seguridad de poder finalizar sus estudios comenzados o llegar a niveles educativos superiores (universitarios). No obstante esta visión que ellos expresan en su vida concreta siempre está presente la idea de que educarse (instruirse) es un bien, y un bien en el sentido económico además del cognoscitivo.

Luego de la salida de la convertibilidad se registraron los máximos indicadores de pobreza independientemente del sexo del jefe de hogar.

Un estudio realizado en Mendoza por Sergio Olivieri (16) reveló que “los niños y jóvenes menores de 19 años resultaron los más afectados, ya que poseen los mayores valores en las tres medidas de pobreza y contribuyen más a la pobreza total. Asimismo, en general, los niños y jóvenes pobres tienen una peor distribución del ingreso que los adultos pobres”.

En particular, es importante destacar el incremento observado en el porcentaje de niños menores de 5 años luego del 2002. Así, entre 1998 y el 2001, el 45% en promedio de los niños de este rango eran pobres. Posteriormente, alcanzó a casi el 70%.

## **1.4) LA MUJER EN SITUACIÓN DE POBREZA**

En este capítulo pretendemos revisar los derechos a la luz de lo que viven las mujeres hoy simplemente a modo de diagnóstico, y que surge de los relatos cotidianos de miles de mujeres que transitan por las distintas instituciones de la sociedad buscando soluciones a los diversos problemas a los cuales se enfrentan. Para ello, tomaremos la Convención Americana de Derechos Humanos aprobada por el Pacto de San José de Costa Rica firmado en esa ciudad en noviembre de 1969 y la Convención sobre la Eliminación de Todas Las Formas de Discriminación Contra la Mujer, ambas incorporadas a nuestra Constitución en 1994.

El artículo 26 de la Convención hace hincapié en la responsabilidad del Estado en adoptar las medidas necesarias para lograr la plena efectividad de estos derechos. En este sentido tendremos que pensar en la situación económica de nuestra provincia, y si pensamos en todo lo antedicho, nos será fácil imaginar quienes sufren en mayor escala las consecuencias del modelo económico vigente.

No casualmente los organismos internacionales mencionen desde hace tiempo el fenómeno de la “feminización de la pobreza”, anidado con el aumento de hogares encabezados por mujeres, especialmente en sectores de menores recursos económicos, el embarazo a temprana edad, las diferencias de ingresos que perciben las mujeres con respecto a los hombres y el impacto de la pobreza en la salud de las mujeres.

El incremento de los hogares con jefatura femenina es un fenómeno observable desde hace algunas décadas (Torrado, Susana 2003) Los hogares monoparentales, en su gran mayoría están formados por una ‘madre’ sola con sus hijos. Conjugando datos que Susana Torrado vuelca en su nuevo libro y los Censos de 1991 y 2001 realizados por el INDEC, podemos afirmar lo siguiente: mientras entre 1947 y 1970 los hogares encabezados por mujeres pasaron a representar del 14,1% al 16,5% respectivamente, entre 1970 y 2001 pasaron de 16,5% a 27,7%; incluso, del Censo del 1991 al del 2001, el porcentaje trepó del 22,4% al 27,7% respectivamente.

Si bien hay investigaciones que estudian las características de los hogares, resulta difícil trazar un perfil de los mismos sin acotarlo a una población delimitada.

Una de las aproximaciones estadísticas a partir de las cuales se puede describir a los hogares es la referida a las características económicas, teniendo en cuenta los indicadores apropiados en relación a los ingresos familiares y su relación con la cantidad de miembros del hogar. Un ejemplo es la determinación del nivel de ingresos per cápita de cada hogar, nivel que se construye dividiendo el ingreso total del hogar por el número de miembros que lo componen. Este ingreso per cápita depende básicamente del número de perceptores en cada hogar, el nivel de los ingresos de cada uno de ellos, la cantidad de miembros que componen el hogar, pudiendo establecer mediante el mismo la cantidad de miembros que son económicamente dependientes. Esta medición permitiría conocer cuáles son las condiciones materiales de vida los hogares sostenidos económicamente por mujeres, y su grado de “inclusión económica”.

En el caso de los hogares monoparentales con jefatura femenina la inserción laboral del único perceptor de ingresos, en este caso la mujer, tiene importancia a la hora de identificar hogares más vulnerables. Se podría decir, entonces, que los hogares pobres, es decir, aquellos donde el ingreso de la mujer es muy bajo, y del mismo dependen varios miembros, tendrán más dificultades que otros para acceder a bienes y servicios que puedan cubrir sus necesidades básicas.

Por otra parte, tomando como medición de la pobreza el método del ingreso, es decir, la comparación del ingreso del hogar con el valor de una línea de pobreza, o de indigencia, el hecho de tener un ingreso bajo impide la satisfacción de todas las necesidades de los miembros de ese hogar y ubica a estas familias en la zona de exclusión aunque muchas se encuentren entre los vulnerables.

Los derechos sociales, por su parte y para seguir con nuestro análisis de la Convención, en una sociedad como la nuestra donde la ciudadanía tiende más a ser asistida que emancipada, están sujetos a la disponibilidad de los recursos. Esto, relacionado a la heterogeneidad de la población femenina de nuestra provincia a la cual

hicimos referencia anteriormente, da cuenta de que no todas las mujeres pueden ejercerlos plenamente. La limitación de sus derechos sociales impide la percepción de los mismos e ignora su titularidad.

En consecuencia las mujeres de sectores populares, para dar un ejemplo, pasan a ser: en primer lugar, vulnerables ya que la pobreza y el género las hace especialmente vulnerables. Cuánto más aisladas de la red social más vulnerables se convierten, porque las imperfecciones del mercado no son evitables para agentes como ellas. Y lo que es peor aún, “por haber vivido durante largo tiempo situaciones de privación, llegan a conductas adaptativas que niegan el descontento e ignoran la ausencia de bienestar”, como sostiene Amartya Sen. En segundo lugar, estas mujeres son ciudadanas distintas, “desafiliadas”, en términos de Castel, desligadas del sistema de seguridad social, pero dependiendo del sistema por estar inmersos en el mismo.

La exclusión sostenida de los sectores más pobres acrecienta la desigualdad y la pobreza se convierte así en un proceso acumulativo, que de no existir políticas correctivas, como dice Silvia Levin, “*incide en la transmisión generacional de las mismas características.*” En la medida que se restringen sus capacidades básicas, menos posibilidades tienen de ejercer sus libertades, de adquirir los bienes primarios.

En cuanto a los derechos a la educación que también incluye la Convención en su capítulo III, se podría afirmar que son las mujeres las que más han aprovechado la expansión de la escolaridad, llegando a ser altos los índices de mujeres que estudian carreras universitarias. Sin embargo, existen aspectos pocas veces abordados. El primero es que si bien la mujer ingresa y generalmente termina su carrera terciaria o universitaria, la misma se ve interrumpida o dilatada con la aparición de las/os hijas/os, hecho que la diferencia del varón. Esto está enlazada con estos mandatos sociales que determinan prioridades en la vida de las mujeres, distintas a las de los varones.

También es cierto que muchas mujeres que estudian, sea el nivel que sea, no encuentran el mismo apoyo que sus compañeros, justamente por estas desigualdades de

género que venimos hablando y que la obligan a cumplir una con doble o triple tarea (la casa, el trabajo y el estudio).

Mientras no exista una distribución equitativa del trabajo al interior del hogar, y se considere el trabajo doméstico como tarea productivo, igualmente que el trabajo extra-doméstico, no podremos pensar en quitar carga a los hombros de las mujeres. Según algunos autores como Lo Vuolo y Pautassi, mientras el trabajo doméstico sea considerado improductivo *“las mujeres se encuentran en una situación de desventaja que se refleja en la distribución y control de los recursos y su bienestar en el seno del hogar”*

En segundo término, un fenómeno que está afectando a las mujeres y que crece a pasos agigantados en nuestra provincia, es el embarazo adolescente, que como se puede deducir de todo lo dicho, acarrea transformaciones importantes en la vida de las mujeres especialmente, ya que son las adolescentes y sus madres quienes se hacen cargo del bebé. La adolescente, aún en los casos en que cuente con una red familiar que la contenga y la ayude, tiene que asumir responsabilidades, para las cuales no está preparada y esto atenta con su disponibilidad para el estudio. En otros casos, la familia no puede ayudarla y en otros la hace responsable del embarazo y por lo tanto la impulsa a hacerse cargo sola de su hija/o.

Como dice Bernardo Kliksberg, cuando él se refiere a un círculo perverso férreo, *“las jóvenes pobres tienen menos educación, ello genera condiciones propicias al embarazo adolescente. Al tener hijos y ser titulares de familias muy débiles, abandonan totalmente el sistema educativo..... Al tener poco nivel educativo, estas madres jóvenes con hijos tendrán pocas posibilidades de conseguir trabajos e ingresos adecuados y se profundizará su pobreza.”* En la región de América Latina a la cual pertenece Argentina, como afirma el autor, estos círculos perversos tienden a afirmarse y ampliarse. De todas formas, esto no significa que el fenómeno del embarazo adolescente pueda asociarse únicamente a la pobreza.

En tercer lugar, los considerables avances en materia educativa no muestran correlato con la inserción laboral de las mujeres, ni con su participación en los procesos de toma de decisiones, ni en la brecha de ingresos entre mujeres y hombres.

En último término, con respecto a la educación y a la cultura, pensemos cuanto camino hay para recorrer para modificar nuestros estereotipos de género instalados en la sociedad y reproducidos mecánicamente por el sistema. Notemos que tenemos una Ley Federal de Educación, por ejemplo, que cuando habla de los lineamientos de la política educativa en su artículo 5° dice: *“El Estado nacional deberá fija los lineamientos de la política educativa respetando los siguientes derechos, principios y criterios:*

*f) la concreción de una efectiva igualdad de oportunidades y posibilidades para todos los habitantes y el rechazo a todo tipo de discriminación...”*

Mientras sigamos ignorando a las mujeres, aunque sea en el lenguaje, no podremos decir que se respeta realmente la igualdad de oportunidades y los derechos de las mujeres.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer reafirma los derechos de la mujer y las obligaciones de los Estados de garantizarlos, a la vez que exige a los Estados Partes tomar todas las medidas necesarias para modificar los patrones socio-culturales de conducta con miras a eliminar prejuicios y prácticas basadas en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o funciones estereotipadas de hombres y mujeres, en su artículo quinto. Este es el punto en cuestión justamente. Como se mencionó al comienzo, han existido avances en el Poder Legislativo y Judicial, desde que se aprobó la convención a nuestros días, pero no podemos negar la existencia de resabios de discriminación, tanto directa como inversa.

El principal obstáculo se encuentra en el imaginario social, allí donde lo instituyente no siempre logra modificar lo instituido, allí donde los viejos estereotipos de género se encuentran tan firmemente arraigados que el sólo hecho de cuestionarlos pareciera un atentado a toda la sociedad.

Este obstáculo en el mundo imaginario y simbólico se traslada al real y concreto como puede verse en la cotidianeidad de la vida de las mujeres. No son sólo imaginarios los obstáculos que tienen las mujeres en relación al Poder Judicial y que les niegan el acceso a la justicia, para dar un ejemplo.

Es obvio entonces que las leyes no bastan, como no bastan los discursos ni los enunciados de derechos, si todos ellos no se cumplen.

Las políticas de equidad de género hoy deberían girar en torno a ello, en pensar a las mujeres, como “sujetos de derecho” pues ésta es condición necesaria para investirles del carácter de “ciudadanas”. Habrá que pensar en una equidad de género que no se conforme con tener a las mujeres en situación de pre-ciudadanía, especialmente si pertenecen a estratos bajos, sino en mujeres con ciudadanía plena que puedan ejercer plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, culturales y sociales.

En una sociedad altamente desigual como la nuestra, se debe garantizar una mayor igualdad de oportunidades. No obstante, en el caso de las mujeres, esto no es suficiente si se descuida la desigualdad de trayectorias de vida. Por esta razón, el gran desafío consistirá en poner al alcance de todas las mujeres las herramientas necesarias que puedan evitar la marginalidad socio-cultural. Y en esto la educación se constituye en una pieza clave. Pero, a su vez, la generación de empleos permanentes, con adecuada protección social y con una adecuada capacitación laboral será un recurso infaltable.

En última instancia, si consideramos que las mujeres necesitan garantizarse ambas herramientas, educación y empleo, resulta obvia la necesidad de crear facilitadores que permitan el acceso a ellas, así como a la Justicia con miras al reconocimiento y cumplimiento de sus derechos. Son estos, justamente, opuestos a aquellos que nombramos como obstáculos y que permanecen instalados en el imaginario social del que hablamos.

La igualdad de derechos humanos entre hombres y mujeres sólo será posible cuando tengamos una sociedad equitativa desde la perspectiva de género, es decir, cuando en la realidad cotidiana de las ciudadanas y los ciudadanos, las relaciones de poder sean equitativas.

Las mujeres sumidas en la pobreza también están asediadas por preocupaciones con respecto a la salud reproductiva. En especial, las mujeres jóvenes conocen poco acerca de la planificación de la familia y no creen que sea una opción a su alcance. Todas las presiones actúan en sentido contrario. Hay un fuerte prejuicio que favorece el matrimonio y la procreación precoces entre los jóvenes, debido a que se supone que los hijos y la familia contribuyen al bienestar. Las ideas de que familias más pequeñas, más saludables y mejor educadas también contribuyen al bienestar y que hay opciones entre las cuales escoger, aparecen más tarde en la vida; para muchas mujeres, demasiado tarde.

Incorporar la dimensión de género al análisis de la pobreza implica sumir que la posición social de las mujeres es desigual y la experiencia femenina de la pobreza puede ser diferente y más aguda que la de los varones debido a las formas de exclusión y discriminación por sexo.

La división sexual del trabajo, que implica mayores responsabilidades en los cuidados domésticos y menores posibilidades de acceso al mercado laboral, sostiene esta situación. A ello se suman los propios mecanismos de segregación en el mercado de empleo, que implican en términos generales menores remuneraciones relativas para las mujeres, condiciones de trabajo más precarias, sobre-representación en actividades de baja productividad y escasas posibilidades de desarrollo en carreras.

Otro concepto central en este tema es el de Autonomía ya que supone la autodeterminación en oposición con la dominación y subordinación.

El concepto de sujeto autónomo es fundamental en los intentos de emancipación de las revoluciones burguesas. Pero no incluyó a todos los seres humanos, sino a los varones propietarios, blancos y heterosexuales, y se basó en la definición del/la otro/a

como objeto. Por ejemplo, las mujeres en el sistema sexo-género, los pobres en el sistema de clases, las/os negras/os y las/os indígenas, etc.

*“La autonomía de las mujeres supone analizar, revalorizar, reivindicar las propias experiencias, prescindiendo de los valores masculinos como punto de referencia, para poder autodefinirse y nombrarse. Significa el punto de partida necesario para desarticular el discurso masculino acerca de la femineidad y desarrollar nuestro propio discurso, el que surge de nuestras experiencias de mujeres”.* (Bellotti, 1982, en GAMBA, S.B.)

La autonomía de la mujer deja fuera las experiencias de opresión de las mujeres en el patriarcado. Asimismo la condición de autosuficiencia de be poner el acento en la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia física y sexual y a la pobreza, principales indicadores de desigualdad en las estructuras sociales en virtud del género.

El término también es utilizado para extender las luchas de las mujeres a la posesión del propio cuerpo, que es condición de la autonomía en las luchas reivindicativas.

La filósofa Sarah L. Hoagland (citada en GAMBA S. B., p.34), sostiene que las mujeres se mueven, participan, crean y se interconectan, pero viven bajo la opresión y están afectadas por ella, donde actuar en un sistema de opresión no significa ser siempre víctimas, pero tampoco tener siempre el control y la responsabilidad de las situaciones.

# CAPITULO II

## **2.1) Planificación Familiar y Derechos Sexuales y Reproductivos: conceptos generales**

Planificar la reproducción supone que las mujeres y los hombres puedan decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Se trata de un derecho mundialmente reconocido, que en la Argentina se cristalizó en el 2002 con la sanción de la Ley Nacional 25.673, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Se trata de que las personas cuenten con la información y los recursos necesarios para tomar decisiones libres en torno a su sexualidad y su reproducción, que les permitan a su vez, erradicar el riesgo de morir por causa de un aborto inseguro, extender sus oportunidades educativas y mejorar sus condiciones de vida.

Planificación familiar es poder decidir si se quiere tener hijos o no, eligiendo cuántos y en qué momento. Hablar de planificación familiar es entonces hablar de embarazos elegidos e hijos deseados. Se trata ni más ni menos que de un *derecho*. El derecho a decidir, de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de los hijos.

La planificación familiar es la adopción voluntaria de alguna forma de contracepción. La contracepción es el conjunto de técnicas utilizadas para controlar la fecundidad de la mujer permitiendo planificar los nacimientos de los hijos en el momento deseado, sin renunciar a una actividad sexual normal.

Los objetivos de la planificación familiar son:

- Controlar el aumento demográfico de la población.
- Mejorar la salud de la población y de la familia, favoreciendo la paternidad responsable.
- Respetar los derechos humanos.
- Luchar contra el aborto provocado.
- Evitar el embarazo en situaciones especiales: cáncer de mama, cáncer ginecológico enfermedades psiquiátricas, cardiopatías severas, enfermedades de transmisión sexual, leucosis, rubeola, etc.
- Evitar embarazos no deseados.

No pretendemos definir cuál es el tamaño ideal de la familia ni adherir al mito actual que establece a éste como de cuatro miembros: la pareja y dos hijos. El Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza, manifiesta su posición ante este tema expresando que “el concepto de familia tipo, no está relacionado con el ideal de familia, que, a la vez, tampoco tiene un número determinado de miembros”. La familia ideal es aquella que podemos planificar, eligiendo cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Si son muchos o pocos, será una decisión de la pareja. Sin embargo, ésta elección se halla *condicionada* por el grupo de pertenencia y factores culturales, económicos, religiosos, etc.

La planificación familiar es un término relativamente nuevo; la salud reproductiva es un concepto más reciente aún, el control de la natalidad no lo es tanto y los métodos anticonceptivos son bien antiguos. Las distintas épocas en la evolución del hombre y sus diversas religiones con sus influencias en cada una de ellas, han repercutido de diferentes formas en la sociedad más allá de los aspectos médicos.

El concepto “control de natalidad” fue acuñado en 1914 por la enfermera de origen irlandés Margaret Sanger, que tenía diez hermanos y es considerada como la “madre de la paternidad planificada”. Sin embargo, este concepto ya es muy antiguo, puesto que se puso en práctica en las sociedades primitivas y surgió a partir de un impresionante cambio biológico que tuvo lugar en el ciclo reproductivo femenino hace unos seis millones de años.

Durante decenas de miles de años, el único método contraceptivo fue el “coitus interruptus”, en el que el hombre se retira para eyacular fuera del cuerpo de la mujer. Con la aparición de la escritura hace unos 5.500 años, entró en la historia un registro de los métodos de control de la natalidad, desde los más extraños hasta los prácticos.

Toda cultura buscó su propio método seguro para prevenir la concepción. En la antigua China, se aconsejaba a las mujeres ingerir mercurio calentado en aceite, procedimiento que pudo haber dado resultado puesto que el mercurio es muy tóxico y probablemente envenenaba el feto... y con menor intensidad a la mujer.

Desde épocas primitivas se utilizaban hiervas y extractos acuosos de plantas que se consideraban con propiedades anticonceptivas. Los hiervas y raíces de plantas eran medios que aplicaban los indios norteamericanos como anticonceptivos.

Todas las culturas antiguas utilizaron diversos tipos de anticonceptivos para controlar la fertilidad de las mujeres. Aristóteles ya cayó en la cuenta de que los pueblos que no controlaban su población, es decir, la natalidad, estaban condenados a la pobreza. El exceso de población llevaba a la ruina de un país.

La prohibición del uso de los anticonceptivos por los autores cristianos de los siglos IV y V deriva muy probablemente del hecho de haberse generalizado la idea de que el fin del matrimonio era tener hijos, idea no expresada en ningún pasaje del Nuevo Testamento, donde no existe tampoco rechazo alguno a la libre expresión de la sexualidad humana.

Con el dominio de Europa por la Iglesia Católica Romana durante la Edad Media, fueron restringidos los conocimientos sobre la anticoncepción. Las enseñanzas de San Agustín (354-430) y de Santo Tomás de Aquino (1225-1274), quienes se pronunciaban en contra del control de la natalidad, influyó a la Iglesia Católica, al punto de que incluso se condenaba cualquier tipo de anticoncepción en parejas casadas. Más tarde la Iglesia permitió los métodos naturales de anticoncepción.

En virtud de que en los siglos XVIII y XIX hubo un desarrollo de la imprenta, la población pudo conocer las experiencias médicas acerca de la anticoncepción. El británico y controvertido Thomas Robert Malthus, propuso en 1798 el matrimonio tardío y la estricta castidad prematrimonial como solución para evitar la proyección geométrica que experimentaba el crecimiento poblacional, publicado en “Ensayo sobre el principio de la población”. Malthus fue el primero en alertar al mundo en relación con los peligros que acarrearía el crecimiento rápido y descontrolado de la población.

En 1916 se creó en Brooklyn, Nueva York, una clínica para el control de la natalidad por la enfermera Margaret Higgins Sauger, quien dedicó toda su vida a ella. En Inglaterra se logró el control de la natalidad a finales del siglo XIX, gracias entre otros a Frances Place, quien publicaba folletos en los que recomendaba la esponja intravaginal y el coito interrumpido, motivado por el trabajo de Malthus.

Los servicios de control de la natalidad no estuvieron en manos del personal médico hasta el advenimiento de la “píldora” en la década de 1960. Estos temas no habían estado contemplados hasta entonces en los programas de estudio de las escuelas de medicina.

A pesar de la reseñada evolución de la anticoncepción y de las teorías sobre el control de la natalidad emitidas durante siglos, no fue hasta la celebración de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, entre el 5 y 13 de septiembre de 1994, que surgió el concepto de salud reproductiva, en consideración a las cuestiones relacionadas con la calidad de vida.

La Conferencia de El Cairo permitió crear las condiciones indispensables a la mujer para tomar decisiones de manera responsable e informada sobre su propia reproducción y garantizó un enfoque integral y moderno sobre el tema.

El concepto y los objetivos de la salud reproductiva fueron cambiando a lo largo de los años. Durante las décadas de 1950 y 1960 la salud reproductiva se vinculó principalmente con la regulación de la fecundidad, relacionando el crecimiento de ésta con la pobreza. La Declaración de Derechos Humanos de la Conferencia de Teherán de 1968 consagró la regulación de la fecundidad como un derecho humano básico. En 1974, el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Población de Bucarest señaló el derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas en relación con el número de hijos y su espaciamiento, como así también el papel del Estado en asegurar la información y el acceso a los métodos de control de la fecundidad para hacer efectivas estas decisiones (Naciones Unidas, 1995). Al año siguiente, en la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujeres, en la ciudad de México (1975), se reconoció el derecho de las mujeres a la integridad física y a decidir sobre su propio cuerpo. La Conferencia Internacional de Población de la ciudad de México en 1984 amplió el enfoque de Bucarest, aludiendo a los derechos no sólo de los individuos sino además de las parejas. La Conferencia de Alma-Ata, de 1978, abogó por la inclusión de la planificación familiar a la salud materno-infantil en el nivel de la atención primaria.

En los años '80 comienza a desarrollarse la perspectiva de equidad de género, y el concepto de salud reproductiva como lo conocemos hoy se consolida en las

Conferencias de El Cairo (1994) y Beijing (1995) mencionadas. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD.) de 1994 marcó un hito en los que serían los posteriores abordajes de las políticas de población, ya que hasta entonces estas políticas habían estado fundamentalmente dominadas por metas de control de la población, esto es, por objetivos en el plano demográfico relacionados con la regulación de la fecundidad de las mujeres. El nuevo acercamiento que propone esta Conferencia se inscribe en un marco más amplio de promoción de derechos humanos y de equidad de género. Diversos autores sostienen que son dos los aportes sustantivos realizados por el movimiento de salud reproductiva: a) la construcción de las categorías de derechos sexuales y reproductivos y b) la inclusión de la sexualidad como dimensión ligada, en forma insoslayable, a la plenitud y a la salud humana.

Salud reproductiva y procreación responsable no es sólo la utilización de métodos anticonceptivos, ni tampoco equivale a aborto. No es una cuestión de la mujer únicamente, sino también del hombre. No es una problemática de los hombres y mujeres del Primer Mundo, sino una realidad concreta y una preocupación de las mujeres y los hombres de todas las clases sociales en Latinoamérica. Por otra parte, la salud reproductiva no es sólo un problema importante de salud: es un problema de desarrollo y de derechos humanos. La inequidad en la salud reproductiva es una razón apremiante para la preocupación internacional frente a la justicia social, y no hay área de salud en que esta inequidad sea tan notoria como en dicha temática.

La realidad constatada por distintas ONGs que se encuentran trabajando en diferentes países en vías de desarrollo muestra que "las parejas del Tercer Mundo - afirma Infomundi de Medicus Mundi- no son libres para elegir cuántos hijos quieren tener, bien porque son sometidas, de manera forzosa, a diversas prácticas para controlar su fertilidad o porque, simplemente, no tienen acceso efectivo a los distintos métodos de planificación familiar existentes".

La educación y la mujer son dos aspectos básicos a la hora de hablar de control de la fecundidad. En Brasil por ejemplo, las mujeres sin estudios tienen una media de seis hijos; las que poseen educación sólo tienen una media de dos. Cuanto mayor sea el nivel de educación que tengan las mujeres, más opciones van a tener tanto laborales como a la hora de plantear sus relaciones y decidir lo que quieren o no hacer ¿El problema? Pues que generalmente no elige, sino que se encuentra involucrada en

situaciones donde el contexto social y otros son los que deciden por ellas, especialmente en países en vías de desarrollo.

Se nota que estamos tocando el punto más importante que ha estado presente en la batalla de los tiempos, de la libertad y de los derechos humanos. Este punto es donde coinciden -como quedó patente en la Conferencia de El Cairo (1994)- Vaticano, fundamentalismos musulmanes, derechas tradicionales y algún heredero de la izquierda marxista que hizo famosa aquella frase de "proporcionar hijos para la revolución". Frase que antes tuvo sus variantes en Mahoma o Platón con eso de "dar más almas a Dios", frase también acuñada por la propia Iglesia con la idea de "aumentar el número de católicos respecto a los demás". Lo resume perfectamente el cardenal Leclercq: "Casi todas las familias numerosas son católicas, y este excedente de natalidad es una brillante revancha de la verdad divina sobre las fuerzas destructoras del error". Estamos hablando de los intentos de controlar la vida desde el poder y de la oposición de estos sistemas a la planificación y la reducción de la tasa demográfica. Y también estamos hablando de los derechos de la mujer y el derecho a asumir el control de su vida.

La Iglesia Católica reniega del preservativo. Juan Pablo II se atrevió a decirlo en Africa, continente asolado por el Sida que sigue manteniendo la tasa de natalidad más alta del mundo. EL papa Juan Pablo II fue duramente criticado cuando en 1993 decidió viajar hasta Africa, continente que tiene la mayor tasa de natalidad y también de Sida del mundo- para exigir la no utilización de preservativo. Ese hecho fue en su día calificado por el propio Parlamento Europeo como "un auténtico genocidio, un crimen contra la humanidad". El diario Times (25-10-93) recogía en sus páginas "El que el Papa Juan Pablo II atravesase el planeta predicando contra el 'pecado' del control natal en estos días de desencadenado crecimiento poblacional, hambrunas y recursos cada vez más escasos, es algo más que inconsciencia o irresponsabilidad. Es una maldad".

Así, en muchos grupos sociales se entiende que cada pareja (o cada mujer) tiene los hijos que Dios le manda o le da, ignorando que cada persona puede decidir sobre su futuro, el número de hijos e hijas que quiere tener y cuándo quiere tenerlos.

Este hecho ocurrió en el año 1993. Recientemente, en el año 2009, el Papa Benedicto XVI repitió el acto viajando a África y reiterando lo manifestado por Juan Pablo II dieciséis años atrás. No podemos considerarlo un hecho casual, más bien

demuestra una clara intencionalidad de la Iglesia Católica en generar altas tasas de fecundidad aunque eso le cueste la vida a muchas personas.

La ONU calcula que en el año 2050 habrá entre 7700 y 11200 millones de personas en el mundo. La tasa de crecimiento de la población fue desde 1975 de un 1,7% a nivel mundial y cayó algo sólo en los últimos años. La fertilidad disminuyó. Pasó de 3,8 nacimientos por mujer en edad de reproducción entre 1970 y 1975 a 3,3 nacimientos entre 1990 y 1995. Actualmente, la tasa es de 2,8 nacimientos por mujer en edad de reproducción. No obstante, la población mundial sigue aumentando en más de 86 millones de seres humanos por año.

La población mundial que en 1997 era de 5.950 millones de seres humanos, pasará, según los pronósticos, 8.000 millones en el 2.025 y a 9.400 millones en el 2.050. El crecimiento de la población no se registra en forma homogénea. Casi todo el crecimiento futuro tendrá lugar en Asia, África y América Latina; más de la mitad sólo en África y el Sudeste de Asia, donde se hallan muchos de los más pobres países del planeta.

## **2.2) Planificación Familiar y Derechos Sexuales y Reproductivos en la Provincia de Mendoza**

La práctica de la anticoncepción ha experimentado considerables incrementos en nuestro país, así es como hoy se puede afirmar que los notables descensos en la fecundidad que ocurrieron durante la década de los setenta y la de los ochenta, se encuentran relacionados con la creciente adopción de métodos anticonceptivos.

Este incremento en el uso de anticonceptivos y los niveles bajos de fecundidad están conectados a la vez con un mayor conocimiento sobre la reproducción, una mayor participación de la mujer en la toma de decisiones sobre el ejercicio sexual y el número de hijos a tener, y con una valoración de los hijos en términos de las gratificaciones emocionales que éstos representan para los padres, más que en función de sus ventajas económicas.

Según el Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza, en nuestra provincia la Ley de Salud Reproductiva que rige desde el año 1996 ha permitido que en todos los centros de salud y hospitales se brinde asesoramiento y asistencia en forma gratuita. En su momento el tema generó muchos debates y se hicieron varias audiencias públicas, e informa que "...hoy la provincia es una de las pocas que cuenta con esta norma que asigna un presupuesto al Programa de Salud Reproductiva".

Sin embargo, el Ministerio de Salud también informa sobre ciertas estadísticas importantes. Según una encuesta llevada a cabo entre la población adolescente, *más de la mitad de las mujeres alguna vez embarazadas* y las *dos terceras partes* de los hombres *no habían deseado su primer embarazo*. Esa misma fuente indica que el 59.2% de los adolescentes *no usó ningún método anticonceptivo* en su primera relación sexual. Las causas expresadas por las que no usaron método alguno fueron *el desconocimiento, su forma de uso o el lugar de obtención y el hecho de que la relación sexual ocurriera sin haber sido planeada*.

Entre las mujeres de las zonas rurales, las de menor escolaridad y *las que tienen más niños*, opinan en mayor medida que el varón debe decidir sobre el número de hijos y cuándo debe tener relaciones sexuales. La opinión de que el hombre debe decidir

sobre la práctica sexual se observa en el 45.8% de las mujeres que nunca habían practicado algún método anticonceptivo y en 26.4% de las que alguna vez han hecho algo para regular su fecundidad.

Las razones para no usar métodos anticonceptivos constituyen un buen indicador de la percepción que se tiene de éstos y de las barreras que existen para su utilización. Según una encuesta realizada en Mendoza entre mujeres con alta probabilidad de concebir, adjudicaron la prescindencia de métodos anticonceptivos a:

- ✓ El desconocimiento de los mismos, de la forma de usarlos o de dónde obtenerlos ...29%
- ✓ Porque van en contra de sus principios morales o religiosos .....22%
- ✓ El deseo de tener más hijos .....19%
- ✓ Porque su pareja se opone .....19%
- ✓ Temor a posibles efectos secundarios .....6%

FUENTE: [www.salud.mendoza.gov.ar](http://www.salud.mendoza.gov.ar) Ministerio de Salud, Gobierno de Mendoza, Planificación Familiar

“El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) tiene en apariencia un corto camino recorrido (2002 la Ley, 2003 el Programa), pero es fruto de décadas de luchas de distintos sectores de la sociedad, que a partir de diferentes acciones políticas han podido establecer los marcos sociales para que hoy en día se estén generado desde el Estado programas y políticas públicas en la materia, que promueven el bienestar de la población.

El Programa tiene como propósito promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades, en el campo de la salud sexual. Esto implica un pensamiento colectivo que nos permita construir acciones transformadoras de la realidad, mejorando el acceso a los servicios de salud sexual.

Es necesario extender las conquistas en materia de derechos sexuales y reproductivos a todos los sectores sociales que habitan las diferentes regiones, territorios

y barrios. Estos derechos en nuestra vida cotidiana implican: acceder a información basada en el conocimiento científico, acceder a atención de calidad con buen trato y continuidad, acceder gratis a métodos anticonceptivos y preservativos. Para esto también es necesario generar las condiciones para el ejercicio de estos derechos.

### **2.3) Salud reproductiva: brecha entre pobres y ricos.**

Hay diferencias en muchas esferas de la vida entre ricos y pobres; pero las mayores diferencias se acusan en materia de salud. Las discrepancias de salud entre ricos y pobres son por lo general mayores en los países más pobres que en los más ricos. Una de las diferencias reside en que las personas en mejor posición económica conocen los sistemas sanitarios y pueden usarlos, tanto los servicios de salud en general como los de salud reproductiva y salud materno-infantil en particular. Un estudio realizado en 44 países en desarrollo mostró que la fecundidad es mayor entre los más pobres y va disminuyendo paulatinamente a medida que los grupos tienen mayores ingresos. Los que están en posición más acomodada tienen menos cantidad de hijos que los pobres y además, tienen sólo los hijos que quieren tener. Las mujeres pobres aspiran a tener más hijos que las personas acomodadas, pero tienen muchos más que los que querrían tener.

Un embarazo no deseado puede costar la vida de una mujer; en los países más pobres, las mujeres más pobres enfrentan un riesgo de muerte a consecuencia del embarazo que es hasta 600 veces superior al que corren sus homólogas en mejor posición económica. Cada año, más de medio millón de mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo y el parto y casi todas ellas están en países en desarrollo. Cantidades muy superiores de mujeres padecen enfermedades o lesiones por las mismas causas.

Para los jóvenes, el matrimonio precoz, la presión social y la renuencia gubernamental a gastar fondos públicos para proteger su salud reproductiva, aumentan los peligros de ser joven y pobre. En América Latina, por ejemplo, en las familias más pobres las adolescentes de 15 a 19 años tienen probabilidades entre cuatro y diez veces superiores de haber tenido ya un hijo que las jóvenes de los hogares más pudientes.

Las conferencias internacionales celebradas en el decenio de 1990, la Cumbre del Milenio en 2000 y la Conferencia Internacional sobre la Financiación del Desarrollo celebrada en 2002 convinieron en una serie de metas a fin de reducir a la mitad la pobreza antes de 2015. Muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluidos los atinentes a la salud, dependen de las metas convenidas en materia de población, entre ellas la disponibilidad universal de planificación de la familia y otros servicios de

salud reproductiva, el empoderamiento de la mujer y el logro de la equidad e igualdad de género.

La Comisión OMS/Banco Mundial sobre Macroeconomía y Salud reconoció que las cuestiones de población y salud reproductiva son fundamentales para el logro de los objetivos aprobados en la Cumbre del Milenio y de todo el temario de desarrollo. Para mejorar la salud no es posible limitarse a detectar las enfermedades y ofrecer tratamiento. Es preciso acordar alta prioridad a la acción preventiva en materia de salud, incluida la salud reproductiva.

Las tendencias de la población afectarán las perspectivas de lograr una mejora sostenida de la pobreza después de transcurridos los 15 años que constituyen el horizonte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La menor fecundidad y el más lento crecimiento de la población aumentarán transitoriamente el tamaño relativo de la fuerza laboral, con lo cual se abrirá por única vez una oportunidad histórica, una oportunidad de efectuar inversiones en el crecimiento económico; pero en los países más pobres, el impulso del crecimiento demográfico y los altos niveles de fecundidad no deseada retrasan esa oportunidad.

Según las leyes del mercado actuales, ante una mayor oferta de un producto en relación con una menor demanda, éste tiende a tener un bajo costo, en cambio cuando un producto se encuentra en menor cantidad que lo demandado, este tiende a elevar su precio.

En este sentido consideramos que el aumento sostenido de una población pobre, eleva la cantidad de mano de obra disponible, lo que presiona los sueldos hacia abajo.

Ahora, si sucediera que, disminuyera esta cantidad de mano de obra y si a esto le sumáramos la posibilidad de educación a la cual podrían haber tenido acceso, con una de estas variables o con ambas, el resultado sería una elevación de los salarios necesaria para poder cubrir los puestos de trabajo.

¿Esta situación, a quién beneficiaría y a quién perjudicaría? Creemos que la respuesta es obvia: los beneficiados serían los obreros y los perjudicados los empresarios.

El acceso universal a los servicios de salud reproductiva, educación universal y empoderamiento de la mujer son objetivos de desarrollo en sí mismos, pero también son condiciones para eliminar la pobreza, subsanar las brechas entre los más ricos y los más pobres del mundo y crear una sociedad mundial que sea a la vez estable y justa.

La "explosión demográfica", comenzada en el decenio de 1950, fue resultado de la pronunciada disminución en las tasas de mortalidad, posibilitada por las innovaciones en la atención de la salud y la amplia utilización por los países en desarrollo de tecnologías médicas importadas. Pero en los países más pobres, los cambios correlativos que contribuirían a producir una declinación en las tasas de fecundidad - adaptación de las aptitudes, la capacidad y el comportamiento de los seres humanos, mejora en la estructura física y en la tecnología - han ocurrido lentamente. Esa disparidad ha frenado el progreso económico y social. El desequilibrio entre las poblaciones en acelerado aumento y los escasos recursos para sostenerlas ha sobrecargado los límites de la organización social y ejercido presión sobre las instituciones que están al servicio de los pobres.

En el plano del hogar, la alta tasa de fecundidad acrecienta la "carga de dependencia" que representan los hijos y reduce el bienestar familiar de los pobres. Paradójicamente, las circunstancias causantes de las altas tasas de fecundidad suelen coincidir con la ampliación de las oportunidades económicas y sociales.

A medida que los países van atravesando la transición demográfica y que va disminuyendo la tasa de fecundidad, se abre transitoriamente una oportunidad en que las familias que poseen algunos recursos pueden sufragar la educación de los hijos, encontrar buenos empleos y acumular algunos bienes. Pero los pobres, el último grupo de la sociedad que experimenta una disminución de la fecundidad, no pueden aprovechar la oportunidad.

Los pobres no sólo tienen mayor cantidad de hijos sino que, además, carecen de la información y de los recursos para aprovechar la oportunidad. Su incapacidad para responder al cambio de circunstancias en lo relativo a los costos y beneficios de los hijos los coloca en situación desventajosa.

La socióloga Susana Torrado destaca que el rezago en la modernización de los comportamientos procreativos que ostentan los pobres respecto de los no-pobres no es tanto el efecto de un ideal de familia numerosa cuanto el resultado de las barreras que encuentran estos últimos para la regulación de su fecundidad, o sea, para el acceso al conocimiento y disponibilidad de anticonceptivos eficaces. Y ello como consecuencia de políticas públicas pronatalistas, cuyo principal efecto fue impedir o dificultar la regulación de la fecundidad en los estratos más carenciados (que tienen por efector de salud al sector público), ya que los estratos superiores contrarrestaron con medios propios (viabilizados por sus altos niveles educativos) esta acción gubernamental. Un resultado previsible fue la disminución de la fecundidad más pronunciada en estos últimos. Así, los diferenciales inter-estratos son muy acentuados en lo que respecta a la procreación.

La tasa de fecundidad, según la cual el número promedio de hijos por mujer es inferior a 3 en la clase media, fluctúa alrededor de 3,5-4 entre los obreros y entre 4-5 en los estratos carenciados.

Según un estudio realizado por la Fundación Observatorio de la Maternidad, las madres de menores recursos tienen en promedio 3,3 hijos en contraposición a la tasa del 1,6 que tienen las no pobres. En tanto, las madres indigentes (que no pueden costear una canasta básica de alimentos, de \$ 309) tienen 3,7 hijos. Dentro de 50 años bajará la natalidad en todo el país, pero seguirá siendo alta en las zonas más pobres.

Se ratifica que el tamaño de los hogares es relativamente inverso al nivel socioeconómico, los datos elaborados indican que en el estrato muy bajo prevalecen los de 5 o más personas (4 de cada 10 hogares). De tal modo, los hogares compuestos por 1, 2 o 3 personas son menos frecuentes entre los pobres (en los tres grupos o estratos) que en el grupo de comparación medio-alto en cual 7 de cada 10 hogares no superan los tres miembros.

A su vez, esto se relaciona con la mayor fecundidad de los pobres. Según dicho estudio, en Buenos Aires, las familias más numerosas, con 5 o más hijos, concentran el 15% de los hogares del estrato muy bajo o indigente, disminuyendo a medida que mejora la situación socioeconómica –sólo un 2% del estrato medio-alto tiene tantos hijos. En segundo lugar, y en el mismo sentido, es más probable encontrar familias con

3 o 4 hijos entre la población de los sectores más bajos: casi la tercera parte de las familias completas en el estrato muy bajo y bajo, y 16% en el estrato medio bajo.

Estos resultados ratifican que los pobres tienen familias más numerosas, lo cual condicionado a la mayor incidencia del desempleo y del déficit en la calidad de los trabajos, aumenta la probabilidad de que los hijos, aún adolescentes, deban abandonar el ciclo de educación secundaria para ayudar al ingreso familiar. Hay evidencia empírica que en las familias de los estratos más bajos, los primeros en convertirse en trabajadores secundarios son los hijos varones debido a que el precio sombra de las cónyuges mujeres es muy inferior a las de sus pares de los estratos más altos. Éstas sí se insertan en el mercado de trabajo, preservando la permanencia de sus hijos en el sistema educativo y ayudando a mantener el estilo de vida logrado o a mejorarlo. Su mayor nivel de educación les permite obtener salarios que compensan lo que deben pagar para obtener ayuda doméstica asalariada, transporte escolar para los niños pequeños, etc.

# **CAPITULO III**

### 3.1) Teorías demográficas

La disciplina que estudia la población se conoce como demografía y analiza el tamaño, composición y distribución de la población, sus patrones de cambio a lo largo de los años en función de nacimientos, defunciones y migración, y los determinantes y consecuencias de estos cambios. El estudio de la población proporciona una información de interés para las tareas de planificación (especialmente administrativas) en sectores como sanidad, educación, vivienda, seguridad social, empleo y conservación del medio ambiente. Estos estudios también nos dan los datos necesarios para formular políticas gubernamentales de población, para modificar tendencias demográficas, y para conseguir objetivos económicos y sociales.

La demografía tiene una historia relativamente corta. Nació con la publicación en 1798 del Ensayo sobre el principio de la población, del economista británico Thomas Robert Malthus. En su obra, Malthus advertía de la tendencia constante al crecimiento de la población humana por encima de la producción de alimentos, e indicó las diferentes formas en que podría ralentizarse este crecimiento. Diferenciaba entre frenos positivos (guerra, hambre y enfermedad) y frenos preventivos (abstinencia y anticoncepción).

Sobre el problema de la cantidad de habitantes los teóricos siempre se dividieron en dos tendencias: una, poblacionista; otra, antipoblacionista, hoy diríamos malthusiana. El punto de vista económico es el que se encara más a menudo, pero las condiciones religiosas, morales o políticas desempeñan un papel importante.

En un principio se puede encontrar la concepción patriarcal basada en la autoridad y la desigualdad. Todo aumento se miraba favorablemente, lo mismo que el aumento del rebaño. “Un hombre más enriquece al soberano o, por lo menos, acrecienta su poder”. Las democracias griegas encomiaron abiertamente la limitación de la población. En la Edad Media hubo una vuelta a las concepciones primitivas, ayudada por la religión cristiana, que ve desfavorablemente toda obra contraria a los designios de la Providencia (exceptuado el celibato).

El Renacimiento y la emancipación del individuo ven renacer las doctrinas restrictivas, y desde entonces la querrela entre los partidarios de ambas tendencias ha continuado. Se distinguen por el punto de vista económico que adoptan: un aumento, ¿enriquece o empobrece a la población?

Partidarios de una tesis u otra emplean argumentos plausibles y citan en apoyo de sus afirmaciones gran número de ejemplos particulares. Los partidarios de la autoridad, los dominadores absolutos, son, en general, poblacionistas. Turmeau de la Morandière, campeón de esta doctrina, hacia el año 1750 afirmaba: “Hay que multiplicar los súbditos y el ganado”. No obstante, en esta época aparecen opiniones más matizadas. Voltaire escribía: “El punto principal no es tener un exceso de hombres, sino que los que existen sean lo más dichosos posible”. Quesnay y los fisiócratas consideraban que el aumento de la población es deseable, pero que se lo debe regular de acuerdo con las subsistencias. Sin pensar en limitar los nacimientos, proclamaban la necesidad de inversiones (llamadas ‘adelantos a la tierra’) para poder nutrir cada vez más hombres.

En el siglo XVIII, la autoridad se vuelve menos absoluta. En Inglaterra, la ley de los pobres pesa sobre los ricos. En lugar de ser ventajosa, la multiplicación de los pobres aparece desde entonces como un peligro para la propiedad.

Correspondió a Malthus determinar los temores que surgieron hacia el fin del siglo XVIII entre los conservadores. Utilizando el célebre paralelo entre la multiplicación de los hombres y de las subsistencias, preconizó formalmente la limitación de los hijos en el matrimonio (por continencia solamente). En el mismo momento en que el progreso técnico se acelera y permite un crecimiento durable de la población, la tesis de la restricción se afirma (Inglaterra) y al mismo tiempo, se pone en práctica la restricción.

Los discípulos de Malthus temen una multiplicación excesiva de los pobres y algunos en lugar de continencia encomian prácticas anticonceptivas. Marx combate formalmente a Malthus y a sus discípulos afirmando que la miseria obrera no proviene de la superpoblación sino del régimen de propiedad privada.

Así, se ve en las democracias occidentales formarse cuatro grupos o tendencias:

- a) Los *conservadores realistas*, quienes preocupados por su interés de propietarios o por el interés general, buscan la *población óptima* que asegure el bienestar económico y son con frecuencia malthusianos, aunque en algunos países donde la natalidad es muy baja estiman necesario llevarla a un nivel razonable.
- b) Los *conservadores tradicionales o idealistas*, quienes ya por respeto a la religión, ya por esperanza y confianza en las fuerzas vitales, preconizan una fuerte natalidad y un aumento de la población.
- c) Los *socialdemócratas*, libertarios, etc. Malthusianos acérrimos.
- d) Los *comunistas ortodoxos*, quienes rechazan la anticoncepción. Sin embargo desde 1956, se afirmaron nuevas tendencias en el partido comunista, especialmente en China.

A partir del siglo XVII, los grandes avances del conocimiento científico, la agricultura, la industria, la medicina y la organización social hicieron posible que la población creciera de forma considerable.

La rápida disminución de fallecimientos en una población con altos índices de fertilidad hizo que muchos países en vías de desarrollo alcanzaran un índice de crecimiento anual superior al 3,1%, índice que duplicaría la población en veintitrés años. En 1990 había una población de 1.200 millones de personas en los países desarrollados y de 4.100 millones en los países menos desarrollados del mundo.

Los diferentes índices de crecimiento regional alteran sin cesar estos porcentajes. La población de África se duplicará para el 2025, mientras que la población del Sureste asiático permanece casi constante y la de Latinoamérica crece a un ritmo fuerte aunque desigual; y las demás regiones, incluida Asia oriental, disminuyen de forma considerable. Para el 2025 se estima que el porcentaje relativo a los países desarrollados actuales (23% en 1990) descenderá al 17%. El 90% de los nacimientos actuales tiene lugar en los países menos desarrollados.

Seguirán existiendo amplias variaciones en el crecimiento de la población. En el mundo desarrollado, el crecimiento de la población seguirá siendo muy lento y en algunos países incluso disminuirá. En 1996 en las ciudades de Madrid y Londres había más habitantes de 65 años que menores de 15. En España el índice de fecundidad es de 1,4 hijos por mujer, siendo uno de los países, junto con Italia, con menor natalidad del

mundo. En el caso estadounidense, las previsiones hablan de un crecimiento hasta el año 2050, debido a la inmigración. A partir de este momento el índice de crecimiento será prácticamente nulo. En cambio, se estima que en el futuro, América Latina tendrá la mayor tasa media anual de crecimiento del mundo.

Los países europeos no tuvieron políticas de población hasta el siglo XX. Se concedían ayudas a las familias numerosas en países tan dispares como Gran Bretaña, Suecia, España y la Unión Soviética. Los fascistas italianos en la década de 1920 y los nacionalsocialistas alemanes en la década de 1930 incluyeron el crecimiento de la población como parte importante de sus doctrinas.

Japón, con una economía comparable a la de los países europeos, fue el primer país desarrollado en la era moderna que inició un programa de control de natalidad. En 1948 el gobierno japonés instituyó una política que incluía la anticoncepción y el aborto para limitar el tamaño de las familias.

Las políticas europeas a favor de la natalidad no tuvieron mucho éxito en la década de 1930 y sus ligeras variantes de las dos últimas décadas (en Francia, España y en muchos países europeos del este) no parece que hayan logrado detener la continua y preocupante disminución de la natalidad. El control gubernamental de la migración parece que resulta más eficaz. La migración a corto plazo por demanda de trabajo ha sido una práctica común en Europa occidental y ha dado a los diferentes países la flexibilidad para reducir la migración durante las recesiones económicas.

Al respecto planteamos: si Europa no logra superar la natalidad descendente y suple su carencia controlando la migración (alternando entre períodos de demanda y períodos de reducción), podríamos presumir que el crecimiento poblacional de otros países menos desarrollados, les provee la posibilidad de incorporar a sus pueblos mano de obra necesaria, escasa entre sus pobladores.

Desde su independencia, los países hispanoamericanos se plantearon los problemas de población derivados del mestizaje y la existencia de amplias zonas de escasa presencia humana. "Gobernar es poblar", fue una consigna generalizada, mientras se planteaban programas de atracción de colonos, preferentemente europeos, que no siempre llegaban con facilidad.

Probablemente, en estas condiciones donde las nuevas tierras necesitaban ser pobladas, fundamentalmente por europeos, una de las políticas adoptadas fue la de reforzar las ideas en contra de la planificación familiar, lo cual fue respaldado (¿o impulsado?) por el cristianismo, ya que los hijos de cristianos serían también futuros cristianos, frente a la existencia del “crisol de razas” existente en América Latina después de la Colonia.

Actualmente, el vertiginoso crecimiento de los índices de natalidad, las tradiciones y prejuicios religiosos y familiares, las costumbres de fuerte arraigo, contrarias a la contracepción, han obligado a todos los gobiernos a desarrollar campañas de información y educación, a promover el control de la natalidad y los programas de planificación familiar.

Sin embargo, aún no ha sido posible llevar a cabo una campaña de concientización al respecto, especialmente en sectores de la sociedad con escasos recursos, donde la cultura y la Iglesia influyen en contra de las políticas de planificación familiar.

A la hora de analizar las tendencias de la población mundial, con frecuencia los economistas distinguen entre naciones desarrolladas y naciones en vías de desarrollo. Generalmente, las naciones consideradas menos desarrolladas o en vías de desarrollo tienen un nivel de vida inferior a las naciones desarrolladas. Una gran parte de la población de estos países vive bajo los límites de la subsistencia y los recursos médicos son limitados. El crecimiento de la población en los países menos desarrollados ostenta una tasa mucho más alta que la de las naciones desarrolladas.

### 3.2) El rol del Estado: Políticas Públicas

En la antigüedad hasta la revolución industrial, tenemos un régimen demográfico que se caracteriza por una elevada tasa de natalidad, una expectativa de vida al nacer muy reducida con una alta tasa de mortalidad. La pirámide poblacional que grafica esta situación es de base amplia y de poca altura. El balance final en este caso, es que la natalidad supera escasamente a la mortalidad con crecimiento poblacional mínimo, estimado en 0,1 %, siendo la población mundial estimada en el año 1650 de 500 millones de habitantes.

La transición demográfica que se inicia en Europa hacia 1750 y en los países en desarrollo entre 1920 y 1950, se caracteriza por una alta tasa de natalidad y una reducción en la tasa de mortalidad con una mayor expectativa de vida al nacer.

Hacia 1850 existía una población mundial de 1.000 millones con un crecimiento estimado de 0,5% anual, llegando a duplicarse a 2.000 millones de habitantes en 1930 con un crecimiento poblacional anual de 1%. Esta transición demográfica debería terminar cuando se equilibran la mortalidad y natalidad, ambas en un nivel bajo.

La llamada “explosión demográfica” sucedida en los últimos siglos en Europa y en los últimos 80 años en el mundo, se caracteriza por un crecimiento poblacional casi geométrico, resultando así que en 1975 se dobla nuevamente la población mundial a 4.000 millones. Esta situación se debió a bajas cifras de mortalidad y altas cifras de natalidad.

Es así, que llegamos al régimen demográfico del futuro, que ya algunos países o comunidades lo viven, en que la mayoría de los nacidos alcanzarán la vejez, existiendo un equilibrio entre la natalidad y la mortalidad, manifestándose gráficamente como una población estacionaria, con una rectangularización de la curva de supervivencia de los individuos, propia de las buenas condiciones de vida. El crecimiento tiene límites ya que se apoya en los recursos materiales, el desarrollo sostenible exige una población estacionaria, al menos a largo plazo.

Esta característica, que algunos países han alcanzado demuestra la importancia que tienen las políticas de población, que utilizando medios lícitos, sepan compaginar las libertades individuales con el bien común de la sociedad. Independiente de esto, las cifras que las Naciones Unidas han estimado para el año 2075 es de una población mundial de 12.000 millones, el doble de la cantidad de habitantes de hoy.

A la luz de estas aseveraciones y hechos, que tienen implicancias en torno al concepto de un desarrollo sustentable, nace la interrogante de cómo controlar racional y éticamente la población.

A mediados del siglo pasado se inician los primeros intentos, que nacen desde los países industrializados (USA), promoviendo políticas de control de natalidad hacia países en desarrollo, de manera imperativa ya que argumentan que sin políticas de control de natalidad no habría ayudas al desarrollo. Estas políticas neomalthusianas fueron asociadas al imperialismo norteamericano, frente a ellas los movimientos de liberación nacional de diferentes latitudes opusieron otras decididamente poblacionistas y antimalthusianas.

A fines de los años 70 aparecen organismos internacionales dependientes de las Naciones Unidas (NU) como la OMS, FAO, UNESCO que comienzan a promover políticas poblacionales.

Las NU organizan en 1974 en Bucarest la 1ª Conferencia Mundial sobre Población. La discusión entre países ricos neomalthusianistas y pobres antimalthusianistas llega a un punto de sano acuerdo, *“el Incremento del Desarrollo Económico y la Disminución de la Natalidad deben ir parejos por lo que deben tratarse juntos”*.

La 2ª Conferencia se realiza 10 años después en México en 1984 y es a petición ahora de los países en desarrollo. Se logran tres metas muy importantes: se convence a los países en desarrollo que el control de natalidad no es un arma del imperialismo e intereses de la burguesía, se desecha el aborto como método de control de natalidad, y se rechaza lo coactivo en control de natalidad.

En 1994 en El Cairo, a los 10 años de la anterior, se acuerda que el control de natalidad es necesario, no puede ser impuesto sino gestionado libremente por los individuos y las parejas. Se propone como meta dar accesibilidad a los diferentes métodos de control de natalidad a todo el mundo antes del año 2015.

Las pruebas recogidas también sugieren que las ventajas económicas de una tasa de fecundidad que va decreciendo cambian la distribución de la riqueza en beneficio de los pobres. Al reducir la "brecha de género" en cuestiones de salud y educación se reduce la pobreza individual y se alienta el crecimiento económico. Los efectos son mayores en los países más pobres. El crecimiento económico y el aumento de los ingresos reducen la desigualdad de género pero no quiebran todas las barreras que se oponen a la participación social y el desarrollo de la mujer: es preciso realizar acciones específicos para detectar y eliminar el prejuicio de género, sobre la base de los principios de derechos humanos.

En nuestro país el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fue creado por la Ley Nacional N° 25.673. Reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados.

Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuantos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos.

Por eso, promueve la "Consejería" en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

Al mismo tiempo, favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida.

A fines del año 2006 los centros de salud y hospitales con prestaciones del Programa superan los 6.100 en todo el país, siendo 1.900.000 las usuarias y usuarios del mismo. La implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable abarca:

- Entrega de insumos a las provincias para su distribución gratuita en los Centros de Atención Primaria y hospitales públicos, a solicitud de las/los usuarias/os, con asesoramiento o consejería especializada. Los insumos de salud sexual y reproductiva que distribuye el Programa actualmente son preservativos, anticonceptivos hormonales inyectables, hormonales para lactancia, hormonales combinados, y anticonceptivos hormonales de emergencia; dispositivos intrauterinos (DIU) y cajas de instrumental para su colocación.
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales, para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Capacitación a los equipos de salud mediante la articulación con el Programa de Médicos Comunitarios.
- Producción y entrega gratuita de materiales didácticos de difusión relacionados con el tema.
- Actividades de comunicación social y campañas.
- Articulación de actividades con áreas y programas de la Secretaría de Programas Sanitarios: Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, Plan Nacer, la Dirección de Maternidad e Infancia, Programa de Médicos Comunitarios, la Dirección de Programas Sanitarios la Dirección Nacional de la Juventud y el Programa Familias del Ministerio de Desarrollo Social y Organizaciones no gubernamentales: científicas, de desarrollo comunitario, académicas.

La ley 25673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, fue sancionada el 30/10/2002. Fue discutida durante todo un año, tuvo grandes impulsores y poderosos detractores, pero no ha sido la primera norma del país en esta temática, sino la confirmación y el fortalecimiento a nivel nacional de una nueva

política social y de salud. La ley 25673 constituye sin duda una de las más importantes políticas de salud actuales.

Sin embargo, diferentes trabajos han puesto de manifiesto que, en su conjunto, las políticas públicas implementadas y puestas en práctica por gobiernos nacionales de América del Sur en distintos períodos, han actuado privilegiando los intereses o “necesidades” de los sectores vinculados al grupo social dominante, quedando estos grupos al margen de los beneficios que de ellas se derivan. En relación a ello se postula, que los estilos de desarrollo son los que generan las distintas situaciones de clase de los miembros de la sociedad y lo que someten a los pobres a tal situación.

Uno de los principales instrumentos de combate y alivio a la pobreza es la provisión pública de servicios sociales, como educación y salud. La demanda de estos servicios suele estar condicionada tanto por el nivel de ingreso familiar, como por las características demográficas del hogar.

En vista del acelerado crecimiento de la población mundial, la convicción de que una activa política de planificación familiar es necesaria y urgente se impone en las últimas décadas en los países en desarrollo.

En un artículo publicado en Diario Clarín el día 10 de julio del 2008, la Lic. Eleonora Faur, socióloga, perteneciente al Fondo de Población de la ONU en Argentina refiere que “casi el 15% del total de nacimientos corresponde a mujeres que tienen hasta 19 años. Sólo el 30% de ellas buscó quedar embarazada, según estudios realizados con el apoyo del Ministerio de Salud. Más del 40% de las mujeres que usan anticonceptivos modernos recurre sólo al preservativo. La falta de regularidad en su uso incide en los altos niveles de embarazos no deseados. Más del 25% de las mujeres se inclinan por píldoras anticonceptivas. Para muchas de ellas una merma en la dotación de anticonceptivos en los servicios de salud, como la que se produjo en Argentina en el último semestre, puede haberlas dejado sin protección, a diferencia de aquellas que optaron por métodos de mayor alcance temporal como los dispositivos intra-uterinos, también garantizados por la Ley Nacional”. Ante estos datos, la Lic. Faur se pregunta “*¿En que medida todas las parejas que viven en la Argentina están pudiendo tomar decisiones efectivas en torno a su reproducción? ¿Cuáles son nuestros desafíos pendientes?*”

El CONDERS es una organización que tiene como finalidad el monitoreo de las políticas públicas referentes a derechos sexuales. En el año 2008, realizaron un trabajo de investigación en la provincia de Mendoza de donde se extraen las siguientes conclusiones.

El Programa Provincial de Salud Reproductiva es producto de la iniciativa de algunos legisladores que convocaron un debate público sobre el tema y sancionaron, en 1996, la ley 6433 que dio lugar a su creación.

El Programa ha conocido, desde su formación, una continuidad institucional notable en lo relativo a la posibilidad de implementar políticas públicas de reconocimiento y garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos. Sin embargo, recientes cambios políticos suscitados en la provincia, han modificado esta situación. Se hace por ello necesario realizar un análisis que pueda dar cuenta del direccionamiento de las políticas implementadas.

#### Monitoreo de la Gestión del Programa Provincial de Salud Reproductiva.

Como parte del proceso de implementación del Programa Provincial de Salud Reproductiva, se comenzó con la distribución de insumos a hospitales y centros de salud en marzo de 1998. Rápidamente -para el año 2000- se alcanzó una cobertura del 100% de los efectores de la red pública asistencial, garantizando durante los 8 años siguientes, la continuidad en la distribución de métodos anticonceptivos.

Desde el principio, los insumos que distribuye el programa han sido comprados por cuenta del presupuesto propio, establecido por Ley 6.433 y votado anualmente por el Poder Legislativo Provincial. En 2003 se comenzaron a recibir insumos enviados desde la Nación, con lo cual cambió el esquema de requerimientos de compras provinciales.

Así, habían insumos que se recibían en cantidades suficientes tales como los AOC 30 (Anticonceptivos Orales Combinados de 30 mg de etinilestradiol). Sin embargo la provincia debió hacer frente a las compras de los MAC (métodos

anticonceptivos) que la Nación no proveía y de cantidades de apoyo de aquellos que enviaba en volúmenes insuficientes.

La estructura de la red sanitaria estatal está conformada por 22 hospitales (todos provinciales) y 18 Áreas sanitarias (una por departamento). Bajo la órbita de las áreas departamentales hay 252 centros de salud provinciales y 67 municipales. Estos últimos dependen de la dirección de salud de su municipio, coordinan la actividad con el Área Sanitaria (provincial) correspondiente: reciben insumos etc.

Cabe aclarar que por nota enviada al programa, los efectores pueden solicitar aumentos de stock de preservativos, ya que el programa lleva a cabo una política de desmedicalización de este insumo, por lo que su entrega no se registra en recetas ni planillas de reposición.

Llaman la atención las dificultades para la recuperación en la aceptación de anticonceptivos luego de producidas las instancias de crisis de stock y racionalización que se dieron fundamentalmente a fines de 2007 y principios de 2008. Mas aún, si desde el programa se afirma que una vez reestablecidas las cadenas de distribución no se aplicó ningún tipo de racionalización y se entregó a los efectores a libre demanda.

Puede hipotetizarse entonces, sobre varios elementos que no son excluyentes. Podría darse una disminución de la demanda, no porque haya menos necesidad sino por la expulsión de la red sanitaria al haber “negado” el insumo en algún momento o al haber ofrecido un cambio de método no aceptado. La posibilidad de que se hayan dado cambios masivos a los métodos alternativos de reemplazo quedaría descartada en tanto no se observan aumentos en la aceptación de ningún insumo. También podrían haber inconvenientes a nivel de la oferta de servicios en cuanto a que no habría funcionado la comunicación centrífuga (desde el programa a los efectores) sobre el reestablecimiento de la cadena de distribución.

En cuanto a insumos no anticonceptivos que se requieren para la atención, tales como antimicóticos, antibióticos y demás insumos biomédicos como test de embarazo, no hay en existencia ni se han registrado compras durante el año. Igual situación se verifica respecto de otros insumos descartables como espéculos y guantes de examinación o estériles.

Cabe aclarar que la estrategia del programa respecto de estos insumos complementarios a los anticonceptivos ha sido siempre la de tener un stock central para equilibrar faltantes en áreas departamentales y hospitales, niveles a los que corresponde su propio aprovisionamiento .

Las consecuencias de la carencia de dicho stock central se manifiestan en estos niveles en los que ocurrido el déficit propio, no encuentran un soporte y entonces las frecuentes faltantes no tienen solución.

El equipamiento del que dispone el programa para su distribución directa a los efectores consta de cajas de acero inoxidable con 7 elementos para inserción de DIU y algunas pinzas para el mismo fin, que se entregan fuera del set. Durante 2008 no se ha efectuado ninguna compra de estos insumos y la existencia actual proviene del stock del año anterior. Tampoco se dispone de elementos anteriormente distribuidos como camillas ginecológicas, fotóforos o colposcopios. De sostenerse en el tiempo esta falta de inversión en bienes de capital e insumos, que ya es notable, sería altamente probable que se resientan la cobertura y la calidad de atención del programa.

Las actuales dificultades en el aprovisionamiento de insumos del programa conllevan un importante déficit en el servicio, que aún no se ha manifestado del modo más contundente. Esto es posible de ser medido si se toma la distribución histórica mensual del programa y se calcula la necesidad de aprovisionamiento para todo un año, para luego comparar dos elementos: el volumen de prestación anticonceptiva que debería brindarse y el que será posible según los insumos con que se cuentan.

Ello, aplicando a cada método anticonceptivo, factores que la mayoritaria bibliografía internacional al respecto reconoce como “APP” (Año Protección Pareja o pareja protegida durante un año), a fin de llevar a un indicador común a estos insumos de tan diferentes características. Así, por ejemplo, 12 inyectables equivalen a 1 APP (una pareja protegida durante un año), lo mismo que 13 ciclos de orales combinados, o 100 preservativos.

De manera que los insumos que históricamente distribuye el programa por año, alcanzan para proteger a 46.112 parejas durante ese período.

Ahora bien, como se infiere del cálculo ofrecido por la gestión del programa, el aprovisionamiento del corriente año -incluyendo el aporte del PNSSyPR, las compras provinciales y las donaciones- alcanzan para proteger anticonceptivamente a 28.892 parejas. De esto surge que la faltante de insumos de este año tendría un impacto negativo de 17.220 parejas -anteriormente bajo programa y ahora, o en un futuro cercano, desprotegidas.

Es información de público acceso la que revela que la actual gestión del Gobierno de la Provincia solicitó ante la Legislatura, para el Programa Provincial de Salud Reproductiva, el mismo presupuesto que se votó para el año anterior. Esto, sin por lo menos haber considerado los índices oficiales de la inflación anual.

Si este mecanismo de repetición se diera nuevamente, la irresponsabilidad política sería mayor aún, máxime si se tiene en cuenta que según cálculo del presente estudio, desde el próximo ejercicio presupuestario se deberá invertir sólo en insumos un monto superior a 1.300.000 para responder a la demanda entre los meses de mayo de 2009 y abril de 2010. Cabe aclarar que sólo se han tenido en cuenta los envíos de la Nación actualmente pendientes, ya que no hay información precisa de futuros aportes.

En conclusión, se subraya la creciente desatención, palpable, medible, en perjuicio del derecho a decidir sobre las propias pautas sexuales y reproductivas de las personas.

Si además, se considera la hipótesis de que un mayor acceso al uso de métodos anticonceptivos se relaciona a una disminución de la incidencia de abortos y por tanto, a una menor cantidad de Muertes Maternas por dicha causa, cabe esperar para los próximos tiempos el resultado opuesto. Consecuencias de las que en el presente análisis se pretende alertar y con ello, dejar en claro las responsabilidades a futuro.

Así, 2009 será clave para la gestión del programa si es que la voluntad política se aboca, o no, a frenar esta abrupta caída del componente asistencial del Programa Provincial de Salud Reproductiva, que ya se está manifestando.

La decisión del actual gobierno de dejar de distribuir preservativos en eventos masivos se argumenta en que ello significa una pérdida.

La Dra. Silvia Dávila (directora de Promoción, Prevención y Atención Primaria) lo explicó así: "A los preservativos los hacemos llegar a través de cursos de capacitación, consejerías y centros de salud. Seguimos la línea de que repartir indiscriminadamente no servía. Luego aparecían tirados o los chicos hacían globitos y se perdían".

“Ante la pregunta sobre si la decisión era no repartir más preservativos en eventos públicos de carácter masivo, respondió: "No, salvo que sea un evento en el que podamos instalar una instancia de mayor comunicación, en el marco de una consejería por ejemplo. Este es un ámbito festivo y no nos parece adecuado".

Mas allá de que las distribuciones masivas de preservativos que se realizaron anteriormente desde el programa estuvieron siempre encaradas a través de soportes comunicacionales muy cuidados y dirigidos a objetivos estratégicos (disminución del embarazo no deseado, contagio de infecciones de transmisión sexual, buen uso del preservativo), sorprende la apreciación de los funcionarios del Ministerio de Salud provincial respecto de que estas acciones implican una pérdida.

Objetivamente, lo que aquí se ha perdido es una política de comunicación planificada en dirección a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. El Cambio de estrategia, por una búsqueda del “bajo perfil” implica la lisa y llana omisión pública, desde la cual se explican, por ejemplo, hechos tales como la no impresión de nuevos materiales gráficos hasta éste momento, así como el conjunto de decisiones que el actual gobierno está tomando en la materia.

Este año, entre las primeras decisiones de las autoridades sanitarias de la Provincia, se promovieron cambios que colocaron al PPSR bajo un status orgánico diferente al que siempre tuvo la institución. La reestructuración fue anunciada por el Ministro de Salud de la Provincia, Dr. Sergio Saracco, mediante declaraciones a la prensa.

Desde la perspectiva del Ministro el PPSR debiera estar subordinado a la dirección de Maternidad e Infancia. El ministro cuestiona la autonomía relativa del programa y la prevalencia de un punto de vista de género en las políticas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo si se evalúan las experiencias nacionales e internacionales

es posible advertir que los programas de salud sexual y reproductiva que nacieron y crecieron por fuera de la órbita de la gestión de las políticas de maternidad e infancia alcanzaron un mejor desarrollo y una mayor identidad. Los beneficios de la posibilidad de un gerenciamiento con cierta autonomía, de un presupuesto propio etc, así como el atravesamiento de las políticas de género en la promoción, la prevención y la asistencia sanitarias, no han atentado contra la integralidad en la atención, sino que por el contrario, la han favorecido.

Más aún, el riesgo que implica esta estructura de dependencia radica en la pérdida de una temática propia, pues esta queda a merced de la tendencia de la red asistencial a priorizar la atención del embarazo – puerperio y del niño. Asistencia, cuya necesidad no se discute, aunque ello no debe conllevar dificultades en la gestión de las políticas de Salud Sexual y Reproductiva.

El contexto de la citada declaración pública –posteriormente ratificada- estaba dado por el desarrollo del llamado “Carrusel de las reinas” (evento previo al acto central de la Fiesta Nacional de la Vendimia) en el cual se hallaban numerosos medios de comunicación locales, nacionales e internacionales. Allí, se hicieron presentes algunas organizaciones como Las Juanas y las otras y la Red de Mujeres Pobladoras, protestando contra la falta de políticas de Salud Reproductiva.

Consultado sobre el tema, el ministro de Salud afirmó “que en verdad, el Programa de Salud Reproductiva dejaba bastante que desear. Dijo que ellos lo recibieron en estas condiciones, con pocos proyectos puestos en marcha y casi todos mal desarrollados” (MDZ Online, 08/03/08).

Algunas fundadas respuestas a ello, pretenden haberse dado desde el presente estudio, acerca del direccionamiento, que a 9 meses de iniciada la nueva gestión de gobierno, se está siguiendo desde el nivel de la decisión política respecto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Provincia de Mendoza.

La Ley 6433 de Salud Reproductiva se sancionó en Mendoza en octubre de 1996, dando origen al Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR). El tratamiento de esta ley implicó intensas discusiones, de la que participaron diversos

sectores científicos, religiosos y grupos ideológicos de la provincia, lo que le otorga al Programa una validación social poco frecuente.

En nuestra provincia, antes de la sanción de la Ley de Salud Reproductiva, era muy limitada la orientación y la atención que se ofrecía en relación a la temática. Sólo desde algunos hospitales y centros de salud se brindaban ciertas prestaciones en planificación familiar. La implementación del Programa Provincial implicó comenzar a revertir la inequidad social imperante en torno al acceso a la información y la atención en salud sexual y reproductiva.

Los efectores del PPSR son los centros de salud, hospitales estatales y la Obra Social de Empleados Públicos, que brindan asistencia y orientación en salud sexual y reproductiva en forma totalmente gratuita. La destinataria del PPSR es la población general. Si bien la problemática de la salud sexual y reproductiva afecta a todos, el PPSR presta especial atención a la población considerada en riesgo reproductivo. En este sentido, el grupo más vulnerable son las mujeres, en especial las más jóvenes, pobres y de menor nivel de instrucción, por las complicaciones del embarazo y del parto, y por los abortos y sus consecuencias.

El PPSR busca garantizar en nuestra provincia el camino para que todas las personas puedan informarse y decidir sobre su salud sexual y reproductiva y también:

- llevar una vida sexual plena, sin temor a infecciones o embarazos no deseados
- decidir libre y responsablemente si desean tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos
- tener embarazos y partos seguros
- criar hijos saludables

La directora de Promoción, Prevención y Atención Primaria de la Salud, Silvia Dávila. Comentó en una nota realizada por Diario Los Andes, publicada el 24 de septiembre de 2008, cómo se están trabajando desde los centros de salud con respecto a la entrega de preservativos. *"Hemos liberado en el centro de salud la entrega de preservativos. Ahora no necesitan receta, si van a un centro de salud lo pueden retirar perfectamente"*, sostuvo.

Aunque el preservativo no es un método de anticoncepción que deba ser prescripto si alguien está sano, Dávila afirmó que *"hay centros de salud en los que se pedía la receta para hacer la entrega de preservativos. En años anteriores era así y ahora lo hemos liberado"*.

Mientras tanto, la ex subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Claudia García, explicó cómo y con qué objetivos desarrollaban las campañas de prevención y su opinión sobre esta nueva política: *"Me da pena y enojo, sobre todo por lo que ha costado. Era un tema ya instalado. Ya no se discute que el preservativo es una barrera para impedir el contagio de enfermedades de transmisión sexual"*.

En el mes de marzo del presente año, a los fines de la investigación de nuestra tesis, concurrimos al Centro de Salud N°1, ubicado en el Barrio San Martín de la ciudad de Mendoza, donde concurre una población masiva de mujeres en condiciones de riesgo social. Consultamos sobre la entrega de anticonceptivos y nos fue informado que se entregan "bajo receta". Lo que significa que una mujer (o un hombre) debe concurrir en horas de madrugada para solicitar un turno con un profesional médico y así obtener una receta para la entrega de profilácticos. Cabe destacar que esta información nos fue brindada por el Área de Trabajo Social del mencionado Centro de Salud, quienes también refirieron que esa era una "larga lucha" que tenían con el personal farmacéutico del Centro de Salud, ya que le habrían solicitado en reiteradas oportunidades que la entrega de anticonceptivos no fuera bajo receta, sin embargo no han podido lograrlo....

# CAPITULO IV

#### **4.1) Planificación Familiar deficiente. Análisis de sus causas.**

Se oye decir a menudo que las familias pobres que tienen muchos hijos lo hacen con la finalidad de obtener “mano de obra”, esto es, aumentar sus ingresos a futuro cuando el niño pueda realizar alguna actividad que incremente los ingresos en el hogar. Analizaremos en que medida este factor incide en la “decisión” de tener hijos en las familias abordadas. Ahora bien, cabe preguntarse también si esta reproducción de fuerza de trabajo trae beneficios para el Estado y por lo tanto cuáles son las consecuencias de las diversas metodologías estatales en relación con la planificación familiar.

Azucena Reyes, en el año 1992, realizó una investigación sobre las estrategias de supervivencia de las familias más pobres de Mendoza, donde define que “los grupos domésticos desarrollan una serie de actividades orientadas a satisfacer sus necesidades, las que buscan maximizar sus ingresos y minimizar los egresos globales”. Para que se de la supervivencia del grupo es necesario que entre ambas instancias (ingreso/egreso) se logre un equilibrio.

Según algunos autores el tamaño de las familias tiene vinculación con cierto tipo de decisiones de las unidades familiares de recurrir a la fecundidad, constituyendo tamaños grandes de familias, como medio de lograr mayores ingresos para cubrir el presupuesto familiar, o mayor número de brazos para las tareas asociadas al mantenimiento del hogar.

Dentro de la corriente del materialismo histórico se plantea una vinculación entre estrategias familiares de vida y la reproducción de la fuerza de trabajo. En una reunión organizada por PISPAL (1980) sobre el tema de las estrategias de supervivencia, varios de sus participantes subrayaron que *“la reproducción de la fuerza de trabajo es un punto de partida necesario para el análisis de las estrategias de supervivencia, ya que en última instancia siendo dominante el modo de producción capitalista, la reproducción de la población asumía el carácter principal de reproducción de la fuerza de trabajo para el capital”* (Rodríguez, D., 1981, p.246)

Frente a situaciones en las que un segmento o capas enteras de la sociedad ven empeorar o deteriorarse sus niveles de vida, llegando a sentir seriamente amenazada su

reproducción material y biológica, es cuando tiene sentido, para nosotros, hablar de “estrategias de supervivencia” como fenómeno social, en tanto estas capas desarrollan un complejo de conductas con el objeto de “resistir” a las fuerzas o procesos deteriorantes a que están sometidas.

Las familias despliegan una serie de conductas atinentes al logro de su reproducción material y biológica y existe en todo ello un cierto grado de racionalidad que orienta a estas conductas hacia la meta buscada. Las estrategias se desarrollan en torno a ciertos criterios organizativos que parten de la familia, sean estas concientes o no de ello, pero que están presentes en su desarrollo.

Argüello realiza una investigación donde señala que la venta temporaria de la fuerza de trabajo de algunos miembros de la unidad familiar y el trabajo de las esposas fuera del hogar, o el uso del trabajo de los hijos menores, para completar el ingreso de la unidad, resultaban comportamientos o mecanismos básicos de supervivencia en aquellas unidades que no contaban con los medios de producción suficiente para ello; o en aquellos grupos que no lograban una inserción estable en el mercado de trabajo urbano. (Argüello, O., 1981).

Ahora bien, el capitalismo es un método de producción (y en consecuencia de organización de la sociedad) en el cual los medios de producción están en manos de una minoría mientras que la mayoría de los activos (los "proletarios") son empleados remunerados por esta minoría. Los capitalistas sacan un provecho de la actividad de los proletarios utilizando el “bajo – remunerando”.

Este mecanismo permite una acumulación de riquezas por los capitalistas en detrimento de los trabajadores. No obstante se invita a los trabajadores a consumir siempre más bienes y servicios para que la actividad de producción pueda seguir desarrollándose (el "crecimiento"). Este consumo puede mantenerse gracia al crédito, juicioso mecanismo que permite recoger las rentas futuras del consumidor endeudado.

A continuación analizaremos algunas de las posibles causas de una planificación deficiente:

### 4.1.1) Problemáticas de género

Las mujeres sumidas en la pobreza generalmente se encuentran asediadas por preocupaciones con respecto a la salud reproductiva. En especial, las mujeres jóvenes conocen poco acerca de la planificación de la familia y no creen que sea una opción a su alcance. Todas las presiones actúan en sentido contrario. Hay un fuerte prejuicio que favorece el matrimonio y la procreación precoces entre los jóvenes, debido a que se supone que los hijos y la familia contribuyen al bienestar. Las ideas de que familias más pequeñas, más saludables y mejor educadas también contribuyen al bienestar - y que hay opciones entre las cuales escoger - aparecen más tarde en la vida; para muchas mujeres, demasiado tarde.

Un afiche de la Unión de Mujeres de San Pablo, Brasil, dice: “si los hombres pudieran quedar embarazados, el aborto sería un derecho humano”. Las mujeres latinas rara vez reciben estímulo para planear algo, mucho menos el sexo y el diálogo es escaso entre el hombre y la mujer.

Silvana Paternostro realizó una investigación sobre la situación de las mujeres en América Latina, fundamentalmente en relación con el aborto; en la cual nos aporta conclusiones interesantes. “*Lo que me sorprende*”, refiere, “*es que descubrí que tanto las privilegiadas como las desposeídas no sólo están resignadas sino contentas con las cosas tal como son. Los matrimonios en los que marido y mujer raramente hablan de su intimidad duran treinta, cuarenta y cincuenta años*”.

La autora llama la atención sobre los niños de la calle observados y reflexiona: “*los niños de la calle son un riguroso recordatorio de las deficiencias de nuestro sistema, nuestra estructura de poder, nuestras instituciones, nuestra religión y nuestra distribución de la riqueza. Los niños de la calle son, obviamente, el resultado de nuestra desigualdad económica. Pero el machismo se lleva también gran parte de la culpa*”.

Las comunidades o asociaciones que ayudan a los niños de la calle desafortunadamente no podrán evitar que otros niños de la calle nazcan en la pobreza o

escapen de padres y padrastros abusivos, de madres sumisas e iletradas. Es necesario darles un techo pero el problema es mucho más profundo.

Los niños de la calle son vástagos de la pobreza que nos negamos a ver. Son producto de nuestras leyes, de nuestra cultura y de nuestras reglas religiosas. Habría menos niños sin hogar si las mujeres fueran madres sólo cuando quisieran serlo, si tuvieran acceso a la educación, a trabajos dignos y decentes, a una vida que les enseñara a decir “no” a las parejas abusivas y a un sistema de salud pública que les enseñara a cuidar sus cuerpos. La mujer que tiene independencia económica, que sabe cómo y cuándo planear un embarazo, que no teme gozar de su sexualidad, que sabe cuidarse, que no se siente desvalorizada ni sucia si exige preservativos para mantener relaciones sexuales es el ideal que debemos alcanzar. Si la Iglesia dejara de proclamar que la función de la mujer es procrear, que el sexo es un pecado, habría menos niños no amados y subalimentados expulsados o escapados de sus casas. Serían menos los niños que tendrían que vender su cuerpo porque sus madres no pueden mantenerlos o no saben protegerlos cuando vuelven a formar pareja y el nuevo hombre se niega a alimentarlos.

Las mujeres han sido educadas para no hacer preguntas, para no ser activas, para no tener poder de decisión particularmente en todo lo relativo al sexo. Las mujeres guardan silencio y los hombres deciden cuándo y cómo mantener relaciones sexuales.

Mientras los hombres tienen derecho a todo, a las mujeres se les permite sólo lo que los hombres les quieren permitir. En América Latina, la mujer que expresa su sexualidad es una “puta” y el hombre que hace otro tanto es un “dios”.

Por otro lado, según Paternostro, *“las repúblicas bananeras necesitan una mentalidad machista para sobrevivir: las compañías extranjeras necesitan sociedades patriarcales tanto como los dueños de las plantaciones necesitan multinacionales que compren sus bananas”*

Como vimos anteriormente, la religión tiene una fuerte influencia en los valores y costumbres en una sociedad. Especialmente en sectores de pobreza, donde muchas personas se aferran a estas creencias. El padre Fuentes, menciona en su libro que el matrimonio cristiano “recuerda” la unión y el amor entre Cristo y la Iglesia ya que San

Pablo (Ef 5,23-33) escribió que *“el marido es cabeza de la mujer, como Cristo es cabeza de la Iglesia. Así como la Iglesia está sumisa a Cristo, así también las mujeres deben estarlo a sus maridos en todo”*. El autor escribió este libro en el año 2007, con el fin de ser una guía para las familias. Fuentes cita nuevamente a San Pablo (1 Cor 7,2-5): *“Que el marido de a su mujer lo que debe y la mujer de igual modo a su marido. No dispone la mujer de su cuerpo, sino el marido. Igualmente, el marido no dispone de su cuerpo, sino la mujer”*. Y luego cita un “dicho”: *“donde la mujer domina y gobierna, allí a menudo la paz no inverna”*, ya que asegura que mujer y hombre tienen distintas capacidades y corresponde al hombre tomar las decisiones en el hogar. Sin embargo, paradójicamente, luego menciona el machismo como una deformación ya que sería la pretensión de ejercer el dominio sobre la esposa y los hijos por la fuerza y la violencia.... En cuanto a la mujer, destaca que *“la más alta misión de la mujer casada es la maternidad”* y el feminismo sería un “complejo de inferioridad” ya que busca imponer a la mujer haciendo de ella una especie de “varón frustrado”. Y como prueba de todas estas afirmaciones refiere que *“Jesucristo no hizo sacerdote a ninguna mujer”*

Una investigación del CELSAM (Centro Latinoamericano Salud y Mujer) indagó sobre las motivaciones que llevan a los adolescentes a no usar métodos anticonceptivos a la hora de tener relaciones sexuales. *“Si me cuida... ¿Qué van a pensar de mi?”*, respondió una de las adolescentes encuestadas. Esta frecuente respuesta dio luz a una percepción común entre los adolescentes: el cuidado anticonceptivo está mal visto. Si es adoptado por la chica, ella es “fácil”, y si el hombre compra muchos preservativos es un “sexópata”.

La Dra. Diana Galimberti, ginecóloga, presidente de CELSAM, afirma que *“Lo más llamativo y sorprendente de esta investigación es que para los adolescentes de ambos sexos, el hecho de que una chica utilice métodos anticonceptivos o de prevención, habla mal de ella. El mayor determinante que impide el cuidado anticonceptivo adecuado es, en las chicas, el temor a ser percibidas como una chica fácil o rápida, mientras que para los varones los preservativos deben comprarse en poca cantidad para no parecer un sexópata”*. Es así, como cuando llega la necesidad de utilizar el preservativo, no tiene más, y por lo tanto no lo utiliza.

La percepción diferente acerca de lo deseable para la vida sexual de varones y mujeres, delata que entre los adolescentes aún persisten situaciones de inequidad y

rigidez en los roles de género (roles que la sociedad espera que varones y mujeres asuman y que determinan lo que resulta aceptable para cada uno). Así, para ambos sexos existe una mujer “ideal”: tranquila, no dice que “sí” la primera vez, dice “sí” sólo a su novio, se cuida (pero no lleva preservativos) y usa pastillas anticonceptivas sólo cuando está de novia.

La Dra. Alicia Figueroa, miembro del comité de CELSAM, asegura que “esta percepción del deber ser femenino resulta más que peligrosa. Privada de la posibilidad de exigir cuidado y asumiendo que debe dejarse cuidar, las adolescentes inician sus vidas sexuales desprovistas de autonomía sobre su propia protección y dispuestas a delegar el cuidado de su salud, a fin de que no se piense mal de ellas. Cuando se indagó a las chicas acerca de que pensarían de ellas si se les cayera un preservativo de la cartera, hubo coincidencia entre las distintas edades, de que se las tomaría por rápidas, que *‘siempre estoy teniendo sexo’*”.

En el caso de los varones, tanto chicas como muchachos dicen que el varón ideal es el que sabe usar preservativos, decide si se usa o no, es quien los compra y los elige, se inicia sexualmente en la adolescencia y a edad más temprana que la mujer, es el que seduce y conquista. Por otro lado, no debe mostrarse demasiado informado o activo sexualmente, a riesgo de parecer un “enfermo” del sexo.

A pesar de que los entrevistados manifestaron conocer los métodos anticonceptivos, la investigación revela claramente que sólo conocen unos pocos, desconocen cómo se utilizan correctamente y los perciben como poco efectivos. Para el caso del preservativo, además de las cuestiones de roles y género expuestas anteriormente, el temor a que se rompa es el aspecto negativo más destacado del método. En cuanto a las pastillas anticonceptivas, existe un gran desconocimiento de su alta eficacia y seguridad. “*Las chicas aún cargan con los mismos mitos que tenían nuestras abuelas acerca de las pastillas anticonceptivas*”, afirma la Dra. Karina Iza, del CELSAM, “*es grave su desconocimiento hacia un método tan confiable, ya que además desconocen su alta eficacia y los beneficios adicionales que pueden aportarles*”. La especialista explica que además de su función anticonceptiva, este método hoy cuenta con beneficios tales como: reducción del dolor menstrual, mejoría de la piel y el cabello, e incluso disminución de la retención de líquidos. Además, “*la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de anticonceptivos orales durante la adolescencia, ya*

*que es el método de mayor eficacia, totalmente reversible y muy seguro”*, detalla la ginecóloga.

La medición de la desigualdad de género no es fácil. Pero, sea cual fuere el patrón de medida utilizado, las mujeres sumidas en la pobreza tienen recursos muy inferiores a los de sus homólogos masculinos y mucho menos control de los recursos compartidos. Restaurar el equilibrio dependerá en parte de que las mujeres y los hombres puedan entablar alianzas para aumentar sus recursos compartidos. Una parte importante de las alianzas será compartir decisiones bien fundamentadas acerca de cuestiones sexuales, de reproducción, de responsabilidades en la familia y de crianza de los hijos, especialmente de las niñas.

Los obstáculos con que tropiezan en sus esfuerzos por abrirse paso son externos y suelen estar institucionalizados. Las prácticas tradicionales no dan lugar a la movilidad social. Los papeles de género son prescritos y rígidos. Quienes consideran que el cambio amenaza sus intereses, entre ellos individuos o grupos que detentan el poder en la sociedad tradicional, suelen oponerse a las iniciativas de empoderar a las mujeres pobres.

Las inversiones en educación arrojan utilidades sustanciales. La educación femenina, aparte de empoderar a la mujer y ampliar sus opciones en la vida, tiene una eficacia en función de los costos particularmente buena, porque los beneficios se transmiten a sus hijos. No obstante, los beneficios de la inversión pueden disiparse cuando la falta de opciones acerca del número, el momento de nacer y el espaciamiento de sus hijos, sumada a rígidos papeles de género, reducen la participación social y económica de la mujer.

Cuando se reduce la desigualdad de género es posible acelerar el crecimiento económico y lograr poderosos efectos sobre la pobreza. Gran parte de la carga de enfermedades, especialmente cuando se trata de mujeres en edad de procrear, se relaciona con las relaciones sexuales y la reproducción.

#### **4.1.2) La religión**

El capitalismo, sistema basado en la explotación del hombre por el hombre, no puede mantenerse sino por el consentimiento de aquéllos que son las víctimas. Es lo que suele llamarse la "servidumbre voluntaria". Obtener este consentimiento, pasividad o dimisión, es la tarea atribuida a las distintas formas de "opio del pueblo". Esta tarea es tanto más fácil en la medida que los individuos sean menos aptos a la autonomía.

Una de las formas de sometimiento podría plantearse desde la perspectiva de lo que se ha denominado "represión sexual". Ahora bien precisamente uno de los efectos esenciales de la represión sexual es producir individuos poco aptos a la libertad, siendo fácilmente influenciables.

Por a otra parte la represión sexual ha sido el fondo de comercio de las religiones monoteístas. Las iglesias se erigieron en encargados de las costumbres y de la moral anti - sexual. Una de las herramientas de esta acción es, en los católicos, la confesión, destinada a recoger secretos que deben culpabilizarse. Por esta culpabilización constante de los "pecadores" las iglesias se dotaron con una notable herramienta de control y represión de los individuos así mantenidos en la servidumbre voluntaria.

No es pues una casualidad si la sexualidad es la obsesión principal de integristas religiosos, sean judíos, cristianos o musulmanes. Nada les es más insoportable que todo lo que extiende la sexualidad más allá de la simple función de reproducción (contracepción, bi u homosexualidad, etc.)

No es una casualidad si los ideólogos reaccionarios tienen por valor sacrosanto la familia (obviamente patriarcal y heterosexual), ladrillo básico de la sociedad capitalista, lugar privilegiado de la reproducción de mano de obra. Y en estos aspectos la sociedad se comporta siguiendo los dictámenes de la religión que impera.

¿Cuál pudiera ser la razón que lleva a vetar, o como mínimo condenar, el goce sexual, tratándose ésta de una actividad íntima y personal que no repercute en la sociedad salvo en el hecho de que los individuos regresan de la experiencia mucho más relajados y satisfechos?

Marcelino Menéndez Pelayo recopiló la historia de la Iglesia Cristiana en su libro “Historia de los heterodoxos españoles”. De allí quizás podamos encontrar algunas respuestas: En torno al tercer siglo nació, creció y se reprodujo una herejía comandada por Prisciliano. No era original, ya habían sido combatidas otras desviaciones de carácter gnóstico. La mayoría de estas herejías tenían por común el desprecio por el cuerpo físico, al que consideraban una cárcel del alma, que, tal vez por haber pecado, caía en él. Algunos grupos se negaban la reproducción por considerarlo contrario a los designios de Dios. Pero sin embargo eran promiscuos. O al menos así los veían desde la iglesia tradicional, porque admitían indistintamente en sus celebraciones a mujeres y a hombres. Estas celebraciones tenían lugar en lugares ocultos y al aire libre, en contacto con la naturaleza.

Lo importante es que estos grupos heréticos se distinguían por llevar una vida distinta de la considerada tradicional, sobre todo en las relaciones interpersonales. En aquellos tiempos, todavía muy próximos a los grandes tiempos del imperio romano, y algo más alejado de las influencias griegas, la práctica sexual todavía no era tabú, o al menos lo era menos de lo que lo es ahora. Sin llegar al extremo de que se tiraran unos sobre otros por las calles, la práctica sexual se realizaba, presumiblemente, de una forma libre y sana.

Ahora bien, si esta libertad era realizada en nombre de una herejía que se oponía a las creencias oficiales y que podían poner en peligro su dominio, entonces se convertían en peligrosas y reprobables. Y aquellos que no querían ser acusados de herejes debían comportarse de manera manifiestamente diferenciada y por lo tanto llevar una vida decente tratando a su mujer y a sus hijas como a esclavas y practicando a escondidas el acto sexual, entre otras actitudes. Tal vez esta sea la clave.

Tal vez la condena de las prácticas heréticas, que también las realizaban los no herejes, aunque sin tanta ceremonia, obligó, en los concilios, a crear una de aquellas normativas: “*Si se dijere que practicar el sexo de forma libre y gozosa es cosa buena a los ojos de Dios, sea anatema*”. No por nada sino porque aquellos contra los que se legislaba eran herejes y ellos practicaban el sexo, quedó el sexo condenado para siempre.

En América Latina se cuenta con el mayor índice de niños de y en la calle del mundo. Sin embargo, la Iglesia Católica insiste en que poner fin a un embarazo no deseado es el peor de los pecados.

Algunas investigaciones han señalado la necesidad de contemplar en los estudios sobre las estrategias y los comportamientos de supervivencia familiar, otro tipo de instancias a las que recurren las familias en la satisfacción de sus necesidades, tales como *“acentuar su vinculación con instituciones y prácticas religiosas, acceder a determinadas actitudes frente a las estructuras de poder y así sucesivamente”*

Teniendo en cuenta dicha vinculación religiosa a la que se orientan muchos grupos familiares de escasos recursos, hemos investigado cuáles son los preceptos religiosos al respecto del tema que nos ocupa, que las religiones “proponen” a sus seguidores.

En Argentina, la religión imperante es el catolicismo, con un aumento en los últimos años de seguidores de otras religiones del cristianismo. Tendencias religiosas que tienen similares conceptos en cuanto a la anticoncepción.

El Padre Miguel Ángel Fuentes, licenciado en Teología, profesor de Teología Moral en el seminario María Madre del Verbo Encarnado en la ciudad de San Rafael, Mendoza, escribió un libro destinado a los novios y esposos ante el matrimonio y la sexualidad llamado *“Los hizo varón y mujer”*. De allí hemos extraído algunos conceptos ya que se los considera basales de la religión y por lo tanto se imparten en muchos de los cursos prematrimoniales en la provincia de Mendoza y durante las misas o diálogos entre los feligreses y los sacerdotes.

El matrimonio según la Iglesia Católica es *“un sacramento y una sociedad de por vida, es un contrato para amarse y ayudarse para toda la vida y para engendrar y educar hijos”*. Durante el noviazgo, según esta religión, lo principal es el sacrificio y el autodomínio ante los impulsos de la pasión. El dominio sobre la propia afectividad, es decir, sobre el apetito del placer, ya que a causa de las heridas dejadas por el pecado original, ésta es una de las inclinaciones más desordenadas del hombre.

En cuanto al acto sexual, el cual remarcan que es exclusivo del matrimonio, sería una “donación total”, pero no cumple su función de “total” cuando no es en estado perfecto, o sea, no ha sido disminuido o deteriorado, como ocurre “cuando las capacidades han sido anuladas previamente por medio de anticonceptivos o esterilizantes”. Por ello las relaciones prematrimoniales no son admitidas, ya que no se da en el estado más perfecto, “la más de las veces excluyen la prole”. Fuentes advierte sobre el uso de anticonceptivos y refiere que la experiencia les demuestra que el número cada vez mayor de abortos y la mentalidad abortista tiene relación con la mentalidad anticonceptiva.

*“La castidad es fundamental para la educación del carácter”*, lo que implica un dominio de sí mismo, refiere Fuentes. Y cita a Juan Pablo II quien afirmaba que *“la persona humana tiene como “constitutivo fundamental” el dominio de sí, el hombre es persona precisamente porque es dueño de sí y se domina a sí mismo”*.

Resulta curioso, el hombre efectivamente posee la cualidad del dominio de sí mismo, aunque para la Iglesia Católica esta capacidad del ser humano no pueda ser aplicada para planificar la cantidad de hijos por concebir, esto es, para planear la forma más saludable para el cuerpo y la vida de la mujer antes de una relación sexual.

Y....¿qué funciones cumple la familia en la sociedad? Primero que de la unión del hombre y la mujer florece en la fecundidad nuevas vidas: los hijos. Y segundo, destaca Fuentes, la familia tiene una función esencial respecto de la sociedad humana a la que pertenece: a la ciudad o pueblo, a la nación y a la humanidad en general. Una triple función: que es la célula de la sociedad en sentido biológico, moral y cultural.

Al respecto de su función biológica, pone como ejemplo los países donde la familia es *“ya una anécdota del pasado”* y se habla de *“modelos familiares alternativos”* y da como ejemplo la familia adoptiva, familia monoparental, entre otras. Ya que disminuyeron los nacimientos y aumentaron la ancianidad, cada vez hay más ancianos y menos niños.

Esto es, si en este país la tendencia fuera como en otros y hubiera una disminución de la natalidad, el mensaje que deja Fuentes al respecto es claro: aquellas familias fecundas cumplirán con un rol fundamental para la sociedad: su reproducción

biológica. Más allá de sus propias posibilidades económicas o aún más allá de los deseos de tener un bebé, es función fundamental de una familia el proveer a su nación de estos nuevos seres humanos.

Fuentes reconoce que la disminución de la natalidad económicamente ha favorecido a algunos países, pero *“esto no quiere decir nada”*, agrega, *“también hay personas que mientras más envejecen y más avaros se vuelven, más dinero tienen, pero esto no los hace más jóvenes ni más felices ni retrasa la hora de su muerte”*. No menciona, obviamente, si el hecho de tener hijos no deseados, pueda darle felicidad a una madre y a su hijo y quizás el tener muchos hijos, le de una buena calidad de vida y un buen estado de salud a esa mujer-madre.

Como célula moral también es fundamental ya que es en la familia donde cada hombre y cada mujer adquiere los principales fundamentos o sea las principales *“virtudes sociales”*, es decir, si practican la justicia y el amor al prójimo, si saben practicar adecuadamente la autoridad y la obediencia a las leyes. Así la religión católica ayuda a la sociedad a través de la familia aportándole individuos adaptados. *“Es la familia la que enseña a una persona a ser un buen ciudadano”*.

La familia es importante también como transmisora de la cultura, “las costumbres se aprenden mirando a los mayores”. La religión se transmite, la sumisión se aprende, la falta de planificación de un hijo se naturaliza

*“Debemos tomar conciencia”*, advierte el autor, *“que toda política que tenga entre sus programas el divorcio, el antinatalismo, el aborto, la eutanasia, etc. Es una política esencialmente disgregadora y desintegradora de la patria y de la sociedad en general”*.

Llama la atención la importancia que le da al tema de la contracepción, ya que se encuentra una alusión al respecto en todos los capítulos del libro mencionado. Cuando habla del amor matrimonial, Fuentes menciona que *“el hombre debe dar a su esposa, y la mujer al esposo, todo cuanto tiene: su alma, su cuerpo, sus afectos, su presente y su futuro”*. Desde este punto de vista, todo “recorte” es enemigo del amor matrimonial. Cuando se pretende dar afecto pero no la capacidad de procrear, se está recortando la entrega, según el autor. Incluso, cita como características del amor matrimonial que:

debe ser total, unitivo, “fructuoso”, sincero y eterno. Y asegura que cuando el hombre o la mujer buscan un amor estéril, sin fruto, esterilizan el amor. Por ello, *“la anticoncepción es una mentira”*. *“Cuando un rosal o un almendro no dan flores ni frutos decimos que está muerto, porque si estuvieran vivos engendrarían vida. Así también un amor que no da frutos es un amor muerto y un amor que fructifica es un amor vivo”*.

Fuentes reconoce finalmente que a veces hay motivaciones fundadas para no buscar un nuevo embarazo. Éstas se reducen según él en tres géneros: indicación médica, excesiva frecuencia de los embarazos o *“cuando tal angustia económica, que pondría a los padres verdaderamente en un trance difícil si se acrecentase el número de hijos. Pero en estos casos sólo es “lícito” regular la natalidad mediante “métodos naturales”*.

Todos los métodos de control de natalidad que no sean “naturales”, según Fuentes tienen efectos secundarios, los cuales detalla en su libro, como peligro de hemiplegias, efectos cardiovasculares, hepáticos, sobre la piel, neuropsíquicos, ginecológicos y efectos genéticos sobre los descendientes como mongolismo y malformaciones varias. Lamentablemente no podemos corroborar cuál es la fuente sobre la que el autor se basa para dar dichas aseveraciones, ya que no cita ninguna. También señala efectos sociales, ya que los métodos anticonceptivos “ilícitos” difunden la sexualidad como actividad puramente genital y promueve comportamientos desordenados como la prostitución, adulterio, relaciones pre y extra-matrimoniales, promiscuidad sexual, etc.. Según el autor, también conduce a una mentalidad abortista.

Estos son básicamente los preceptos de la Iglesia en contra de la planificación familiar. Sin embargo, llama la atención cómo logran tener especial llegada a ciertos sectores de la sociedad, ya que en las familias más acomodadas, generalmente sí se planean los embarazos, con excepción de ciertas familias pertenecientes a algunos grupos religiosos, donde es característica la no planificación de los hijos.

Evidentemente este no es el único factor que incide en la problemática abordada, ya que otras variables juegan un papel preponderante.

### 4.1.3) El nivel educativo

La comprensión verbal es un indicador introducido en la Encuesta de la Deuda Social Argentina dada la importancia del lenguaje en la comunicación entre las personas y en el acopio de conocimientos. Compartir los campos semánticos y el significado de los conceptos nos permite entender las normas sociales y legales que ordenan nuestra vida en sociedad. ¿Cómo entender los requisitos para realizar un trámite, obtener un documento, averiguar la agenda de vacunación para los niños, inscribirlos en una escuela, reclamar ante las autoridades o comprender las indicaciones de un medicamento cuando no se tiene un nivel adecuado de comprensión verbal?

En los resultados de la encuesta se advierte que en el estrato muy bajo 4 de cada 10 personas tienen baja comprensión verbal y en los grupos bajo y medio bajo 3 personas de cada 10 tienen este déficit. En los tres estratos pobres la mayoría de las personas demostró un nivel medio en este indicador.

Asimismo, características psicológicas de las personas que se relacionan entre sí y que pueden influir en la menor capacidad de respuesta ante los riesgos porque debilitan la voluntad de acción. La resignación ante los problemas es un indicador que se corresponde con el nivel de estratificación. Tres de cada 10 personas de los estratos muy bajo y bajo piensan que “las cosas son como son y no tienen posibilidades de cambiarlas”, eso inhabilita dar respuesta ante cualquier situación considerada como problema. Entre las personas del estrato medio bajo disminuye esta percepción y es muy baja entre los individuos del grupo de comparación.

Este factor se corresponde con los datos hallados en nuestra investigación de campo, ya que las mujeres entrevistadas consideraban la llegada de un hijo como algo natural, que, aunque no haya sido deseado y fuera una noticia que les causara pesar, luego lo incorporaban como un suceso de la vida que no podrían haber programado.

En la Encuesta de la Deuda Social Argentina, la variable clima educativo se define como los años promedio de estudio alcanzados por todos los miembros del hogar mayores de 19 años. Se consideran tres categorías: bajo (hasta 9 años de educación), medio (de 10 a 12 años) y alto (más de 12 años). Es considerado un indicador de la

capacidad de los hogares para acceder a las oportunidades del mercado laboral y dar respuesta frente variadas situaciones ante un problema de cualquiera de sus miembros.

Se observa que el clima educativo –en analogía con el nivel de educación personal es diferencial con respecto a la estratificación social. En el estrato muy bajo y bajo la mayoría de los hogares tiene un bajo clima educativo, que en el estrato medio bajo se reduce a un tercio. Esta situación coloca a los hogares en desventaja para acompañar y promover el mayor nivel educativo de sus hijos, socializarlos adecuadamente con respecto a sus derechos y obligaciones y evitar que abandonen el sistema. La educación ha sido en la Argentina el principal canal de ascenso social y hoy se ve impedido para muchos jóvenes de escasos recursos. El sistema educativo, al expulsar a los alumnos antes de finalizar estudios secundarios completos, impacta sobre la segmentación del mercado laboral reproduciéndola en todos sus efectos. A las personas menos educadas les quedan los peores trabajos y las más bajas remuneraciones. Los estudiantes muchas veces salen del sistema educativo porque deben trabajar para ayudar a sus familias a obtener más ingresos o porque deben afrontar la paternidad o maternidad cuando son demasiado jóvenes.

En nuestra investigación los padres consultados se encontraban en el nivel bajo de educación y sus hijos en promedio no superaron la primaria. Y con esta variable podríamos relacionar el hecho de que en los estratos bajos es frecuente que las niñas formen pareja a edades muy tempranas, teniendo su primer hijo a una edad promedio de 15 años, ya que habiendo abandonado sus estudios, el proyecto de vida no se focaliza en lo académico, ni en lo laboral, por lo que el hecho de tener un hijo es parte de una gratificación emocional que les aporta la maternidad, con la percepción personal de que no por este hecho dejarán de ser pobres.

En promedio, las mujeres argentinas tienen 2,4 hijos. Sin embargo, el dato global esconde importantes desigualdades sociales. Más del 20% de las mujeres pobres y del 32% de las mujeres indigentes tienen al menos 4 hijos, proporción que desciende al 7,4% entre aquellas que no son pobres. Brechas similares observamos si analizamos la información según niveles educativos de las mujeres, infraestructura de sus viviendas, etc. Es decir, las mujeres que tienen más hijos son las que viven en condiciones más adversas, cuentan con menos recursos para tomar decisiones acerca de su reproducción, y van así reproduciendo un círculo vicioso de pobreza.

La natalidad presenta diferencias sensibles según la profesión y la condición social. La disminución comienza, en general, por las clases sociales más elevadas y las profesiones correspondientes.

La Lic. En Trabajo Social Liliana Barg, en la página web del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza expresa que *“la planificación familiar tiene que ver con los proyectos de vida personales y con los proyectos de vida de una familia”*. Un alto grado de compromiso de la mujer con el trabajo repercute en un descenso de la cantidad de hijos. La motivación para regular la fecundidad involucra ideales y valores relacionados con los hijos y de la maternidad. La manera en que esta valoración compite con otras opciones en la vida de una mujer o de una pareja introduce cambios importantes en el comportamiento reproductivo. Por eso el deseo de desarrollarse en el plano profesional, muchas veces hace que la mujer prefiera limitar su descendencia.

Es el grado de cultura y de previsión parece regular la restricción de los nacimientos. La previsión es mayor entre los funcionarios, cuyos sueldos se determinan con exactitud y con mucha anticipación. Al contrario, la situación de los campesinos es la más inestable.

#### **4.1.4) El rol de la familia**

La encuesta realizada por CELSAM reveló que a pesar de que la totalidad de las madres entrevistadas sostenían que en sus hogares se hablaba de sexualidad, un número considerable de adolescentes (varones y mujeres), manifestaron “*en casa de eso no se habla*”.

Al indagarse sobre a qué llaman las madres “hablar”, se visualiza claramente que una charla única, un comentario o un “cuidate” pronunciado justo antes de que la adolescente salga a bailar, son percibidos como contenidos suficientes y adecuados, mientras que los adolescentes en estas familias perciben que la sexualidad, desde la palabra hasta el ejercicio, incomoda y genera vergüenza, cuando no enojo.

Así la sexualidad cobra carácter de privado y secreto, y debe ser ocultado. Los padres suelen estar ausentes de este diálogo, y en pocos casos se acercan, pero únicamente a los varones, a través de bromas y comentarios o preguntas como “¿ya estuviste con chicas?”. Aquí el adolescente queda a la deriva de la información que circula en sus círculos íntimos (en su gran mayoría cargada de mitos y faltos conceptos), que por consecuencia influye directamente en la formación de sus conductas con respecto a su sexualidad, pudiendo dificultar el cuidado anticonceptivo y el de su pareja.

Por otro lado, hubo jóvenes que manifestaron que sus padres hablan con ellos, con naturalidad, y fomentan el diálogo habitual sobre estos temas, incorporándolo desde diferentes perspectivas (educación, placer, diversión, pareja, etc.), encuentran en sus casas un espacio habilitador, dando a la sexualidad privada de cada uno el carácter de valiosa y digna de ser cuidada. Por lo tanto la prevención resultará más efectiva al haber hecho conscientes las motivaciones de cuidarse o no.

La psicóloga Andrea Gómez, integrante de CELSAM, reafirma una vez más que “*el diálogo, la educación, la contención y el acompañamiento permanente de los padres posterga el inicio sexual y favorece conductas más responsables referidas a la sexualidad*”

## **4.2) CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA PROVINCIA DE MENDOZA.**

Los hallazgos demuestran que así como algunos comportamientos demográficos son independientes del nivel económico social (ej. hogares monoparentales), el mayor tamaño de las familias, la baja escolaridad materna, el bajo clima educativo, la maternidad adolescente y las etapas del ciclo de vida familiar presentan diferenciales por estrato que se relacionan con el menor nivel social. Esto mismo debilita las capacidades subjetivas de sus miembros para responder a los problemas o adaptarse a las nuevas situaciones presentando alta incidencia de conductas de afrontamiento evitativo y síntomas de malestar psicológico.

La planificación tiene también un motivo sanitario: cuando los embarazos son muy seguidos o muy numerosos, el bebé y la mamá están expuestos a más riesgos. También aumentan los riesgos cuando la madre es demasiado joven o tiene más de 35 años. Además, la planificación familiar contribuye a limitar los embarazos en situaciones de peligro para la salud de la mujer, como pueden ser ciertas enfermedades crónicas. Por otro lado la mayor parte de las uniones de adolescentes ocurre a causa de un embarazo, y tienden a disolverse con más facilidad, dando por resultado un mayor número de mujeres jóvenes que se convierten en jefes de hogar sin compañero.

El Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza señala que la tasa de mortalidad materna es mayor entre las mujeres menores de 15 años, en comparación con aquellas que tienen entre 20 y 24 años. Por otra parte, el porcentaje de niños que muere en el primer año de vida, es superior en hijos de mujeres menores de 19 años en comparación con aquellos niños que nacen de madres mayores de 20 años. La planificación de un embarazo, en el terreno individual, es una vía para mejorar el status de la mujer en la sociedad, porque favorece el desempeño de tareas distintas a las maternas y domésticas. La posibilidad de planear y espaciar los embarazos así como evitar los no deseados, contribuye a que la mujer se adueñe de su proceso reproductivo y pueda controlarlo.

Por último – pero no menos importante-, tenemos que darle un lugar al placer. Sabemos que la inmensa mayoría de las relaciones sexuales no se realizan buscando la

procreación, por eso los métodos anticonceptivos son importantes para preservar ese espacio de disfrute del sexo.

Entre las consecuencias de un déficit en la planificación familiar, destacaremos los siguientes:

- El Hacinamiento

De todos los factores que componen una situación deficitaria, el hacinamiento, en opinión de varios autores, es el indicador más grave del déficit por la amplia gama de consecuencias negativas que ocasiona. Dos factores vinculados con la disposición física de la vivienda se encuentran alterados en situaciones de hacinamiento: la privacidad y la libre circulación. Ambos contribuyen a una vida mental emocionalmente sana.

Una cierta privacidad es un bien necesario para la persona, para los grupos de pares (padre - madre e hijos entre sí), para la separación de sexos, para la familia como unidad social independiente y para la realización de determinadas actividades familiares como dormir, estudiar, estar, etc.

La buena circulación facilita el cumplimiento normal de las funciones familiares evitando interferencias a la libertad de movimiento o intrusiones inesperadas. Posibilita asimismo la libre elección de contactos cara a cara, etc.

La ausencia de privacidad y de buena circulación provocadas por la falta de espacio adecuado pueden, en consecuencia, provocar alteraciones tanto en la salud física como mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favorecer la propagación de enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de accidentes en el hogar.

Especialmente vulnerables a las situaciones anteriormente descritas son los niños, principales afectados por las carencias de espacio en sus necesidades de crecimiento y desarrollo. Estudios anteriores realizados en Mendoza sobre esta temática muestran la importancia cuantitativa que tiene el grupo de edad de 0 a 14 años en relación al total de personas que habitan en situación de hacinamiento habitacional. Además, han demostrado, la relación entre situaciones de hacinamiento y bajo

rendimiento escolar, tasa delictiva de menores, y, en general, como generadoras de una "cultura de la calle".

El hacinamiento y sus consecuencias sobre el comportamiento y la salud del hombre encuentran su fundamento en un sistema básico de comportamiento propio de todos los seres vivos, entre ellos el hombre: la territorialidad, comportamiento mediante el cual un ser vivo declara sus pretensiones a una extensión de espacio que defiende contra los miembros de su propia especie. La territorialidad proporciona el marco dentro del cual se hacen las cosas, se delimitan lugares para aprender, lugares para jugar, lugares para ocultarse, etc.

Una de las más importantes funciones de la territorialidad es la de protección de aquella parte del medio de la que vive una especie contra la excesiva explotación. Cuando hay hacinamiento, las acciones recíprocas se intensifican y la tensión estresante es cada vez mayor.

Cuando esta tensión psicológica y emocional se acumula y se va perdiendo la calma, en la química del organismo se van produciendo sutiles pero fuertes cambios. En situaciones de hacinamiento se produce, además, una alteración del sistema de distancias a través de las cuales el hombre se vincula con el medio. En opinión de este autor, el hombre despliega su dinámica espacial a partir del reconocimiento de distancias con límites socialmente aprendidos y por lo tanto de enorme variabilidad histórica y cultural: distancia íntima, personal, social y pública de acuerdo a la tipología por él establecida. Cuando este sistema de distancias se encuentra alterado por insuficiencia de espacio, es posible que las personas se vean obligadas a comportamientos, relaciones o descargas emocionales en extremo estresantes.

Ante la imposibilidad material de ampliar la vivienda acorde a la cantidad de personas que la ocupan y a la etapa del ciclo familiar, el compartirla con otros núcleos familiares, la presencia de hogares extendidos a fin de reducir gastos, el subalquiler, se convierten en estrategias familiares habituales de ciertos hogares en un entorno de pobreza.

A nivel del país en su conjunto, el 8,2 % de los hogares (en cifras absolutas 728.850) comparten la vivienda que ocupan. En Mendoza la cifra equivalente trepa al

11,9 % (42.733 hogares). (Secretaría de Desarrollo Social - Subsecretaría de Vivienda, 1996).

Según datos de la Subsecretaría de Vivienda, en el año 1996, el hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto) había disminuido a nivel del país en el período 1980 / 1991) con excepción de Capital Federal y Mendoza que habían aumentado su magnitud. En este nivel de hacinamiento, Mendoza presentaba una situación particular que la distinguía del resto del país.

Si analizamos la población en hogares con necesidades básicas insatisfechas, surge que un porcentaje relevante de la misma, se encuentra afectada por hacinamiento crítico en forma excluyente (el 44% de la población en hogares con NBI en Mendoza, padece únicamente de hacinamiento por cuarto), indicador éste que permite tipificarlos como hogares pobres. (FUENTE: Censo Nacional de Población y Vivienda 1980 – 1991)

Por otro lado, los cambios en la concepción de las políticas sociales y la reducción del gasto social en vivienda han traído aparejados en los últimos años cambios sustanciales en el modo de provisión de la vivienda social. Los programas encarados durante los últimos años han disminuido la superficie mínima de las viviendas entregadas como un modo de abaratar costos y atender a una demanda creciente y con escasa capacidad de pago. Por otro lado se ha generalizado la concepción de vivienda progresiva como alternativa de oferta habitacional, es decir una vivienda que apunta a satisfacer en primera instancia necesidades habitacionales mínimas y que prevé desde su concepción el crecimiento posterior hasta alcanzar con el tiempo los niveles de una vivienda adecuada.

De este modo, podemos señalar que en los últimos años se ha producido una especie de "construcción legal del hacinamiento", como consecuencia de los cambios referidos. Las medidas limitativas de la superficie de la vivienda se contradicen con el tamaño de las familias de los estratos bajos, habitualmente atendidas por los programas estatales de vivienda. Aparece, entonces, una contradicción entre las crecientes necesidades de superficie a medida que se desciende en el estrato social y una marcada disminución de la superficie que se destina para sus ocupantes. Precisamente, el tamaño medio de los hogares que padecen déficit habitacional en todas sus dimensiones tiende a ser mayor que el de los hogares cuyas viviendas son buenas.

- El aborto

Cada minuto muere en el mundo una mujer a consecuencia de un parto atendido en condiciones desfavorables o por un aborto y, cientos de las que no fallecen, quedan mutiladas total o parcialmente debido a complicaciones. Hoy día el 99% de las muertes maternas ocurren en los países del tercer mundo.

En nuestro país, las estimaciones indican que se realizan alrededor de 500 mil abortos por año. También se estima que entre el 35 y el 43 por ciento de las muertes maternas son consecuencia de complicaciones de abortos inducidos. Estadísticas del INDEC informan además que en las mujeres de entre 15 y 19 años el aborto es la primera causa de muerte.

El Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza refiere que “la *hipocresía social*” obliga a mujeres y profesionales a actuar en la clandestinidad. E informa sin dejar clara una postura a favor o en contra del aborto legalizado que “según una encuesta realizada por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, ocho de cada diez ginecólogos que trabajan en hospitales públicos de Buenos Aires están de acuerdo en que la despenalización del aborto reduciría la muerte materna”.

Tener hijos es siempre una elección y nunca una condena. El Ministerio de Salud advierte que “*la clandestinidad y la ilegalidad llevan a beneficiar a unos pocos, que hacen un negocio sumamente lucrativo basado en las necesidades de las mujeres. Muchas de ellas llegan a esta instancia desesperadas y abandonadas. Generalmente, las más afectadas son las mujeres de sectores sociales bajos, que recurren a prácticas caseras o a la ayuda de ‘comadronas’ que no cuentan ni con los conocimientos necesarios para una intervención de este tipo ni con las mínimas condiciones de higiene para realizarla*”.

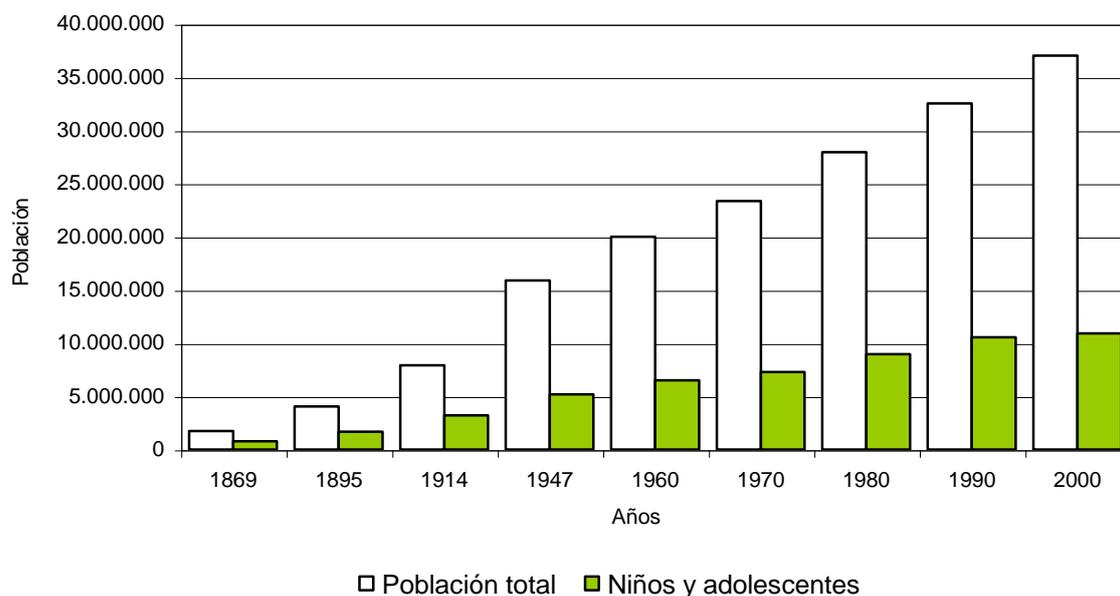
La muerte no es la única complicación de un aborto *inseguro*. Las infecciones pélvicas, hemorragias, daños en la vejiga, laceraciones del cuello uterino y perforaciones uterinas, que pueden provocar la esterilidad, además del daño psíquico en la mujer, son sólo algunos ejemplos de posibles secuelas.

Las miles de muertes de mujeres jóvenes y sanas fueron el punto de partida para abrir el debate sobre un tema que permaneció en la oscuridad durante décadas. Es muy probable que si el aborto se despenalizara el número de mujeres que caen en manos de este “negocio rentable” poniendo su vida en riesgo, disminuiría considerablemente. Pero más aún, si se lograra una concientización de una planificación responsable de la maternidad, no serían necesarios los abortos de embarazos no deseados. Al respecto el Ministerio de Salud advierte que *“toda mujer que toma la decisión de abortar lo hace con una terrible carga afectiva, incertidumbre y sentimiento de culpa. En ese marco es de esperar que el sistema de salud le brinde seguridad y protección, y la denuncia es desde este punto de vista, una forma despiadada de violencia institucional. Se debe asumir el compromiso de atender ese importante problema de la Salud Pública, para que se deje de utilizar el aborto como recurso anticonceptivo, haciendo efectivas las prestaciones y asistencias sobre planificación familiar”*.

### 4.3. CUADROS Y ESTADISTICAS

Tamaño y ritmo de crecimiento de la población por provincia. Total del país. Años 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010											
Provincia	Población										
	1970	1980	1991	2001	2010						
<b>Total del país</b>	<b>23.364.431</b>	<b>27.947.446</b>	<b>32.615.528</b>	<b>37.156.195</b>	<b>40.518.951</b>						
Mendoza	973.075	1.196.228	1.412.481	1.606.024	1.765.685						
<b>Notas:</b>											
- Para el cálculo de las tasas del período fue necesario utilizar dos fuentes de distinto carácter: los censos de población de 1970, 1980, 1991 y las proyecciones de población que tienen estimaciones a partir de 2001. En particular, se utiliza una estimación para el año 2001 producto de un proceso de conciliación sobre los datos censales relevados en ese año.											
- <i>Tasa de crecimiento anual medio</i> : expresa el ritmo de crecimiento de una población, es decir cuánto aumenta o disminuye en promedio anualmente por cada mil habitantes, durante un determinado período.											
<b>Fuente:</b> INDEC, procesamientos especiales de la Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada de: Censos Nacionales de Población y Vivienda 1970, 1980 y 1991; INDEC, "Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015", Serie Análisis Demográfico N° 31. Buenos Aires, 2005.											

**Evolución histórica de la cantidad de niños y adolescentes y de la población total argentina. Años 1869 - 2000**

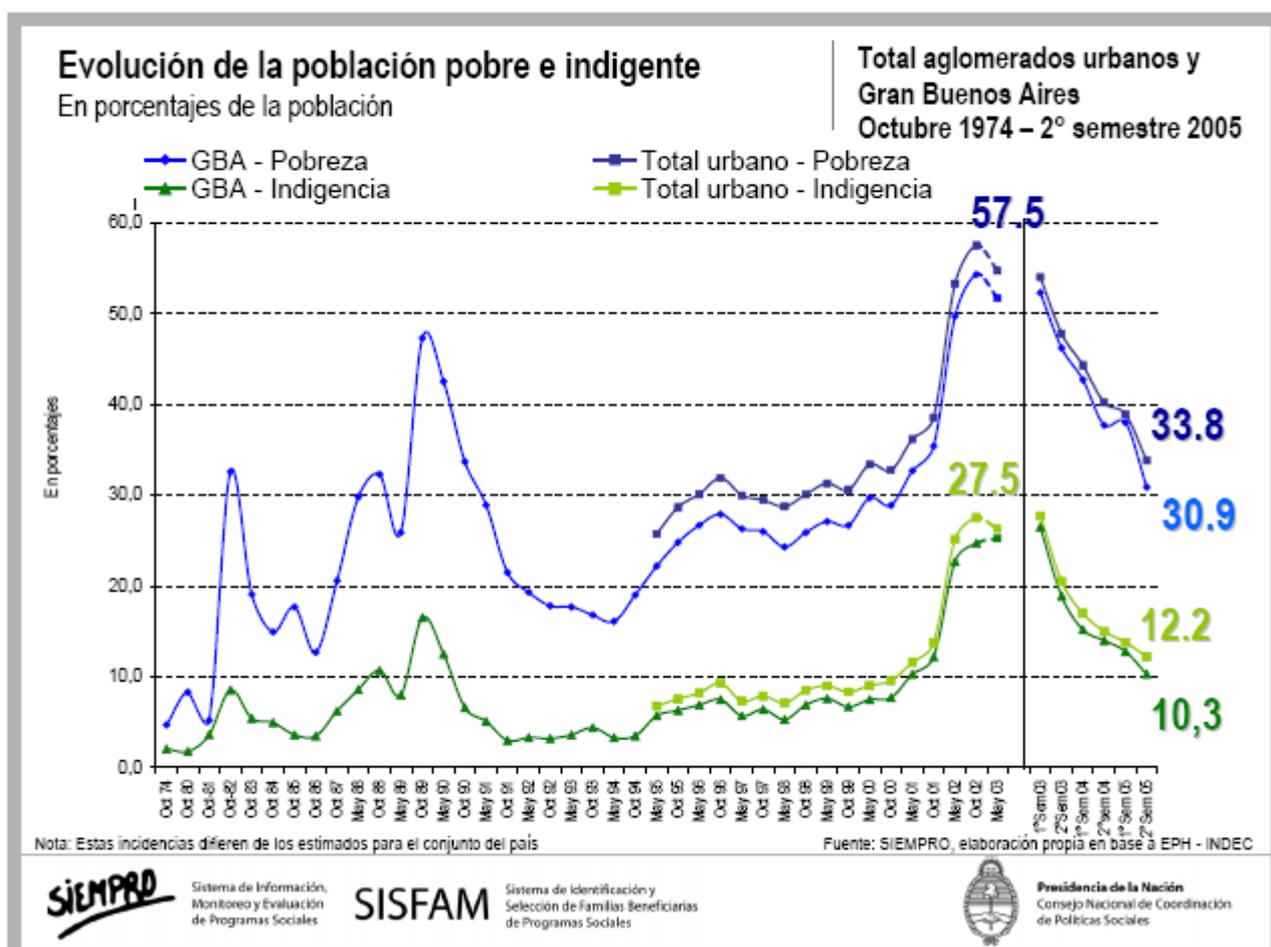
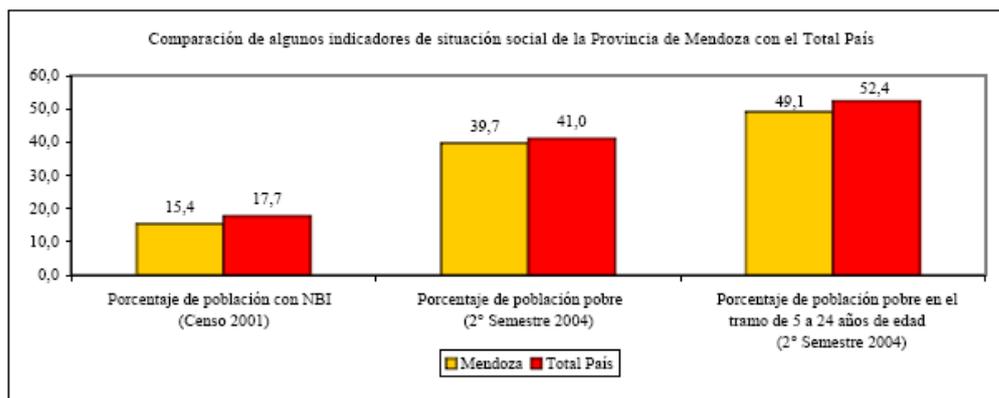


Población bajo las líneas de pobreza e indigencia según grupos etarios en edad escolar. 2° semestre 2004\*

Condición de pobreza	Total hasta 24 años		Hasta 5 años		6 a 12 años		13 a 18 años		19 a 24 años	
	v. absolutos	%	v. absolutos	%	v. absolutos	%	v. absolutos	%	v. absolutos	%
Total	738.814	100,0	147.828	100,0	215.979	100,0	209.568	100,0	165.439	100,0
No pobres	375.952	50,9	84.671	57,3	101.072	46,8	88.592	42,3	101.617	61,4
Pobres no indigentes	221.556	30,0	35.489	24,0	68.064	31,5	74.601	35,6	43.402	26,2
Pobres indigentes	141.306	19,1	27.668	18,7	46.843	21,7	46.375	22,1	20.420	12,3

\* Las estimaciones de pobreza por ingresos a nivel provincial se realizaron extrapolando las incidencias de los aglomerados relevados en cada provincia a la población provincial total, estimada mediante la tasa de crecimiento intercensal.

Fuente: CGECSE/SsCA/MECyT en base a información de SIEMPRO EPH-INDEC 2° Semestre 2004.



Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales

SISFAM

Sistema de Identificación y Selección de Familias Beneficiarias de Programas Sociales



Presidencia de la Nación  
Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales

REPÚBLICA ARGENTINA. Indicadores demográficos

- Tasa anual media de crecimiento total de la población (2001): 10,1 por mil.
- Tasa bruta de natalidad por mil (2001): 18,2
- Tasa bruta de mortalidad por mil (2001): 7,6
- Esperanza de vida al nacer (ambos sexos): 74,1 años.

Fuente: INDEC, Censos Nacionales de Población y Vivienda 1991 y 2001

- Porcentaje de población con ingresos por debajo de la línea de la pobreza..... 30%
- Porcentaje de población con ingresos por debajo de la línea de la indigencia..... 10.8%

Fuente: Estimaciones Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO)

*Indicadores seleccionados de natalidad, según provincia.*

*Total del país. Años 2005 y 2006*

Provincia	Nacidos vivos		Con bajo peso al nacer (1) De madres menores de 20 años			
	Total		2005	2006	2005	2006
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
			%			
Total país	del 712.220	696.451	7,3	7,2	15,2	15,4
Mendoza	31.542	32.232	6,7	6,8	14,8	15,3

(1) Nacidos vivos que al nacer pesaron menos de 2.500 gramos.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

<http://www.indec.mecon.ar>

Provincia de Mendoza. Mujeres de 14 a 49 años según hayan tenido hijos o hijas nacidos vivos en el último año por máximo nivel de instrucción alcanzado y grupos de edad. Año 2001

Máximo nivel de instrucción alcanzado y grupos de edad	Mujeres de 14 a 49 años	Con hijos o hijas nacidos vivos durante el último año	Sin hijos o hijas nacidos vivos durante el último año
<b>Total</b>	<b>407.081</b>	<b>30.387</b>	<b>376.694</b>
14	15.307	170	15.137
15-19	70.433	3.656	66.777
20-24	70.049	8.302	61.747
25-29	59.589	7.986	51.603
30-34	51.648	5.859	45.789
35-39	47.906	3.217	44.689
40-44	46.912	1.071	45.841
45-49	45.237	126	45.111
Sin instrucción o primario incompleto	47.462	4.168	43.294
14	2.400	45	2.355
15-19	4.680	578	4.102
20-24	4.939	1.058	3.881
25-29	5.126	892	4.234
30-34	6.002	702	5.300
35-39	7.142	573	6.569
40-44	8.162	282	7.880
45-49	9.011	38	8.973
Primario completo o secundario incompleto	207.795	15.531	192.264
14	12.907	125	12.782
15-19	56.829	2.793	54.036
20-24	29.489	4.935	24.554
25-29	24.258	3.631	20.627
30-34	21.080	2.233	18.847
35-39	21.026	1.315	19.711
40-44	21.023	440	20.583
45-49	21.183	59	21.124
Secundario completo o terciario/universitario incompleto	109.237	7.397	101.840
14	-	-	-
15-19	8.914	285	8.629

20-24	32.676	2.141	30.535
25-29	21.165	2.416	18.749
30-34	14.776	1.610	13.166
35-39	11.574	709	10.865
40-44	10.777	218	10.559
45-49	9.355	18	9.337
Terciario o universitario completo	42.587	3.291	39.296
14	-	-	-
15-19	10	-	10
20-24	2.945	168	2.777
25-29	9.040	1.047	7.993
30-34	9.790	1.314	8.476
35-39	8.164	620	7.544
40-44	6.950	131	6.819
45-49	5.688	11	5.677

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

#### Causas de Mortalidad Materna. Año 2005

- Hemorragia postparto ..... 5%
- Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio ..... 15%
- Sepsis y otras complicaciones relacionadas con el puerperio ..... 8%
- Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto ..... 6%
- Otras causas directas ..... 18%
- Causas obstétricas indirectas 19%
- **Embarazo terminado en aborto 29%**

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

# SEGUNDA PARTE

# **INVESTIGACIONES DE CAMPO**

# CAPITULO V

## 5.1) METODOLOGIA DE TRABAJO

Se entiende por metodología "el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas (Taylor y otros, 1996)

El diseño de investigación para este proyecto es de tipo descriptivo, ya que nos proponemos dar cuenta de las características del fenómeno descrito, de acuerdo con la conceptualización dada por Roberto Sampieri donde: "Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis".

Las técnicas utilizadas serán las entrevistas semi-estructuradas porque favorecen el conocimiento del área que se investiga.

Esta investigación se ha enmarcado dentro de las metodologías cualitativas ya que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Así como también busca comprender los motivos y creencias que están dentro de las acciones de la gente, considerando que lo que dice y hace una persona, es producto del modo en que define el mundo.

Este tipo de metodología señala Humberto Eco apunta a una investigación holística, enfocada a entender a los seres humanos, su conducta y las interacciones con su entorno. El interés está puesto en la intencionalidad de las acciones. Se busca la comprensión de los motivos que subyacen a determinadas conductas y que manifiestan el modo en que los seres humanos definen su mundo.

Es sobre todo, una forma de investigación que puede decirnos algo acerca de la orientación subjetiva de los actores humanos. En las metodologías cualitativas hay un interjuego constante (una retroalimentación) entre la teoría (marco conceptual) y los datos (proximidad al mundo cotidiano y al hallarse presente en la situación). Hay una

preocupación constante por el descubrimiento de la teoría más que por su comprobación.

El diseño cualitativo es abierto. Tanto en lo referido a quienes participan en la producción del contexto situacional, como en lo que concierne a la interpretación y análisis. Constituyendo el investigador, el lugar donde la información se convierte en significación. Ya que la unidad de proceso de investigación no está en la teoría, ni en la técnica, ni en la articulación de ambas. Sino en el investigador mismo.

La investigación cualitativa aborda su objeto de estudio desde una perspectiva constructivista. Estudia la construcción social de la realidad, realizada por los individuos en sus actos de habla. A su vez, metodológicamente se apunala en la reflexión para construir su objeto de estudio.

La metodología cualitativa presenta ciertas características que la definen:

*a) Es inductiva: se elaboran diferentes conceptos a partir de los datos obtenidos. Lo que permite la construcción de un diseño de investigación más flexible.*

*b) Permite una visión holística del fenómeno a indagar. Ya que las personas y/o grupos, así como los contextos en los que interactúan, no son reducidos a simples variables, ni a ecuaciones estadísticas. Son considerados como totalidades. Al mismo tiempo, el fenómeno (escenarios, personas y/o grupos) que se desea estudiar no es tenido en cuenta como un ente estático, sino en su dimensión histórica. Profundizando en el aspecto humano de la vida en sociedad.*

*c) Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. Si bien no pueden eliminar dichos efectos, intentan controlarlos, reducirlos a un mínimo o entenderlos al interpretar los datos.*

*d) El fundamento principal de la metodología cualitativa, se basa en la comprensión de la forma particular de construcción de la realidad de la población que se investigue.*

*e) No se busca la “verdad” ni la “normalidad”, sino comprender las perspectivas de las personas que se pretende conocer. Todas las perspectivas que se presentan se consideran valiosas, para llevar a cabo el trabajo de investigación.*

f) *En los métodos cualitativos, a diferencia de los cuantitativos, se pone el énfasis en la validez de la investigación; la cual se entiende como una correspondencia lo más aproximada posible, entre los datos y lo que las personas dicen y hacen.*

g) *Se alienta a que el investigador cree su propio método. Se siguen lineamientos orientadores, pero no reglas. El investigador no se convierte en esclavo de un procedimiento o técnica. Los métodos están al servicio del mismo”.*

## **5.2) TIPO DE INVESTIGACION**

Esta investigación es parte de un diseño no experimental ya que no hemos construido ninguna situación experimental, solo nos limitamos a observar situaciones y fenómenos existentes. *“Es un estudio de campo de tipo transaccional, se observa en un momento único en el tiempo, con el propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.* (Sampieri, 1998)

## **5.3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

- Factores que inciden en la decisión de tener o no tener un hijo/hija en las mujeres con familia numerosa, con NBI de estratos marginales del departamento de Las Heras en la provincia de Mendoza.

## **5.4) OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

- Conocer los factores que inciden en la decisión de tener o no tener un hijo/hija en las mujeres con familia numerosa, con NBI de estratos marginados del departamento de Las Heras en la provincia de Mendoza.

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar las posibles consecuencias para la salud, desempleo, hacinamiento de las familias numerosas estudiadas.
- Indagar sobre la relación entre NBI de la mujer madre y su decisión respecto a la cantidad de hijos por concebir.
- Conocer el alcance de las políticas públicas a la hora de planificar un embarazo, tanto como de continuar o no un embarazo.

## **5.5) HIPOTESIS**

Las mujeres pertenecientes a estratos marginales con NBI del Departamento de Las Heras en la Provincia de Mendoza, tienen menores posibilidades de realizar una planificación de sus embarazos

## **5.6) DISEÑO DE INVESTIGACION**

Siguiendo a Sierra Bravo consideramos al diseño "como la concepción de la forma de realizar la prueba que supone toda investigación científica concreta, tanto en el aspecto de la disposición y enlace de los elementos que intervienen en ella como el plan a seguir en la obtención y tratamiento de los datos necesarios para verificarla". (Sierra Bravo, 1994).

El diseño utilizado en este trabajo es descriptivo; no experimental. Es un estudio de campo de tipo transeccional, se observa en un momento único en el tiempo, con el

propósito de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Es descriptivo porque permite describir situaciones y eventos. Esto es, decir como es y como se manifiesta determinado fenómeno. *“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”* (Dankhe, 1986). Mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde un punto de vista científico, describir es medir. En un estudio descriptiva se selecciona una serie de cuestiones o variables y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

Es no experimental porque *se realiza sin manipular deliberadamente variables*. Es decir, se trata de una investigación donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala (Kerlinger, 1979): *"La investigación no experimental es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos otras condiciones"*. No hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad.

- **Definición del grupo investigado: Selección de la muestra**

La muestra con la que se trabajó es no probabilística, de tipo intencional, es decir que los sujetos fueron seleccionados porque presentan ciertas características que son relevantes para la investigación.

Se trabajó con casos extraídos del Área de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Las Heras, donde se recepcionan oficios derivados del Juzgado de Minoridad y Familia (casos judicializados en los que se solicita intervención del Área con el fin de la restitución de derechos vulnerados de niños y adolescentes, según Ley

26061) y también se abordan situaciones familiares derivadas de otras instituciones o demandas espontáneas. En todos los casos son familias con problemáticas diversas que requieren el abordaje institucional.

En una primera parte de nuestra investigación, seleccionamos al azar 45 expedientes del Área de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Las Heras. La finalidad de este estudio fue recabar información sobre las siguientes variables:

- ✓ Cantidad de hijos
- ✓ Edad de la madre
- ✓ Número de miembros en el hogar

En una segunda instancia, se seleccionó de estas familias aquellas que contaban con mayor número de hijos en el grupo familiar. Sin embargo, hemos entrevistado a 10 de estas familias, por razones prácticas.

- **Instrumento Metodológico**

### **Selección De Instrumentos De Recolección De Datos**

1. Observación.

2. Entrevista.

1. Observación

- La observación consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta. Haynes, (1.978) menciona que es un método más utilizado por quienes están orientados conductualmente. Una de sus ventajas es que aceptan material no estructurado y pueden trabajar con grandes volúmenes de datos (material). Sampieri, Collado y Lucio (1.998)

2. Entrevista

La técnica que se utilizó fue la entrevista. Se realizaron entrevistas a 10 mujeres, seleccionadas entre las familias numerosas detectadas en los expedientes estudiados, las cuales han sido abordadas institucionalmente durante los meses de julio del 2008 a junio

del 2009. Lamentablemente, no hemos tenido acceso a la posibilidad de entrevistar a ningún hombre, lo cual consideramos sería de sumo interés en futuras investigaciones sobre planificación familiar.

La entrevista es uno de los procedimientos más utilizados en la investigación social. La modalidad de la entrevista en este trabajo fue una entrevista semi estructurada, focalizada, ya que deja una mayor libertad a la iniciativa de la persona interrogada y al entrevistador y focalizada porque se localizó el interrogatorio en cuestiones precisas acerca de la problemática.

También se incluye la "entrevista" porque recauda información valiosa que completa, esclarece y enriquece los datos obtenidos por medio de las observaciones.

Las ventajas de la entrevista personal, según lo expresa León y Montero, es la posibilidad de poder aclarar las preguntas que no se entiendan, pedir al encuestado que aclare respuestas inicialmente ambiguas y evitar que se produzcan consultas con otras personas que podrían influir en las respuestas.

En esta instancia, se indagó respecto de algunos indicadores sociodemográficos y otros factores como: creencias al respecto si el tener una familia numerosa influye o ha influido en su situación económica, métodos anticonceptivos seleccionados y opinión sobre el uso de esos métodos, estado de salud y escolaridad de los hijos, religión de la madre y grado de compromiso con las creencias religiosas y nivel de comunicación con su pareja y familiar en temas relacionados con el sexo y la contracepción. Por lo tanto se evaluaron las siguientes variables:

- ✓ Creencias personales sobre la concepción de los hijos.
- ✓ Métodos anticonceptivos utilizados.
- ✓ Escolaridad de la madre.
- ✓ Religión de la madre y/o de la pareja y grado de compromiso con la misma.
- ✓ Formas de comunicación con la pareja respecto a la concepción.
- ✓ Escolaridad de los niños y adolescentes del grupo de hermanos.
- ✓ Estado de salud del grupo de hermanos.
- ✓ Edad de la madre en la actualidad y en su primer embarazo.
- ✓ Tipo de familia (nuclear, ensamblada o monoparental)
- ✓ Obra Social

La totalidad de estos casos pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, no poseen obra social y viven en distintos distritos del Departamento de Las Heras de la provincia de Mendoza.

## **ENTREVISTAS**

1. NOMBRE
2. EDAD ACTUAL
3. EDAD EN EL 1° EMBARAZO
4. ESCOLARIDAD
5. DOMICILIO
6. INGRESOS
7. OBRA SOCIAL
8. CANTIDAD DE HIJOS
9. RELIGIÓN
  - a. Practicante con creencias arraigadas
  - b. No practicante pero con creencias arraigadas
  - c. No practicante y con débil adhesión a las creencias
10. TIPO DE FAMILIA
11. CANTIDAD DE MIEMBROS EN EL HOGAR
12. HACINAMIENTO: EN CASO POSITIVO INDICAR DE QUE TIPO
13. ESTADO DE SALUD Y ESCOLARIDAD DE LOS NIÑOS
14. ¿QUÉ MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HA UTILIZADO O UTILIZA ACTUALMENTE?
15. ¿QUÉ RESULTADO LE HA DADO?
16. LA DECISIÓN DEL MÉTODO ¿HA SIDO EN PAREJA O PERSONAL?
17. ¿HA HABLADO SOBRE SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CON SU PAREJA?
18. ¿HABLA DE ESTOS TEMAS CON SUS HIJOS?
19. ¿CREE QUE EL HECHO DE TENER (cantidad) HIJOS HA INFLUIDO O INFLUYE EN SU SITUACIÓN ECONÓMICA?
20. ¿Y EN SUS PROYECTOS PERSONALES?

## ENTREVISTA N° 1

- 1) Ruth. 2) 35 años 3) 17 años. 4) Primaria completa
- 5) B° Jardín El Challao, Las Heras. 6) \$ 1.000
- 7) No 8) 5 9) Católica (b)
- 10) Ensamblada. 11) 8 (3 adultos)
- 12) Sí. Por cuarto y por cama
- 13) Buen estado de salud. Todos los controles realizados  
Escolaridad: El mayor de los hijos abandonó en 7° grado. Los demás están en primaria. Uno de ellos repitió un año.
- 14) Actualmente DIU. Con los cuatro primeros se cuidaba él con profiláctico, pero no siempre.
- 15) El DIU es bueno, hasta ahora.
- 16) Con mi primer marido no podía hablar nada. Él no quería que me cuidara yo, se cuida yo le dije que me iba a colocar el DIU. Aunque él me ha dicho que más adelante quiere tener otro...  
NOTA: La pareja de Ruth es 14 años menor que ella.
- 17) Con mi primer marido no hablábamos mucho. Él era muy agresivo.  
Ahora con ..... sí hablamos. Él quiere tener otro....
- 18) La más grande de 17 años está embarazada del hermano de mi pareja actual. Yo le hablaba, pero bueh....
- 19) No. Aunque a veces no me alcanza.... Cuando mi marido se fue no sabía cómo mantenerlos. Y si bueno, más o menos.
- 20) No sé... cuando eran chiquitos no podía trabajar, después trabajé cuando se fue mi marido. Ahora no puedo por la nena, pero cuando crezca me gustaría tener mi plata de nuevo.

## ENTREVISTA N° 2

- 1) Elsa. 2) 31 3) 13 4) 6° grado
- 5) B° Sargento Cabral, Las Heras 6) \$ 1.200
- 7) Sí 8) 7 9) Católica (a)
- 10) Nuclear 11) 9 (2 adultos)
- 12) Si. Por cuarto

- 13) Buen estado de salud en general. Escolaridad: Dos niños con problemáticas de aprendizaje. Los dos mayores abandonaron en 8° año. Uno ha repetido 2 veces y otro una vez. Los tres menores están en escuela primaria con buen rendimiento.
- 14) Ahora me ligaron las trompas, porque las pastillas me hacían mal y el DIU me molestaba. Después del cuarto empecé a tomar pastillas pero las tuve que dejar. Y...después del 5° o 6° (hijo) no recuerdo, ba él. Ahora estoy en pareja, tuvimos un hijo y me pusieron el DIU pero me lo tuvieron que sacar, porque me dolía y tenía hemorragias. A él no le gusta usar profilácticos.
- 15) Bueno
- 16) Lo hablamos con mi marido, porque ya eran muchos...
- 17) Más o menos. A mi no me gusta hablar de esos temas.
- 18) A veces me preguntan y respondo lo que puedo. La más grande quedó embarazada a los 16 años.
- 19) No sé. Puede ser. Pero igual yo quiero a todos mis hijos. Ponele más o menos...
- 20) A mi me gustan los niños. Me gusta ser madre. Ahora que están más grandes estoy ayudando en un comedor.

### ENTREVISTA N°3

- 1) Azucena 2) 25 años 3) 16 años 4) 1° grado incompleto
- 5) Calle Regalado Olguín, Las Heras. 6) \$300 / \$400
- 7) no 8) 4 9) Católica (c)
- 10) Nuclear 11) 4 (los 2 niños mayores han sido otorgados en guarda judicial a la abuela y visitan periódicamente a sus padres)
- 12) Sí. Por cuarto y por cama.
- 13) Los niños convivientes no tienen controles de salud. Aún no tienen edad escolar.
- 14) Ninguno. 15) \_
- 16) No. Si vienen, vienen... 17) No. 18) No.
- 19) No sé. 20) No sé.

NOTA: Se percibe una importante dificultad en la comprensión de las últimas cinco preguntas.

#### ENTREVISTA N°4

- 1) Sandra 2) 34 años 3) 15 años 4) 4° grado
- 5) Av. Champagnat. Las Heras 6) \$ 700
- 7) No. 8) 7 9) Católica (b)
- 10) Nuclear 11) 9
- 12) Sí. Por cuarto y por cama.
- 13) Escasos controles de salud. Dos niños con bajo peso (retiran leche en Centro de Salud)  
Escolaridad: Las dos mayores abandonaron en 6° grado. El resto concurren normalmente, aunque con un alto grado de ausentismo. Todos concurren a escuela especial.
- 14) Ninguno 15) \_ 16) \_
- 17) No hablamos del tema. Él viene sólo los fines de semana.
- 18) Sí, yo les digo que se cuiden. La más grande después del bebé (quedó embarazada a los 15 años), toma las pastillas que le dio la doctora, pero no siempre las consigue en la Salita.
- 19) Y si, puede ser. Pero igual mucho trabajo no me dan.
- 20) No.

#### ENTREVISTA N°5

- 1) Griselda 2) 43 años 3) 14 años 4) 2° grado
- 5) B° 12 de Mayo, Las Heras 6) \$ 1.200
- 7) no 8) 14 9) Ninguna 10) Ensamblada
- 11) 7 ( 2 adultos y 5 hijos) 12) Si. Por cuarto
- 13) Buen estado de salud. Un niño con epilepsia.  
Escolaridad: Sólo una está en nivel secundario. Nueve tienen primaria (seis de ellos, completa y tres incompleta) y han abandonado los estudios. Los cuatro niños menores se encuentran en primaria, dos de ellos con problemáticas de aprendizaje.
- 14) Ninguno 15) -
- 16) No. Ninguno de mis dos parejas ha querido que me cuidara, dicen que ellos pueden criar sus hijos. Igual a mi me gustan los chicos.

NOTA: El segundo marido de Griselda es hermano del primero.

- 17) Con mi segundo marido sí, hablamos mucho. Más al principio, Ahora no tanto.
- 18) Si, yo les hablo.... Yo les digo que no sean tontas, que disfruten un poco más. Cuatro de los chicos más grandes (3 mujeres y un varón), quedaron embarazados a los 15 y 16 años. Ya tengo 11 nietos.
- 19) Y si. Pero siempre nos arreglamos igual.
- 20) Si. Antes de casarme yo ayudaba a mi mamá en costura y tenía mi plata. Mi marido nunca quiso que yo trabajara. Igual no me quejo...

### ENTREVISTA N° 6

- 1) Silvia 2) 39 años 3) 14 años 4) 3° grado
- 5) B° 9 de Julio, Las Heras 6) \$ 900
- 7) no 8) 16 (18 embarazos, 2 pérdidas)
- 9) Católica (c) 10) Ensamblada
- 11) 12 12) Si. Por cuarto y por cama
- 13) Los niños mayores de 5 años y menores de 14, (6 de ellos) se encuentran en primaria, con alto grado de ausentismo, problemáticas de aprendizaje y conducta en la escuela. Cuatro de ellos han repetido dos años. Uno cursa primer grado y el otro está en Jardín de Infantes. Tres de ellos tienen menos de 5 años. Los mayores de 14 años (6 de ellos) no han terminado la primaria. Todos abandonaron en 4° o 5° grado. Ninguno vive en el hogar. Tres mujeres viven en pareja y tuvieron su primer hijo alrededor de los 15 años de edad. Un varón también vive en pareja desde los 17 años. Los dos varones mayores están en el penal. Una falleció en edad adolescente en un accidente (fue atropellada por un auto) Ninguno tiene problemáticas de salud que requiera medicación permanente. Cuatro adolescentes con adicciones. Recurrentes accidentes caseros y/o de trabajo (albañilería) han provocado en algunos de los integrantes del grupo de hermanos diversas secuelas: cicatrices, fracturas, pérdida de dos dedos de la mano. No presentan libreta de salud. Vacunación incompleta.
- 14) Ninguno 15) – 16) Mi marido no quiere que me haga nada.
- 17) No. A mi no me gusta hablar de esas cosas.
- 18) No. Mi marido habla con los varones, pero a mi no me gusta hablar de eso.
- 19) Si. Pero no es problema mio. El que tiene que conseguir la plata es él.
- 20) No sé.

## ENTREVISTA N° 7

- 1) Aurora 2) 42 años 3) 19 años 4) primaria completa
- 5) B° Cristo Redentor, Las Heras 6) \$ 1200
- 7) no 8) 6
- 9) Evangelista (a) desde hace 4 años. Anteriormente era católica (b)
- 10) Monoparental por viudez 11) 6 12) No
- 13) Buen estado de salud.  
Tres niños en primaria, buen rendimiento. Un adolescente en 9° año. Una en 2° año. El mayor abandonó en 9° año.
- 14) Actualmente nada, antes tomaba pastillas anticonceptivas, pero a veces no tenía o me olvidaba de tomarlas entonces él se cuidaba con profilácticos, cuando tenía.
- 15) Los primeros tres embarazos los busqué. Después empecé con pastillas pero después me coloqué el Diú en la Salita pero igual quedé embarazada. Nunca lo encontraron. Yo tenía miedo que naciera con el Diú. Por eso no me lo puse más y nos cuidábamos con profilácticos. No sé que pasó, pero quedé de nuevo.
- 16) Siempre lo consultaba con mi marido. Él me dejaba hacer lo que quisiera en ese sentido. Me decía que lo decidiera yo, que él no tenía problema.
- 17) Si. Siempre les digo que tienen que estudiar primero, que se cuiden. Pero ahora no es como antes. Ahora tenes todo porque te lo dan en las Salitas. La que se queda embarazada es de tonta.
- 18) Y, yo les hablo como puedo. Con los varones es más difícil, porque estoy sola, pero les digo que se cuiden, eso si.
- 19) La verdad es que hemos pasado por épocas muy duras. Pero no por mis hijos, sino porque no había trabajo. No, no, ellos no tienen nada que ver.
- 20) Yo siempre trabajé en lo que pude. Me hubiera gustado estudiar la secundaria. Ahora la estoy empezando. Pero no por ellos, porque igual tendría que haber trabajado, con uno o con seis me parece que es lo mismo.

## ENTREVISTA N° 8

- 1) María Angélica 2) 36 3) 20 4) Secundario incompleto (2° año)
- 5) B° Cristo Redentor, Las Heras 6) \$ 1000
- 7) si 8) 5 9) Ninguna 10) Monoparental por divorcio
- 11) 9 12) Si. Por cuarto
- 13) Buen rendimiento escolar de los tres niños. Dos adolescentes abandonaron en 8° y 9° año. Actualmente trabajan haciendo “changas”. Estado de salud: Bueno en general, de todo el grupo familiar.
- 14) Profiláctico.
- 15) No sé (ríe), parece que a veces falló. A los dos primeros los buscaba, después vinieron nomás.
- 16) No. Él se cuidaba, yo no preguntaba.
- 17) No, no para nada. Por ahí, de sexualidad si un poco, no sé.
- 18) Si, algo les digo. No sé. Si quieren saber algo más me van a preguntar, supongo.
- 19) Mientras vivía con él no. Ahora si siento un poco la carga, pero igual los más grandes (15 y 17 años) me ayudan bastante.
- 20) No, no creo. Yo quería ser mamá y me gusta. Me fue mal con el padre nomás.

## ENTREVISTA N° 9

- 1) Adela 2) 44 3) 15 4) ninguna 5) Calle Matheu, Las Heras
- 6) \$ 900 7) no 8) 18 9) Católica (a)
- 10) Monoparental (madre viuda) 11) 7 12) Por cuarto
- 13) Una niña fallecida a los 10 años de edad por enfermedad pulmonar (transplante). Un niño y un joven con enfermedades crónicas (asma y diabetes). Una joven con problemáticas en un pie y posibilidades de amputación (por infección). Tres jóvenes y dos adolescentes con adicciones a sustancias. El resto con buen estado de salud en general.  
Escolaridad: Catorce de ellos no ha terminado el secundario abandonando en promedio en 7° u 8° año. Tres niños en primaria y uno en un CENS
- 14) Ninguno, nunca. 15) –

16) No, no era en pareja. Yo no quería tener más hijos, pero mi marido (fallecido hace 4 años), decía que yo tenía que tenerlos. Él quería que yo estuviera embarazada todos los años. Me obligaba a tener relaciones y me golpeaba.

17) No, imagínese. No podía hablar nada con él, sino iba a pensar que era una prostituta.

15) No, muy poco. Es que a mi me cuesta mucho hablar de esos temas.

16) Si, por supuesto. Yo no quería tener tantos hijos. Mire los problemas que tengo ahora....(llora).

17) No sé. Me hubiese gustado estudiar, eso si.

NOTA: Adela es analfabeta. No sabe firmar.

### ENTREVISTA N° 10

1) Carina 2) 28 3)17 4)9° año incompleto.

5) B° Aeroparque, Las Heras 6) \$400/\$600

7) no 8) 6 9) Católica (c) 10) Ensamblada

11)7 12) No

13) Dos niños con buen rendimiento escolar (Jardín y 1° grado). Dos niños con problemáticas de conducta y aprendizaje (mellizos de 11 años), repitieron 4° grado. Un adolescente en una institución especial (CEBA), habiendo abandonado previamente en 6° grado (14 años). Una adolescente de 16 años en 9° año, (habiendo repetido dos veces este año escolar) y un adolescente de 17 años, abandonó en 7° grado de escuela especial, actualmente trabaja.

Estado de salud: Retraso mental leve del hijo mayor, mellizos prematuros con enfermedades respiratorias recurrentes. El resto buen estado de salud en general.

14) Actualmente DIU. Es el segundo, el primero se me salió. Antes no me cuidaba. Mis dos primeros hijos fueron “accidentes”. Después estaba en pareja y buscamos y vinieron los mellizos. Después se cuidaba él. Cuando me estaba por separar quedé embarazada del 5°. Cuando estaba embarazada conocí a ..... y después tuvimos a ..(mi 6° hijo). Cuando nació me puse el DIU. Igual él se fue, así que estoy sola. Yo a mis hijos los crío sola.

15) El DIU.....bueno, hasta ahora.... (se ríe)

16) No, personal.

- 17) Sobre sexualidad si, a mi me gusta hablar. Pero de lo otro no, eso lo decido yo, ami no me agarran mas.
- 18) Si. A mi hija sobre todo le digo que se cuide, porque con los hijos tiene que cargar la mujer. A los varones.....que se las arreglen ellas (las parejas)
- 19) Y si. Yo ya he perdido dos trabajos. Porque con los mellizos cada dos por los tengo internados, y la gente no te aguanta eso.
- 20) No, no sé. Creo que no.

## 5.7) SELECCIÓN DE MUESTRA

### Selección de las entrevistadas: *Criterios de selección*

Para la selección de las entrevistadas y dadas las dificultades para acceder a estos sectores de población que fluctúan en el umbral de la pobreza, recurrimos al Área de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Las Heras.

El trabajo con este Área aseguraba una dispersión geográfica necesaria para nuestro estudio, aunque sólo tuvimos acceso a familias del oeste mendocino. De esta forma, no podemos hablar de muestreo probabilístico (con la posibilidad de realizar generalizaciones al conjunto de la población de familias de Mendoza a través de inferencia estadística), si no de un tipo de muestro intencional y no probabilístico (con el que podemos realizar generalizaciones utilizando la inferencia lógica).

El número total de entrevistas realizadas fue de 10 mujeres con más de 4 hijos, en situación económica considerada como pobreza absoluta o relativa. La elección de las familias se realizó de forma premeditada y no azarosa por lo que la muestra es de carácter intencional, ya que se seleccionaron a las mujeres de acuerdo a la posesión de determinadas características que se pretende medir. Es, además, una muestra de sujetos voluntarios ya que accedieron a participar voluntariamente.

De los datos obtenidos se rescataron aquellos de mayor importancia para la investigación. Luego, para poder realizar un adecuado procesamiento de los mismos, se elaboró una grilla para tipificar los datos y manejar de manera más eficaz la información obtenida.

Se presentará la frecuencia de aparición en la población a estudiar, de las diversas características consideradas de mayor importancia. Cabe destacar que todos los casos estudiados pertenecen a un nivel socio – económico bajo siendo este indicador evaluado previamente por profesionales de Acción Social de la Municipalidad de Las Heras, de acuerdo a variables como tipo de vivienda, forma de ocupación de la misma (propietario, alquiler, préstamo, usurpación) e ingresos.

**CASOS EXTRAIDOS AL AZAR DEL ÁREA DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA  
DE LA MUNICIPALIDAD DE LAS HERAS**

	CANT. HIJOS	EDAD MADRE	Nº MIEMBROS
1	4	54	5
<b>2</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>9</b>
3	2	24	4
4	2	15	4
5	6		7
6	4	33	7
7	3	42	4
8	4	31	7
9	4	31	5
<b>10</b>	<b>10</b>	<b>56</b>	<b>6</b>
11	4	40	6
12	2	24	4
13	3	40	5
14	4	46	8
15	5	47	6
16	4	36	5
<b>17</b>	<b>5</b>	<b>35</b>	<b>7</b>
<b>18</b>	<b>7</b>	<b>39</b>	<b>10</b>
19	4	29	5
20	5	47	5
21	5		6

22	1	15	3
<b>23</b>	<b>5</b>	<b>31</b>	<b>7</b>
24	4	27	5
25	4	26	7
<b>26</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>9</b>
<b>27</b>	<b>14</b>	<b>43</b>	<b>9</b>
28	2	38	3
29	2	19	4
30	4	38	6
31	5	39	6
32	4	34	6
33	2	20	3
34	1	19	3
35	1	19	3
36	5		9
37	4	28	5
38	3	20	5
39	4	34	5
40	5	50	8
<b>41</b>	<b>8</b>	<b>34</b>	<b>10</b>
42	4	25	4
<b>43</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>8</b>
44	5	41	6
<b>45</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>10</b>

NOTA: Se ha remarcado las familias a las cuales se ha entrevistado.

# CAPITULO VI

## ANALISIS DE DATOS

	A	B	C	D	E	F	G	H Actual/ Anterior		I	J	K	L
1	17	2	5	Católica B	B	Si 2	1B/1C	E1	B0	2	1	2	2
2	13	1	7	Católica A	A	Si 1	2B/2C/ 2D	D1	C0 E0	3	1	2	1
3	16	1	4	Católica C	A	Si 2	2G	A0	A0	0	0	0	0
4	15	1	7	Católica B	A	Si 2	2C/3D/ 2F	A0	A0	0	1	3	1
5	14	1	14	Ninguna	B	Si 1	9C/2D/ 1F	A0	A0	0	1	3	3
6	14	1	16	Católica C	B	Si 2	6A/4B/ 6C/6D/ 2H/1I/ 4J	A0	A0	0	0	3	0
7	19	2	6	Católica B	C	No	1C	A1	B0 C0 E0	2	2	1	1
8	20	3	5	Ninguna	C	Si 1	2C	A1	B0	3	0	2	1
9	15	0	18	Católica A	C	Si 1	1B/14C/ 3F/1I/5J	A0	A0	0	1	3	2
10	17	3	6	Católica C	B	No	3A/4B/1 C/ 4D/3F	E1	B0 E0	2	1	3	1

NOTA: Los casos 7 y 8 en la columna H, situación actual A1, refirieron no tener pareja estable ni ocasionales.

- A. Edad de la madre en el primer embarazo.
- B. Escolaridad de la madre:
  - 0- Ninguna (analfabetismo)
  - 1- Primaria incompleta.
  - 2- Primaria completa.
  - 3- Secundaria incompleta.
  - 4- Secundaria completa.
  - 5- Terciario incompleto.
  - 6- Terciario completo.
  - 7- Universitario incompleto.
  - 8- Universitario completo.
- C. Cantidad de hijos.
- D. Religión
  - A- Practicante con creencias arraigadas
  - B- No practicante pero con creencias arraigadas
  - C- No practicante y con débil adhesión a las creencias
- E. Tipo de familia:
  - A- Nuclear
  - B- Ensamblada
  - C- Monoparental
- F. Hacinamiento:
  - 1. Por cuarto
  - 2. Por cuarto y por cama
- G. Cantidad de niños o adolescentes del grupo de hermanos con:
  - A. Problemáticas de conducta
  - B. Repitencia escolar
  - C. Abandono escolar
  - D. Problemáticas de aprendizaje
  - E. Sin escolaridad
  - F. Problemáticas de salud: enfermedades prolongadas y/o crónicas
  - G. Sin controles de salud
  - H. Conflictos con la ley
  - I. Fallecidos
  - J. Adicciones
- H. Método anticonceptivo utilizado en el pasado y actual y resultado obtenido:

- A- Ninguno
- B- Preservativo
- C- Pastillas anticonceptivas
- D- Ligadura de trompas
- E- DIU

0- Sin resultados positivos: embarazo, pérdida del dispositivo, riesgo para la salud, etc.

1- Positivo

I. La decisión sobre el método anticonceptivo es tomada por:

0- No sabe/ no responde

1- Por la mujer

2- Por el hombre

3- En pareja

J. Cómo es el diálogo sobre sexualidad con los hijos:

0- Nulo

1- Escaso

2- Bueno

3- Muy bueno

K. Percepción personal sobre la influencia en la situación económica:

0- No responde/ no sabe

1- No ha influido

2- Relativamente/ más o menos.

3- Sí ha influido

L. Percepción personal sobre la influencia en los proyectos personales:

0- No responde/ no sabe

1- No ha influido

2- Relativamente/ más o menos.

3- Sí ha influido

A partir del trabajo realizado en la investigación de expedientes del Área de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Las Heras, se pudo observar a priori que la mayoría de las familias podrían denominarse como “familia numerosa”, en algunos casos por encontrarse dos familias viviendo juntas pero de todas formas tenían en un promedio estimativo de 4 ó 5 hijos por mujer a cargo.

De los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos observar:

1. Las edades de las mujeres madres al momento de la entrevista varían entre los 13 y 20 años. Promediando el total, tuvieron su primer hijo a los 16 años.
2. El 50% de ellas no concluyó sus estudios primarios; el 20% tiene su primaria completa; el 20% no terminó el secundario y el 10% no tiene estudios. Ninguna ha concluido los estudios secundarios.

Si cruzamos estos datos con la edad en la que tuvieron su primer hijo podemos observar que en nuestro trabajo de campo se corrobora lo aportado por investigaciones previas, mencionadas en el marco teórico, donde el nivel educativo de una mujer es inversamente proporcional a la edad de un primer embarazo. Esto es, a mayor nivel educativo, menor es la edad en la que la mujer tiene su primer hijo. Si tomamos las cinco mamás entrevistadas que no concluyeron su primaria, el promedio de edad en su primer embarazo desciende a 14,4 (aproximadamente 14 años y medio). La mamá entrevistada que no poseía ningún estudio tuvo su primer hijo a los 15 años. Las dos mujeres que habían concluido la primaria tenían 17 y 19 años respectivamente al momento de tener su primer hijo, ascendiendo así el promedio a 18 años. Y aquella que contaba con estudios secundarios, aunque sin concluir, fue mamá a los 20 años.

3. El promedio en cuanto a “cantidad de hijos” de las mujeres madres entrevistadas arroja un valor de 8,8. Un número considerable al momento de tener en cuenta que estamos frente a familias con NBI.

Si relacionamos estos datos con el nivel educativo, tomando aquellas mamás que no concluyeron sus estudios primarios (5 de ellas), tienen en promedio 9,6 hijos en la actualidad, las dos mujeres que terminaron la primaria tiene 5 y 6 hijos respectivamente, un valor de 5,5 al igual que aquellas que tienen su secundario incompleto y la mamá que no tiene ningún estudio tiene 18 hijos. Estos datos pueden significar que también el nivel educativo es inversamente proporcional a la cantidad de hijos que tiene una mujer. A menor nivel educativo, mayor cantidad de

hijos y por ende, si tomamos los datos obtenidos en el punto anterior, mientras más temprana es la edad de gestación del primer hijo, mayores son las posibilidades de ser madres con “familia numerosa”, o sea mayor cantidad de hijos a cargo en edades adultas.

4. En cuanto a la religión de las mujeres madres entrevistadas encontramos 7 de ellas que refirieron adherirse a la religión católica apostólica romana, de las cuales 2 son practicantes y tienen creencias arraigadas; 4 de ellas a pesar de no considerarse practicantes creen en los preceptos de la religión y 2 no son practicantes y a pesar de adherirse a esta religión presentan ciertos cuestionamientos en cuanto a sus creencias. Con estos resultados podemos observar que una gran mayoría de las mujeres madres del sector han sido educadas bajo los preceptos de la religión católica apostólica romana. Dos de las entrevistadas refirieron no adherirse a ninguna religión.

Ahora bien, si comparamos este dato con los anteriores, encontramos que el grupo de madres que practican la religión católica (denominado con la letra A) tienen 18 y 7 hijos respectivamente, siendo la primera analfabeta y la segunda con primaria incompleta y habiendo tenido su primer hijo una a los 15 y la otra a los 13 años. El grupo B tienen en promedio 6 hijos, una de ellas con primaria incompleta, dos con primaria completa y una con secundario incompleto. El promedio de edad en el momento de tener su primer hijo en este grupo de mujeres madres es de 17 años, notablemente superior al primer grupo mencionado. En cuanto al grupo C, tienen 4 y 16 hijos respectivamente, ambas con primaria incompleta, habiendo tenido su primer hijo la primera a los 16 y la segunda a los 14 años. Aquellas madres que no se adhieren a ninguna religión tienen 14 y 5 hijos en la actualidad, una con primaria incompleta y la otra con secundario incompleto, la primera tuvo su primer hijo a los 14 años y la segunda a los 20 años. Así podríamos concluir que aquellas mujeres que tienen creencias arraigadas y practican la religión tienen el menor nivel educativo y han tenido su primer hijo a edades más tempranas. Aquellas que no son practicantes, muestran una mejoría en el nivel educativo y en la edad de su primer embarazo. Sin embargo el grupo de mujeres que a pesar de adherirse a la religión mencionada muestran cuestionamientos en cuanto a sus creencias, muestran un bajo nivel educativo, habiendo tenido su primer hijo en edades tempranas. En cuanto a las mamás que manifestaron no adherirse a ninguna religión tienen un promedio similar al grupo B (no practicantes pero con creencias arraigadas)

5. El valor “tipo de familia” puede aclararnos cuántas de estas familias numerosas tienen como jefe de hogar sólo a la mamá (familia monoparental) - por viudez o separación - y cabe aclarar que en el caso de familias ensambladas (familia en la cual conviven la pareja e hijos de uno de ellos o de ambos de uniones anteriores), generalmente los hijos de uniones anteriores quedan a cargo de la mamá y al formar una nueva pareja tienen hijos en común, pero ante esta situación es común que la carga de los hijos de anteriores parejas recaiga sobre la mamá.

En nuestras entrevistas encontramos que un 30 % de ellas tienen una familia nuclear (padre, madre e hijos de esa unión), un 40% son familias ensambladas y el 30% restante son familias monoparentales. Así observamos que existe cierta heterogeneidad en cuanto al tipo de familias encontradas si bien hay una leve mayoría de familias ensambladas.

En las familias nucleares el promedio de hijos concebidos hasta el momento es de 6 hijos, en las ensambladas asciende a 10,25 y en las monoparentales es de 9,67. Lo que nos hace presumir que la mayoría de los niños están sólo a cargo de la mamá.

6. El valor de “hacinamiento” es destacado en la investigación ya que se consideró como una de las consecuencias de las familias numerosas con NBI. En nuestra investigación hallamos un alto porcentaje de familias con hacinamiento: un 80% de ellas carecen de una vivienda adecuada para la contención de sus miembros. Cabe aclarar que generalmente en los casos de hacinamiento, son los niños los que comparten cama, ya que obviamente sus cuerpos son más pequeños. Sólo dos casos entrevistados no poseen hacinamiento, teniendo ambas familias 6 hijos. De las 8 familias que presentan hacinamiento, la mitad comparten sólo el cuarto (más de 3 miembros) y el resto comparten cuarto y camas (hacinamiento grave). En el primer grupo el promedio de hijos es de 11 y en el segundo grupo es de 8 hijos. Dato paradójico pero que ameritaría una investigación más profunda en cuanto a este punto.
7. Con el valor designado con la letra G, hemos procurado dar a conocer la realidad en general de estos niños, niñas y adolescentes de los grupos familiares estudiados, en cuanto a su estado de salud, escolaridad y problemáticas de conducta. Para ello hemos tomado el total de los niños, niñas y adolescentes siendo este de 88. De los datos obtenidos podemos observar que del total de niños, niñas y adolescentes:
- Un 10,22% presenta problemáticas de conducta
  - Un 13,64% presenta repitencia escolar
  - Un 43,18% abandonó sus estudios

- Un 19,32% presenta problemáticas de aprendizaje
- No hallamos ningún caso sin ninguna escolaridad
- Un 10,22% presenta alguna problemática de salud de gravedad o crónica
- Un 2,27% no presenta ningún control de salud
- Un 2,27% tiene conflictos con la ley
- Un 2,27% ha fallecido
- Un 10,22% tiene algún tipo de adicciones.

Como dato altamente significativo encontramos el abandono de los estudios en el sistema formal, así como también las problemáticas en el aprendizaje. En menor escala, encontramos también problemáticas de conducta, repitencia escolar, enfermedades graves o crónicas y adicciones.

8. Interrogamos también sobre el método anticonceptivo utilizado, tanto anteriormente como en la actualidad y consultamos sobre los resultados obtenidos con dicho método. En este punto hemos podido concluir lo siguiente:

- Encontramos un 50 % de mujeres madres que nunca han utilizado ningún método anticonceptivo. Evidentemente son las que presentan familias más numerosas, con excepción de una que tiene 4 hijos; si tomamos el promedio de todas ellas tienen 11,8 hijos.
- Dos mujeres madres entrevistadas refirieron no haber utilizado ningún método anticonceptivo y refirieron haber controlado sus embarazos igualmente. En estos dos casos utilizan en la actualidad algún método.
- Un 40% refirió haber utilizado el profiláctico como método. Llama la atención aquí que todas ellas manifestaron haber quedado embarazadas habiendo tenido relaciones sexuales con el uso del condón. Lo que abre interrogantes para una nueva investigación: ¿Los profilácticos entregados gratuitamente son de calidad?; ¿Todos los hombres conocen el correcto uso del condón?; etc.
- Con las pastillas anticonceptivas sucede algo similar; dos de ellas refirieron tomarlas como método de prevención de un embarazo, sin embargo expresaron haber quedado igualmente embarazadas mientras utilizaban este método, lo que nos hace pensar como en el caso de los anticonceptivos en la calidad de las pastillas entregadas gratuitamente, si estas mujeres las toman en forma correcta, etc.
- Solo una de las mujeres entrevistadas se ha realizado una ligadura tubaria.
- Tres mujeres madres refirieron haberse colocado el DIU (dispositivo intrauterino) con anterioridad al momento de nuestra entrevista. Todas relataron

haber quedado igualmente embarazadas. Este no es un dato menor y nuevamente nos surgen interrogantes: ¿Los dispositivos colocados en hospitales y Centros de Salud son de calidad?, ¿Están correctamente colocados?, ¿Cuentan los profesionales de la Salud Pública con los elementos necesarios para una correcta colocación del DIU?, ¿Realizan las mujeres los controles correspondientes?, fundamentalmente nos preguntamos ¿Por qué fallan en un alto porcentaje los dispositivos colocados en Hospitales Públicos y Centros de Salud?

9. En cuanto al aspecto de quién ha tomado la decisión actualmente en lo que refiere a la elección o no de utilizar un método anticonceptivo. Las respuestas arrojaron que un 20% han tomado la decisión en pareja, un 30% el método ha sido seleccionado por el hombre, en ningún caso entrevistado el método es decidido por la mujer y un 50 % de ellas se abstuvo de responder esta pregunta.
10. Indagamos también sobre cómo es el diálogo sobre sexualidad de estas mujeres madres con sus hijos/as. Llama la atención en este punto que ninguna refirió tener una muy buena comunicación en temas de sexualidad con sus hijos/as y sólo una de las mujeres madres entrevistadas manifestó tener un buen diálogo al respecto. Seis de ellas mantienen escasamente este tipo de conversaciones y 3 de ellas no hablan del tema con sus hijos. Teniendo en cuenta que las mujeres entrevistadas son madres de familias numerosas, el hecho de no tener una comunicación fluida con sus hijos en cuanto a prevención de un embarazo (probablemente ellas mismas no han tenido este tipo de relación con sus propios padres/madres), resulta un dato a considerar, ya que estos niños, niñas y adolescentes provenientes de familias numerosas y que no reciben información en cuanto a la posibilidad de planificar sus embarazos, es muy probable que continúen con el modelo familiar materno.
11. Nos resultó interesante indagar también sobre la percepción personal en cuanto a la influencia en la situación económica del grupo familiar, el hecho de tener la cantidad de hijos en cada familia. El 50% respondió que cree que sí ha influido. Un 30% considera que ha influido relativamente. Sólo una de ellas respondió que no cree que haya afectado a la situación económica del grupo familiar y sólo una también se abstuvo de responder esta pregunta.
12. Por último, les preguntamos a nuestras entrevistadas si percibían que el hecho de tener a sus hijos puede haber influido en sus proyectos o metas personales. En este punto sólo una respondió que sí considera que influyó, o sea que no pudo realizar algunas actividades por dedicarse al cuidado de sus hijos. Dos de ellas consideraron que ha influido relativamente. Cinco respondieron que no han dejado de lado sus

proyectos o su proyecto de vida se ha visto realizado a través de la crianza de sus hijos y dos de ellas se abstuvieron de responder esta pregunta.

13. Es de destacar el hecho de que ninguna de las familias entrevistadas poseen obra social como consecuencia de no poseer un trabajo formal y/o estable.

## CONCLUSIONES

Vivir en la pobreza significa que se tiene más probabilidades de morir a causa de enfermedades prevenibles, de tener una tasa más alta de mortalidad infantil, de no poder acceder a una educación y de carecer de vivienda adecuada. También significa mayor vulnerabilidad al delito y la violencia, acceso inadecuado o carencia de acceso a la justicia y los tribunales, así como la exclusión del proceso político y de la vida de la comunidad.

La planificación familiar desempeña un papel vital en la reducción de la pobreza y en la mejora de las condiciones de vida. Los individuos y las familias se benefician y las comunidades y los países se fortalecen. Permite a los individuos seleccionar libremente el tamaño de sus familias y ayuda a las mujeres a postergar su primer hijo, prolongar el intervalo entre los nacimientos, evitar la procreación en edades avanzadas, mejorar su posición social y ampliar sus perspectivas de futuro.

Asimismo, la salud materna aumenta las posibilidades de supervivencia de los hijos. El embarazo y el parto son una de las causas principales de muerte entre las mujeres. La planificación familiar salva vidas al evitar el embarazo entre quienes pudieran sufrir complicaciones médicas durante el parto.

A nivel macroeconómico, cuanto más elevada es la proporción de la población en edad escolar, mayor es la presión a la que están sujetos el sistema escolar y los recursos públicos destinados a la educación. También puede ampliar el margen de maniobra de los gobiernos para hacer frente a las necesidades de empleo o de vivienda, y para responder adecuadamente a la demanda de servicios públicos básicos.

El acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y la educación integral de la sexualidad son herramientas de trascendental relevancia. Pueden salvar la vida de más de un centenar de mujeres que mueren anualmente por causa de abortos inseguros. Sería posible reducir la mortalidad de niños menores de un año.

Además, cuando se puede elegir el número de hijos, es posible reducir la sobrecarga económica y de trabajo doméstico que pesa sobre las familias pobres y mejorar sus inversiones en educación y salud, contribuyendo a superar la pobreza.

La relevancia de estudiar los factores que inciden en la decisión de tener o no un nuevo hijo en las mujeres con una prole numerosa y NBI (necesidades básicas insatisfechas) de estratos marginales de la provincia de Mendoza, radica en la observación realizada desde el trabajo realizado como Técnica en Minoridad y Familia en diversas instituciones como DINAF, COSE, Área de Niñez y Adolescencia de la Municipalidad de Las Heras, Hogar Brazos Abiertos, Hogar Honrar la vida y Hogar Los Toneles, donde encontramos como variable común el hecho de que los niños/as y adolescentes que están internados en hogares como medida de protección habiendo incurrido en conductas delictivas y/o adicciones, de los cuales muchos de ellos han sido niños de o en situación de calle e incluso aquellas familias que son derivadas por el Juzgado de Minoridad y Familia al Área de Niñez y Adolescencia mencionada, provienen de familias numerosas de estratos marginales.

Desde el rol profesional como licenciados en Minoridad y Familia (o en la actualidad licenciados en Niñez, Adolescencia y Familia), considero fundamental contar con conocimientos previos sobre las limitaciones y problemáticas que enfrentamos cuando realizamos abordaje familiar de mujeres con prole numerosa que no desean tener más hijos. Debemos conocer los obstáculos simbólicos o subjetivos de estas mujeres madres, las problemáticas de género que plantea una sociedad donde el rol asignado a la mujer es sólo el de ser madre, los mensajes y respuestas que estas mujeres hallan en la religión y las deficiencias en materia de políticas públicas sobre la real efectivización de derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, para el abordaje familiar, es importante conocer cuáles son los recursos con los que contamos para trabajar con estas mujeres, así como el marco legal que respalda los derechos en materia de igualdad de género tanto como los sexuales y reproductivos.

Buenos programas de salud sexual son necesarios para la prevención del sida y otras infecciones de transmisión sexual. En suma, el derecho humano fundamental de escoger el número de hijos y el momento de buscarlos requiere aún de esfuerzos

adicionales por parte de los Estados en los países en desarrollo. Esfuerzos que demandan de inversiones concretas para garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud reproductiva y sexual, para que entonces su mejor uso descansa en la libre elección de utilizarlos o no. Pero su potencialidad para mejorar la salud y la calidad de vida de la población, y proteger los derechos de las mujeres, hombres, jóvenes y niños es indudable. Reconocer la importancia y el respeto que merece cada persona permite construir un mejor futuro para cada sujeto, sus hogares y en definitiva, la sociedad que integramos.

Es esta la obligación moral del Estado, de educar a la población en los temas de natalidad. Ofrecer a los ciudadanos la información necesaria y suficiente, evitando uno de los grandes males de nuestro tiempo, la manipulación de la información por parte de los poderes económicos y políticos.

Mientras la fecundidad global desciende, la maternidad entre adolescentes se mantiene casi invariable, al concentrarse en los sectores pobres. La gran variación en la edad de inicio de la vida sexual activa, así como en la información que poseen los adolescentes, hace necesaria una educación sexual continua, que responda a las demandas del momento que atraviesa cada joven.

En el ámbito escolar se debe considerar a los profesores como agentes de salud. Aquellos maestros que poseen una actitud abierta respecto a la sexualidad, son buscados por los adolescentes para que satisfagan las dudas que van apareciendo en su vida sexual, siendo ésta una oportunidad única de formación y educación del adolescente para derribar mitos y desinformación con respecto a los métodos anticonceptivos.

Se debe proveer información que satisfaga la curiosidad normal sobre sexualidad, dado que aquellos adolescentes que empiezan más tempranamente su vida sexual activa, lo hacen sin tener información sobre sexualidad y cuidados anticonceptivos, mientras quienes más información poseen, retardan el inicio de su vida sexual. Esto hace suponer que la información, a pesar del imaginario que reina actualmente, elimina la curiosidad como motivación para el inicio de la vida sexual temprana.

Consideramos de fundamental importancia incorporar la perspectiva de género como una necesidad de evolución social, ya que la imagen y el rol social “esperados” para una mujer y un varón adolescente aparecen como los mayores obstaculizadores para la incorporación de un uso correcto y consistente de métodos anticonceptivos confiables.

## BIBLIOGRAFIA

1. Beccaria, L. y Minujin, A. (1991) Sobre la medición de la pobreza: enseñanzas a partir de la experiencia argentina reciente. UNICEF Argentina. Documento de trabajo N°8
2. Castel, R. (2001) Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires: Ed. Paidós.
3. *Catástrofe malthusiana*. Disponible en: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)
4. Checa, S. y Rosenberg, M. I. *Abortos Hospitalizados. Un problema de salud pública. Una cuestión de derechos reproductivos*. Buenos Aires: Ed. El cielo por asalto.
5. Datos estadísticos. Disponibles en: [www.indec.mecon.ar](http://www.indec.mecon.ar)
6. De Acosta, Mateo, Andino, N. (1997) La salud reproductiva y sexual a la luz de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo 1994. En: Salud Reproductiva en Cuba: (pp.1-9). La Habana: CEDEM
7. Departamento de Economía. Universidad Nacional de La Plata (2002). *Características demográficas y pobreza en la Argentina*, La Plata. Disponible en: [www.depeco.econo.unlp.edu.ar](http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar)
8. Dowd, M.J., Philipp E.E. (1995). Historia de la ginecología y la obstetricia. Barcelona: Ed. Edikamed.
9. Eco, H. (1982). Como Hacer Una Tesis Barcelona: Ed. Gedisa 1ª Ed.
10. Ed. Visor E.A.S.A., Argentina (1999). Enciclopedia Visor. Tomo 16
11. Faur, E. *Fondo de Población de la ONU en Argentina*. Disponible en: [www.clarin.com/diario/2008/07/10](http://www.clarin.com/diario/2008/07/10)
12. Fisher, H. (1982) *El contrato sexual*. Barcelona: Ed. Salvat.
13. Kliksberg, Bernardo, “*Más ética, más desarrollo*”, Temas Grupo Editorial SRL. Buenos Aires, 2004.
14. Informe País 2007. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación. Disponible en: [www.undp.org.ar](http://www.undp.org.ar)
15. Lepore, S. (2006) “*Vulnerabilidad sociodemográfica en sectores carenciados del Área Metropolitana de Buenos Aires*”. Departamento de Investigación Institucional. Programa Observatorio de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina. Buenos Aires. Ed. UCA
16. LEVIN, SILVIA:”*El concepto de la pobreza en la Política Social Argentina*. En: “Nuestra Pobreza”. de A.Firpo (comp.) De. Fundación Ross, Rosario, 1997.
17. Lo Vuolo, Rubén; Barbeito, Alberto; Pautassi, Laura y Rodríguez, Corina, “*La pobreza... de la política contra la pobreza*.” Miño y Dávila Editores – Ciepp. Buenos Aires, 1999.
18. Ministerio de Salud, Gobierno de Mendoza, Planificación Familiar. Disponible en: [www.salud.mendoza.gov.ar](http://www.salud.mendoza.gov.ar)
19. Panati, C. (2002) Los orígenes sagrados de las cosas profundas: lo que hay detrás de los ritos y los rituales de las religiones del mundo. Barcelona: Ed. Obelisco, S.A

20. Paternostro, S. (1998) *En la tierra de Dios y del hombre. Hablan las mujeres de América Latina*. Ed. Sudamérica.
21. Peláez Mendoza J. (2001). *Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio*. La Habana: Ed. Científico-técnica.
22. Pizarro, R. (2001) *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. División de Estadísticas y Proyecciones Económicas. Serie de Estudios estadísticos y prospectivos N° 6. Santiago de Chile: CEPAL
23. Revista Novedades Virtual Año XXIV – IERAL de Fundación Mediterránea. Disponible en: [www.bolsamza.com.ar](http://www.bolsamza.com.ar)
24. Revista Saber Vivir, (2009, Enero 17) N° 256. Buenos Aires: Ed. Genba S.R.L.
25. Reyes Suarez, A. B. (1992). *La pobreza más de cerca*. Mendoza: Ed. EDIUNC
26. Sampieri Hernandez, R. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana Editores, S.A.
27. SAUVY, A. (1960) *La Población*. Buenos Aires: Ed. EUDEBA,
28. Torrado, S. (2003) *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*, Buenos Aires: Ed. La Flor.