

Determinantes de la salud reproductiva en la Zona Metropolitana de Toluca

Alfonso Mejía Modesto

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

Este artículo presenta la situación de la salud reproductiva en la Zona Metropolitana de la Ciudad de Toluca, para la cual se observan cuatro determinantes: el inicio de la vida sexual, las prácticas de riesgo, los patrones de nupcialidad, y el embarazo no deseado y la fecundidad. La migración y la afiliación al sistema de seguridad social para la fertilidad son identificadas como determinantes de variación de género y patrones de nupcialidad para la primera unión. Las prácticas de riesgo son conceptualizadas y delimitadas; en tanto que el inicio de la vida sexual es completamente diferente para cada género.

Palabras clave: salud reproductiva, vida sexual, fecundidad, género, Zona Metropolitana de Toluca, estado de México, México.

Abstract

Determinants of reproductive health in Toluca Metropolitan Zone

This paper presents the situation of reproductive health using four determinants at the Toluca's metropolitan zone: the first intercourse, risk practices, nuptiality patterns, and unplanned pregnancy and fertility. Migration and affiliation to social security system for fertility are identified as determinants of variations in gender and nuptiality patterns for the first union. Risk practices are conceptualized and delimited. The first intercourse is totally different in each gender.

Key words: reproductive health, sexual life, fertility, gender, Toluca Metropolitan Zone, State of Mexico, Mexico.

Introducción

Este trabajo tiene por objeto hacer una revisión de los determinantes principales de la salud reproductiva en el Estado de México y particularmente en la Zona Metropolitana de Toluca (ZMT), empleando para tal fin el enfoque de género.

Geográficamente, la investigación enfoca la ZMT debido a la relevancia de que coexistan diversas “transiciones demográficas” en una de las principales zona metropolitanas del país. No obstante, es importante señalar que esta explicación de transiciones es sólo de carácter descriptivo. Como se desarrollará en este trabajo, la modernización que hace posible la transición demográfica

puede ser una condición necesaria pero no suficiente para obtener avances en la situación de la salud reproductiva.

En este trabajo se consideran como municipios metropolitanos: Almoloya de Juárez, Calimaya, Lerma, Metepec, Mexicaltzingo, Ocoyoacac, Tianguistenco, San Mateo Atenco, Tenango del Valle, Toluca, Xonacatlán y Zinacantepec.

Se presenta también un análisis demográfico del Estado de México, dirigido prioritariamente a la población directamente relacionada con la salud reproductiva de la población entre los 12 y los 65 años y la evolución de los principales indicadores demográficos más estrechamente ligados a la reproducción.

Posteriormente se hace una breve revisión conceptual de la salud reproductiva y del enfoque de género. Posteriormente se abordan cuatro ejes principales como determinantes de la salud reproductiva en la entidad. Estos ejes son:

1. El inicio de la vida sexual
2. Las prácticas de riesgo
3. Los patrones de nupcialidad
4. El embarazo no deseado y la fecundidad.

Para el desarrollo de este trabajo se ha optado por una metodología mixta, donde se emplea la investigación de gabinete con la información estadística disponible y las estimaciones de carácter cuantitativo que han sido realizadas, además del trabajo de tipo cualitativo, mediante el cual se abordan los significados de algunos de los temas existentes sobre la sexualidad y la reproducción de los jóvenes hombres y las jóvenes mujeres de la ZMT.

Antecedentes y dinámica demográfica del estado de México

Desde el lanzamiento de una política pública dirigida a la reducción del crecimiento poblacional en 1974, antecedente directo de las políticas de salud reproductiva, el país ha tendido importantes cambios en materia demográfica.

Evidentemente, se han logrado avances en los indicadores globales nacionales, como la desaceleración del crecimiento poblacional, el incremento de la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad infantil, la reducción de la tasa global de fecundidad, entre muchos otros. Pero todos estos avances no han sido acompañados necesariamente de un cambio en el nivel de bienestar de la población.

Por su parte, la población del Estado de México no es la excepción y también ha presentado cambios en los indicadores demográficos en el mismo sentido que los del país en su conjunto. Como rasgo particular se puede distinguir a la población de la entidad como la de mayor volumen del país y con un elevado crecimiento en las últimas cinco décadas. De continuar el actual ritmo de crecimiento para 2005, la población se duplicaría en sólo 40 años (cuadro 1).

CUADRO 1
ESTADO DE MÉXICO: POBLACIÓN TOTAL, TASA DE CRECIMIENTO
Y DENSIDAD POBLACIONAL, 1950-2005

Indicador/ año	Población total	Tasa de crecimiento*	Densidad de población
1950	1 392 623		65
1960	1 897 851	3.13	88
1970	3 833 185	7.56	179
1980	7 564 335	6.78	352
1990	9 815 795	2.7	457
2000	13 017 252	2.82	607
2005**	14 409 574	1.73	671

* Corresponde al promedio del periodo decenal.

** Valor proyectado.

Fuente: Conapo, 1998 y 2000b.

Los grandes volúmenes poblacionales son importantes para la planeación y atención de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Por tanto, su dinámica demográfica general también debe ser considerada, así como la composición de la población por grupos de edad.

A continuación se presenta la dimensión de los diferentes grupos poblacionales asociados directamente a la salud reproductiva (cuadro 2). Se considera de los 12 a los 65 años por ser el rango de edades donde los eventos y los efectos de la salud sexual y reproductiva se manifiestan de manera destacada. Más allá de la fecundidad, la anticoncepción y otros fenómenos similares, hay notables efectos en la mortalidad y morbilidad en el rango superior de edad, por ejemplo, por neoplasias malignas, entre las que destacan las de mama y cuello del útero, para las mujeres, y de próstata para los hombres.

CUADRO 2
ESTADO DE MÉXICO: POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS, 2000

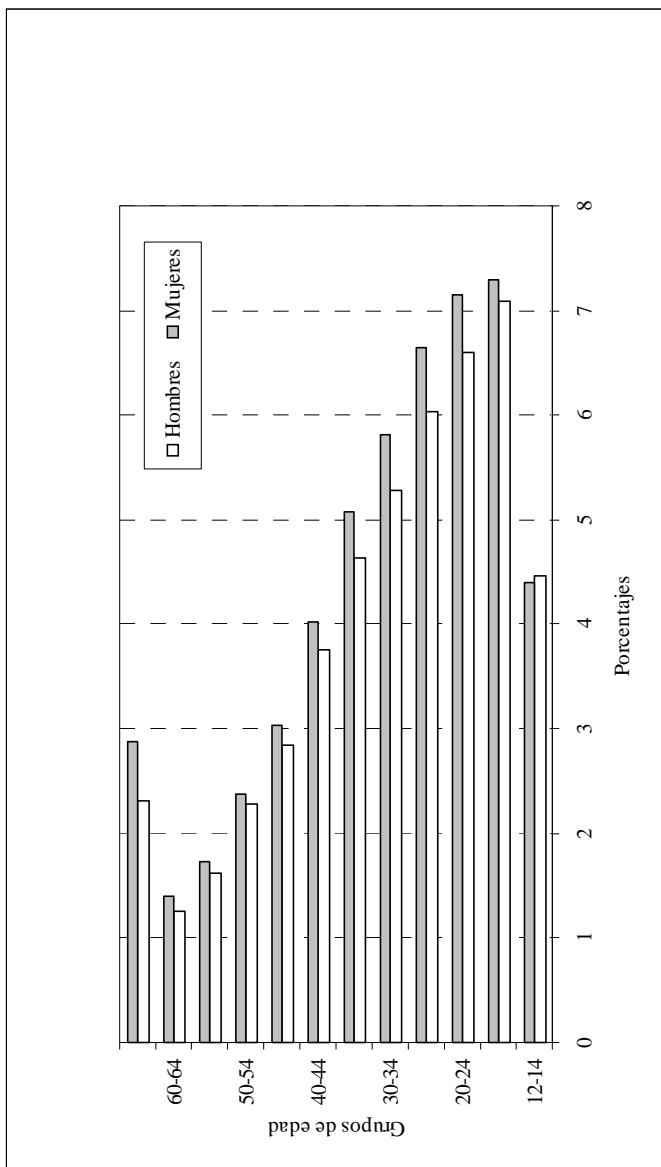
	Hombres	Mujeres	Diferencia mujeres/hombres
12-14	405 941	400 177	-5 764
15-19	645 046	662 931	17 885
20-24	600 382	650 518	50 136
25-29	548 872	605 169	56 297
30-34	480 221	528 087	47 866
35-39	420 989	462 183	41 194
40-44	341 811	365 177	23 366
45-49	259 150	275 933	16 783
50-54	206 575	216 412	9 837
55-59	147 106	156 649	9 543
60-64	114 932	127 608	12 676
65+	210 266	260 898	50 632
12 y más	4 381 291	4 711 742	330 451

Fuente: cálculos propios con información de INEGI (2000).

La importancia de la dimensión de las diferencias por sexo es evidente en las edades intermedias, lo cual hace presumible la importancia y significación de los procesos migratorios en el Estado de México. Pero también sienta las bases para determinar las demandas más importantes de la ciudadanía en lo que a servicios asociados a la salud reproductiva se refiere, las que se constituyen como demandas titánicas por su volumen. Si bien hoy en día esas demandas son predominantemente femeninas, en algunos años tendrán que ser también masculinas. Esto dependerá de los cambios ideológicos que ocurran sobre el cuidado de la salud y la reproducción, particularmente sobre los percepciones sociales del riesgo y la prevención.

En la gráfica 1 se pueden observar de manera muy palpable las diferencias por sexo y grupos de edad.

GRÁFICA 1
ESTADO DE MÉXICO: POBLACIÓN POR SEXO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD DIRECTAMENTE
RELACIONADOS CON LA SALUD REPRODUCTIVA, 2000I



Se considera como 100 por ciento a la población total de 12 años y más. Fuente: cálculos propios con información de INEGI, 2000. XII Censo general de población y vivienda.

Asimismo, las diferencias de la composición poblacional por sexo las podemos evidenciar por el índice de masculinidad de la entidad, lo cual también hace evidente la emigración masculina durante las edades productivas principalmente, o bien, podría darnos pistas sobre una fuerte inmigración femenina, hipótesis mucho menos probable. Por otro lado, también es notable el marcado descenso en el número de hombres a partir del grupo de 50 a 54 años (gráfica 2).

Para la salud reproductiva es importante señalar que las poblaciones con procesos migratorios tan marcados son más propicias a presentar un mayor índice de padecimientos sexualmente transmitidos, sobre todo por las prácticas de alto riesgo que se elevan en individuos y poblaciones con procesos migratorios prolongados, principalmente masculinos, por la construcción de género que se ha hecho respecto del ejercicio de la sexualidad.

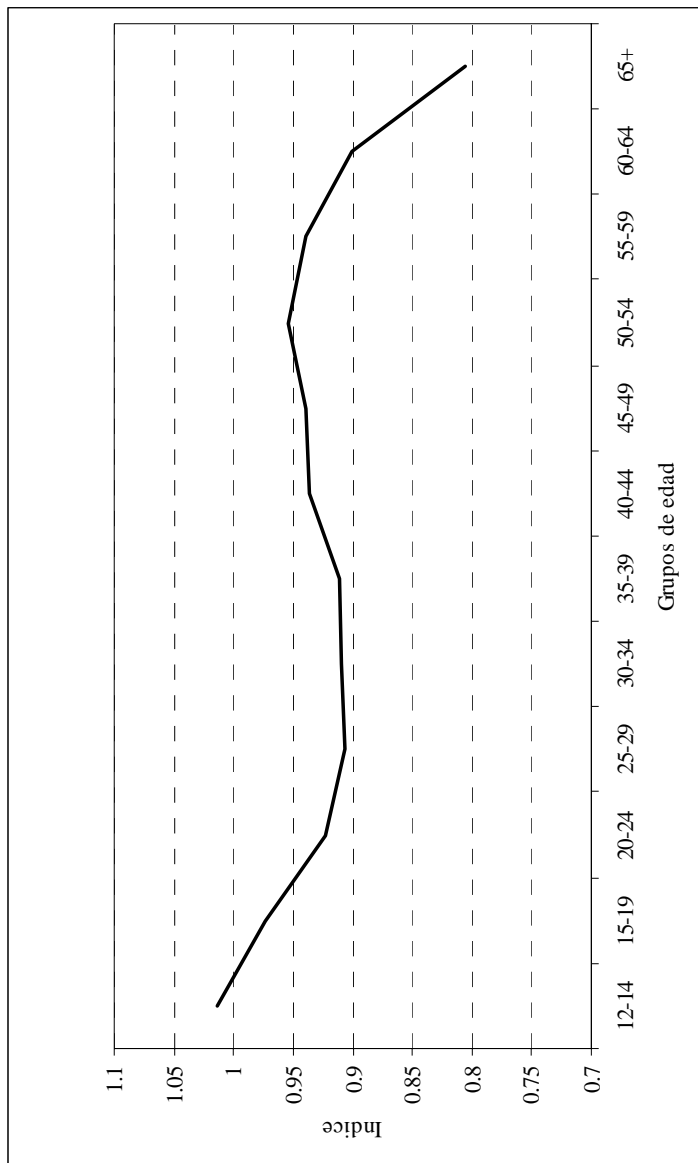
El Consejo Nacional de Población estima que en el futuro se demandarán más servicios de salud reproductiva, sobre todo si se logran los objetivos y acciones dirigidas a elevar la cobertura en los servicios de detección temprana y prevención de padecimientos en todas sus formas (Conapo, 2000a).

Abordar la dinámica demográfica y, más aún, la evolución integral de la salud reproductiva al interior de las entidades federativas del país no es una tarea fácil. En México existe un gran hueco de información demográfica histórica a nivel estatal. Durante muchos años la única fuente de información con representatividad estatal y municipal era el Censo de Población y Vivienda, con dos limitaciones básicas: lo acotado de su cuestionario y la distancia temporal entre cada censo.

En 1992, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), realizó la primera encuesta sociodemográfica que permite hacer un análisis a nivel de entidad federativa. Ésta fue la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid, 1992). Previamente sólo disponíamos de información por región, pero las políticas de población eran aplicadas de manera más o menos homogénea para todo el país.

Además de la Enadid 1992, hoy en día contamos con la Enadid 1997, también levantada por el INEGI. Ambas se constituyen como las más importantes fuentes de información sobre la dinámica demográfica reciente y brindan información con representatividad estatal y con una periodicidad respetable. Asimismo, se cuenta con el Censo de Población y Vivienda del año 2000, el cual tiene como ventaja frente a otros censos una estimación de fecundidad a nivel municipal, así como otras variables muy importantes, como la derechohabiencia a los sistemas de salud.

GRÁFICA 2
ESTADO DE MÉXICO: ÍNDICE DE MASCULINIDAD DE POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS, 2000



Fuente: cálculos propios con información de INEGI 2000 XII Censo general de población y vivienda.

Otros indicadores claves de la dinámica demográfica estatal son la tasa global de fecundidad y la mortalidad infantil, ambos indicadores permiten tener una idea global de la dinámica poblacional y del nivel de desarrollo (cuadro 3).

CUADRO 3
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL,
1990-2005

Año	Tasa global de fecundidad	Tasa de mortalidad infantil
1990	3.13	32.2
1991	3.02	30
1992	2.91	29.2
1993	2.8	28.4
1994	2.69	27.6
1995	2.56	26.9
1996	2.48	25.7
1997	2.41	24.7
1998	2.32	23.7
1999	2.25	22.8
2000	2.18	22
2005*	1.92	18.5

* Conapo (2000 b).

Fuente: Conapo, 2000.

Estos indicadores demográficos para el Estado de México podrían ser considerados como deseables o en un buen nivel, pero no debemos olvidar dos problemas básicos: a) las enormes dimensiones de población de la entidad, lo que redundaría en una gran cantidad de hechos demográficos cada año y b) la gran diversidad estatal, no es lo mismo vivir en la periferia oriente de la Ciudad de México, por ejemplo, en los municipios de Chimalhuacán, La Paz, etc., que vivir en los municipios que colindan con Guerrero o Michoacán, o bien, en la ZMT. Pero, como se abordará más adelante, al interior de cada región o zonas metropolitanas también es muy alta la diversidad, situación pocas veces analizada en los estudios gubernamentales y no gubernamentales sobre la situación de la salud reproductiva.

Por los problemas arriba señalados, una política pública o una explicación teórica de las dinámicas demográficas específicas no puede ser igual para toda la entidad. Hay que distinguir las particularidades regionales y aun las particularidades al interior de las metrópolis.

Antes de continuar con el análisis de la situación de la salud reproductiva en el Estado de México y en particular de la ZMT. Los próximos apartados se dedican a una presentación general del concepto salud reproductiva y la perspectiva de género, ambas perspectiva teóricas sin las cuales hoy en día es imposible explicar la dinámica demográfica y en particular la situación de la salud reproductiva en una población.

El origen de la salud sexual y reproductiva

La ‘salud reproductiva’ es un concepto emergente, de menos de 15 años en el ámbito internacional. Es posible afirmar que en este ámbito la existencia del enfoque de salud reproductiva alcanza una total legitimidad desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 en el Cairo,¹ es decir, la CIPD hizo del concepto de ‘salud reproductiva’ un asunto público.

No obstante, como todo concepto emergente, la salud reproductiva marca algo de indefinición: de hecho, se debe considerar que no hay una única definición de salud reproductiva y sí múltiples proyectos sobre ella (González, 1999).

En los primeros años de la década de 1990, las etapas iniciales de la adopción de la salud reproductiva en México, el concepto fue manejado y entendido por un enfoque de ‘pilares’, defendido básicamente por la Secretaría de Salud. (SSA, 1997).

Posteriormente, todas las instituciones de los ámbitos gubernamentales y académicos han aplicado el concepto de salud reproductiva como programa de acción y como marco conceptual, respectivamente.

La Organización Mundial de la Salud, durante la Conferencia Internacional del Cairo, 1994, fijó su concepción de salud reproductiva como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos (y no nada más la ausencia de enfermedad o molestias) en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad” (Lerner y Szasz, 2001).

¹ No obstante, desde la mitad de la década de 1980 se empezó a hablar de salud reproductiva en Estados Unidos para referirse a una nueva manera de abordar la reproducción humana y la salud de las mujeres (González, 1999).

En los primeros años del siglo XXI, el concepto de salud reproductiva ha ganado precisión con la separación entre salud sexual y reproductiva. De este modo se reconocen las diferencias y las necesidades inherentes al ejercicio de la sexualidad como práctica que busca placer con libertad y sin riesgos, y el ejercicio de la sexualidad como medio para la reproducción en su sentido biológico, es decir, estrictamente de procreación. Situaciones que son absolutamente diferentes.

Poder hacer esta distinción e incorporar actores antes segregados, así como enfoques explicativos que eliminan la racionalidad como medio absoluto para la toma de decisiones individuales en materia reproductiva han sido algunos de los grandes aportes de la salud reproductiva. Pero la salud reproductiva nunca se hubiera desarrollado sin el enfoque de género. Por ello es que a continuación se aborda brevemente el origen y la importancia de la perspectiva de género como elemento transversal para la investigación de la dinámica demográfica y social.

Incorporación de la perspectiva de género y su importancia para la salud reproductiva

De acuerdo con lo señalado por Lassonde (1997), el concepto de ‘género’ apareció en la década de 1970 en Estados Unidos en el marco de las investigaciones feministas de ciencias sociales e históricas con el fin de poner en evidencia las causas estructurales de la posición generalmente inferior de la mujer, y fue hasta 1985 que en el Instituto para el Desarrollo Internacional de Harvard se elaboró el primer marco de análisis de género aplicado a los programas de desarrollo. Posteriormente se han desarrollado muchos otros modelos de análisis y de temáticas.

El género no alude a la separación sexual ni a la confrontación entre portadores de una identidad sexual. La perspectiva de género va mucho más allá. “El género es el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características ‘femeninas’ y ‘masculinas’ a cada sexo”. Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres (Lamas, 1998: 53).

La perspectiva de género, por su parte, ha permitido introducir nuevos actores al estudio de la reproducción. Son de destacar las actitudes de los varones hacia la regulación de la fecundidad y la anticoncepción. De la misma

manera, la perspectiva de género ha permitido abordar las regulaciones de la sexualidad adolescente evidenciando las notables diferencias por género.

Entonces podría decirse que el enfoque de género ha permitido un doble movimiento: hacia adentro de las familias y comunidades para analizar los procesos subjetivos, la construcción de identidades y las relaciones sociales, y hacia fuera para vincular los cambios en el nivel microsocia a las transformaciones macroestructurales (González, 2002).

Las políticas de salud reproductiva encuentran uno de sus principales orígenes en las políticas de población. Con los cambios de la Ley General de Población en 1974 se gestó la creación del Consejo Nacional de Población, institución dedicada a diseñar y promover los programas dedicados a la reducción de la tasa de crecimiento de la población. Para ello se diseñaron y aplicaron una serie de planes y programas fundamentalmente basados en estrategias de información, educación y comunicación, conocidas como “programas de IEC”. Estos programas fueron aplicados en todo el país y dirigidos a la adopción de programas de planificación familiar que suponían básicamente la aceptación de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres unidas. Todo por supuesto vinculado a la modernización nacional, panacea en la que se embarcó el país después de la Revolución Mexicana.

Así, desde algunas perspectivas, estos programas permitieron la reducción de la tasa general de fecundidad de más de siete hijos a casi dos hijos a fines del siglo XX. Si bien esta reducción de la TGF se tradujo en una reducción de la tasa de crecimiento poblacional, fenómeno que ha sido importante para el país, y que desde algunas perspectivas ha contribuido a reducir algunos retos de atención a la población y círculos viciosos (Poder Ejecutivo Nacional, 1995). Estos argumentos a favor de la reducción del crecimiento de la población son los mismos que los señalados por las instituciones internacionales monetarias y los gobiernos de los países de las economías más poderosas en el ámbito internacional (Mejía, 2003), los cuales señalaban que existe una relación directa entre la reducción de la población y sus tasas de crecimiento con el nivel de desarrollo de la misma población.

La polémica entre población y desarrollo es muy antigua, sin embargo, no se ha podido demostrar una relación estrictamente directa entre la modernización, que da lugar a la reducción del crecimiento poblacional y al mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población. De manera muy sintética, esa argumentación forma parte del marco conceptual llamado teoría de la transición demográfica. La discusión sobre esta temática supera los límites de este trabajo.

No obstante, hay que señalar que esta supuesta relación lineal entre modernización —reducción de la población— y bienestar de la población resulta simplista si no se analizan otros muchos elementos.

De hecho, como señala Benítez (1998), este marco conceptual tiene importantes limitaciones, pero una de las principales ocurre cuando se plantea la pregunta siguiente: ¿es posible alcanzar la modernización y sobre todo el bienestar de la población, si primero ocurre la reducción del crecimiento de la población?

Para el caso del Estado de México, si bien las modificaciones a la Ley de Población de 1974 dieron lugar a la descentralización de la política de población, ésta se concretó a partir de 1983, cuando se firmaron los acuerdos de coordinación con los gobiernos de los 31 estados y del Departamento de Distrito Federal. Poco más de diez años después, el 17 de junio de 1994, se firmaron los acuerdos de coordinación en materia de Población por el Consejo Nacional de Población y el Gobierno del Estado de México. Una vez firmados estos acuerdos se constituyó formalmente el Consejo Estatal de Población para el periodo 1993-1999 y se inició la formulación de los Programas Anuales de Población (Crespo, 2000).

Así, al igual que en todas las entidades federativas del país, en el Estado de México se impulsaron notablemente los programas de planificación familiar, los cuales homologaban los términos ‘reproducción’ y ‘fecundidad’. Sí bien la reproducción no se limita a la fecundidad, las acciones sociales que pretenden incidir en la primera toman como referente a la segunda, ignorando el proceso de interacción social y de pareja con los marcos valorativos que dan lugar a un cierto nivel de fecundidad (Figueroa, 2002).

Las campañas de IEC para la promoción de los PPF tuvieron varios defectos: No tomaron en cuenta la diversidad de las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, las cosmovisiones, valoraciones y percepciones de la población sobre la maternidad, el valor de los hijos, las identidades femeninas y masculinas ni las necesidades y percepciones de hombres y mujeres en su ámbito familiar reproductivo e individual, como tampoco las diversidades de las prácticas relacionadas con los eventos reproductivos (Lerner y Szasz, 2003).

Frente a estas limitaciones y defectos, la salud reproductiva ha acrecentado su aceptación como marco explicativo mucho más incluyente; no obstante, su utilización como guía o referente para los programas operativos de las instituciones que hacen las políticas o prestan servicios es todavía un camino largo por recorrer.

A continuación se abordará la relación entre salud reproductiva con perspectiva de género y la dinámica demográfica asociada a la salud reproductiva en el ámbito concreto de la ZMT a fines del siglo XX. Debido a la amplitud de temas contemplados dentro de los que pueden ser programas de salud reproductiva. Sólo se abordarán algunas temáticas limitadas, identificando en la medida de lo posible las diferencias de género.

La salud reproductiva y lo metropolitano

Para el estudio de la salud reproductiva, las fuentes de información han sido limitadas. Más aún si nuestro ámbito de investigación es el interior de las zonas metropolitanas.

Desde la década de 1970, que se constituyó como el periodo inicial de la generación de información sistemática sobre planificación familiar y prácticas anticonceptivas a nivel mundial, la información con que hemos contado ha sido relativamente limitada.

En México, dos de sus limitaciones destacan por su impacto: la de cobertura geográfica detallada y la ausencia de una perspectiva de género. Como ya se señaló previamente, sólo a partir de 1992 se contó en México con un instrumento que da cuenta de la situación demográfica y de anticoncepción a nivel estatal, lo cual ha sido un gran avance respecto de décadas previas. Sin embargo, la ausencia de perspectiva de género no ha sido superada aún.

A nivel mundial, desde 1990 se han iniciado las encuestas nacionales sobre planificación familiar dirigidas a los hombres (Populations Reports, 2004). No obstante, en México no se podido alcanzar este proyecto de gran envergadura. Sólo contamos con encuestas parciales o estudios de caso muy importantes, pero que nos dificultan obtener información por género.

Por tanto, en México las encuestas probabilísticas nacionales y con información a nivel estatal sólo han sido dirigidas a mujeres, es decir, sólo se entrevista a mujeres. Sólo se conocen las preferencias, las prácticas y la situación de las mujeres en edad reproductiva. Asimismo, la información no permite desagregar la información a zonas metropolitanas específicas y menos aún permite la distinción de las diferencias al interior de los municipios metropolitanos.

Otras fuentes de información también padecen limitaciones, por ejemplo, las estadísticas vitales son difíciles de obtener con el grado de complejidad deseado

a nivel municipal y con relativa actualidad; lo mismo sucede con los registros de las principales instituciones prestadoras de servicios asociadas a la salud reproductiva.

Por otro lado, la información proveniente de los censos de población y vivienda contiene datos limitados; no obstante, es una fuente importante por la desagregación por sexo y la cobertura espacial tan detallada que contiene.

Si bien las fuentes de información contienen limitaciones, en realidad no es un problema de las fuentes mismas, sino de las percepciones con que fueron hechas. De la percepción que se han tenido sobre la falsa homogeneidad de los conocimientos, conductas y preferencias que, se supone, tienen los individuos por residir en una misma región geográfica, como puede ser una zona metropolitana.

Esta supuesta homogeneidad es completamente falsa, sin embargo, mientras no cambie la percepción del procesamiento de la información y las fuentes disponibles sean mejoradas, cubriendo temáticas más amplias y precisas, debe quedar claro que en la actualidad contamos con poca información para analizar la situación demográfica y de la salud reproductiva en las zonas metropolitanas.

A continuación se presenta un análisis de lo concreto, logrado con la información disponible a partir de distinguir las diferencias de sexo y género cuando la información lo permita.

Elementos determinantes de la situación de la salud reproductiva en la ZMT

Aquí seleccionamos cuatro elementos como determinantes de la salud reproductiva, estos son:

1. El inicio de la vida sexual.
2. Las prácticas de riesgo.
3. Los patrones de nupcialidad.
4. Embarazo no deseado y la fecundidad.

La zona de análisis es la Zona Metropolitana de Toluca (ZMT). Se pretende un análisis con perspectiva de género y que reconozca las particularidades de lo metropolitano. Como ya se ha señalado, en la mayoría de las investigaciones, o los diseños de políticas se han considerado a lo metropolitano como un ente homogéneo. Esto es una gran limitación y un error de conceptualización de la realidad.

A continuación se abordarán, tanto con fuentes cuantitativas como con trabajo cualitativo, los cuatro elementos determinantes en el ámbito de la zona metropolitana. Es claro que son sólo aproximaciones a lo que podríamos considerar un análisis de la situación de la salud reproductiva en la ZMT.

Antes de abordar cada uno de los determinantes, se presentan un par de análisis de regresión lineal simple, a los cuales no se adjudica un carácter explicativo, sino simplemente se busca con ellos establecer una relación y descripción de la heterogeneidad presente en los indicadores de la salud reproductiva de los municipios que conforman la ZMT.

Se consideraron como municipios de la ZMT: Almoloya de Juárez, Calimaya, Lerma, Metepec, Mexicaltzingo, Ocoyoacac, Tianguistenco, San Mateo Atenco, Tenango del Valle, Toluca, Xonacatlán y Zinacantepec.

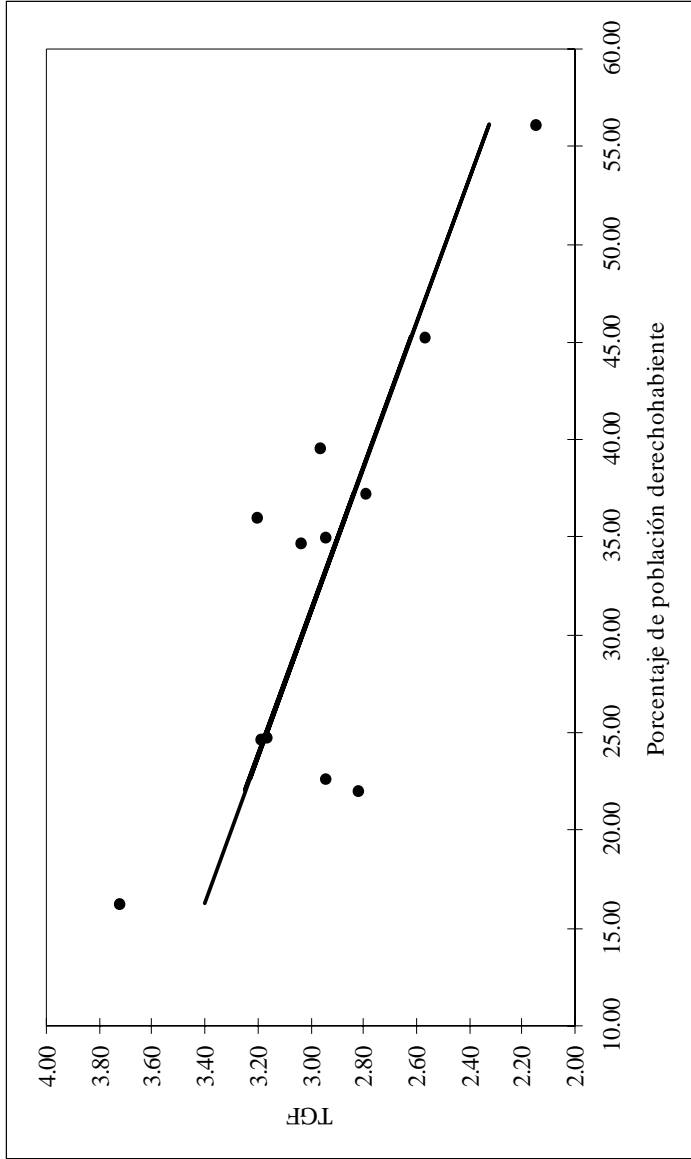
La vida al interior de las zonas metropolitanas es extremadamente diferencial para sus habitantes. El acceso a los sistemas de salud es una expresión de estos diferenciales.

Si relacionamos la derechohabiencia con la TGF, podemos encontrar una relación directa de signo negativo relativamente clara (gráfica 3). Esto no sólo se remite a la información y acceso a los programas institucionales de planificación familiar, los cuales inciden en la reducción de la TGF, sino que van más allá. La derechohabiencia implica la participación en el mercado de trabajo formal, el acceso a instituciones con cobertura a la salud en general y una práctica mucho más racionalizada en lo que a la reproducción toca, entre muchas otras variables que podríamos relacionar con, por ejemplo, una mayor equidad en la relación de géneros, donde el tamaño de la descendencia no es tan importante. Así, entre municipios metropolitanos podrían identificarse notables diferencias.

Por otro lado, también la conformación de la población da lugar a diferencias intrametropolitanas muy importantes. Es sabido que la ZMT ha presentado un acelerado crecimiento durante los años recientes, crecimiento que incluye un fuerte componente migratorio. La inmigración ha dado lugar a acrecentar las diferencias internas en lo que se refiere a la TGF (gráfica 4).

Los municipios intrametropolitanos con menor número de inmigrantes en el quinquenio 1995 y 2000 son también los municipios con mayor tasa global de fecundidad. Por lo que podemos encontrar una relación directa y positiva entre ambas variables. Como se señaló previamente, estos ejercicios de regresión no pretenden explicar, sino sólo describir y señalar las fuertes diferencias que existen al interior de la ZMT, de manera particular, en variables relacionadas estrechamente con la situación de la salud reproductiva.

GRÁFICA 3
MUNICIPIOS METROPOLITANOS: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DERECHOAHABIENTE Y TGF, 2000.



Fuente: cálculos propios con datos de INEGI (2000).

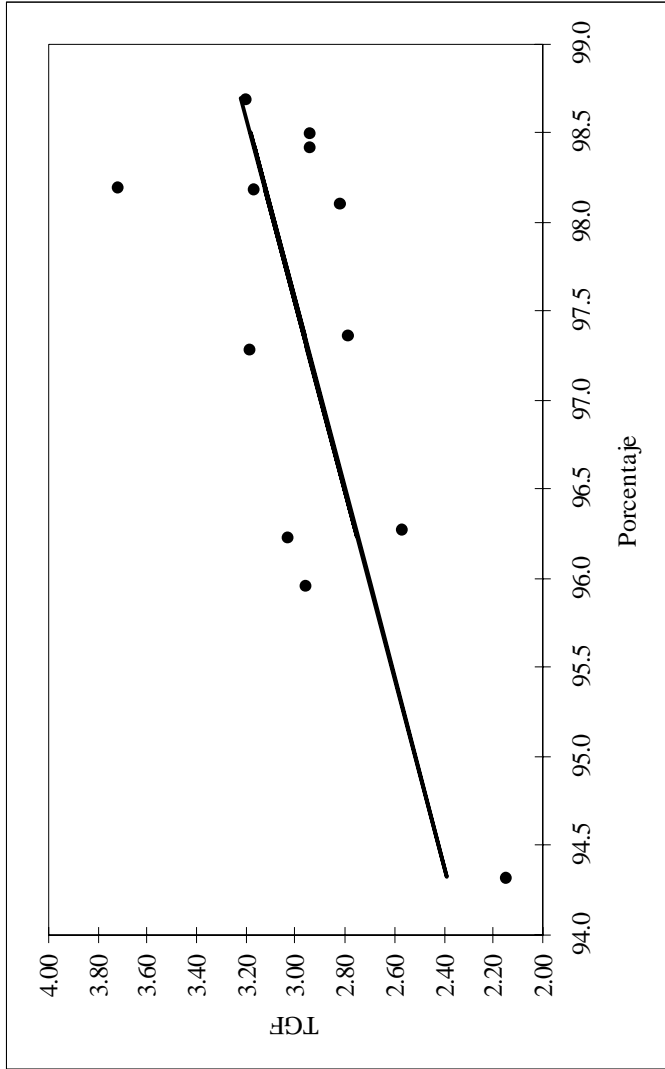
Coefficientes

$a = 3.84231074648289$

$b = -0.0270047801097041$

$r = 0.802758085210394$

GRÁFICA 4
 PROCENTAJE DE POBLACIÓN RESIDENTE DESDE POR LO MENOS 5 AÑOS O MÁS



Fuente: cálculos propios con datos de INEGI (2000).

coeficientes

a = -15.62168381

b = 0.190913795389057

c = 0.671294143489743

Para abordar los cuatro temas señalados como determinantes de la salud reproductiva al interior de la ZMT, se decidió implementar una estrategia de metodologías complementarias, que incluyen: a) la investigación de fuentes documentales y reportes de encuesta b) entrevistas a jóvenes de ambos sexos. c) grupos focales.

En el caso de la información documental, en ocasiones desafortunadamente nos tendremos que remitir a información de nivel estatal y poco reciente, la cual se debe considerar como un referente representativo de la entidad.

Por otro lado, la investigación cualitativa intenta buscar y comprender los significados asignados socialmente. En este trabajo intentamos buscar los significados asignados por hombres y mujeres respecto de los determinantes básicos seleccionados de la salud reproductiva.

Es importante notar que se intenta en todo momento desenmascarar la imagen de homogeneidad existente, lo cual está muy asociado a lo que se ha denominado la nueva ruralidad o el espacio rural-urbano. Varios investigadores que sitúan sus trabajos en ámbitos metropolitanos han reconocido la coexistencia de actividades económicas primarias y terciarias en las familias y las diferentes maneras de vivir en las zonas metropolitanas.² Pero en la salud reproductiva no se ha llegado a esta claridad conceptual, lo cual ha dejado un enorme hueco, que no sólo se debe a las fuentes de información disponible, sino, mucho más grave, se debe a la teorización que presupone que todos los habitantes de una zona metropolitana comparten entre otras capacidades:

1. El acceso homogéneo a la información para ambos géneros.
2. Homogeneidad en la interpretación y uso de la información para ambos géneros.
3. La libertad en el ejercicio de la sexualidad para ambos géneros, no siempre con fines de procreación.
4. La toma de decisiones racionales y que maximicen el tiempo y recursos varios, asociados con su descendencia.
5. La concepción de la modernización como proceso evolutivo y no simplemente como un proceso de cambio.

Debido a que estas capacidades no son compartidas, existen muchas diferencias en los determinantes de la salud reproductiva. Ahora se analizará cada una de estas características.

² Por ejemplo, véase el trabajo de Arias de 2002.

El inicio de la vida sexual

La disponibilidad de información sobre el inicio de la vida sexual en los jóvenes es muy escasa y fragmentada. Sabemos que, como ha señalado Mackay (2004), la iniciación sexual está marcada por la cultura y por el género.

A continuación se presentará parte del trabajo cualitativo realizado, para lo cual se distinguirá de cada informante: la inicial de su nombre, su edad, su escolaridad y su sexo.

El inicio de la vida sexual todavía está muy ligada a mitos y plagada de cargas valorativas, diferenciadas ampliamente por sexo. La virginidad todavía es un tabú en la ZMT.

Algo novedoso entre los jóvenes que fueron entrevistados y que puede ser particular de las zonas metropolitanas es el uso de los *chats* o foros en internet, para discutir sobre sexualidad, sin compromiso de que la persona los pueda identificar o llegar a conocer personalmente.

Esta virtualización de la discusión puede ser muy restringida a los ámbitos metropolitanos, pero marca un hito con las generaciones anteriores. También puede tener significados muy diferentes por género. Entre las mujeres hay la ilusión de la pareja, incluso cuando hay miedo y pueden hablar sobre sexualidad con su interlocutor en el *chat*.

En el caso de los hombres, el chat se ha convertido en un espacio para hablar sobre el inicio de la sexualidad y, en ocasiones, para conocer personalmente a su interlocutora en el chat.

Si bien el chat ha servido para hablar de sexualidad, el inicio de las prácticas es completamente diferente por género. Para las mujeres siempre se crea una ilusión y el inicio de la sexualidad está asociado al novio, al cuidado de la virginidad y a un cierto grado de victimización. Para los hombres no siempre es así.

G., 23 años, preparatoria, femenino: “Me choca que me pregunten si ya he tenido relaciones sexuales”. C. 18 años, secundaria, femenino: “No me gusta tener relaciones con hombres grandes porque, siempre quieren otras cosas y las relaciones de grandes son relaciones de grandes”. C. 20 años, preparatoria, femenino: “Un hombre siempre quiere tener relaciones con una, pero si una no quiere, se enojan. Dicen que mi novio me dejó porque no quise tener relaciones pero no sé, yo no le dije que no”.

Las prácticas de riesgo

En años recientes se ha logrado un importante cambio por la individualización del curso de vida, y ha perdido importancia el enfoque que daba gran realce a una visión de los cambios grupales de individuos, por ejemplo, los asociados a familiares y compañeros de la escuela, trabajo u otros.

No obstante, si bien hoy en día hay quien individualiza su vida y sus decisiones, todavía hay quien las ve asociadas a una serie de requisitos y pasos que se dan por permanecer en el grupo.

Entre los hombres se encontró una idea o un deseo de ser los grandes galanes y “victimarios”. Esta visión se ubica más allá de los riesgos, es decir, se cree que el hombre “no tiene nada que perder” y “no hay peligros” para él. Cuando se conversó sobre las primeras relaciones de pareja y en particular sobre las primeras relaciones sexuales, los entrevistados argumentaban el uso de cualquier lugar y tiempo. Cuando se les preguntó sobre el uso del condón como protección profiláctica respondieron que no lo consideran importante.

C., 21 años, preparatoria, masculino: “...pues donde sea, en el antro, donde sea, en un rinconcito... Pues así, sin nada, donde sea”.

La mayoría concibe el riesgo de embarazo pero no el riesgo de contraer una infección sexualmente transmitida y menos el de contagiar a su pareja. La mayoría de las personas no creen que puedan tener una infección de este tipo.

A., 21 años, secundaria, femenino: “Conocí un día un señor en las canchas y nos fuimos caminado y se portaba muy amable conmigo, y no se cómo de repente ya estábamos afuera de un hotel y ya quería que entráramos, y me dijo que con él no me iba a embarazar”.

Patrones de nupcialidad

La condición de unión puede ser considerada uno de los determinantes más importantes de la salud reproductiva y sus diferencias por género son altamente significativas. Las diferencias al interior de las zonas metropolitanas son muy amplias.

La soltería es rápidamente abandonada al pasar de los veinte años y muy notablemente entre las mujeres. Lo que no sólo implica las diferencias con los hombres y la definición del mercado matrimonial. También es central la construcción de género que se desprende de la unión.

En la gráfica 5 se observa la reducción del porcentaje de solteros, por grupos de edad quinquenal, para el Estado de México. Estos porcentajes los podemos considerar como de cohorte sintética y un resumen de la experiencia de la nupcialidad de los últimos años en la población del Estado de México.

Son notables las diferencias por sexo, lo cual nos indica claramente la manera en que las mujeres entran mucho antes al mercado laboral que los hombres, lo cual puede estar asociado a las construcciones de género que delimitan la nupcialidad. Más adelante se comentan algunas de las características encontradas en la investigación cuantitativa para la definición de nupcialidad en la ZMT.

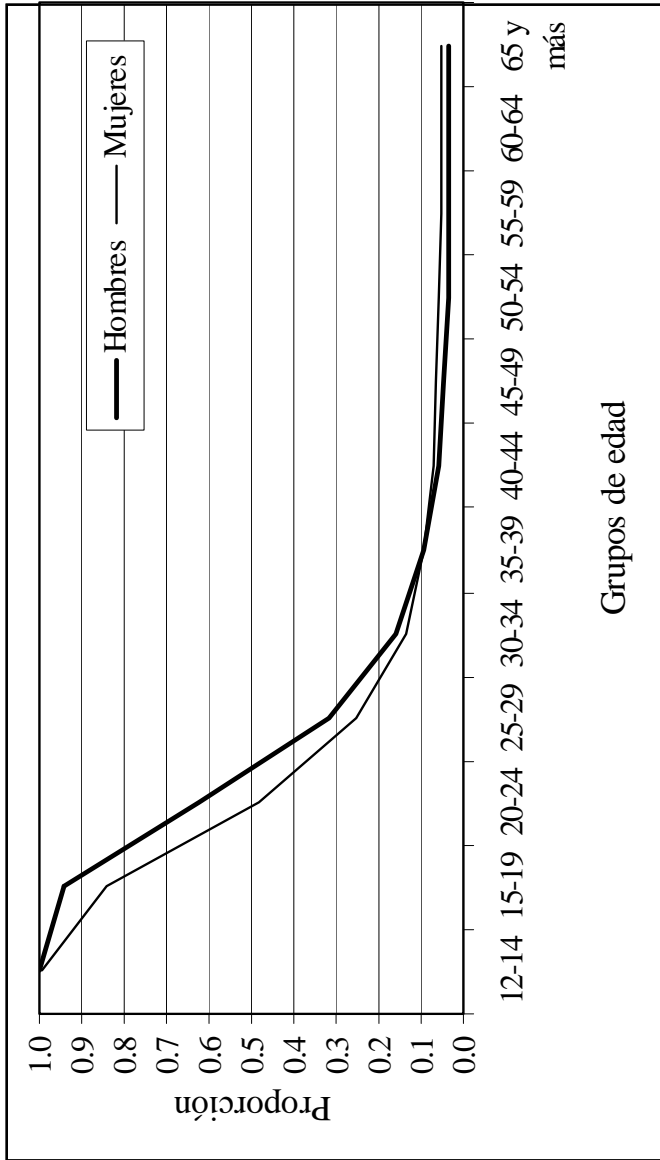
A nivel metropolitano, las diferencias son muy importantes entre municipios y por género. En la siguiente gráfica se pueden observar las diferencias entre los municipios metropolitanos con los niveles extremos. Mientras que a los 24 años 69.5 por ciento de los hombres seguían solteros, sólo 40.1 por ciento de las mujeres de Almoloya de Juárez seguían solteras a la misma edad (gráfica 6).

Las diferencias más marcadas ocurren en los grupos de 15 a 19 años y el de 20 a 24 años. En la gráfica 7 se pueden observar las diferencias por género y por municipio. Las diferencias entre hombres y mujeres son muestra del perfil asignado a la mujer como dependiente y en posición de inferioridad frente a los hombres en municipios donde puede presumirse una menor equidad.

Así, al asignar una edad ideal —menor que la de los varones— para que las mujeres contraigan matrimonio, éstas quedan sometidas a una situación de inferioridad, toda vez que el hecho de llegar a la unión con menor capital económico, social y de experiencias que los varones reduce la capacidad de las mujeres para poder negociar al interior de la pareja.

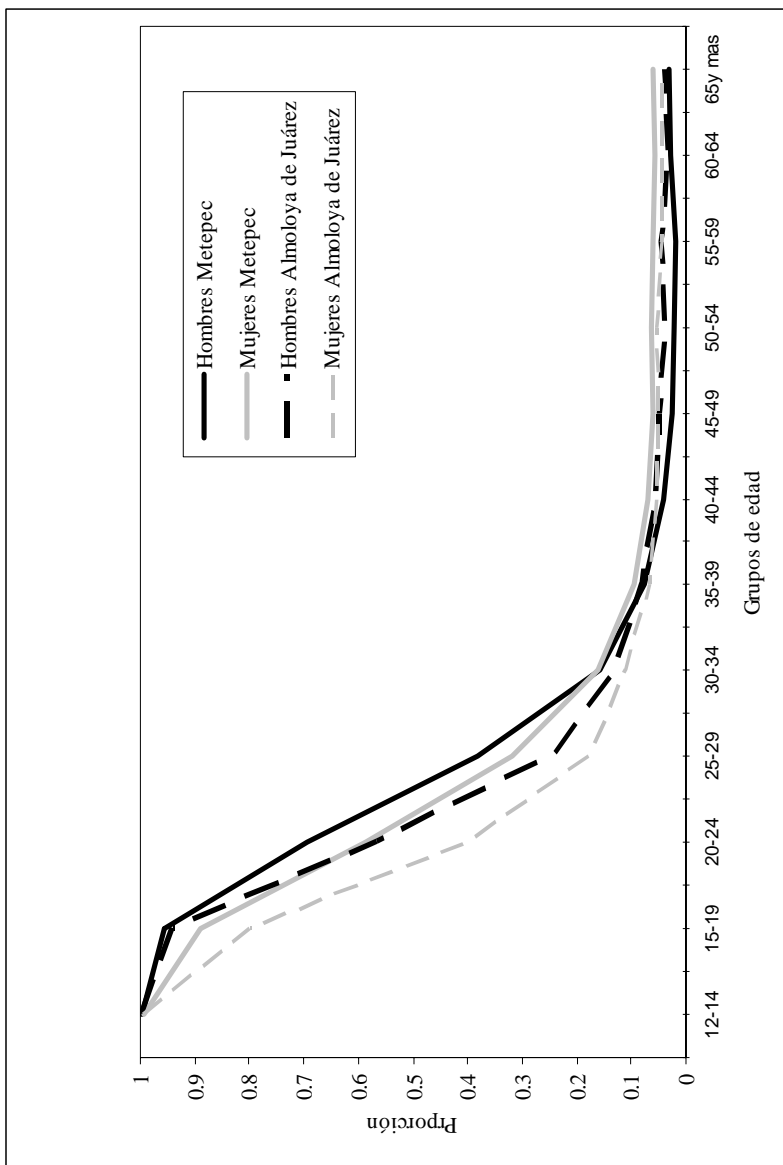
En el cuadro 4 se presentan los cambios porcentuales entre cada grupo de edad, también por sexo y municipio. Es de notar el cambio de las mujeres de Almoloya de Juárez, donde la mitad de las mujeres contrajo matrimonio en los grupos quinquenales incluidos en el rango de 15 a 24 años.

GRÁFICA 5
ESTADO DE MÉXICO, PROPORCIÓN DE SOLTEROS POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD, 2000



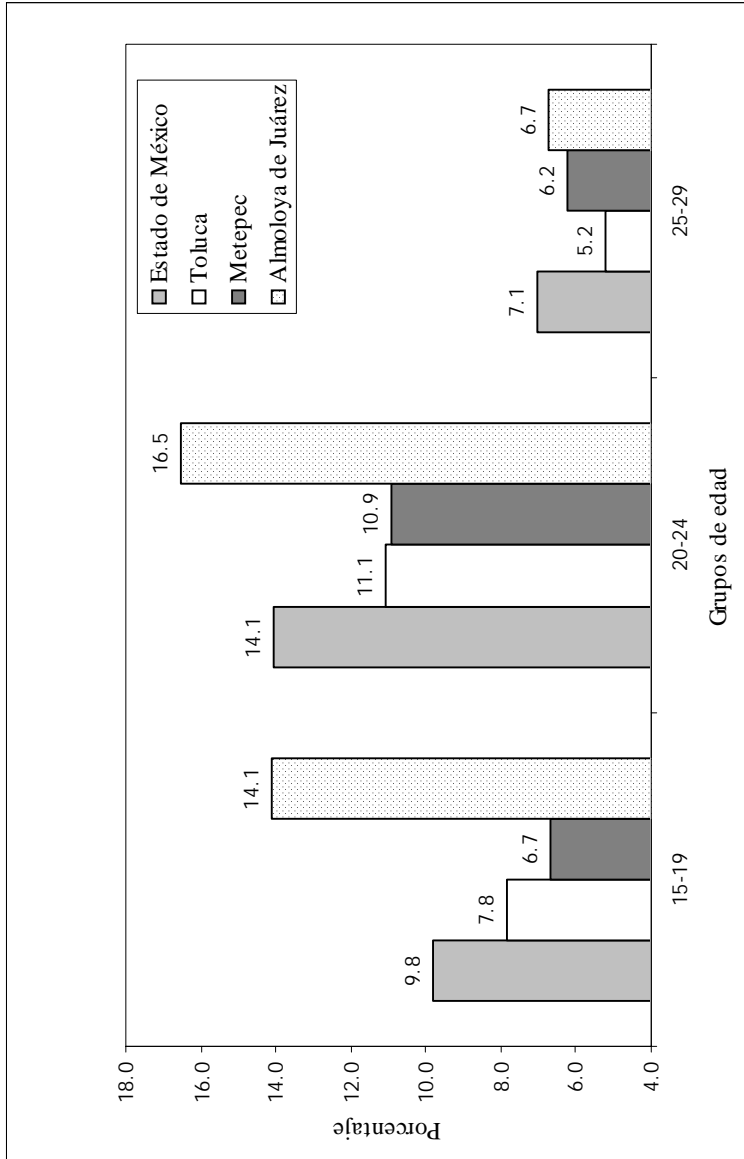
Fuente: cálculos propios con información de INEGI (2000).

GRÁFICA 6
MUNICIPIOS SELECCIONADOS, PROPORCIÓN DE SOLTEROS POR GRUPO DE EDAD, 2000



Fuente: cálculos propios con información de INEG (2000).

GRÁFICA 7
 DIFERENCIAS EN PUNTOS PORCENTUALES DE SOLTEROS POR SEXO (HOMBRES MENOS MUJERES)
 DE LOS GRUPOS DE EDAD DE 12-14 AÑOS A 30-34 AÑOS, POR MUNICIPIO, 2000



Fuente: cálculos propios con información de INEGI (2000).

CUADRO 4
DIFERENCIAS PORCENTUALES DEL CAMBIO EN EL PORCENTAJE
DE SOLTEROS POR GRUPO DE EDAD, POR MUNICIPIO, 2000

	Estado de México		Toluca	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
12-14 a 15-19	5.8	15.4	5.6	13.1
15-19 a 20-24	33.8	42.9	33.2	40.0
20-24 a 25-29	48.4	48.0	48.9	48.1
25-29 a 30-34	50.8	44.9	53.4	43.5
	Metepiec		Almoloya de Juárez	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
12-14 a 15-19	4.2	10.7	5.7	19.5
15-19 a 20-24	27.2	34.1	39.7	49.8
20-24 a 25-29	45.1	45.5	56.7	55.7
25-29 a 30-34	58.5	49.8	47.3	38.2

Fuente: cálculos propios con información de INEGI (2000).

El embarazo no deseado y la fecundidad

La información sobre el embarazo no deseado es sumamente difícil de encontrar. Por dos razones: a) existe una confusión entre no planeado y no deseado, y b) la mayoría de las mujeres cambian la condición de su hijo para no dar un estatus de “no querido”.

Es decir aun cuando muchos hijos no han sido planeados, se niega esta situación por evasión psicológica, toda vez que reconocer esa condición podría generar sentimientos de culpa entre las progenitoras. A nivel de la investigación cuantitativa. La aproximación estatal de encuesta más cercana se obtuvo de la Enadid 1997 (cuadro 5).

Durante nuestra investigación de campo, el embarazo no planeado se constituyó como una de las razones más importantes para contraer matrimonio. Pero en realidad tampoco se podría decir que haya fallado algún método anticonceptivo y que esto haya dado lugar a un embarazo no planeado. Simplemente, en muchos casos no se realizó ninguna práctica anticonceptiva.

CUADRO 5
 ESTADO DE MÉXICO: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES UNIDAS, SEGÚN LA DURACIÓN
 DEL INTERVALO PROTOGENÉSICO Y LA GENERACIÓN, 1997 (MUJERES QUE SE UNIERON ANTES DE
 CUMPLIR 26 AÑOS DE EDAD Y CON AL MENOS 5 AÑOS DE UNIÓN O MATRIMONIO)

Generación	Nacimientos premaritales				
	0-7 meses	8-11 meses	12-17 meses	18-59 meses	Sin hijos en 5 años
1953-1957	14.0	25.7	23.5	28.9	2.0
1958-1962	18.2	22.7	22.0	27.3	3.9
1963-1967	14.6	28.4	16.0	29.1	4.9
1968-1972	20.0	21.3	22.6	28.0	4.5

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la Enadid 1997.

N., 22 años, secundaria, femenino: “El médico me dijo que me tomara unas pastillas y que no tomará otras medicinas, y ya no me tomé las píldoras (anticonceptivas) y me embaracé... Y luego ya vivimos juntos”.

En ocasiones, los embarazos no deseados hacen que las familias obliguen a los jóvenes a casarse o juntarse.

A., 28 años, secundaria, masculino: “Pero yo le dije que sí le respondía, pero luego su mamá se la llevó y se cambiaron, y ya no la vi. Pero luego supe que sí tuvo el hijo”.

La fecundidad en la zona metropolitana de Toluca

El nivel de la fecundidad en el Estado de México ha sido descrito de manera amplia por Welti y Gómez (2001) con base en el censo de población y vivienda del 2000, haciendo un trabajo tradicional y muy completo desde el punto de vista demográfico, en el que relacionaron los determinantes principales y las variables demográficas clásicas.

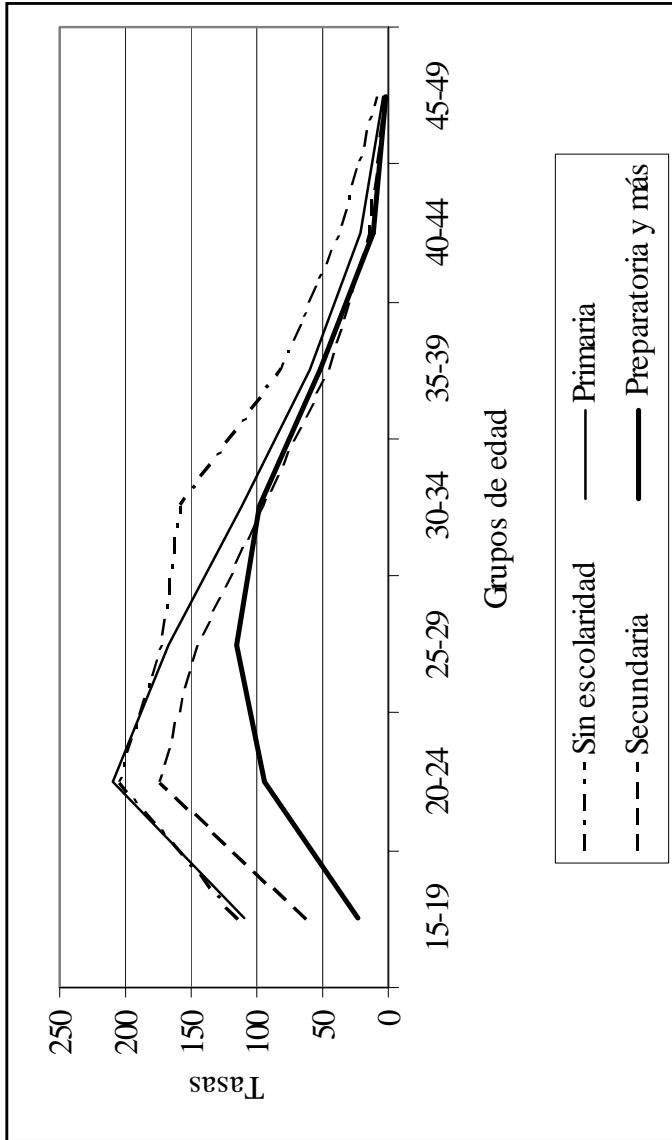
A nivel estatal, la educación todavía mantiene diferencias importantes, pero sólo de manera muy notable entre las mujeres de preparatoria (gráfica 8).

Sin embargo, es importante destacar que las diferencias que coexisten en las zonas metropolitanas rebasan las variables tradicionales. Variables tan tradicionales como la educación o el lugar de residencia en el caso de las zonas metropolitanas se convierten en grandes homogeneizadores. Aun la educación entre las generaciones más jóvenes ha reducido drásticamente sus capacidades discriminantes al interior de las zonas metropolitanas, debido sobre todo al mayor y generalizado nivel de educación de las generaciones más jóvenes en las zonas metropolitanas.

Lejos de existir una similitud en el nivel de la fecundidad en los municipios metropolitanos, ésta es sumamente diferenciada. Almoloya de Juárez y Zinacantepec tiene una diferencia de tasa global de fecundidad 1.57 hijos y 1.1 hijos respecto a Metepec (gráfica 9).

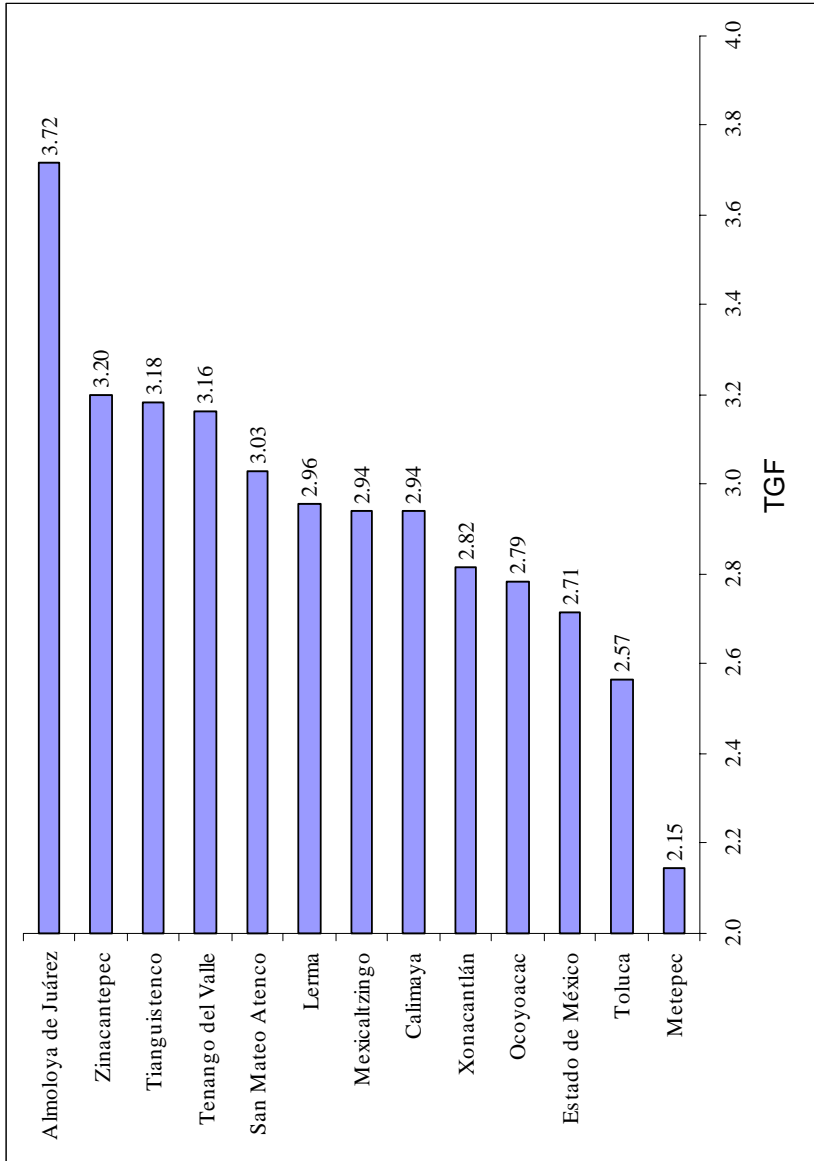
La estructura de la fecundidad representa grandísimas diferencias al interior de los municipios metropolitanos. Por ejemplo, entre Metepec y Almoloya de Juárez la TGF tiene una diferencia de 1.57 hijos, lo cual implica que la TGF de Almoloya es 73 por ciento superior a la de Metepec (cuadro 6).

GRÁFICA 8
TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR NIVEL DE ESCOLARIDAD EN EL ESTADO DE MÉXICO, 1999



Fuente: Welty y Paz 2001.

GRÁFICA 9
TASAS GLOBALES DE FECUNDIDAD PARA MUNICIPIOS METROPOLITANOS, 1999



CUADRO 6
TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR MIL MUJERES Y POR GRUPO DE EDAD Y TGF, 1999

Municipios metropolitanos	12-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TGF
Metepec	0.4	42.3	121.6	125.3	87.5	39.4	10.7	2.3	2.15
Toluca	0.7	51.7	143.5	148.9	98.0	50.0	15.8	4.7	2.57
Estado de México	0.9	60.9	151.8	145.6	104.0	55.1	19.6	5.1	2.71
Ocoyoacac	0.0	55.1	160.7	157.4	105.3	55.8	17.5	5.2	2.79
Xonacatlán	0.8	71.9	160.2	159.4	102.5	45.4	14.3	9.1	2.82
Calimaya	0.0	66.4	170.5	142.8	114.9	55.1	27.8	10.7	2.94
Mexicaltzingo	7.6	87.8	158.4	130.8	136.7	36.2	22.6	11.2	2.94
Lerma	0.7	64.5	174.8	166.8	112.0	53.3	14.5	5.4	2.96
San Mateo Atenco	0.6	67.3	185.6	170.4	107.8	50.2	19.5	5.2	3.03
Tenango del Valle	0.5	80.4	183.9	150.4	119.9	64.8	27.7	5.3	3.16
Zinacantepec	1.6	69.3	186.1	174.9	114.2	59.0	26.9	8.7	3.20
Orzolotepec	0.6	82.1	215.3	209.1	125.0	80.1	18.7	10.6	3.71
Almoloya de Juárez	1.1	76.5	199.7	198.2	136.6	81.0	36.0	14.6	3.72

Fuente: INEGI (2000).

Como se señaló al principio, hay mujeres que piensan sus transiciones en colectivo, y no de manera individual. Se adopta la maternidad como una meta y como una transición en bloque de amigos o hermanas.

R., 20 años, secundaria, femenino: “Mis amigas ya tienen hijos, sólo faltó yo... Ya tengo a alguien pero ahorita no gana para mantenerme, pero luego sí. Luego nos vamos a juntar cuando nazca el niño”.

R., 23, secundaria, femenino: “Mis sobrinas salieron embarazadas”.

Grupos focales

Se definieron dos grupos focales: uno de hombres y uno de mujeres. Ambos fueron constituidos por una población seleccionada, cuyos integrantes permitían un mejor diálogo y más abierto en grupo sobre temas de sexualidad.

Los grupos estuvieron compuestos por jóvenes que cumplieran con dos condiciones: vivir en la ZMT y ser menores de 25 años.

Se decidió hablar sobre sus percepciones y no sobre sus prácticas, debido a que se reduce la posibilidad de mantener información oculta. Es decir, la gente es más sincera cuando las temáticas se abordan en tercera persona, sin comprometerse a hablar de su experiencia frente a un grupo.

Las concepciones de género permitieron aflorar las diferencias muy marcadas entre géneros. Entre los hombres una conversación sobre su sexualidad está muy cercana a convertirse en una suerte de relación de hazañas sexuales orientadas a demostrar su capacidad de enamorar. Se remiten a experiencias personales y tienden a considerar todo en primera persona.

Las mujeres siempre se muestran reticentes a las temáticas sexuales de manera abierta. Se remiten a hablar mejor en tercera persona, es decir, a hablar de aquello que les pasa.

Algunas de las percepciones que se encontraron en estos grupos focales se resumen en los siguientes cuadros. Se intentó un formato comparativo aun cuando se sintetizan algunas de las características más significativas.

CUADRO 7
 PERCEPCIONES SOBRE TEMÁTICAS ASOCIADAS A LA SALUD REPRODUCTIVA ENTRE LOS GRUPOS
 FOCALES, POR GÉNERO

Concepto	Mujeres	Hombres
	Solteras	Solteros
Espacios para conocer parejas	La vida social de los jóvenes para encontrar pareja ocurre sobretodo en la escuela, asistiendo a bailes, paseos, actividades deportivas y ocasionalmente en el trabajo	
Inicio del noviazgo	12-15 años	12 -15 años
Aceptación del noviazgo	El noviazgo se lleva a cabo a escondidas de los padres, pero hay variaciones. En pocas ocasiones los padres aceptan conocer al novio como una forma de pedir permiso y de formalidad.	El noviazgo no se realiza a escondidas. Se considera una capacidad masculina deseable.
Concepción del noviazgo	Para platicar con alguien los problemas. Es una ilusión. Es algo idílico. Se asignan diferentes intenciones de noviazgos.	Es una distracción, para tener una compañía. Es para tener experiencia sexual.
Virginidad	Es importante, en general. Las mujeres jóvenes creen que ahora sólo para algunos hombres lo es. Para algunas mujeres, la virginidad sigue siendo una garantía para el matrimonio. La virginidad en los hombres no se desea o no se pide entre las mujeres.	Consideran que para casarse buscarían a una mujer virgen, aunque para algunos ya no es tan importante.
Inicio de relaciones sexuales	Se inicia a edades tempranas y acelera los matrimonios Son convencidas con promesas que muchas veces no se cumplen o son chantajeadas	Se inicia a edades tempranas y acelera o da paso a los matrimonios.

CUADRO 7
 PERCEPCIONES SOBRE TEMÁTICAS ASOCIADAS A LA SALUD REPRODUCTIVA ENTRE LOS GRUPOS
 FOCALES, POR GÉNERO

Contraste de conceptos de la salud reproductiva entre los grupos focales

Concepto	Mujeres	Hombres
Medios de obtención de información sobre sexualidad	Escuela, hermanas mayores, medios de comunicación, pláticas, medios de comunicación.	Amigos, familiares, revistas, libros y la escuela no aclara todas sus dudas.
Relaciones premaritales	Tener relaciones sexuales premaritales expone a la mujer al rechazo, si se entera su familia. Parece ser un paso para entrar a la unión.	El problema mayor es para las mujeres, ya que son criticadas.
Embarazo	La mujer es rechazada tanto por sus padres como por el resto de la comunidad. Puede ser que la corran sus padres. Es obligada a casarse.	Los hombres en ocasiones son obligados a casarse o juntarse con la mujer.
Roles de género en el matrimonio	La mujer cambia su vida por completo al casarse. Quedan sometidas a su esposo. Se dedican a actividades del hogar, ya no van a bailes y fiestas Los varones tienen más libertad, lo cual se debe al machismo.	La vida del hombre cambia, pero poco. Ellos deciden cuando tener relaciones sexuales. Sin embargo, los hombres tienen más libertad que las mujeres y es por tradición. La mujer debe dedicarse al hogar y cuidado de los hijos y su única distracción es la TV.

Conclusiones

La investigación sobre salud reproductiva al interior de las zonas metropolitanas es un tema incipiente. Si bien se han realizado muchas investigaciones en ámbitos rurales o reportes de encuestas estatales, el espacio metropolitano y sus particularidades han sido olvidados.

La principal conclusión a la que se puede llegar es que la situación de la salud reproductiva en ámbitos metropolitanos donde coexiste lo rural y lo urbano en un continuo indefinido no puede ser considerada como homogénea; por tanto, tampoco las explicaciones y las políticas que se aplican en esta materia pueden ser homogéneas.

Asimismo, las diferencias por género siguen siendo amplias en el ámbito metropolitano y siguen manifestando una enorme desigualdad en la que el género femenino sigue siendo el más vulnerable. La situación sólo podrá mejorar si se incrementa el empoderamiento femenino.

Por último, es urgente desarrollar y poner a disposición de las instituciones académicas y de las organizaciones no gubernamentales información que permita la investigación a detalle del interior de las zonas metropolitanas, tanto en asuntos de salud reproductiva como en todos aquéllos que se relacionen con el desarrollo humano, siempre con una perspectiva que no oculte las diferencias de género.

Bibliografía

ARIAS, P., 2002, "Hacia el espacio rural urbano; una revisión de la relación entre el campo y la ciudad en la antropología mexicana", en *Estudios Demográficos y Urbanos* núm. 5, vol. 17, El Colegio de México, México.

BENÍTEZ, R., 1998, "La transición demográfica en México. Problemas y consecuencias", en R. Benítez, *Población y política en México*, antología, Miguel Ángel Porrúa, México.

COESPO, 2000, *La política de población y el Consejo Estatal de Población del Estado de México*, México.

CONAPO, 1998, *La situación nacional demográfica nacional y estatal en La situación demográfica de México*, Conapo, México.

CONAPO, 2000a, *Cuadernos de salud reproductiva*, República Mexicana, Conapo, México.

CONAPO, 2000b, *Proyecciones de población Mexicana*, Conapo, México.

PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Programa Nacional de Población 1995-2000*, Conapo.

- Figuroa, Juan, 2002, *Algunos elementos de la investigación sobre el proceso reproductivo de los varones*, en J. Figuroa, *La incorporación de la perspectiva de género en la investigación social sobre reproducción*. Programa de salud reproductiva, Documento de trabajo núm. 6, El Colegio de México, México
- FIGUEROA, Juan y O. Rojas, 2002, “La investigación sobre reproducción y varones a la luz de los estudios de género”, en Elena Urrutia (coord.), *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México aportes desde diversas disciplinas*, El Colegio de México, México.
- GONZÁLEZ, S., 1999, *Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México*, en *Las organizaciones no gubernamentales en México y la salud reproductiva*, El colegio de México, México.
- GONZÁLEZ, S., 2002, “Las mujeres y las relaciones de género en las investigaciones sobre el México campesino e indígena”, en Elena Urrutia (coord.), *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México. Aportes desde diversas disciplinas*, El Colegio de México, México.
- INEGI, 2001, *XII Censo General de Población y Vivienda*, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Aguascalientes.
- MACKAY, J., 2004, *Atlas del comportamiento sexual humano*, Akal, Madrid.
- MEJÍA, A., 2003, *La salud reproductiva en el Estado de México*, serie Cuadernos de Investigación, núm. 27, Universidad autónoma del Estado de México
- LAMAS, M., 1998, “Sexualidad y género la voluntad de saber feminista”, en I. Szasz I. y S. Lerner (comps.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, El Colegio de México, México.
- LASONDE, L., 1997, *Los desafíos de la demografía ¿qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?*, UNAM/FCE, México
- LERNER, S. e I. Szasz, 2003, “La investigación sociodemográfica en salud reproductiva y su aporte para la acción”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 53. vol. 18, # 2., El Colegio de México, México.
- LERNER, S. e I. Szasz, 2001, “La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias”, en *El Cotidiano* 107, Salud Pública.
- POPULATION REPORTS, 2004, *Encuestas a los hombres*, serie M, núm. 18, vol. XXXII, # 2, Publicación del INFO Project John Hopkins Bloomberg School of Public Health.
- SZASZ, I. y S. Lerner, 2002, «El enfoque de salud reproductiva en el marco del debate sobre población y desarrollo de la investigación sociodemográfica», en B. García, *Población y sociedad al inicio del siglo XX*, El Colegio de México, México.
- WELTI, C. y L. Gómez, 2001, *La fecundidad adolescente en el Estado de México*, Consejo Estatal de Población Gobierno del Estado de México, México.